

FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

UNA GUÍA DE RECURSOS PARA
PROMOTORES, FORMULADORES
DE POLÍTICAS Y DIRECTORES
DE PROGRAMAS

RESULTS FOR DEVELOPMENT

2017

© 2017 RESULTS FOR DEVELOPMENT (R4D). Todos los derechos reservados. El material de este documento puede ser utilizado libremente con fines educativos y no comerciales, siempre y cuando se cite debidamente la autoría del material.

Este informe se basa en investigaciones financiadas en parte por la Fundación Bill & Melinda Gates. Los autores son responsables de los hallazgos y conclusiones y estos no reflejan necesariamente las posiciones o políticas de la Fundación Bill & Melinda Gates.

Results for Development (R4D) es una organización mundial sin fines de lucro que trabaja con socios en más de 55 países para encontrar nuevas maneras de ayudar a las personas a vencer la pobreza y alcanzar su máximo potencial. Aplicamos una nueva manera de pensar y rigor para encarar los desafíos emergentes y persistentes del desarrollo—especialmente en los campos de la salud, la educación y la gobernabilidad—y lideramos y ponemos en práctica soluciones creativas y de alto impacto. Lo hacemos mediante el análisis y la generación de evidencias que ayudan a informar e influir en quienes toman decisiones; creamos plataformas y redes que conectan a las personas y las ideas; proporcionamos apoyo directo a los organismos de cambio en el nivel local y combinamos estos enfoques para ofrecer resultados significativos y duraderos.

CITA RECOMENDADA:

Results for Development.
Financiamiento de la
inmunización: una guía de
recursos para promotores,
formuladores de políticas
y directores de programas.
Washington D.C.: Results for
Development; 2017.

Índice

PRÓLOGO	3
AGRADECIMIENTOS	9
INTRODUCCIÓN	11

PARTE I: FUNDAMENTOS DE LA INMUNIZACIÓN

15

RESEÑA 1: Por qué son importantes la inmunización y su financiamiento.....	17
RESEÑA 2: La cobertura universal de salud y el financiamiento de la inmunización	21
RESEÑA 3: Componentes de los costos de la inmunización.....	27
RESEÑA 4: Toma de decisiones en la vacunación	31

PARTE II: FUENTES DE FINANCIAMIENTO

37

RESEÑA 5: Fuentes nacionales de financiamiento público.....	39
RESEÑA 6: Asignación de fondos para financiar la inmunización.....	43
RESEÑA 7: Fondos fiduciarios nacionales	47
RESEÑA 8: Pagos directos de las familias	51
RESEÑA 9: Financiamiento de la Alianza GAVI para la inmunización	53
RESEÑA 10: La asistencia para el desarrollo en la inmunización	57

PARTE III: COMPRAS Y ADQUISICIONES ESTRATÉGICAS

63

RESEÑA 11: Panorama de la adquisición de vacunas	65
RESEÑA 12: Adquisiciones conjuntas	71
RESEÑA 13: La Iniciativa para la Independencia Vacunal del UNICEF	75
RESEÑA 14: Cómo las modalidades de pago de los proveedores afectan los servicios de inmunización	79

PARTE IV: ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO DE POLÍTICAS

83

- RESEÑA 15:** Obtención del apoyo parlamentario para la financiación de la inmunización 85
- RESEÑA 16:** Legislación y reglamentación de la financiación de la inmunización 89
- RESEÑA 17:** La planificación de la inmunización y el ciclo presupuestario 93
- RESEÑA 18:** Preguntas clave para los promotores de la inmunización 99

PARTE V: ESTUDIOS DE CASO DE PAÍSES

101

- RESEÑA 19:** Armenia: Firme apoyo gubernamental para la inmunización103
- RESEÑA 20:** Azerbaiyán: Grandes ahorros por un cambio en las adquisiciones 105
- RESEÑA 21:** Bután: Un fondo fiduciario nacional para la inmunización107
- RESEÑA 22:** Costa Rica: Contribuciones de la lotería para la inmunización en un sistema de financiamiento mixto 111
- RESEÑA 23:** Ghana: Financiamiento mixto para la inmunización y traspaso de responsabilidades 113
- RESEÑA 24:** Indonesia: El desafío de proteger la inmunización en la transición hacia la cobertura universal de salud 117
- RESEÑA 25:** Kenia: Descentralización y financiamiento de la inmunización 121
- RESEÑA 26:** Sri Lanka: Procesos de toma de decisiones acertados sobre la inmunización125

Prólogo

ESTA GUÍA DE RECURSOS compila 26 reseñas sobre temas relacionados con el costo y la financiación de programas nacionales de inmunización en países de ingresos bajos y medios. Algunas exploran posibles fuentes de financiamiento. Otras examinan los componentes y los factores que determinan los costos de la inmunización, la planificación y los procesos de toma de decisiones en los programas y presupuestos de inmunización, y el nexo entre la inmunización y el financiamiento más amplio del sistema de salud. La guía de recursos concluye con un conjunto de estudios de caso de países que ilustran enfoques particulares o retos importantes.

Este volumen está dirigido a los promotores de la inmunización, directores de programas, decisores y planificadores de los ministerios de salud y finanzas. La información es relevante para los países que pueden optar al apoyo de Gavi, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, así como para los países que están en la fase de transición antes de que finalice la ayuda de Gavi y para los países de ingresos medios que nunca han recibido el apoyo de Gavi.

Las reseñas se pueden leer en forma secuencial o individual. Cada una comienza con un resumen de los puntos clave. Algunas son más técnicas que

otras debido a su tema, pero todas están destinadas a transmitir información práctica a los lectores que no tienen conocimientos técnicos específicos. Varias reseñas remiten a otros recursos que ofrecen información más detallada.

En el siguiente cuadro se detalla el contenido de la guía de recursos y las principales interrogantes que aborda cada reseña. A continuación se presenta una lista de términos clave utilizados en el documento.

TEMAS Y PRINCIPALES INTERROGANTES

PARTE I: FUNDAMENTOS DE LA INMUNIZACIÓN		
RESEÑA 1	Por qué son importantes la inmunización y su financiamiento	¿Cuál es el valor de la inmunización? ¿Por qué es importante que los gobiernos la financien? ¿Cuáles son las nuevas necesidades de financiamiento que los países deben planificar?
RESEÑA 2	La cobertura universal de salud y el financiamiento de la inmunización	¿Cómo encaja la inmunización en el movimiento hacia la cobertura universal de salud? ¿Qué desafíos presentan los cambios en la financiación de la salud para la inmunización?
RESEÑA 3	Componentes de los costos de la inmunización	¿Cuáles son los componentes clave de los costos de la inmunización y cómo varían en las diversas plataformas de entrega de vacunas? ¿Cuáles son los costos que suelen compartirse con otros servicios de salud y cuáles son específicos de la inmunización?
RESEÑA 4	Toma de decisiones en la vacunación	¿Qué deberían considerar los países al decidir la introducción de una nueva vacuna? ¿Qué tipo de instituciones y procesos pueden fortalecer la toma de decisiones respecto a la vacunación?

PARTE II: FUENTES DE FINANCIAMIENTO

RESEÑA 5	Fuentes nacionales de financiamiento público	¿Cuáles son las principales fuentes de financiación pública interna? ¿Por qué es probable que los ingresos públicos nacionales sigan siendo la principal fuente de financiación de la inmunización, especialmente a medida que los países dejan de depender de la asistencia para el desarrollo?
RESEÑA 6	Asignación de fondos para financiar la inmunización	¿Qué es la asignación en la financiación? ¿Cuáles son los pros y los contras de la asignación para la inmunización?
RESEÑA 7	Fondos fiduciarios nacionales	¿Qué son los fondos fiduciarios para la inmunización? ¿Cómo han funcionado en la práctica?
RESEÑA 8	Pagos directos de las familias	¿Por qué los pagos directos de las familias se desalientan firmemente en los servicios de inmunización? ¿Qué tipos de tarifas informales persisten en algunos países hoy en día?
RESEÑA 9	Financiamiento de la Alianza GAVI para la inmunización	¿Qué países son elegibles para recibir financiación de la Alianza Gavi? ¿Qué tipo de apoyo ofrece Gavi? ¿Cómo es el proceso de transición al finalizar el apoyo de Gavi?
RESEÑA 10	La asistencia para el desarrollo en la inmunización	¿Cómo se puede aprovechar mejor la asistencia para el desarrollo en la inmunización, teniendo en cuenta la necesidad de alinear las prioridades gubernamentales, la eficiencia, la previsibilidad y la sostenibilidad?

PARTE III: COMPRAS Y ADQUISICIONES ESTRATÉGICAS

RESEÑA 11	Panorama de la adquisición de vacunas	¿Qué opciones de adquisición de vacunas tienen los países y cuáles son los pros y los contras de cada una de ellas? ¿Cuáles son los principales factores que determinan los precios que pagan los países por las vacunas?
RESEÑA 12	Adquisiciones conjuntas	¿Qué son las adquisiciones conjuntas? ¿Qué opciones tienen los países para participar en los acuerdos de adquisiciones conjuntas?
RESEÑA 13	La Iniciativa para la Independencia Vacunal del UNICEF	¿Por qué el UNICEF estableció una línea de crédito para financiar vacunas? ¿Qué países se pueden beneficiar de ella? ¿Cuáles son los requisitos para participar?
RESEÑA 14	Cómo las modalidades de pago de los proveedores afectan los servicios de inmunización	¿Cuáles son los pros y los contras de los diversos enfoques para pagar a los proveedores de servicios de inmunización? ¿Qué tipo de incentivos crean?

PARTE IV: ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO DE POLÍTICAS

RESEÑA 15	Obtención del apoyo parlamentario para la financiación de la inmunización	¿Cómo pueden los promotores de la inmunización colaborar con los parlamentos nacionales, incluidos los líderes parlamentarios, los comités permanentes y ad hoc y el personal administrativo?
RESEÑA 16	Legislación y reglamentación de la financiación de la inmunización	¿Cómo puede la legislación sobre la inmunización crear un compromiso legal con la inmunización y constituirse en un apoyo para su financiamiento sostenible? ¿Cuáles son los elementos comunes de la legislación y de la reglamentación de la inmunización?

RESEÑA 17	La planificación de la inmunización y el ciclo presupuestario	¿Cuáles son los principales elementos del ciclo presupuestario y cuáles son las implicaciones para la financiación de la inmunización? ¿Cuáles son los mejores momentos para que los promotores se involucren en el proceso presupuestario?
RESEÑA 18	Preguntas clave para los promotores de la inmunización	¿Qué preguntas sobre el financiamiento de la inmunización podrían plantear los promotores de la inmunización a quienes formulan las políticas?
PARTE V: ESTUDIOS DE CASO DE PAÍSES		
RESEÑA 19	Armenia: Firme apoyo gubernamental para la inmunización	¿Qué lecciones se pueden extraer del programa de inmunización de alto rendimiento de Armenia, que se ha beneficiado de la estrecha colaboración entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas y el Comité Permanente de Atención de la Salud, Maternidad y Niñez en el Parlamento?
RESEÑA 20	Azerbaiyán: Grandes ahorros por un cambio en las adquisiciones	¿Cuál ha sido el impacto para Azerbaiyán del cambio de la adquisición directa versus la compra a través de la División de Suministros del UNICEF? ¿Cómo evaluó el país los pros y los contras? ¿Qué desafíos enfrentó en la implementación?
RESEÑA 21	Bután: Un fondo fiduciario nacional para la inmunización	¿Qué factores han contribuido al éxito del Fondo Fiduciario de Salud de Bután, uno de los fondos de más larga trayectoria dedicados a los medicamentos básicos, entre ellos, las vacunas?
RESEÑA 22	Costa Rica: Contribuciones de la lotería para la inmunización en un sistema de financiamiento mixto	Las loterías se encuentran entre los mecanismos innovadores que los países pueden considerar para financiar la inmunización. ¿Qué papel ha desempeñado la lotería nacional en el financiamiento de vacunas en Costa Rica?
RESEÑA 23	Ghana: Financiamiento mixto para la inmunización y traspaso de responsabilidades	¿Qué pueden aprender otros países de la experiencia de financiación de la inmunización de Ghana con su Plan Nacional de Seguro de Salud, que incluye sistemas complejos de financiamiento de la salud y prestación de servicios?
RESEÑA 24	Indonesia: El desafío de proteger la inmunización en la transición hacia la cobertura universal de salud	¿Cómo han afectado las reformas del financiamiento de la salud, la descentralización y la expansión del seguro social de salud al programa de inmunización de Indonesia?
RESEÑA 25	Kenia: Descentralización y financiamiento de la inmunización	La descentralización puede plantear desafíos a la inmunización si los roles y las responsabilidades de las funciones clave no son claros. ¿Cómo han afectado los recientes esfuerzos de descentralización de Kenia al financiamiento de la inmunización?
RESEÑA 26	Sri Lanka: Procesos de toma de decisiones acertados sobre la inmunización	El Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI) es visto como un modelo para la toma de decisiones referidas a la inmunización. ¿Cómo funciona?

TÉRMINOS CLAVE

agrupación (pooling)

La acumulación y redistribución de ingresos por servicios de salud prepagados en beneficio de una población para su eventual transferencia a los prestadores a cambio de servicios cubiertos.

asignación

Separar parte o todos los ingresos de un impuesto o grupo de impuestos para un propósito determinado.

cadena de frío

Una cadena de suministro con control de la temperatura. Las vacunas deben mantenerse en un estrecho rango de temperatura desde el punto de fabricación hasta el punto de uso.

cobertura universal de salud

Aseguramiento del acceso a servicios de salud esenciales para toda una población sin riesgo de dificultades financieras ni empobrecimiento.

cofinanciamiento

En el contexto de la Alianza Gavi, son las contribuciones tanto de Gavi como de los países apoyados por Gavi para cubrir el costo de las vacunas. Las contribuciones de los países no se pagan a Gavi; el monto del cofinanciamiento requerido se convierte, utilizando el precio completo que paga Gavi, en el número de dosis de vacunas que el país es responsable de financiar directamente.

costo compartido

El costo de un recurso que se comparte y puede ser asignado a múltiples servicios de salud.

costo del capital

El costo de los activos (como edificios y equipos) que tienen una vida útil de un año o más y que, por lo general, exceden el costo umbral. En el caso de la inmunización, esto podría incluir el equipo de la cadena de frío, los almacenes nacionales y regionales de medicamentos y los vehículos.

costo recurrente

Un recurso que se consume en un año o tiene una vida útil de menos de un año y debe ser reemplazado en forma periódica. También se llama costo de operación.

espacio fiscal

Espacio en el presupuesto estatal que permite al gobierno asignar recursos para un propósito determinado sin poner en peligro la sostenibilidad de su posición financiera o la estabilidad de la economía.

estimación de la cobertura de la DTP3, de la OMS/ UNICEF

Valoración específica por país, para un año determinado, del porcentaje de niños en un país que ha recibido la tercera dosis de la vacuna contra la difteria-tétanos-tos ferina (DTP3), revisada y publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

financiamiento basado en resultados

Incentivos financieros vinculados a acciones específicas de proveedores o pacientes para mejorar la salud o los servicios de salud.

fondo fiduciario

Mecanismo que pueden utilizar los gobiernos con el propósito de circunscribir o proteger la financiación para fines específicos. Los fondos fiduciarios pueden recibir fondos de múltiples fuentes de ingreso y pueden incorporarse legalmente en las políticas y reglamentos tributarios, que varían según los países; una junta directiva supervisa la estrategia, el plan de gestión, la administración y las operaciones.

herramienta para el plan integral multianual (cMYP, por su sigla en inglés)

Herramienta que utilizan los países para estimar los costos y la financiación de la inmunización e identificar brechas en el financiamiento.

pagos directos para servicios de salud

Gasto directo de los hogares para la atención de la salud.

pago por capitación	Pago fijo a un prestador de servicios de salud que brinda un paquete acordado de servicios a cada persona inscrita por un periodo establecido.
Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por su sigla en inglés)	Marco estratégico que establece ambiciosas metas mundiales de inmunización, objetivos y acciones para el periodo 2011-2020. Fue aprobado por los 194 Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012.
préstamo	Dinero que presta una entidad a otra y que está sujeto a un reembolso futuro.
proceso de transición	Proceso durante el cual un país pasa, a lo largo de varios años, de ser elegible para la asistencia externa a la inelegibilidad, generalmente teniendo en cuenta el ingreso per cápita u otros criterios. También es conocido como proceso de graduación.
programa de transferencia condicional de efectivo	Programa que proporciona pagos en efectivo a las familias pobres que cumplen ciertos requisitos de comportamiento, como llevar a los niños a las vacunaciones y a otros servicios de salud.
recaudación general	El dinero que recauda el gobierno a través de impuestos a la renta personal, impuestos a los ingresos y beneficios corporativos, impuestos al valor agregado y ventas, derechos e impuestos a la importación, impuestos a la propiedad y la herencia, impuestos a la nómina o impuestos a los beneficios de la venta de recursos naturales. Estas fuentes suelen agruparse en un fondo consolidado para el pago de gastos públicos a través de ciclos regulares de planificación y presupuesto.
seguro social de salud	Modelo de financiamiento de la salud en el cual la cobertura es obligatoria para toda la población o un subconjunto de ella. El derecho a los servicios cubiertos se vincula a la contribución que hace una persona o un tercero en nombre de una persona y no se relaciona con el riesgo a la salud. La cobertura es brindada por el gobierno o un organismo regulado por el gobierno.
sistema de gestión pública de finanzas (GPF)	Sistema por el cual los recursos financieros se planifican, asignan y controlan para posibilitar e influir en los objetivos del servicio público. El GPF incluye todas las fases del ciclo presupuestario, incluida la preparación del presupuesto, los controles internos y la auditoría, las adquisiciones, la supervisión y la presentación de informes, y la auditoría externa.
sostenibilidad de la financiación de la inmunización	La capacidad de un país para movilizar y utilizar eficientemente los recursos internos y los recursos complementarios externos de manera confiable para alcanzar los objetivos actuales y futuros de la inmunización.
subvención	Suma de dinero o producto proporcionado por una entidad a otra sin expectativa de reembolso.
tarifa del usuario	Cobro que pagan los usuarios de bienes o servicios en el punto de uso. Las tarifas de los usuarios pueden ser oficiales (formales) o no oficiales (informales).
vacuna pre-calificada por la OMS	Vacuna de determinado fabricante, cuya calidad ha cumplido las normas definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser usada en los organismos de las Naciones Unidas.

Agradecimientos

ESTA GUÍA DE RECURSOS fue elaborada por un equipo de Results for Development (R4D) dirigido por Helen Saxenian en el que participaron Daniel Arias, Danielle Bloom, Cheryl Cashin y Paul Wilson.

Los autores agradecen a las personas y organizaciones que revisaron este volumen e hicieron valiosos aportes. En la Fundación Bill & Melinda Gates, Brad Tytel inició el proyecto, que luego fue supervisado por Chelsea Minkler con importantes contribuciones técnicas de Logan Brenzel a lo largo del proceso.

Agradecemos los comentarios de Sinead Andersen, Santiago Cornejo, Judith Kallenberg y Deepali Patel (Gavi); Gian Gandhi y Jonathan Weiss (UNICEF); y Sarah Alkenbrack, Jane Chuma, Rama Lakshminarayanan, Robert Oelrichs, Alejandro Gallatin Paxton, Gandham Ramana, Owen Smith, Ali Subandoro y Ajay Tandon (Banco Mundial). El estudio de caso sobre Indonesia se basa en un informe del Banco Mundial redactado por Ajay Tandon. Apreciamos las contribuciones y comentarios de Vusala Jalal Allahverdiyeva, Niyazi Cakmak, Irtaza Chaudhri, Amos Petu, Susan Sparkes y Xiao Xian Huang (Organización Mundial de la Salud), así como de Gabriella Félix, John Fitzsimmons, Cara Janusz y Daniel Rodríguez (Organización Panamericana de la Salud). Taiwo Abimbola y Sarah Pallas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades hicieron comentarios a título personal.

También apreciamos la retroalimentación de colegas de John Snow, Inc., quienes hicieron una revisión coordinada por Robert Steinglass, así como las contribuciones de Amos Chewya, Isaac Mugoya y Lora Shimp. Asimismo, recibimos valiosos aportes de Heather Teixeira (ACTION), Manjiri Bhawalker y Stephen Resch (Universidad de Harvard), Joseph Dielman (Institute for Health Metrics and Evaluation), Sachi Ozawa y Lois Privor-Dumm (International Vaccine Access Center) y Andrew Carlson, Mike McQuestion y Dana Silver (Sabin Vaccine Institute). Rachel Feilden, Miloud Kaddar y Ann Levin también hicieron importantes contribuciones.

Altos funcionarios de salud del gobierno dedicaron tiempo de su ocupada agenda para ser entrevistados para los estudios de casos, entre ellos, Gayane Sahakyan (Armenia); Victor Gasymov, Oleg Salimov y Rashida Abdullaeva (Azerbaiyán); Sangay Phuntsho y Dawa Gyeltshen (Bután); Roberto Arroba y Vicenta Machado (Costa Rica); Anthony Ofosu y Daniel Osei (Ghana); Ephantus Maree (Kenia), y Paba Palihawadana (Sri Lanka). Olga Zues (Abt Associates) cedió generosamente parte de su tiempo para comunicarse en nuestro nombre con los funcionarios públicos de Azerbaiyán a fin de recopilar información para el estudio de caso de Azerbaiyán.

Expresamos nuestro agradecimiento a Polly Ghazi, editora, Rebecca Richards-Diop, directora creativa, e Ina Chang, editora general, por sus contribuciones. Muchas gracias también a Robert Hecht, quien ayudó a lanzar este proyecto cuando formaba parte de Results for Development. Por último, agradecemos a María Fe Torres, que tradujo este documento del inglés al español, y a Cristóbal Santa Cruz, que se encargó de su edición.

Este informe se basa en investigaciones financiadas en parte por la Fundación Bill & Melinda Gates. Los hallazgos y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente las posiciones o políticas de la Fundación Bill & Melinda Gates. Asimismo, quienes contribuyeron en este documento no endosan necesariamente todas las opiniones vertidas en él y no asumen ninguna responsabilidad por los errores que pudiera contener.

Introducción

LA INMUNIZACIÓN ES UNO de los mejores usos que pueden dar los gobiernos a sus limitados fondos públicos para la salud. Sin embargo, 1.5 millones de niños menores de 5 años mueren de enfermedades prevenibles por vacunación cada año y 19 millones siguen sin ser vacunados.*

En esta introducción se señalan algunos avances importantes en el entorno global de la inmunización que establecen el marco para esta guía de recursos y se destacan algunos temas relevantes del documento en su conjunto.

TENDENCIAS

Varias tendencias importantes han surgido o se han acelerado desde la edición anterior de esta guía de recursos (titulada Immunization Financing Toolkit), que se publicó en el 2010.

- **Los países y la comunidad internacional han asumido nuevos y poderosos compromisos con la inmunización y su financiación.** Más importante aún, el Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP, por su sigla en inglés) fue aprobado en 2012 por los 194 Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud. Esta guía de recursos puede ayudar al cumplimiento del Objetivo Estratégico 5 del GVAP, que hace un llamado para que los programas de inmunización tengan "acceso sostenible a un financiamiento predecible". Además, en la Conferencia Ministerial sobre Inmunización en África, celebrada en 2016, los países africanos se comprometieron a aumentar el financiamiento interno para las vacunas y la prestación de servicios de inmunización.
- **La Alianza Gavi, la fuente externa más importante de financiación para los programas de inmunización en los países en desarrollo, revisó sus políticas de elegibilidad y transición (antes llamada graduación) en 2009 y en 2015.** Como resultado, muchos países cuyas economías han crecido están ahora en el proceso de desacoplarse gradualmente del apoyo de Gavi y están preparándose para asumir la responsabilidad integral de financiar sus programas de inmunización.
- **El listado de nuevas vacunas disponibles para los países de ingresos bajos y medios ha seguido aumentando.** Desde 2010, Gavi ha añadido a su cartera vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la encefalitis japonesa, la polio, la rubéola, y una vacuna contra el dengue ha sido autorizada en algunos países. Estas vacunas son herramientas poderosas para salvar vidas, pero también crean nuevos desafíos de financiamiento; muchas son sustancialmente más costosas que las vacunas tradicionales por las que la mayoría de los países han pagado con sus propios recursos. Los países no elegibles para Gavi deben pagar el costo total de las nuevas vacunas desde el principio, mientras que los países elegibles para Gavi y los países en transición que reciben el apoyo de Gavi deben planificar cómo asumir esos costos en el largo plazo.
- **Ha aumentado el interés por fuentes de financiamiento nuevas o no convencionales para la inmunización y para la salud en general.** Estas fuentes de financiación incluyen desde fondos fiduciarios y fondos de dotación hasta nuevos impuestos y loterías nacionales. Muchas de las personas encargadas de formular políticas y otros actores clave no están familiarizados con estos mecanismos.

* Estos 19 millones de niños no han recibido las tres dosis de la vacuna contra la DTP (difteria-tétanos-tos ferina).

Estas tendencias están ocurriendo en un contexto de compromisos históricos de los países de todos los niveles de ingreso para lograr la cobertura universal de salud (CUS), es decir, el acceso a la atención médica necesaria para todos, al margen de la capacidad de pago y sin dificultades financieras. Este compromiso global está plasmado en una resolución de las Naciones Unidas y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan mundial que incluye el objetivo de lograr la CUS para el año 2030 y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Aunque los países están tomando sendas distintas para lograr la CUS, el proceso suele requerir grandes cambios en cómo se financian los servicios de salud y cómo se accede a ellos, entre otros, la inmunización. Las implicancias de las reformas relacionadas con la CUS en el financiamiento de la inmunización son un tema importante en esta edición de la guía de recursos.

EVALUACIÓN DE OPCIONES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Esta guía de recursos se vale de seis criterios principales para evaluar los mecanismos y las fuentes de financiamiento para la inmunización : recaudación de recursos adicionales, costo, previsibilidad, sostenibilidad, flexibilidad y equidad. Sin embargo, no todos estos criterios son relevantes para cada mecanismo de financiamiento, y otras consideraciones pueden ser importantes en contextos específicos. Por ejemplo, determinados mecanismos de financiación pueden promover la transparencia y la rendición de cuentas en mayor medida que otros, y algunos mecanismos nuevos

pueden ser útiles para llamar la atención y fomentar el apoyo de la población a la inmunización.

En la mayoría de los casos, la calificación que obtenga un mecanismo en función de un determinado criterio depende de cómo se implemente y del contexto del país. Por ello, las reseñas de esta guía de recursos no se enfocan tanto en juicios definitivos sobre ciertas opciones financieras, sino más bien relevan las condiciones que influyen en la efectividad del mecanismo. Por ejemplo, la previsibilidad del financiamiento a través de un impuesto asignado a la inmunización depende de factores como la naturaleza del impuesto, cómo el consumo del bien o servicio gravado cambia según las condiciones económicas y de la facilidad con que se pueda evadir el impuesto.

Sin duda, los mecanismos de financiación pueden evaluarse desde diferentes perspectivas. El enfoque principal de la guía de recursos se centra en las necesidades de

los programas de inmunización, pero también considera estas necesidades dentro del contexto más amplio del financiamiento de la salud y señala cuándo estas perspectivas pueden entrar en conflicto.

Los responsables de la formulación de políticas deben lograr un equilibrio entre la inmunización y otras prioridades de la salud y deben balancear el gasto en productos básicos (como las vacunas) con el gasto en otros aspectos de la plataforma de prestación de servicios básicos de la que dependen todos los programas. En última instancia, abogar por mayores presupuestos de salud es tan importante como abogar por la inmunización dentro de los presupuestos de salud.

En última instancia, abogar por mayores presupuestos de salud es tan importante como abogar por la inmunización dentro de los presupuestos de salud.

TEMAS PRINCIPALES

Cada reseña en esta guía de recursos se puede leer por separado, pero varios temas emergen del volumen en su conjunto.

La inmunización es una responsabilidad pública.

La inmunización es de interés público porque sus beneficios se extienden más allá de quienes reciben las vacunas y abarcan a la población en general, a través del control de enfermedades infecciosas. Por consiguiente, los gobiernos tienen la responsabilidad primordial de supervisar y financiar programas de inmunización, con la asistencia de donantes internacionales en el caso de los países más pobres. Más aun, la vacunación debe ser gratuita, ya que incluso los costos pequeños pueden representar una barrera para el acceso de las familias. Si bien el sector privado puede desempeñar funciones importantes (por ejemplo, en la fabricación de vacunas o en la prestación de servicios) en algunos países, los gobiernos tienen la responsabilidad global de garantizar que las vacunas del programa nacional estén disponibles y que sean gratuitas para quienes las necesiten.

Se debe considerar el financiamiento de la inmunización en el contexto del movimiento hacia la CUS. El acceso a la inmunización —y las inversiones en servicios de inmunización sólidos que puedan servir como una plataforma para la prestación de otros servicios vitales de salud— es fundamental para lograr la CUS. Al mismo tiempo, la planificación de la inmunización y su presupuesto deben encajar dentro del esquema de financiamiento de la salud de cada país a medida que evoluciona para alcanzar la meta de la CUS. En el largo plazo, los servicios de inmunización se beneficiarán de los esfuerzos dedicados a fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para entregar un paquete completo de servicios críticos. Pero la transformación permanente de los sistemas de

salud también puede plantear riesgos a los programas de inmunización. Los países deben asegurarse de que la financiación de los diversos componentes de la inmunización no decaiga conforme evolucionan los sistemas de financiación de la salud. Los cambios que se efectúan en el financiamiento y la prestación de servicios de salud como parte del movimiento hacia la CUS pueden reducir el acceso a la inmunización si el nuevo esquema

de la CUS cubre a una población menor que los programas de inmunización existentes. Los procesos de descentralización que ocurren en paralelo en muchos países también

plantean desafíos para la financiación de la inmunización, por lo que los países deben determinar cuidadosamente cuáles son las funciones esenciales y las responsabilidades de financiamiento que corresponden a los diferentes niveles de gobierno y planificar el fortalecimiento de la capacidad requerida en los casos pertinentes.

Es probable que los presupuestos regulares del sector salud sigan siendo la principal fuente de fondos para la inmunización, aunque las nuevas fuentes de financiamiento para la inmunización pueden desempeñar un rol complementario. Se ha propuesto una amplia variedad de mecanismos alternativos para financiar la inmunización, incluidos los fondos fiduciarios, las loterías y los impuestos asignados a este fin, pero pocos se han aplicado. Las reseñas de esta guía de recursos ofrecen evaluaciones generales de varias fuentes de financiación innovadoras, pero los países deben llevar a cabo sus propias evaluaciones en función de sus propias circunstancias.

Es probable que los presupuestos regulares del sector salud sigan siendo la principal fuente de fondos para la inmunización.

Los ingresos generales de los gobiernos, complementados en cada caso con las contribuciones de la seguridad social y la financiación de los donantes, seguirán siendo el pilar financiero de los programas de salud y de inmunización en la mayoría de los países. Estos sistemas tradicionales de financiación pública suelen ser los más equitativos y sostenibles, y se gestionan mediante sistemas existentes de gestión de las finanzas públicas. La búsqueda de fuentes de financiación secundarias no debe distraer a los gobiernos y a los promotores de garantizar asignaciones adecuadas y sostenibles del presupuesto general de salud tanto para la inmunización como para la plataforma más amplia de prestación de servicios de salud de la cual depende.

Los diversos componentes de los programas de inmunización tienen diferentes necesidades de financiación. Las actividades que conforman los programas de inmunización tienen características diferentes, lo que a su vez tiene implicaciones en la financiación. Por ejemplo, la adquisición de vacunas suele requerir largos plazos para la entrega y conlleva el desembolso seguro y oportuno de los fondos, por lo que es preferible que sea realizada por un organismo central para maximizar las economías de escala y la previsibilidad de los proveedores. Por su parte, el suministro de vacunas suele estar integrado a la prestación de otros servicios en clínicas y comunidades, por lo que la mayoría de los costos se comparten. Las cadenas de suministro implican responsabilidades en los diferentes niveles del sistema de salud. Las características y las necesidades de financiación de estas funciones deben tenerse en cuenta cuando se analizan enfoques alternativos a la financiación de la inmunización.

La recaudación de recursos para la inmunización es importante, pero la manera como se gastan los fondos también puede marcar una gran diferencia.

Al utilizar los fondos de forma más eficiente, los países pueden hacer más con recursos limitados para la inmunización. En muchos casos, las mayores oportunidades de ganancias pueden provenir de una mejor adquisición de vacunas, pues estas representan gran parte del gasto de la inmunización y los precios que pagan los países en circunstancias similares pueden variar en gran medida. Las mejoras en las modalidades de compra de los servicios de salud, incluida la entrega de vacunas, también pueden aumentar la calidad y el alcance de los servicios al crear un mejor equilibrio de los incentivos. El fortalecimiento de las instituciones y los procesos para la toma de decisiones en materia de inmunización, haciendo un mayor uso de análisis económicos, también puede ayudar a garantizar que los fondos para la inmunización produzcan los mayores beneficios posibles a la salud y la economía. Sin duda, las mejoras en la gestión de las finanzas públicas son fundamentales para una financiación eficiente y previsible de todos los programas de salud.

Los países elegibles para la Alianza Gavi, así como los países en transición, deben planificar su financiación después de Gavi. En los últimos 15 años, la financiación externa a través de Gavi ha brindado a muchos países una oportunidad sin precedentes de introducir nuevas vacunas esenciales y fortalecer los sistemas de entrega y las cadenas de suministro. Sin embargo, los países deben prepararse para asumir la plena responsabilidad de financiar sus crecientes programas de inmunización.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Addis Declaration on Immunization. Ministerial Conference on Immunization in Africa. Adís Abeba, Etiopía; 7 de febrero de 2016. Disponible en: <http://immunizationinafrica2016.org/ministerial-declaration-english>

Brenzel L Jones A. Immunization financing toolkit: a resource for policy-makers and program managers. World Bank and the GAVI Alliance; 2010. Archivado en: <https://perma.cc/2L2T-Z38V>

GAVI Financing Task Force. Immunization financing options: a resource for policymakers. Archivado en: <https://perma.cc/C4D2-YV3H>

World Health Organization. Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Disponible en: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/

PARTE I

FUNDAMENTOS DE LA INMUNIZACIÓN

Por qué son importantes la inmunización y su financiamiento

PUNTOS CLAVE

- * Las vacunas pueden salvar millones de vidas y traen muchos otros beneficios, entre ellos, niños más sanos, incremento de la asistencia a la escuela y mayor productividad. Los servicios de inmunización son también la piedra angular de la atención primaria de la salud y pueden ser la base de otros servicios de salud vitales.
- * La inmunización tiene un valor excepcionalmente positivo, pues genera muchos dólares en beneficios económicos por cada dólar gastado.
- * La inmunización debe sostenerse de manera indefinida y, por lo tanto, es una inversión a largo plazo que requiere una financiación estable y duradera.
- * Los gobiernos tienen la oportunidad de introducir una serie de vacunas de gran importancia para la salud pública, pero muchos encaran desafíos para su financiación. Los países que reciben el apoyo de la Alianza Gavi deben planificar el financiamiento completo de sus programas con fuentes nacionales una vez que concluya el apoyo de Gavi y los países que no son elegibles para Gavi deben lidiar con los precios volátiles de las vacunas.

LAS VACUNAS SON una de las herramientas de salud pública más poderosas que se hayan desarrollado. La inmunización posibilitó la completa erradicación de la viruela—quizás el mayor triunfo de la salud pública en la historia—y ha desempeñado un papel central en la drástica reducción de la mortalidad infantil en las últimas décadas. Hoy, la inmunización salva aproximadamente dos millones de vidas cada año; con mayor cobertura, podría salvar hasta el doble.

El alcance de la inmunización sigue creciendo a medida que se desarrollan nuevas vacunas contra enfermedades persistentes y emergentes. La primera vacuna contra la malaria fue aprobada por los reguladores en 2015, la vacuna contra el dengue ha sido autorizada en varios países y una vacuna contra el virus del Ébola resultó promisorio en un ensayo durante la reciente epidemia en África Occidental. Se están desarrollando vacunas contra otras enfermedades, como la infección por el virus del Zika.

Los servicios de inmunización son la piedra angular de la atención primaria de la salud y, con su ya amplio alcance, pueden servir de base para otros servicios vitales.

EL VALOR DE LA INMUNIZACIÓN

La inmunización figura entre las intervenciones de salud con mayor relación de costo-efectividad, pues ofrece una alta proporción de beneficios para la salud en términos de vidas salvadas y prevención de enfermedades con relación al costo, especialmente donde la carga de la enfermedad es alta. Esto significa que la inmunización

Un análisis reciente evidenció que cada dólar gastado en expandir el acceso a una cartera de vacunas en países de bajos y medianos ingresos entre 2011 y 2020 produciría un retorno de \$16 en beneficios económicos.

constituye uno de los mejores usos de los limitados fondos públicos para la salud. Cuando los beneficios de las vacunas se traducen en términos económicos sumando los ahorros en costos de tratamiento, productividad perdida por enfermedad y cuidados, y años de ingresos perdidos por muerte prematura y discapacidad resulta evidente que la inmunización es una inversión muy buena. Un análisis reciente evidenció que cada dólar gastado en expandir el acceso a una cartera de vacunas en países de bajos y medianos ingresos entre 2011 y 2020 produciría un retorno de \$16 en beneficios económicos.

Este tipo de análisis bien puede subestimar el valor de la inmunización porque no tiene en cuenta la inmunidad colectiva (la protección que pueden proporcionar los altos niveles de inmunización en una población incluso a las personas no vacunadas) o el beneficio para el desarrollo a largo plazo de contar con niños más sanos y mayor asistencia a la escuela.

Una virtud subestimada de la inmunización es que sus beneficios llegan a los pobres en mayor medida que la mayoría de las restantes intervenciones de salud. Los pobres soportan una carga desproporcionada de enfermedades prevenibles a través de la inmunización. Y aunque en la mayoría de los países, la tasa de vacunación de los niños más pobres es más baja que la de los niños de mejor situación, la disparidad suele ser mucho menos pronunciada que en otras intervenciones de salud en los países en desarrollo, y las tasas de inmunización de las niñas es igual que la de los niños en casi todos los países. Dado el mayor énfasis existente en la equidad, como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, esto proporciona un argumento más para invertir en la inmunización.

Por supuesto que no todas las vacunas son apropiadas en todos los entornos, por lo que al decidir la introducción de una nueva vacuna, los gobiernos deben considerar factores como la carga de la enfermedad local, la seguridad y efectividad de la vacuna y los costos de la vacuna y su suministro. Además, deben sopesar los beneficios potenciales de la vacuna en relación a los de usos alternativos de los recursos escasos (véase la Reseña 4).

LA NECESIDAD DEL FINANCIAMIENTO DE LARGO PLAZO

Aunque los beneficios de las vacunas y su costo-efectividad están bien establecidos, los programas de inmunización exigen recursos considerables, por lo que los gobiernos deben planificar cuidadosamente cómo asegurar el financiamiento suficiente y sostenible para estos programas. Dos características de la inmunización hacen que la planificación a largo plazo del financiamiento de la inmunización

sea particularmente importante. En primer lugar, la inmunización es, en mayor grado que cualquier otro servicio de salud, una responsabilidad pública. En la mayoría de los países, la vacunación se ofrece de forma gratuita a todos los niños a través de los servicios públicos de salud o con fondos y supervisión públicos. Incluso en aquellos casos en que los proveedores privados desempeñan un papel importante, la responsabilidad final de garantizar el acceso a vacunas esenciales para la salud pública sigue siendo del gobierno. No solo el acceso a la inmunización, junto con otros servicios básicos de salud, se considera en general como un derecho, sino que el control de las enfermedades infecciosas y la protección de la población que proporcionan las altas tasas de inmunización son un ejemplo clásico de bien público, cuyos beneficios superan el valor que las personas o las familias esperan de él. Por ello, garantizar la prestación de servicios de inmunización es una responsabilidad natural de los gobiernos.

En segundo lugar, salvo en los casos excepcionales en que una enfermedad puede ser erradicada por completo, la inmunización debe continuar de forma indefinida, incluso cuando las enfermedades que previenen las vacunas hayan disminuido considerablemente (y hayan desaparecido de la conciencia pública). Esto se debe a que, en la mayoría de los casos, estas enfermedades retornan rápidamente si la inmunización se interrumpe, así como la malaria ha reaparecido muchas veces cuando se han reducido las medidas de control y la disminución de las tasas de inmunización contra el sarampión ha dado lugar a brotes en muchos países. Por lo tanto, la inmunización es un compromiso de largo plazo y cuando los gobiernos introducen una nueva vacuna deben considerar cómo se financiará en el largo plazo.

De hecho, los programas de inmunización han demostrado ser notablemente sostenibles: si bien algunos programas de salud se descuidan cuando los donantes o los gobiernos pierden interés o prevalecen otras prioridades, las vacunas casi nunca se interrumpen una vez introducidas a nivel nacional.

Por qué son importantes la inmunización y su financiamiento

El desempeño efectivo de los programas de inmunización depende no solo del financiamiento suficiente de las actividades específicas de vacunación a nivel nacional, entre ellas, la adquisición de vacunas y las cadenas de suministro, sino también de la financiación de los centros de atención primaria y del personal que realiza la vacunación de rutina como parte de un programa más amplio de servicios de salud.

OPORTUNIDADES Y DESAFÍOS

Al planificar la financiación de los programas de inmunización, los gobiernos encaran grandes oportunidades e importantes desafíos. Por un lado, la cartera de vacunas disponibles continúa expandiéndose. A mediados de 2016, la Alianza Gavi apoyó 10 vacunas, comparado con solo tres cuando Gavi fue fundada en el año 2000. La cartera incluye nuevas vacunas, como la vacuna contra la meningitis A desarrollada para África y una nueva vacuna contra la encefalitis japonesa, así como vacunas que han sido adoptadas de manera masiva en muchos países de altos ingresos, pero fueron demasiado costosas para países más pobres sin la asistencia de Gavi, como las vacunas contra el neumococo, el rotavirus y el virus del papiloma humano (VPH). Los países de ingresos medios que no son elegibles para el apoyo de Gavi también están adoptando muchas de estas vacunas.

Por su parte, los países elegibles para Gavi, especialmente aquellos que han introducido muchas vacunas, deben planificar la responsabilidad de financiar sus programas. Esto es más urgente para los países que han entrado en la fase acelerada de la transición, cuando deben aumentar rápidamente el financiamiento interno de vacunas a medida que concluye el apoyo de Gavi. Pero los países cuyos ingresos per cápita aún no han superado el umbral de elegibilidad de Gavi también deben planificar cómo

pagar una parte creciente de los costos de la vacuna en forma de cofinanciamiento (véase la Reseña 9). Los países apoyados por Gavi deben asegurarse de que se disponga de una financiación segura, no solo para comprar vacunas, sino también para suministrarlas y mantener la extensión de la cobertura.

Los países de ingresos medios que no son elegibles para el apoyo de Gavi enfrentan un entorno de financiamiento de la inmunización más complejo. Aunque los precios de algunas vacunas importantes han disminuido para algunos países que no son elegibles para Gavi, los precios que pagan esos países varían considerablemente, lo que dificulta la planificación y el costo sigue siendo un obstáculo importante para muchos países. En algunos casos, estos países también encaran el retiro de la financiación de los donantes para otras prioridades de la salud, y todos los países deben encontrar fuentes predecibles de financiación para la inmunización en una economía mundial impredecible. La proporción de recursos de la salud dedicados a la inmunización sigue siendo pequeña en la mayoría de los países; sin embargo, con suficiente voluntad política, debería ser posible encontrar la financiación necesaria para sostener y ampliar este servicio vital de la salud pública.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Bloom DE, Canning D, Weston M. The value of vaccination. *World Econ.* 2005 Jul;6(3):15.

Levine OS, Bloom DE, Cherian T, de Quadros C, Sow S, Wecker J, Duclos P, Greenwood B. The future of immunisation policy, implementation, and financing. *Lancet.* 2011. 5 de Agosto; 378(9789):439-48.

Ozawa S, Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011-20. *Health Aff.* 1 de febrero de 2016; 35(2):199-207.

International Vaccine Access Center [en prensa]. Value of Immunization Compendium of Evidence (VoICE) tool. Disponible en: <http://view-hub.org/>

La cobertura universal de salud y el financiamiento de la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Garantizar el acceso a los servicios de inmunización es fundamental para el movimiento mundial hacia la cobertura universal de salud (CUS).
- * El financiamiento de la inmunización debe considerarse en el contexto de políticas y enfoques más amplios de financiación de la salud pública para lograr la CUS.
- * A medida que los acuerdos de prestación de servicios de salud se vuelven más complejos, los países encaran el desafío de definir las responsabilidades institucionales para las funciones específicas del programa de inmunización y asegurar que los incentivos financieros en el sistema no perjudiquen los servicios de inmunización.

EL MOVIMIENTO MUNDIAL hacia la cobertura universal de salud tuvo un gran impulso con el llamado de la Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas que instó a los países a "intensificar de manera urgente y significativa los esfuerzos para acelerar la transición hacia el acceso universal a servicios asequibles y de calidad para la atención de la salud". Sin embargo, el logro de este objetivo sigue siendo un reto importante, ya que se calcula que 400 millones de personas carecen todavía de acceso a servicios esenciales de salud, como la atención prenatal, la asistencia especializada durante el parto, la inmunización infantil, la terapia antirretroviral, el tratamiento de la tuberculosis y el acceso al agua limpia y al saneamiento seguro.

La CUS significa garantizar que todos tengan acceso a servicios de salud de calidad sin dificultades financieras o el riesgo de verse forzados a caer en la pobreza. Por ser una de las intervenciones de salud más rentables que salvan vidas, la vacunación ocupa un lugar destacado en la CUS. En términos prácticos, esto significa que la inmunización suele figurar entre los servicios de salud que un gobierno se compromete a hacer accesibles y asequibles al incluirlos en el paquete de servicios esenciales del país o en el paquete de beneficios del sistema nacional de seguro de salud.

La CUS requiere recursos financieros suficientes para pagar las intervenciones de salud necesarias, incluidos los insumos y servicios. La manera como un país genera financiación para la CUS, redistribuye

esos fondos para lograr la equidad y compra servicios de proveedores de atención de la salud configura el esquema general de financiamiento de la salud dentro de la cual se financia la inmunización. Esta reseña ofrece una visión general de los principales enfoques de la CUS y sus implicaciones en el financiamiento de la inmunización.

FUENTES DE INGRESO PARA LA CUS

La cobertura universal de salud es costosa. Garantizar recursos financieros adecuados para la CUS requiere suficiente margen presupuestario, o espacio fiscal, para expandir o mantener la cobertura sin poner en peligro la sostenibilidad de las finanzas del gobierno. El crecimiento económico genera de manera natural el espacio fiscal a través del aumento de los ingresos por los impuestos. Pero el crecimiento económico por sí solo no suele ser suficiente para producir aumentos suficientes en el gasto público destinado a la salud; los gobiernos también deben hacer de la salud una prioridad en sus presupuestos. Los países también pueden crear un espacio fiscal para la CUS mediante la ampliación de la base impositiva y la mejora de la administración tributaria, la introducción de fuentes de ingresos especiales para el sector de la salud, como las contribuciones al seguro social de salud, la mejora de la eficiencia, la obtención de subvenciones y préstamos temporales. Dentro de los presupuestos de salud, los programas de inmunización requieren asignaciones adecuadas para la compra de vacunas, insumos para la inyección y equipos de la cadena de frío; la gestión y el transporte de vacunas, así como la prestación del servicio de inmunización.

EQUIDAD EN LA COBERTURA DE LA SALUD

Las necesidades de salud varían según la población de cada país, por lo que proporcionar la CUS y protección financiera a toda la población requiere una redistribución significativa y subsidios cruzados—de ricos a pobres y de personas más sanas (como los jóvenes) a aquellos con mayores necesidades de atención de la salud (como las personas mayores). Quizás la cuestión de equidad más importante relacionada con la inmunización en muchos entornos sea la adecuada financiación y preocupación para ampliar los servicios a áreas y poblaciones difíciles de alcanzar para asegurar al menos el 90% de cobertura total y el 80% en cada distrito (objetivos del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas, que incluye la DTP3 para 2015 y todas las vacunas del programa nacional, a menos que se recomiende lo contrario, para 2020).

BUENA RELACIÓN CALIDAD-PRECIO

Todos los países cuentan con recursos limitados para lograr o mantener la CUS, por lo que es fundamental aprovechar al máximo los fondos disponibles. Una forma importante de mejorar la relación calidad-precio es mediante estrategias de compra que ayuden a los países a pagar precios más bajos por los productos básicos de salud (como los medicamentos y las vacunas) y a crear incentivos para que los proveedores de servicios de salud mejoren la calidad y la cobertura de sus servicios, de la manera más eficiente (véanse las Reseñas 11, 12 y 14).

EL FINANCIAMIENTO NACIONAL DE LA SALUD Y LA INMUNIZACIÓN

La forma como un país financia la CUS, así como los mecanismos para la financiación y prestación de servicios de salud que pone en práctica, pueden afectar la prioridad de la vacunación y el modo de garantizar el acceso a los servicios de inmunización. Los países de ingresos bajos y medios avanzan crecientemente hacia modelos mixtos de financiación de la salud, que combinan los presupuestos

nacionales con los esquemas de seguro de salud pública y, en menor medida, con la financiación privada a través del seguro voluntario.* En muchos países, los proveedores privados de servicios de salud desempeñan un papel cada vez más importante en la prestación de servicios de salud y se contratan de forma creciente mediante acuerdos de financiación pública.

MODALIDADES COMUNES DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

La mayoría de los países de ingresos bajos y medios usan, de alguna forma, uno de los siguientes acuerdos de financiamiento y prestación de servicios de salud:

- Financiación principal con impuestos generales y prestación de servicios públicos
- Financiación pública mixta y prestación mixta de servicios públicos y privados
- Financiación principal con el seguro de salud pública y prestación mixta de servicios públicos y privados.

En las siguientes secciones se destacan las características principales de cada acuerdo y las cuestiones clave que pueden surgir para la financiación de la inmunización.

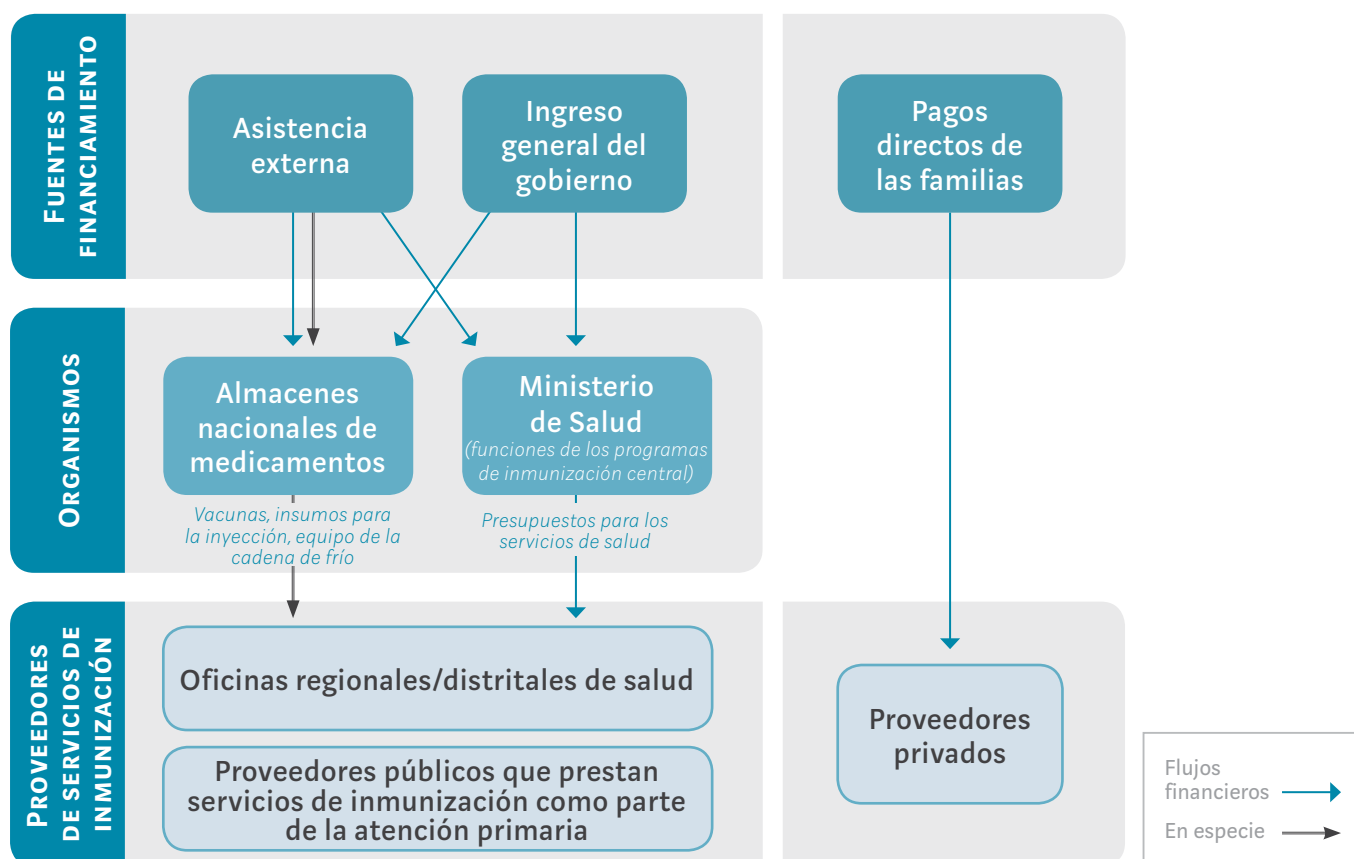
FINANCIACIÓN PRINCIPAL CON IMPUESTOS GENERALES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Muchos países de ingresos bajos y algunos países de ingresos medios y altos tienen sistemas de salud que se financian a través del presupuesto estatal y son administrados por el ministerio de salud, con servicios prestados a través de una red de proveedores públicos. Estos sistemas, también conocidos como servicios nacionales de salud, suelen proporcionar asignaciones financieras centralizadas al sector de la salud; los fondos se distribuyen luego a los niveles subnacionales. En los sistemas más descentralizados, los gobiernos locales también aportan fondos al sector de la salud y ejercen mayor

* La experiencia ha demostrado que el seguro voluntario privado no puede ser la base para lograr la CUS, aunque puede tener un papel limitado como seguro complementario (Kutzin 2012).

La cobertura universal de salud y el financiamiento de la inmunización

FINANCIACIÓN PRINCIPAL CON IMPUESTOS GENERALES Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS



control sobre la asignación de recursos y la toma de decisiones. En este esquema, representado en la figura adjunta, la financiación de la inmunización proviene de manera casi exclusiva de los ingresos generales del gobierno o de las contribuciones de los donantes, y los servicios son prestados por proveedores públicos principalmente en establecimientos de atención de salud primaria.

Algunos sistemas de salud que dependen de la financiación basada en impuestos y la prestación de servicios públicos, como los de Malasia y Sri Lanka, tienen un buen desempeño en general y alcanzan altas tasas de cobertura de la inmunización. Sin embargo, otros países que utilizan el modelo nacional de servicios de salud tienen dificultades para conseguir fondos adecuados en el proceso presupuestario anual. Estos sistemas suelen

caracterizarse por la insuficiencia crónica de fondos y escasez de personal. A menudo, surge un sector privado paralelo, por lo general poco regulado, para satisfacer la demanda de servicios de salud; junto con la insuficiencia crónica de fondos de los establecimientos públicos, esto suele conducir a pagos elevados que deben ser asumidos directamente por los pacientes y a una protección financiera débil.

En los sistemas que dependen principalmente de la financiación basada en impuestos y la prestación de servicios públicos, la financiación de la inmunización puede beneficiarse de políticas coherentes y asignaciones presupuestarias transparentes a nivel nacional. Pero los desafíos potenciales incluyen el subfinanciamiento general del sector de la salud, la escasez de personal en las zonas rurales y remotas, la división poco clara de responsabilidades para la

financiación de la inmunización entre los niveles nacionales y subnacionales del gobierno en sistemas más descentralizados e incentivos débiles para los proveedores de servicios de salud. Los altos niveles de pagos directos por parte de los pacientes y la dependencia respecto de proveedores privados que frecuentemente suelen surgir para muchos servicios de salud también pueden afectar el acceso a la inmunización, aunque hay escasa evidencia de este fenómeno a nivel mundial (véase la Reseña 8).

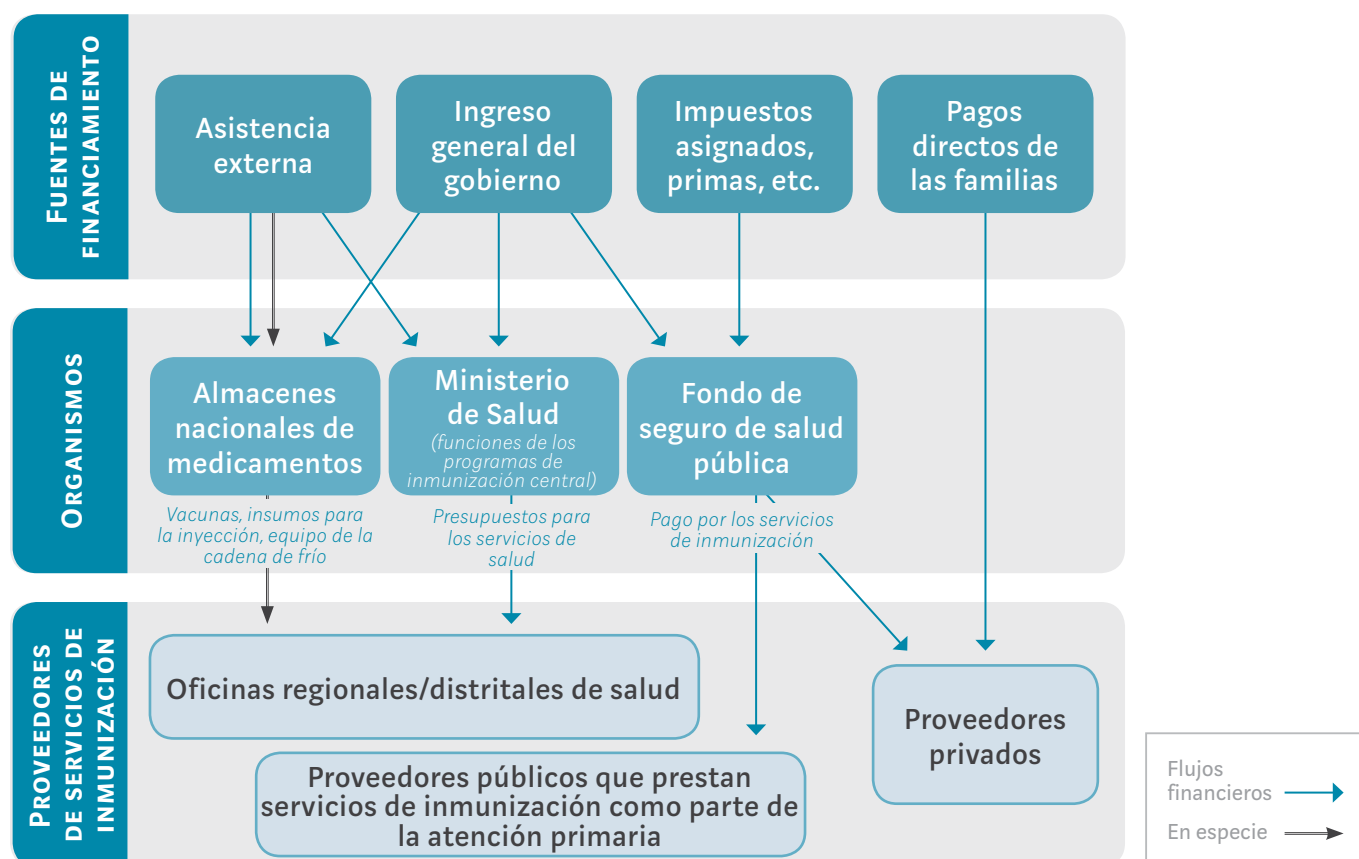
FINANCIACIÓN PÚBLICA MIXTA Y PRESTACIÓN MIXTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Algunos países, como Ghana, Indonesia, Perú y Vietnam, han introducido sistemas de seguros públicos para inyectar recursos adicionales en el sistema de salud y brindar protección financiera contra las tarifas que tienen que pagar los pacientes

(véase la figura a continuación). Estos sistemas también han introducido nuevos acuerdos entre los compradores de servicios y los proveedores (aunque los proveedores públicos todavía suelen recibir asignaciones del ministerio de salud). Estos nuevos acuerdos de compra pueden brindar la oportunidad de introducir nuevos sistemas de pago, como el financiamiento basado en resultados y otros enfoques estratégicos de compra. En muchos casos, estos sistemas han aumentado la protección financiera de los consumidores y los fondos que fluyen a través de los sistemas de seguros suelen utilizarse con mayor flexibilidad que los fondos presupuestarios tradicionales.

La cobertura de la inmunización ha aumentado en algunos países, a medida que el sistema nacional de seguro de salud ha crecido. Pero la expansión de un programa de seguros, en especial uno centrado en

FINANCIACIÓN PÚBLICA MIXTA Y PRESTACIÓN MIXTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS



La cobertura universal de salud y el financiamiento de la inmunización

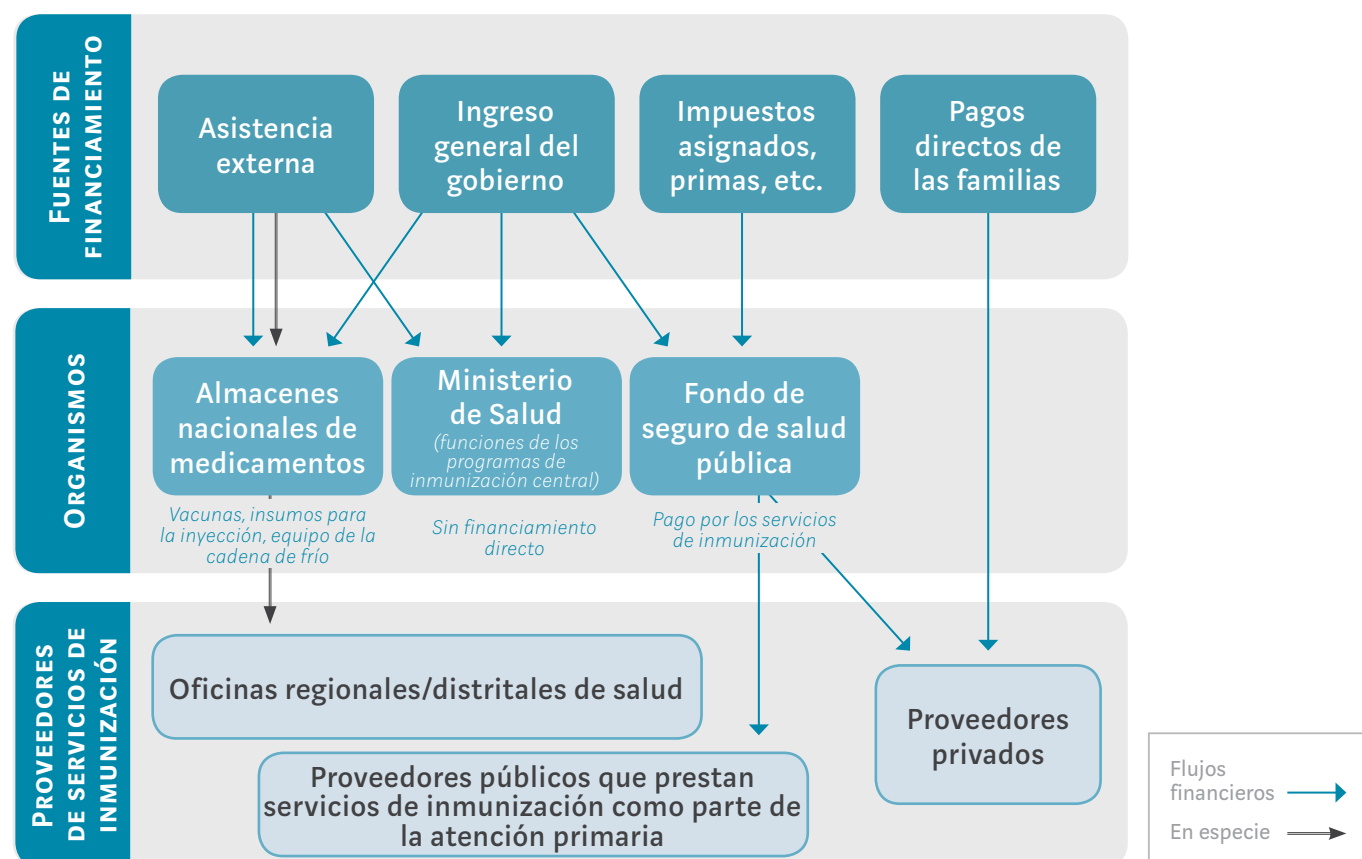
servicios curativos, puede reducir los recursos para la inmunización y otros servicios preventivos. Los desafíos surgen al ampliar la cobertura de seguro a los trabajadores del sector informal y lograr la equidad, especialmente cuando el país tiene múltiples programas de seguros. Los servicios de promoción de la salud y de prevención, entre ellos la inmunización, siguen siendo financiados mediante el presupuesto del ministerio de salud, como en Ghana y Vietnam. En Indonesia, la inmunización está incluida en el paquete de prestaciones del sistema nacional de seguro de salud. De cualquier modo, los países deben asegurarse de que la financiación de la inmunización y las responsabilidades de la prestación de servicios sean claras y que las personas sepan dónde pueden obtener los servicios de inmunización y cómo están cubiertos para que la inmunización no sea descuidada por el sistema de financiamiento ni los proveedores

de servicios. El suministro y el mantenimiento de la cadena de frío pueden ser particularmente vulnerables en sistemas mixtos con múltiples actores institucionales y líneas de responsabilidad poco claras.

FINANCIACIÓN PRINCIPAL CON EL SEGURO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN MIXTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Algunos países financian casi todos los servicios de salud a través de un sistema de seguro de salud social financiado principalmente por un impuesto especial a la nómina (como en Estonia y Moldavia), o con fondos fiscales generales a través de un organismo de compras públicas (como en Tailandia). En esta reseña, estos enfoques se denominan “financiación principal con el seguro público y prestación mixta de servicios públicos y privados”. Los servicios de inmunización

FINANCIACIÓN PRINCIPAL CON EL SEGURO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN MIXTA DE SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS



en estos sistemas están incluidos en el paquete de beneficios y se paga a los proveedores para que presten esos servicios. La adquisición de vacunas y otras funciones nacionales suelen ser asumidas por el ministerio de salud con fondos presupuestarios, aunque en Tailandia el organismo de compras es responsable de adquirir las vacunas y distribuirlas a los proveedores de servicios de salud. Por lo general, el Ministerio de Salud ya no financia la provisión de servicios (véase la figura en la página anterior).

Los sistemas de seguro social de salud suelen definir de forma clara las funciones dentro del sistema de salud, tales como la reglamentación, la financiación y la provisión de servicios. Esto permite usar sistemas estratégicos de compras y pagos para crear incentivos entre los proveedores de servicios de salud, que suelen ser más completos que en un sistema mixto de presupuesto o seguro. Pero este enfoque tiene el riesgo de que las responsabilidades por determinadas funciones de inmunización no estén claras y los incentivos de pago pueden afectar negativamente los servicios de inmunización. Algunos esquemas de seguro social de salud vinculan incentivos financieros

específicos a la cobertura de la inmunización para asegurar que no se descuiden los servicios de inmunización. Por ejemplo, el sistema de seguro social de salud de Estonia combina el pago por capitación de la atención primaria con un programa de pago por rendimiento e incentivos financieros adicionales por alcanzar los objetivos de la cobertura de inmunización.

Los sistemas de seguro social de salud que especifican claramente las responsabilidades de las funciones de inmunización en todo el ministerio de salud y el organismo de seguro de salud tienden a lograr altas tasas de cobertura de la inmunización. En Moldavia, por ejemplo, el Ministerio de Salud supervisa la administración general del Programa Nacional de Inmunización, pero las responsabilidades de todos los organismos cooperantes, entre ellos, el Fondo Nacional de Seguro de Salud como pagador de los servicios, están claramente delineadas en su plan integral multianual de inmunización. Esto ha dado como resultado un programa eficiente con altas tasas de cobertura de inmunización.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington D.C.: World Bank Group; 2006. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>

Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012 Nov;90(11):867-8.

Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies. Washington D.C.: World Bank Group; 2014. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-for-inclusive-sustainable-development>

World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/>

Componentes de los costos de la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Los costos de la inmunización incluyen las vacunas, mano de obra, insumos, transporte, operaciones y mantenimiento, equipos de la cadena de frío e inversiones de capital en edificios y tecnología. La mano de obra y las vacunas son los principales componentes del costo.
- * Los costos de la distribución (sin incluir las vacunas) representan casi la mitad de los costos de la inmunización.
- * En los establecimientos de salud y en el nivel administrativo, los costos de la inmunización suelen ser compartidos entre múltiples servicios y actividades de salud; por ello, los servicios de salud primarios adecuadamente presupuestados y dotados de personal son esenciales para la prestación de servicios integrales de inmunización.
- * Estudios recientes sobre los costos de la inmunización han detectado una variación significativa en el costo total de los establecimientos y en los costos unitarios dentro de los países y entre ellos.
- * Los establecimientos de salud de gran tamaño suelen tener menores costos de inmunización por niño que los establecimientos en áreas rurales. Esto debe tenerse en cuenta en la elaboración de presupuestos y en la asignación de recursos.
- * La introducción de una nueva vacuna requiere costos iniciales, como los de capacitación, impresión de materiales y ajustes de la cadena de frío, que deben ser presupuestados de manera adecuada.

LOS PAÍSES NECESITAN comprender los componentes clave de los costos de la inmunización para presupuestar, financiar, implementar y mantener de forma eficaz un programa de inmunización integral. Los costos de la inmunización pueden ser difíciles de desagregar porque ocurren en diferentes niveles del sistema de salud —desde el organismo de coordinación centralizado hasta el punto de prestación de servicios— e incluyen diversos componentes que pueden ser financiados de manera diferente. Comprenden la adquisición de vacunas e insumos para la inyección, la cadena de suministro y logística, y la inmunización en el punto de uso.

En el nivel del proveedor de servicios o de los establecimientos de salud, donde la prestación de servicios está integrada y el personal de salud ofrece una gama de servicios, se comparten los insumos relacionados con la prestación del servicio de la vacunación (véase la Reseña 2). El trabajador de la salud que vacuna a los niños en un centro de

salud también puede proporcionar otros servicios, posiblemente durante la misma visita. Aunque estos insumos y costos pueden ser difíciles de desagregar por servicio de salud, asegurar que la financiación sea adecuada para cubrir todos los costos compartidos a nivel de los establecimientos de salud es esencial para la prestación de servicios de inmunización.

Esta reseña se basa en estudios de seis países de la iniciativa Costos y Financiamiento de la Vacunación de Rutina del Programa Ampliado de Inmunización (EPIC, por su sigla en inglés). Los primeros estudios, realizados en 2012 y 2013, utilizaron un enfoque común para estimar los costos de la vacunación de rutina en Benín, Ghana, Honduras, Moldavia, Uganda y Zambia. (Los datos y materiales asociados, incluida la documentación de los datos, los instrumentos de recopilación de datos y las presentaciones de los resultados analíticos pueden consultarse en www.immunizationcosting.org)*.

* Otras fuentes de datos sobre los costos de la vacunación incluyen las estimaciones de los planes de vacunación integrales multianuales de cada país, los estudios de costo-efectividad y los esfuerzos iniciales de recopilación de datos primarios.

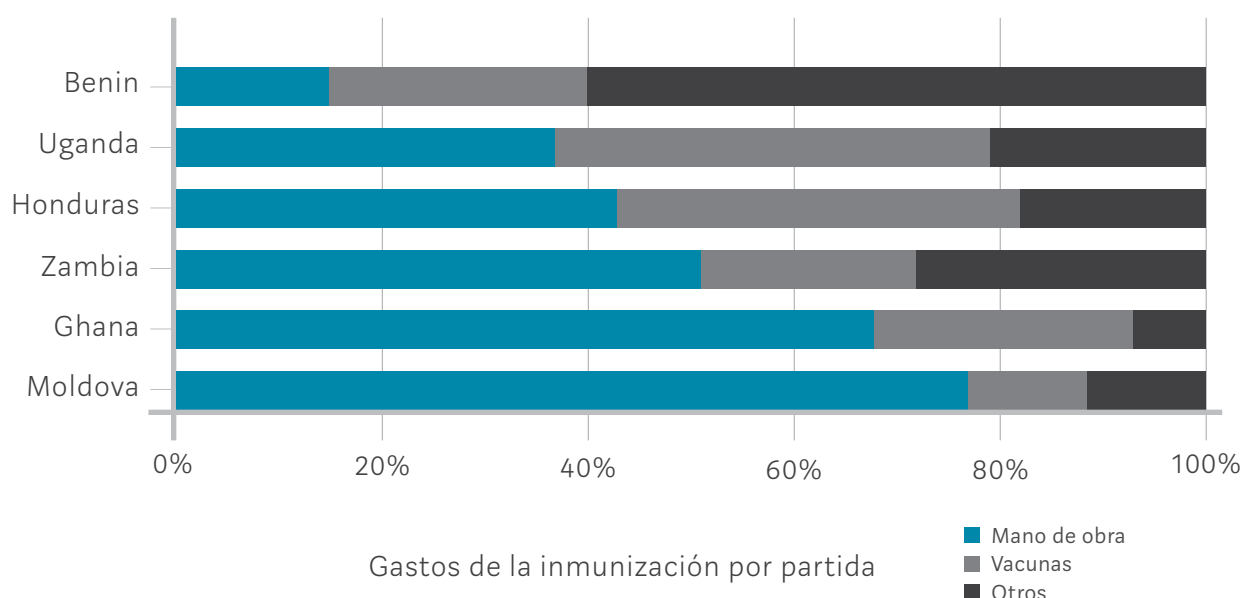
PRINCIPALES COMPONENTES DEL COSTO DE LOS SERVICIOS DE INMUNIZACIÓN

Los costos de los programas de inmunización se dividen en dos categorías principales:

- **Vacunas e insumos para la inyección.** Los costos totales incluyen la distribución en el país, las tarifas asociadas al despacho de aduanas, los impuestos de importación y los costos de la adquisición, según el caso.
- **Prestación del servicio de inmunización.** Estos costos son importantes e incluyen el costo del tiempo de los trabajadores de la salud para administrar las vacunas y los costos relacionados con la capacitación, planificación, gestión y

supervisión, movilización social, vigilancia, monitoreo y evaluación. También incluyen los costos de la cadena de suministro y de logística, entre ellos, los equipos de la cadena de frío y gastos generales, los vehículos, el transporte y el tiempo del personal dedicado al almacenamiento y entrega de las vacunas en los lugares de atención. La cadena de suministro tiene costos recurrentes y de capital. Los costos recurrentes incluyen el combustible del transporte, el uso de las unidades de refrigeración, los salarios y el mantenimiento del equipo de la cadena de frío (que suele estar subpresupuestado en la planificación de la inmunización). Los gastos de capital incluyen la compra de furgonetas nuevas, motocicletas y unidades de refrigeración.

GASTOS DE LA VACUNACIÓN DE RUTINA EN SEIS PAÍSES (2011)



Nota: "Otros" incluye insumos, mantenimiento, gastos de agua y electricidad, transporte, per diem, impresos, impuestos, vehículos, equipo de la cadena de frío, otros equipos, entre otros.

Fuente: Brenzel et al., *Health Affairs* (2016)

Componentes de los costos de la inmunización

INSUMOS Y ACTIVIDADES DE MAYOR COSTO

El estudio EPIC de 2011 identificó a la mano de obra como el mayor costo de la vacunación de rutina, pues representa en promedio un 49% de todos los costos en los seis países, desde un 15% en Benín hasta un 77% en Moldavia (véase la figura en la página anterior). La proporción de los costos laborales de la inmunización de un país tiende a correlacionarse con su nivel de desarrollo económico. Así, en los países más desarrollados, donde los trabajadores de la salud tienen sueldos más altos, sus costos proporcionales son más elevados para la mano de obra que en los países menos desarrollados.

Las vacunas e insumos para la inyección son la segunda categoría más grande de los costos, ya que representan en promedio un 27% de los costos totales de la inmunización. Dado que las vacunas constituyen la mayor proporción de los costos totales, la adquisición eficiente y la cuidadosa elección de la presentación (el número de dosis y el volumen total por frasco) son fundamentales para determinar el costo de los servicios (véanse las Reseñas 4, 11 y 12).

Los costos de administración y gestión por encima del nivel del establecimiento de salud representan aproximadamente el 15% de los costos totales de la vacunación de rutina.

COSTO POR NIÑO COMPLETAMENTE INMUNIZADO

El estudio EPIC de 2011 evidenció que el costo por niño completamente inmunizado era de aproximadamente US\$60 en Ghana, US\$132 en Honduras y US\$332 en Moldavia. Estas cifras son mucho más altas que las que se encuentran en estudios de costos detallados que cubren los últimos 10 a 20 años, cuando los países tenían menos vacunas en sus programas. Por ejemplo, en Ghana, el costo estimado por niño vacunado (solo para las vacunas de rutina) era de US\$10 aproximadamente en 2001.

El estudio EPIC encontró que en Honduras el 20% del costo por niño completamente inmunizado correspondía a las dos vacunas recientemente introducidas contra el rotavirus y el neumococo.

CÓMO EL VOLUMEN DE LOS ESTABLECIMIENTOS AFECTA LOS COSTOS

El estudio EPIC mostró amplias variaciones en los costos totales y unitarios de la inmunización; los establecimientos de mayor volumen suelen tener costos unitarios más bajos (por dosis suministrada o por niño vacunado) debido a que los costos fijos se reparten en un mayor número de productos. Los establecimientos de salud rurales suelen tener un volumen menor, pues atienden a zonas escasamente pobladas y, por lo tanto, sus costos son marcadamente más altos por dosis en comparación con los establecimientos urbanos y periurbanos. En Honduras, por ejemplo, el costo de suministro por dosis (sin el costo de la vacuna) a nivel del establecimiento osciló entre aproximadamente US\$1.6 en los hospitales y US\$7.7 en los puestos de vacunación rural. El estudio señaló que lograr una alta cobertura de inmunización en más zonas rurales de Honduras podría costar más por dosis que en áreas con alta densidad de población.

CÓMO LA PLATAFORMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS AFECTA LOS COSTOS DE DISTRIBUCIÓN DE NUEVAS VACUNAS

La evidencia es limitada respecto a cómo la plataforma de prestación de servicios afecta los costos incrementales de la distribución de vacunas nuevas y subutilizadas. Sin embargo, muestra que las estrategias de vacunación en la escuela son más costosas para la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) que para la prestación de servicios de salud (aunque la primera puede ser necesaria en lugares donde la estrategia es más eficaz).

COSTOS INICIALES DE LA INTRODUCCIÓN DE UNA NUEVA VACUNA

La introducción de una nueva vacuna implica costos para la adquisición de la vacuna y los insumos para la inyección, así como costos incrementales de la distribución. También implica costos para una serie de importantes actividades iniciales, tales como la capacitación de los trabajadores de salud, movilización social, microplanificación e impresión de nuevas cartillas de vacunación y materiales de capacitación.

Las vacunas nuevas pueden requerir inversiones adicionales en el almacenamiento de la cadena de frío. Sin embargo, ciertas vacunas combinadas (como las pentavalentes o hexavalentes) pueden reemplazar varias vacunas que antes se proveían de manera separada, lo que reduce la demanda de espacio en la cadena de frío y en insumos para la inyección.

VACÍOS EN LOS DATOS SOBRE COSTOS

Los estudios detallados de los costos arrojan grandes variaciones en los costos de la vacunación entre los países, aunque existen importantes carencias de datos cuando se trata de costos de la prestación del

servicio en Asia Central, Asia Meridional y Europa. Además, se han realizado menos estudios sobre los costos de vacunación en los países de ingresos bajos que en los de ingresos medios. Muchos países han añadido vacunas a sus esquemas de inmunización en los últimos años, por lo que los estudios de costos más antiguos podrían estar desactualizados o los costos compartidos se presentan de manera inconsistente.

Los estudios de costos más recientes cubren la vacunación de rutina. Se dispone de menos información sobre el costo de las actividades complementarias de inmunización cuyo objetivo es llegar a grandes poblaciones que podrían haberse perdido los servicios de vacunación de rutina y a menudo inmunizan a los niños sin tener en cuenta su historial de vacunación. Se necesita una mayor evaluación de los costos de diversas plataformas de prestación del servicio, los costos de lograr mayor cobertura y mayor equidad, y los costos de los servicios de mejor calidad.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Brenzel L, Schütte C, Gogvadze K, Valdez W, Le Gargasson J, Guthrie T. EPIC studies: governments finance, on average, more than 50 percent of immunization expenses, 2010-11. *Health Affairs*. Febrero de 2016; 35(2):259-65.

Brenzel L, Young D, Walker DG. Costs and financing of routine immunization: approach and selected findings of a multi-country study (EPIC). *Vaccine*. 7 de mayo de 2015 ; 33:A13-20.

EPIC [Internet]. EPIC immunization costing studies. Disponible en: www.immunizationcosting.org

Janusz CB, Castañeda-Orjuela C, Aguilera IB, Garcia AG, Mendoza L, Díaz IY, Resch SC. Examining the cost of delivering routine immunization in Honduras. *Vaccine*. 7 de mayo de 2015 ; 33:A53-9.

Le Gargasson JB, Nyongator FK, Adibo M, Gessner BD, Colombini A. Costs of routine immunization and the Introducción of new and underutilized vaccines in Ghana. *Vaccine*. 7 de mayo de 2015; 33:A40-6.

Levin A, England S, Jorissen J, Garshong B, Teprey J. Case study on the costs and financing of immunization services in Ghana. Bethesda (MD): Abt Associates; 2001. Archivado en: <https://perma.cc/7BGP-Z5LS>.

Schütte C, Chansa C, Marinda E, Guthrie TA, Banda S, Nombewu Z, Motlogelwa K, Lervik M, Brenzel L, Kinghorn A. Cost analysis of routine immunisation in Zambia. *Vaccine*. 7 de mayo de 2015; 33:A47-52.

Toma de decisiones en la vacunación

PUNTOS CLAVE

- * Las decisiones sobre la introducción de nuevas vacunas tienen implicaciones a largo plazo para los costos de la inmunización, los sistemas logísticos y la prestación de servicios. La elección de la presentación de la vacuna también afecta el costo y la facilidad de la prestación del servicio de vacunación.
- * Al tomar estas decisiones, los responsables políticos deben considerar la carga de la enfermedad; la seguridad y eficacia de la vacuna; el costo; la relación costo-efectividad y la asequibilidad; la viabilidad operativa y los requisitos de la prestación del servicio de vacunación, así como las percepciones y la demanda del público.
- * Los comités técnicos independientes, a menudo llamados comités nacionales de prácticas de inmunización (CNPI), pueden ayudar a garantizar que las decisiones sobre la introducción de la nueva vacuna sean transparentes, creíbles y fundamentadas en pruebas.
- * Se dispone de una variedad de herramientas y formas de asistencia para ayudar a los países a tomar decisiones sobre nuevas vacunas y fortalecer los procesos de toma de decisiones. La Iniciativa ProVac de la OPS es un extraordinario modelo de apoyo a la toma de decisiones.

LAS NUEVAS VACUNAS tienen el potencial de reducir considerablemente la enfermedad y la mortalidad, pero añadir una vacuna a un programa nacional de inmunización tiene consecuencias para los presupuestos, los sistemas logísticos, la prestación del servicio y, en algunos casos, afecta la percepción del público respecto de la inmunización y del apoyo que se le da. Más aun, las decisiones sobre nuevas vacunas tienen implicaciones a largo plazo, ya que, a menos que una vacuna sea sustituida por otra mejor, probablemente permanecerá en el programa nacional de manera indefinida.

Esta reseña esboza los factores que los países deberían analizar al decidir la introducción de una nueva vacuna, con especial énfasis en los temas relacionados con el costo y la financiación. También explora las herramientas, las instituciones y los procesos de toma de decisiones relevantes. (Para una orientación más detallada, véase la guía completa de la Organización Mundial de la Salud sobre la toma de las decisiones en la vacunación, que se presenta al final de esta reseña).

Entre las consideraciones más importantes para decidir la adopción de una nueva vacuna figuran:

- La carga de la enfermedad y la importancia para la salud pública
- La efectividad y seguridad de la vacuna
- Los requisitos para la entrega de la vacuna y la factibilidad operacional
- El costo
- La relación costo-efectividad
- La asequibilidad
- La aceptación y demanda del público.

LA CARGA DE LA ENFERMEDAD Y LA IMPORTANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

Como punto de partida al considerar una nueva vacuna, los países deben sopesar la importancia de la enfermedad que la vacuna pretende prevenir. Estas son algunas preguntas que cabe formularse:

- ¿Cuál es la carga de la enfermedad en relación con otros problemas de salud a los que se podrían dirigir los recursos?
- Si la carga es baja actualmente, ¿cuál es el riesgo de una epidemia o resurgimiento importante?
- ¿Cuán eficaces son otros enfoques para combatir la enfermedad?
- ¿El control de la enfermedad es esencial para la estrategia nacional de salud y los compromisos internacionales?

LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA VACUNA

Los países deben evaluar en qué medida la nueva vacuna contribuirá al control de la enfermedad. Algunas vacunas, como la vacuna contra la fiebre amarilla, pueden prevenir prácticamente todos los casos si se logra una cobertura alta, mientras que otras solo ofrecen protección parcial. Asimismo, deben considerar la duración de la protección que proporciona una vacuna.

La seguridad de la vacuna es también de suma importancia. En general, las vacunas que han sido aprobadas luego de rigurosas pruebas y de una estricta revisión reglamentaria, y han sido recomendadas por la OMS, han demostrado ser seguras dondequiera que se hayan utilizado.

LOS REQUISITOS PARA LA ENTREGA DE LA VACUNA Y LA FACTIBILIDAD OPERACIONAL

Los países deben evaluar si la vacuna puede entregarse eficazmente a la población destinataria. La entrega puede ser relativamente sencilla si se provee la vacuna durante los contactos de inmunización existentes, por ejemplo, si el calendario coincide con el de otra vacuna incluida en el programa nacional. Los desafíos son mayores si la vacuna se debe proporcionar a un grupo de edad diferente o a una población especial difícil de alcanzar. El ejemplo más destacado es la vacuna

contra el virus del papiloma humano (VPH), que se recomienda para las niñas de 9 a 13 años de edad y se suministra a través de escuelas en algunos países.

EL COSTO

Al estimar el costo de una nueva vacuna, los directores de programas deben considerar no solo el costo de la vacuna en sí, sino también el costo adicional de los sistemas de logística y distribución, que pueden variar según la presentación de la vacuna y de su empaque. La introducción de una vacuna también implica costos de la puesta en marcha, como el costo de capacitación de los trabajadores de salud, la expansión de la cadena de frío y el sistema de logística y, en algunos casos, las campañas de puesta al día.

La manera como un país adquiere una vacuna también afecta los costos (véanse las Reseñas 11 y 12). El UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que adquieren vacunas en nombre de muchos países, hacen públicos los precios que pagan. En general, se espera que los costos de las nuevas vacunas disminuyan a medida que otros fabricantes ingresen al mercado y la competencia aumente, pero es difícil predecir el alcance y el tiempo que tome la disminución de los precios.

LA RELACIÓN COSTO-EFECTIVIDAD

Se puede combinar la información sobre la carga de la enfermedad, la efectividad de la vacuna y el costo para estimar la relación costo-efectividad de una nueva vacuna, lo que puede ser útil para sopesar el valor de su introducción comparado con otros usos posibles de los limitados recursos. Si bien el análisis de costo-efectividad puede ser una herramienta poderosa, requiere datos considerables, así como conocimientos técnicos. La Iniciativa ProVac de la OPS ha trabajado con muchos países de las Américas y, más recientemente, con países de otras regiones para desarrollar la capacidad local para llevar a cabo análisis de costo-efectividad de las vacunas (véase el siguiente recuadro).

LA INICIATIVA PROVAC DE LA OPS

La Iniciativa ProVac, creada por la OPS en 2004, apoya a los países de las Américas en la toma de decisiones basadas en evidencia respecto a la introducción de una nueva vacuna, con énfasis en la evaluación económica. Casi todos los países de la región, en su mayoría de ingresos medios, deben pagar el costo total de las vacunas en sus programas nacionales, por lo que un análisis económico riguroso es particularmente importante al decidir la adopción. Fundada con la premisa de que los países deben desarrollar su propia capacidad para tomar decisiones sobre vacunas con base en los datos nacionales, la iniciativa ofrece datos, herramientas y capacitación, entre otras formas de apoyo.

La esencia del enfoque de ProVac son los modelos de costo-efectividad fáciles de usar. El modelo TRIVAC apoya la evaluación del impacto en la salud, el costo y la relación costo-efectividad de las vacunas conjugadas contra el Hib, el rotavirus y el neumococo, mientras que el CERVIVAC hace lo mismo con las vacunas contra el VPH. Se está desarrollando y probando un nuevo modelo que incorporará vacunas adicionales. ProVac capacita al personal técnico nacional en el uso de estas herramientas y trabaja para mejorar el uso de la evidencia en la formulación de políticas, por ejemplo, a través de los comités nacionales de prácticas de inmunización (CNPI). También ha establecido una red de "centros de excelencia" académicos regionales para compilar datos regionales y elaborar guías metodológicas. Hasta 2015, ProVac había apoyado 24 análisis económicos en 16 países de las Américas; muchos de estos análisis contribuyeron a decidir la introducción de vacunas en los programas nacionales.

Para satisfacer la demanda de apoyo en la toma de decisiones fuera de las Américas, la OPS estableció el Grupo de Trabajo Internacional ProVac en 2011, con la colaboración de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Sabin Vaccine Institute, la OMS, PATH y la Agence de Médecine Préventive para transferir las herramientas y enfoques de ProVac a otras regiones. Durante esta iniciativa de dos años, el Grupo de Trabajo Internacional ProVac capacitó a personal nacional de 17 países y apoyó el análisis de costo-efectividad en nueve países. Se están discutiendo maneras de continuar este trabajo, lo que podría ser especialmente valioso para los países que ya no reciben el apoyo de Gavi.

LA ASEQUIBILIDAD

En principio, los países deben introducir una vacuna que prometa aliviar sustancialmente la carga de la enfermedad y que tenga una buena relación calidad-precio. En la práctica, sin embargo, la asequibilidad es el factor limitante para muchos países, que deben encontrar espacio en sus presupuestos para los costos de las nuevas vacunas y su suministro. No hay un estándar absoluto de asequibilidad porque el margen presupuestario, o espacio fiscal, depende de la rapidez con que crecen los presupuestos de inmunización y de salud, de otras posibles fuentes de financiamiento y de la viabilidad para reasignar fondos de otros usos o lograr ganancias de eficiencia.

Los ministerios de salud también deben equilibrar la introducción de la nueva vacuna con otros objetivos del programa de inmunización, como ampliar la cobertura de las vacunas existentes o hacer que la cobertura sea más equitativa.

LA ACEPTACIÓN Y DEMANDA DEL PÚBLICO

Las decisiones sobre la introducción de vacunas no se basan únicamente en consideraciones técnicas y de costos. La vacuna nueva también debe ser aceptable para la población destinataria. Más allá de esto, los que formulan las políticas tienden a responder a la demanda popular. El temor a las epidemias estacionales de meningitis en la región del Sahel de África ayudó a estimular el desarrollo y la rápida introducción de una nueva vacuna contra la meningitis A, y la preocupación por el crecimiento de las epidemias de dengue sin duda influirá en las decisiones sobre las vacunas contra el dengue. Por el contrario, algunas vacunas que abordan importantes problemas de salud pública, entre ellas, las vacunas contra el rotavirus, no han motivado una demanda pública comparable.

La promoción de la vacuna por los profesionales, a veces apoyada por los fabricantes de vacunas, puede llamar la atención sobre los beneficios potenciales de una vacuna, pero también distorsionar las prioridades públicas y crear una percepción de influencia inapropiada. Estos riesgos ponen de relieve la importancia de un proceso transparente y basado en evidencia para tomar decisiones sobre la introducción de una vacuna.

RECOMENDACIONES DE LA OMS

Aunque cada país debe considerar los factores pertinentes en su contexto local, las recomendaciones de la OMS pueden proporcionar una orientación útil. La OMS produce —y actualiza periódicamente— recomendaciones sobre el uso de determinadas vacunas y las publica como documentos de posición. Estos documentos resumen la mejor información disponible sobre la seguridad y la eficacia de la vacuna y son respaldados por el Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (SAGE, por su sigla en inglés), un grupo de asesores externos de la OMS sobre inmunización.

INSTITUCIONES Y PROCESOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Las decisiones sobre la introducción de una vacuna abarcan siempre consideraciones políticas y de otro tipo, pero deberían fundamentarse idealmente en la evidencia y el análisis. La OMS recomienda que los países establezcan comités técnicos independientes para asesorar a los responsables de formular políticas sobre la adopción de nuevas vacunas y otras decisiones sobre políticas de inmunización. Estos organismos, conocidos genéricamente como comités nacionales de prácticas de inmunización (CNPI), deben tener la capacidad de evaluar evidencias sobre la carga de la enfermedad, la seguridad y efectividad de la vacuna, la prestación

de servicios de vacunación y otros temas científicos y técnicos importantes para tomar decisiones sobre la inmunización. Según la OMS, que ofrece orientación sobre la creación y el fortalecimiento de los CNPI, hasta 2016, 82 países tenían comités que cumplían con un conjunto de criterios básicos de composición y funcionalidad.

En el mejor de los casos, los CNPI deberían ser capaces de evaluar las evidencias económicas, epidemiológicas y biomédicas de las vacunas, pero estos comités suelen carecer de la experiencia necesaria. Una encuesta de 2010 evidenció que solo alrededor de un cuarto de los CNPI incluían a economistas de la salud.

Sri Lanka es un ejemplo de país con un sólido órgano consultivo, el Comité Asesor sobre Enfermedades Transmisibles, cuyo mandato se extiende más allá de la inmunización y cubre otros aspectos del control de enfermedades infecciosas (véase la Reseña 26).

DISEÑO, FORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LAS VACUNAS

Una vez que un país haya decidido introducir una nueva vacuna, como la vacuna contra el rotavirus o la vacuna antineumocócica conjugada, debe elegir el producto particular que utilizará. Las vacunas pueden diferir en su diseño básico, así como en su formulación, presentación y empaçado.

DISEÑO DE LA VACUNA

Las vacunas contra una enfermedad particular suelen variar en su diseño, lo que tiene efectos potenciales en la eficacia y otras características importantes. Por ejemplo, las dos vacunas antineumocócicas conjugadas que se encuentran disponibles tienen diferentes serotipos o cepas bacterianas. Las vacunas también pueden contener diferentes adyuvantes (ingredientes que incrementan la respuesta inmune).

FORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA VACUNA

La formulación y la presentación de la vacuna no deben afectar la eficacia, pero pueden tener implicaciones en su aplicación y costo. Un aspecto de la formulación es si la vacuna (o, más exactamente, el antígeno) está disponible como producto independiente o en combinación con otras vacunas. Por ejemplo, ahora los antígenos del Hib y de la hepatitis B suelen proporcionarse en vacunas combinadas que también incluyen la difteria, el tétanos y la tos ferina. Otro aspecto de la formulación es si la vacuna se proporciona en forma líquida o en polvo liofilizado que debe ser reconstituido antes de su uso.

En sentido estricto, las diferencias en la presentación incluyen el número de dosis y el volumen total por frasco, pero el término presentación se utiliza en algunos casos para abarcar las diferencias en la formulación e incluso en el diseño de la vacuna dentro de una clase de vacunas. Al elegir la presentación de determinada vacuna, los directores de programas deben considerar no solo el precio de compra del producto, sino también la facilidad de la distribución, las necesidades de capacitación, los requisitos de la cadena de frío y las tasas de desperdicio. Estas consideraciones no relacionadas con el precio también repercuten en los costos y es útil comparar el costo total por dosis entregada (o por niño inmunizado si los productos difieren en el número de dosis requerido) de diferentes productos.

Otra consideración importante es si el suministro de determinada vacuna es seguro. Algunas presentaciones de vacunas están disponibles a través de un solo fabricante, mientras que otras tienen varios proveedores. Las interrupciones en el suministro de vacunas pueden provocar desabastecimientos y afectar a niños a los que les faltan vacunas; el cambio a otras presentaciones puede ser perjudicial y costoso.

APOYO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN INMUNIZACIÓN

La OMS, la Alianza Gavi y otros organismos ofrecen apoyo en diversos aspectos de la toma de decisiones en la inmunización:

- Gavi ofrece apoyo a través de organismos asociados para establecer y fortalecer los CNPI. Por ejemplo, la Iniciativa SIVAC, implementada por el Instituto Internacional de Vacunas y la Agence de Médecine Préventive, ha trabajado con 29 países de África y Asia. La OMS y sus oficinas regionales promueven y apoyan este trabajo en muchos países de ingresos medios que no están en Gavi. También ha establecido un centro de recursos en línea para los CNPI.
- El programa CHOICE de la OMS ofrece una serie de herramientas para ayudar a los países a evaluar el costo, el impacto y la rentabilidad de las tecnologías de la salud, entre ellas, las vacunas.
- La iniciativa más completa para ayudar a los países a tomar decisiones basadas en evidencia en asuntos de inmunización, como la introducción de nuevas vacunas, es la Iniciativa ProVac de la OPS. Fue creada para ayudar a los países de las Américas y ha proporcionado asistencia técnica a países de otras regiones a través del Grupo de Trabajo Internacional ProVac.
- PATH (Enfoque de Principios para la Acción Humanitaria) desarrolló la herramienta de evaluación de la presentación de vacunas para modelar el impacto logístico y financiero de la introducción de una nueva vacuna o presentación de la vacuna.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Andrus JK, Toscano CM, Lewis M, Oliveira L, Roper AM, Dávila M, Fitzsimmons JW. A model for enhancing evidence-based capacity to make informed policy decisions on the introduction of new vaccines in the Americas: PAHO's ProVac Initiative. *Public Health Rep.* Noviembre-diciembre de 2007; 122(6):811-16.

International Vaccine Access Center [en prensa]. Value of immunization compendium of evidence (VoICE) tool. Disponible en: <http://view-hub.org/>

NITAG Resource Center [Internet]. NRC: About. Disponible en: <http://www.nitag-resource.org/about>

World Health Organization [Internet]. Immunization, vaccines and biologicals. Vaccine position papers. Disponible en: <http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/>

World Health Organization. Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. World Health Organization; 2014. Disponible en: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/en/

PARTE II

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Fuentes nacionales de financiamiento público

PUNTOS CLAVE

- * A medida que los países dejan de recibir financiamiento de los donantes, las fuentes nacionales de financiamiento público, como los ingresos generales, tienen mayor posibilidad de estar regidas por los controles presupuestarios existentes, integrados en el esquema de financiamiento de la salud y reconocidos como la base financiera para la cobertura universal de salud, que tiene al financiamiento de la inmunización como un componente integral.
- * Mecanismos como las asignaciones de fondos para la salud o los fondos fiduciarios, cuando existen, probablemente desempeñen solo un rol de apoyo en la financiación de la inmunización. No garantizan una financiación aditiva y pueden agregar complejidad.
- * La promoción presupuestaria oportuna puede ayudar a asegurar que los ingresos generales se asignen a las prioridades de salud. En países donde la financiación pública o los sistemas de gestión financiera y el flujo de fondos son irregulares, la ayuda de fuentes como la Iniciativa para la Independencia Vacunal puede aliviar los desafíos financieros.

EL SISTEMA DE FINANZAS públicas de un país representa el pilar financiero para cumplir con los compromisos nacionales en materia de salud. A nivel mundial, los gobiernos utilizan los ingresos generales y fuentes públicas adicionales y complementarias para financiar el movimiento hacia la cobertura universal de salud (CUS) y los servicios de inmunización esenciales para alcanzar los objetivos de la CUS. Conforme los países asuman un rol más importante en la financiación de sus programas de inmunización y dejen de recibir el apoyo de Gavi y de otros donantes (véase la Reseña 9), las fuentes nacionales de financiamiento público desempeñarán un papel cada vez más relevante para superar la brecha (véase la Reseña 2).

Un análisis de los planes integrales multianuales (cMYP, por su sigla en inglés) para la inmunización en 40 países de Gavi entre 2008 y 2011 reveló que el gasto público de todas las fuentes cubrió 67% del total de los costos de la vacunación de rutina y 76% de los costos compartidos de la prestación de servicios en el año de referencia. Análisis más recientes con datos del sistema de cuentas de salud de seis países de ingresos bajos y medios confirmaron que, en promedio, los gobiernos financiaban más del 50% de los costos de la inmunización y que la mayor parte del financiamiento se canalizaba a través de organismos gubernamentales y se gastaba en el

nivel de atención primaria de la salud.

Esta reseña explora el papel de las fuentes nacionales de financiamiento público en los programas de inmunización. (Las fuentes de ingresos externos para la inmunización se abordan en las Reseñas 9 y 10).

Conforme los países asuman un rol más importante en la financiación de sus programas de inmunización y dejen de recibir el apoyo de Gavi y de otros donantes, las fuentes nacionales de financiamiento público desempeñarán un papel cada vez más relevante para superar la brecha.

FINANCIAMIENTO NACIONAL PARA LA SALUD

La financiación nacional para la salud puede provenir de fuentes públicas o privadas. Las fuentes públicas incluyen los ingresos generales recaudados a través de impuestos de base amplia a nivel nacional o subnacional y contribuciones del seguro público. Estos pueden complementarse con recursos externos "presupuestados" que fluyen a través de los sistemas públicos contables. Las fuentes privadas suelen incluir primas de seguros de salud privadas

(voluntarias) y tarifas formales o informales pagadas por usuarios en el punto de servicio (véase la Reseña 8). Las fuentes nacionales de ingresos públicos para los programas de salud que fluyen a través de los sistemas gubernamentales se agrupan y redistribuyen de manera más efectiva para lograr la equidad y la protección financiera.

INGRESOS GENERALES

Los ingresos generales incluyen el dinero que los gobiernos recaudan a través de los impuestos a la renta personal, a las rentas y utilidades corporativas, al valor agregado y las ventas, los derechos de aduana e importaciones, los impuestos a la propiedad y herencia, a las nóminas, y a los beneficios de la venta de recursos naturales. Estas fuentes suelen agruparse en un fondo consolidado y asignado para solventar los gastos públicos a través de ciclos de planificación y presupuesto regulares (véase la Reseña 17). Debido a que estos recursos se combinan en un solo fondo, los ingresos generales suelen ser más eficientes en términos de redistribución y asignación que otros recursos nacionales no agrupados de esta manera.

El monto de los ingresos generales recaudados depende de la amplitud de la base imponible del país y de la eficacia y cumplimiento de la recaudación de impuestos, ambos, factores ajenos al control del sector de la salud. Sin embargo, los ingresos generales asignados a la salud están determinados, en parte, por el proceso presupuestario y cómo el gobierno establece las prioridades durante la formulación del presupuesto.

La participación de los ingresos generales canalizados en los diversos componentes de un programa nacional de inmunización depende de la asignación y estructura del presupuesto, de la cantidad que se destine al sector de la salud en general y de cómo se asignan los montos para la inmunización dentro de ese grupo de fondos. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios buscan la transparencia en las asignaciones para la adquisición de vacunas a través de una

partida presupuestaria específica. Una evaluación basada en datos del año 2000 a 2006 evidenció que, en 2006, 166 países reportaron que tenían una partida para la vacunación en el presupuesto nacional de salud. Ese mismo año, el 98% de los países africanos informaron que su gobierno tenía una partida presupuestaria específica para las vacunas. Sin embargo, la existencia de una partida presupuestaria o plan estratégico para la inmunización no garantizan que los servicios de inmunización sean financiados, protegidos o administrados de manera responsable.

CONTRIBUCIONES DEL SEGURO SOCIAL

Algunos países dependen de los impuestos asignados a la nómina o de otros mecanismos para generar ingresos destinados al sistema de salud. Es importante que las contribuciones a la seguridad social se asignen de manera eficaz, eficiente y equitativa teniendo en cuenta las prioridades de salud, entre ellas, la inmunización. En algunos países, el sistema del seguro social de salud se centra en la atención curativa, lo que puede disminuir la prioridad de la inmunización (véase la Reseña 2). Si un país tiene un mecanismo de contribución no universal, como un esquema de "adhesión" que incluya la inmunización en su paquete de beneficios, debe asegurar la financiación de la inmunización para las personas que no tienen cobertura.

OTRAS FUENTES DE INGRESOS NACIONALES

Las restricciones presupuestarias en el sector de la salud han llevado a discusiones sobre formas alternativas de generar ingresos nacionales para los programas de inmunización, una vía política usualmente fuera del poder de decisión directo del ministerio de salud. Estos mecanismos incluyen a los fondos fiduciarios nacionales (que pueden combinar fondos públicos y externos) y otras asignaciones, entre ellas, las loterías (véanse las

Fuentes nacionales de financiamiento público

Reseñas 6 y 7). Pocos países han establecido fondos fiduciarios y asignaciones para la financiación de la inmunización y deberían considerar cuidadosamente las ventajas y desventajas de estos mecanismos antes de adoptarlos. Por ejemplo, una asignación de fondos podría no proporcionar más dinero en el largo plazo si ocasiona recortes en otras partidas del presupuesto de salud. Los fondos fiduciarios pueden ser onerosos para crear y administrar y, una vez establecidos, puede que financien solo en parte las prioridades de la inmunización.

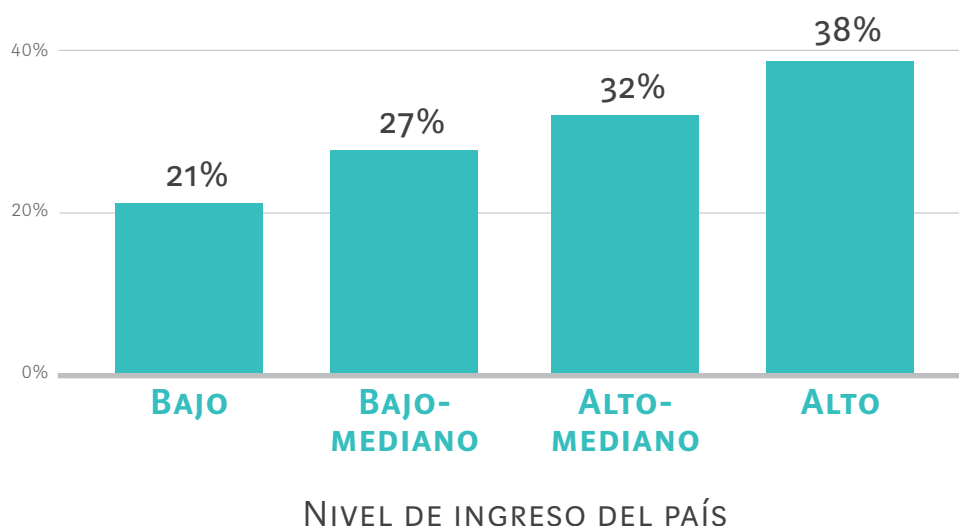
CRECIMIENTO ECONÓMICO Y NUEVAS FUENTES FISCALES PARA LA SALUD

A medida que las economías crecen, los gobiernos pueden captar una mayor proporción del aumento de la producción económica en forma de ingresos,

como se muestra en la siguiente figura. La dependencia de los pagos directos de los pacientes suele disminuir con el aumento del nivel de ingreso nacional, a la vez que se amplía el acceso general a los servicios financiados con fondos públicos.

Aun cuando sus economías maduren, la mayoría de los países de ingresos bajos y medios seguirán contando con recursos limitados para la salud. En primer lugar, el crecimiento económico puede servir de señal para que los donantes retiren la financiación, lo que obliga a los países a asumir una mayor carga financiera para apoyar la salud. Segundo, los países requieren tiempo para ampliar y fortalecer sus sistemas tributarios. Tercero, los procesos de asignación presupuestaria del gobierno están desligados de la política y la planificación en muchos países, por lo que incluso cuando la salud es una prioridad establecida, las asignaciones

INGRESOS GUBERNAMENTALES COMO UN PORCENTAJE DEL PIB



Fuente: Adaptado del FMI, World Economic Outlook (octubre 2015)

presupuestarias no suelen reflejarla. Por último, el espacio fiscal para la salud puede verse limitado aún más por las ineficiencias, la capacidad limitada del sistema para absorber y gastar fondos, la corrupción y la desviación o mal uso de los fondos.

EFFECTOS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Aun cuando los recursos públicos nacionales o los sistemas a través de los cuales fluyen estén restringidos, representan la mejor opción pues están regidos por controles presupuestarios generales, están integrados en el esquema de financiamiento de la salud y se usan con flexibilidad para satisfacer las necesidades del programa de inmunización. Las fuentes públicas nacionales, especialmente los ingresos generales, suelen ser más previsibles, equitativas, eficientes y sostenibles que otras fuentes de ingresos. La promoción oportuna y

coordinada del presupuesto puede desempeñar un rol importante en la mejora del nivel, la priorización y la estabilidad de los flujos generales de ingresos para la salud, entre ellos, la inmunización (véase la Reseña 17).

Los países con un calendario irregular de flujos de fondos pueden considerar otras opciones, como la negociación a principios del año fiscal para liberar fondos sujetos a una determinada calendarización, como lo ha hecho Armenia para la adquisición de vacunas (véase la Reseña 19). Otra alternativa es utilizar la Iniciativa para la Independencia Vacunal (IIV) como una forma de cerrar brechas intermedias (véase la Reseña 13); también se puede aprovechar líneas comerciales de crédito o garantías a fin de obtener más liquidez para la compra de productos básicos sensibles al tiempo.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Brenzel L. What have we learned on costs and financing of routine immunization from the comprehensive multi-year plans in GAVI eligible countries? *Vaccine*. 7 de mayo de 2015; 33:A93-8.

Hsiao WC, Heller PS. What macroeconomists should know about health care policy. Washington D.C.: International Monetary Fund; 2007.

Lydon P, Beyai PL, Chaudri I, Cakmak N, Satoulou A, Dumolard L. Government financing for health and specific national budget lines: the case of vaccines in immunization. *Vaccine*. 2008; 26(51):6727-34.

Tanzi V, Zee HH. Tax policy for developing countries. International Monetary Fund; 2001.

Welham B, Hedger E, Krause P. Linkages between public sector revenues and expenditures in developing countries. Overseas Development Institute; 2015. Disponible en: www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9675.pdf

Asignación de fondos para financiar la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * La asignación, es decir, la reserva de parte o la totalidad de los ingresos de un impuesto o grupo de impuestos para un determinado propósito, es una opción de financiación nacional para la salud considerada por algunos países, especialmente aquellos que están en la fase de transición y que dejarán de recibir el apoyo de los donantes.
- * Algunos promotores de la inmunización son proclives a la asignación de fondos como fuente de financiación garantizada, pero las autoridades financieras suelen oponerse porque la asignación de fondos puede socavar su capacidad para asignar el presupuesto con mayor eficacia.
- * La asignación de fondos puede salvaguardar determinados flujos de financiación para la inmunización, pero esta protección puede verse afectada por reducciones en otras partidas del presupuesto de la salud. Estas descompensaciones pueden debilitar los servicios de salud que son esenciales para la prestación del servicio de vacunación.
- * A medida que aumentan los requisitos de financiación para las vacunas e insumos para la inyección, las fuentes de financiación deben estructurarse para apoyar, y no limitar, estos nuevos requisitos.
- * Es probable que un enfoque más holístico para proteger e incrementar la financiación general para el sector de la salud y garantizar los servicios de inmunización produzca mejores resultados que abogar por las asignaciones.

LA ASIGNACIÓN—LA RESERVA de parte o la totalidad de los ingresos de un impuesto o grupo de impuestos para determinado propósito— se ha convertido en un tema del debate global sobre la financiación nacional para la salud, especialmente cuando los países dejan de formar parte de los programas mundiales de salud respaldados por donantes. La asignación de fondos tiene el atractivo de evitar potencialmente el proceso anual de negociación presupuestaria y de proteger un flujo de ingresos para la cobertura de la salud o determinada prioridad de salud, como la inmunización. Sin embargo, la asignación de fondos introduce rigidez en el proceso presupuestario y puede conducir a la ineficiencia y reducción de fondos en otras áreas del gasto, posiblemente de mayor prioridad. Muchos países utilizan la asignación de fondos para financiar prioridades nacionales de la salud, pero la asignación específica para la inmunización no es frecuente. Incluso en los países que han optado por la asignación de fondos para la inmunización, las asignaciones han sido difíciles de implementar.

La experiencia mundial sugiere que la asignación de fondos para la salud puede ser eficaz si los servicios de salud son una alta prioridad nacional, si el propósito se define en términos amplios (por ejemplo, para la cobertura nacional de salud) y si hay cierta flexibilidad para reasignar los fondos asignados cuando surgen otras prioridades urgentes. Pero la efectividad de la asignación puede disminuir con el tiempo, debido a la rigidez presupuestaria que crea ineficiencias.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS ASIGNACIONES PARA LA INMUNIZACIÓN

El argumento más importante para la asignación de fondos es que puede "circunscribir", o proteger, los recursos para una prioridad del gobierno, especialmente en tiempos de recortes presupuestarios. Asimismo, puede hacer que el aumento de los impuestos sea políticamente más aceptable, vinculándolo a programas o servicios masivos.

Por otro lado, los ingresos asignados también pueden reducirse durante los periodos de recesión económica y, en última instancia, la asignación de fondos limita la capacidad del gobierno para adaptarse a las fluctuaciones económicas. La asignación de fondos también podría crear la percepción de que la vacunación es "atendida", lo que puede llevar a cambios presupuestarios ajenos al programa de inmunización; así, se impone un techo al financiamiento en lugar de establecer un espacio de financiación. Los mecanismos de financiación deben estructurarse de manera que den cabida a los crecientes requerimientos de la inmunización. A medida que aumentan los requisitos de la financiación de las vacunas, la asignación de fondos para la inmunización puede traducirse en recortes en otras partidas del presupuesto de salud, lo que, a su vez, puede debilitar los servicios de salud que respaldan la prestación de los servicios de vacunación. Por último, la asignación de fondos puede aumentar la fragmentación y obstaculizar la coordinación de la asignación de recursos en todo el sector de la salud.

TIPOS DE ASIGNACIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN

Al menos nueve países (Bután, Bolivia, Camerún, Costa Rica, Mongolia, Nepal, Nigeria, Senegal y Uganda) tienen o han tenido legislación o estructuras gubernamentales que permiten la asignación de fondos para la inmunización, pero los fondos asignados solo fluyen en tres de ellos (Bután, Bolivia y Costa Rica). En estos países, las asignaciones se utilizan para financiar vacunas e insumos para la inyección. Varios países (entre ellos, Ghana y Filipinas) tienen asignaciones más amplias para la salud.

ASIGNACIONES DEL PRESUPUESTO GENERAL PARA LA INMUNIZACIÓN

Algunos países, como Georgia, Indonesia, Mongolia y Sri Lanka, obligan legalmente a que el gobierno sea el responsable de financiar la inmunización. Otros van un paso más allá y establecen el porcentaje del total de los fondos de salud que se debe gastar en los programas de inmunización. En Bolivia, un porcentaje de los fondos está destinado por ley a la adquisición de vacunas, jeringas y gastos operativos del programa de inmunización a través de las cajas de salud.

Asignación de fondos para financiar la inmunización

INGRESOS PROVENIENTES DE LA LOTERÍA

Costa Rica utiliza la asignación de ingresos de la lotería para financiar la inmunización. Los fondos de un sorteo de la lotería nacional cada noviembre se dedican a las vacunas, después de la deducción de las ganancias de la lotería y los costos de operación. Sin embargo, las contribuciones a la inmunización financiadas por la lotería son relativamente modestas, aproximadamente el 1% de la financiación nacional total para la compra de vacunas (véase la Reseña 22).

FONDOS FIDUCIARIOS NACIONALES

Los fondos fiduciarios son otro mecanismo del que disponen los gobiernos para circunscribir o proteger la financiación destinada a propósitos específicos. Los fondos fiduciarios pueden recibir fondos de múltiples fuentes de ingresos. Asimismo, pueden ayudar a la acumulación de reservas mediante la reducción de solo una parte de las ganancias de los intereses en lugar de retirar el capital. Bután tiene uno de los fondos fiduciarios nacionales más antiguos y está dedicado a los medicamentos básicos, entre ellos, las vacunas. Otros países han establecido estructuras organizativas o procesos legislativos en torno a los fondos fiduciarios de

inmunización, como Camerún, Nepal, Nigeria, Senegal y Uganda, pero hasta 2016 los fondos no habían comenzado a fluir (véanse las Reseñas 7 y 21).

IMPUESTOS A LOS BIENES Y SERVICIOS

En la actualidad, ningún país asigna ingresos para la inmunización derivados de impuestos a bienes y servicios específicos, aunque algunos financian la inmunización mediante asignaciones más amplias para la salud. Filipinas aumentó los impuestos al alcohol y al tabaco en 2012 y el 85% de los ingresos adicionales recaudados fueron destinados al Departamento de Salud con el propósito de ampliar la cobertura de salud para los pobres. Luego, el Departamento de Salud asigna esos ingresos a los programas, entre ellos, el de inmunización. Ghana no tiene una asignación específica para la inmunización, pero el Ministerio de Salud utilizó en 2016 una parte de los ingresos del impuesto al valor agregado que financia el Plan Nacional de Seguro de Salud para financiar la compra de vacunas a fin de cumplir con el compromiso de cofinanciamiento de Gavi (véase la Reseña 23).

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Bird R, Das-Gupta A. Public finance in developing countries. In: Medhora R, editor. International development: ideas, experience, and prospects. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 259-76.

Joint Learning Network [Internet]. Earmarking for health. WHO and R4D working paper. Available from: <http://www.jointlearningnetwork.org/earmarking>

Fondos fiduciarios nacionales

PUNTOS CLAVE

- * Los fondos fiduciarios nacionales han suscitado interés como una modalidad para financiar los programas de inmunización, pero pocos países los han implementado.
- * En teoría, los fondos fiduciarios pueden ayudar a proteger o administrar las fuentes de financiación de la inmunización, crear ingresos adicionales a través del interés generado en las inversiones y promover la confianza de los donantes.
- * Hasta la fecha, la escasa experiencia ha demostrado que los fondos fiduciarios para la inmunización y otras prioridades de la salud pueden ser costosos y complicados de establecer, financiar y administrar.

LOS FONDOS FIDUCIARIOS NACIONALES han suscitado interés como una modalidad para financiar los programas de inmunización, pero pocos países los han implementado. Un fondo fiduciario es una de las diversas herramientas financieras que los gobiernos pueden usar para cercar o proteger la financiación destinada a fines específicos. Sin embargo, suele haber confusión acerca de cuáles herramientas buscan los políticos y en qué se diferencian. La figura de la página siguiente muestra estos mecanismos (de izquierda a derecha en orden creciente de complejidad).

Una cuenta se rige por principios contables estandarizados. Un fondo puede estar sujeto a otras normas o regulaciones una vez que sale del sistema de contabilidad general del gobierno. Un fondo de dotación es una financiación dedicada que un donante deja en fideicomiso para intereses del donante o de una institución. Un fondo fiduciario se establece para un propósito específico, pero puede tener varios flujos de ingresos y fines.

Un fondo fiduciario puede estructurarse simplemente para proporcionar ingresos, para cubrir los déficits a través de créditos de corto plazo o para proporcionar garantías contra préstamos que apoyan la implementación de un programa. Los fondos fiduciarios pueden utilizarse para financiar una combinación de actividades sanitarias (que pueden incluir la inmunización) o limitarse a un solo tipo de actividad (como la inmunización).

CÓMO FUNCIONAN LOS FONDOS FIDUCIARIOS

Los términos legales especifican cómo puede usarse el capital o interés inicial del fondo fiduciario a lo largo del tiempo. Los fondos fiduciarios también tienen el potencial de acumular reservas al aprovechar solo una parte de las ganancias por intereses.

Los fondos fiduciarios suelen incorporarse legalmente de acuerdo con las políticas y regulaciones fiscales que varían de un país a otro. Por lo general, una junta directiva supervisa la estrategia, el plan de negocios, la administración y las operaciones. En algunos casos, se establece un fondo fiduciario de inmunización en sincronía con la legislación sobre inmunización, por lo que el fondo fiduciario está legalmente incorporado. En algunas circunstancias, los fiduciarios o un consejo de administración gestionan los reportes y los controles financieros y son responsables del uso del fondo, mientras que los gestores de activos buscan asegurar una tasa de retorno y un nivel de riesgo adecuados. Algunos países instituyen una estructura administrativa más limitada, tal vez

Los fondos fiduciarios nacionales han suscitado interés como una modalidad para financiar programas de inmunización, pero pocos países los han implementado.

FONDOS PROTEGIDOS PARA LA INMUNIZACIÓN

	CUENTA	FONDO	FONDO DE DOTACIÓN	FONDO FIDUCIARIO
PROPÓSITO	Mantiene un flujo de financiación separado para rendir cuentas de los gastos declarados	Se puede usar para financiar actividades que no están presupuestadas, como el seguro social de salud	Gestiona fondos o donaciones en interés de un donante o Institución	Mantiene ingresos dedicados para un determinado sector, población, programa o servicio
GOBERNABILIDAD	Se rige por estructuras y normas contables estandarizadas	Puede estar dirigido por una junta o institución, ONG o ministerio de economía/ministerio de salud	Puede estar dirigido por una junta, institución u ONG; puede gastar solo los ingresos que haya generado	Puede tener una estructura de gestión similar a una dotación o una estructura más sencilla; puede estar dirigido por una junta, institución u ONG
DESEMBOLSOS	Cuenta bancaria separada con acceso limitado	Partida consolidada separada del presupuesto regular	Las decisiones técnicas son gestionadas por un consejo; el capital es gestionado por un gestor de fondos o de activos	Puede tener reglas para retirar el capital; puede existir en el país o en el extranjero y ser administrado por una ONG o un gerente financiero
INGRESOS	Ingresos públicos nacionales, entre ellos, los ingresos generales	Ingresos públicos nacionales, entre ellos, los ingresos generales	Probablemente tenga fondos de un solo donante o entidad	Financiado con ingresos públicos nacionales, por donantes, fondos filantrópicos u otros; requiere capital inicial; puede requerir fondos de contrapartida
	MENOS COMPLEJO		MÁS COMPLEJO	

con un administrador de fondos en un ministerio u organismo existente. En ese caso, se necesitan otras medidas para garantizar la transparencia de la información financiera y la toma de decisiones.

Los fondos fiduciarios pueden ser fondos pasivos (en los cuales los activos se depositan y usan de forma periódica al mismo ritmo en que son depositados) o fondos de trabajo (en los que se invierten los activos y solo se gastan los intereses generados). En un fondo de trabajo, las inversiones equilibradas elegidas para

proporcionar retornos estables pueden permitir que el fondo fiduciario actúe como una fuente estable y confiable de fondos, principalmente utilizando las ganancias por intereses en lugar de recurrir al capital. Si un fondo fiduciario está destinado a financiar totalmente un área específica en la que se espera que los costos crezcan a lo largo del tiempo (como un programa de inmunización en expansión), podría ser necesario aumentar el capital del fondo fiduciario.

EXPERIENCIAS DE LOS PAÍSES CON LOS FONDOS FIDUCIARIOS PARA LA INMUNIZACIÓN

Los fondos fiduciarios están en discusión en muchos países, pero hasta principios de 2016 solo un fondo con componentes explícitos para la financiación de la inmunización funcionaba a cabalidad: el Fondo Fiduciario de Salud de Bután (BHFT, por su sigla en inglés) (véase la Reseña 21). Según el análisis de Gavi, el BHFT está desempeñando un papel cada vez más importante en la financiación de vacunas, aunque el gobierno de Bután seguirá siendo la principal fuente de financiamiento para la inmunización y continuará cubriendo los costos de la prestación de servicios de inmunización no vacunales. El BHFT ha recaudado recursos significativos para vacunas y puede servir de modelo a otros países que tengan contextos nacionales similares. Entre los factores que contribuyen al establecimiento exitoso del fondo fiduciario figuran una pequeña población, defensores políticos, una monarquía que apoya la inmunización, financiación flexible para satisfacer prioridades emergentes y estructuras de buena gobernabilidad y rendición de cuentas que puedan adaptarse a las necesidades cambiantes.

Algunos países, como Camerún, Nepal, Nigeria, Senegal y Uganda, han iniciado largos procesos legislativos y operacionales para establecer un fondo fiduciario. Otros, como Camboya, Kenia, Mali, la República del Congo y Sierra Leona, se encuentran en etapas aún más preliminares de exploración de fondos fiduciarios. Dado el tiempo que se requiere para aprobar una ley, para que se recauden fondos y se fomente el compromiso político, es muy prematuro extraer lecciones de las experiencias de estos países.

Varios países están explorando los fondos fiduciarios para programas de salud distintos de la inmunización, como el VIH/SIDA, pero se dispone de poca evidencia de estas experiencias. Solo Zimbabwe opera un fondo fiduciario nacional para el VIH que funciona; los fondos fiduciarios para el VIH están aún en discusión

en Kenia, Tanzania y Uganda. El Fondo Fiduciario Nacional para el SIDA de Zimbabwe se creó en 1999 y provee el 50% del gasto nacional en terapias antirretrovirales, lo que representa aproximadamente el 10% del gasto del Ministerio de Salud destinado al VIH/SIDA. El fondo recaudó US\$2,600 millones entre 2000 y 2006 y otros US\$26 millones en 2011. La fuente de financiamiento es el 3% de un impuesto a los ingresos y beneficios del sector formal. Los ingresos dependen en gran medida del clima económico del sector formal y han surgido problemas relacionados con la rendición de cuentas y los flujos financieros; hay reportes que indican que los gobiernos locales han estado desviando algunos fondos. Si bien el fondo está integrado en el sistema tributario, los costos administrativos son altos. Aunque se dice que es impopular, el fondo tiene una base de ingresos amplia y creciente. Una lección importante de la experiencia de Zimbabwe es que la alta inflación de 2005 a 2007 aniquiló los intentos de mantener el valor del fondo, lo que demuestra que dicho fondo no está necesariamente aislado de los cambios macroeconómicos.

IMPLICACIONES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Uno de los principales argumentos a favor de los fondos fiduciarios es que pueden ser una fuente de ingresos para la inversión, ya que proporcionan una forma de proteger los flujos de ingresos y generan ingresos adicionales en el proceso. También pueden introducir más flexibilidad en la gestión financiera pública al permitir que la financiación se oriente rápidamente hacia prioridades importantes. Si un fondo fiduciario está dedicado a determinadas poblaciones, programas y servicios prioritarios relacionados con la inmunización, puede ayudar a mejorar el seguimiento de los recursos para la inmunización, fortalecer la confianza de los donantes y armonizar las fuentes de ingresos de diferentes iniciativas en un solo fondo controlado.

Por otro lado, los fondos fiduciarios pueden ser costosos y difíciles de manejar, y aún queda mucho por aprender sobre la gobernabilidad y las estructuras de gestión en relación con la financiación de la inmunización. Los fondos fiduciarios podrían gastar más capital político de lo que justifica el pago, aunque no satisfagan todas las necesidades de financiación para la inmunización. Asimismo, la protección de fondos para la inmunización podría reducir la financiación de otras partidas del presupuesto de salud (véase la Reseña 6) o crear desafíos en la asignación de fondos. Otros retos pueden incluir la falta de rendición de cuentas y la transparencia en la distribución de los fondos, dependiendo de las estructuras de gestión existentes. Por último, los fondos fiduciarios requieren tiempo y gastos considerables para establecerlos. Varios países han pasado años intentando establecer fondos fiduciarios con resultados variables.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Bután Health Trust Fund [Internet]. Archivado en: <https://perma.cc/W5YV-QQVW>

Kumar A, Bhawalkar M. HIV/AIDS trust funds: what do we know? Background paper for Montreux Collaborative Agenda on Fiscal Space, PFM, and HF; Montreux, Suiza; 7 de abril de 2016.

Sabin Vaccine Institute [Internet]. Trust funds. Disponible en: <http://www.sabin.org/search/content/Trust%20funds>

Pagos directos de las familias

PUNTOS CLAVE

- * Las tarifas que pagan los usuarios por los servicios de inmunización crean una barrera de acceso, especialmente para los pobres, y ponen en peligro la meta de salud pública de lograr altas tasas de cobertura.
- * Los pagos que efectúan los usuarios para la vacunación no suelen estar validados oficialmente, pero en algunos países todavía se registran cobros informales. Por ejemplo, a las familias se les puede obligar a comprar insumos para la inyección, como jeringas, cuando estos se han agotado en un establecimiento público.
- * Las mejores prácticas incluyen la adquisición centralizada de insumos para la inyección y garantizar que las vacunas se empaqueten con dispositivos para la inyección en la cadena de suministro.

LAS TARIFAS QUE pagan los usuarios por la vacunación son los pagos directos que hacen las familias por los servicios de inmunización. En algunos casos se les denomina copagos o requisitos de costo compartido. Estos costos pueden ser validados formalmente por el sistema de salud o pueden ocurrir de manera informal "fuera de los libros". Un ejemplo de estos pagos directos es cuando en un establecimiento público de salud se agotan los insumos para la inyección y los padres se ven obligados a comprar jeringas en algún lugar para que sus hijos sean vacunados.

En su esfuerzo por lograr una alta cobertura de inmunización, algunos gobiernos han incluido las tarifas de los usuarios como una fuente de ingresos adicionales. Sin embargo, los expertos consideran que las tarifas de los usuarios son un obstáculo para la inmunización, especialmente para los hogares más pobres. (La excepción son los hogares más ricos que eligen servicios no financiados con fondos públicos y pagan a los proveedores privados que ofrecen servicios de vacunación).

PREOCUPACIONES SOBRE LAS TARIFAS DE LOS USUARIOS

La evidencia sugiere que los beneficios de los ingresos por las tarifas de los usuarios no compensan el potencial impacto negativo en la cobertura de inmunización porque el pago podría desalentar a los padres de vacunar a sus hijos. Algunos países de ingresos bajos y medios no solo han eliminado

las cuotas de los usuarios por los servicios de inmunización, sino que también han instituido transferencias condicionales de efectivo a familias de bajos ingresos como un incentivo para que opten por un paquete de servicios de salud materno-infantil que incluya la inmunización (véase el recuadro en la página siguiente).

TARIFAS FORMALES DE LOS USUARIOS

La mayoría de los gobiernos han eliminado las tarifas formales de los usuarios por la inmunización en los últimos 20 años. Cuando esas tarifas eran más comunes, solía existir una tarifa por vacuna o una tarifa para obtener una cartilla de vacunación. Una encuesta por correo electrónico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de las oficinas del UNICEF a finales de los años noventa reveló que 12 de 78 países, la mayoría en África subsahariana, tenían tarifas para la inmunización en establecimientos públicos. La recuperación de costos era bastante baja (menos del 5% de los costos totales de la inmunización).

La eliminación gradual de las tarifas formales que debían pagar los usuarios ha dado resultados positivos. Por ejemplo, la hepatitis B es una de las principales causas de enfermedad y muerte en China, y la infección suele ocurrir en la primera infancia. La vacuna contra la hepatitis B se recomendó por primera vez a los niños chinos en 1992, pero la cobertura fue baja debido a que los departamentos de salud locales cobraban tarifas altas por la vacuna. En 2002, la vacuna fue añadida al Programa Nacional

TRANSFERENCIAS CONDICIONALES DE EFECTIVO

Las transferencias condicionales de efectivo para la atención de la salud son el opuesto de las tarifas de los usuarios. En vez de contribuir al costo de los servicios de salud, las familias reciben un pago en efectivo cuando usan los servicios de salud.

Los programas de transferencias condicionales de efectivo apuntan a fomentar el uso de los servicios de salud, reducir la pobreza mediante retribuciones en efectivo, mejorar la salud y ayudar a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Países como Brasil y México ofrecen transferencias condicionales de efectivo para familias de bajos ingresos con el propósito de alentar el uso de servicios de salud materno-infantil, entre ellos, la inmunización. Las evaluaciones han demostrado que estos programas pueden aumentar el uso de los servicios de salud, pero la evidencia sobre la cobertura de inmunización no es concluyente, quizás en parte porque las tasas de cobertura de la inmunización ya eran bastante altas en las áreas del programa. Hay indicios de que cuando las transferencias condicionales de efectivo se debilitan o se vuelven más complicadas, la cobertura de inmunización puede disminuir.

de Inmunización y, con fondos de Gavi, el gobierno comenzó a apoyar la vacunación gratuita contra la hepatitis B en los condados y provincias más pobres de China. En 2005, una regulación gubernamental suprimió los cobros y tarifas de los usuarios para todas las vacunas recomendadas a nivel nacional. La cobertura de la vacuna contra la hepatitis B en tres dosis aumentó de 60% en el año 2000 a 84% en 2005 y alcanzó el 99% en 2015, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF.

TARIFAS INFORMALES DE LOS USUARIOS

Las tarifas informales persisten en algunos países. Debido a que no son validadas oficialmente, son más difíciles de rastrear. Algunos países han descentralizado la responsabilidad de la adquisición de insumos para la inyección, lo que ha contribuido al desabastecimiento de los centros de salud. Los padres se ven obligados a comprar los insumos para la inyección en otros lugares y llevarlos al centro de salud para que sus hijos puedan ser vacunados. Esto crea una barrera de acceso. El costo de los insumos para la inyección en las farmacias locales es mucho mayor que el costo para el gobierno a través de compras al por mayor. La OMS y el UNICEF recomiendan que los gobiernos centralicen la compra de insumos para la inyección y también agrupan a las vacunas con los dispositivos de seguridad para las inyecciones necesarios en la cadena de suministro. Cuando los promotores o los gobiernos investigan si se cobran tarifas por la vacunación a los usuarios en los establecimientos financiados con fondos públicos deben considerar tanto las tarifas informales como las formales.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Centers for Disease Control and Prevention. Progress in hepatitis B prevention through universal infant vaccination – China, 1997-2006. *Morb Mortal Wkly Rep*. 11 de mayo de 2007; 56(18):441.

DeRoeck D, Levin A. Review of financing of immunization programs in developing and transitional countries. Bethesda (MD): Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates. Diciembre de 1998. Archivado en: <https://perma.cc/Y7HL-LZDL>

Glassman A, Duran D, Fleisher L, Singer D, Sturke R, Angeles G, Charles J, Emrey B, Gleason J, Mwesha W, Saldana K. Impact of conditional cash transfers on maternal and newborn health. *J Health Popul Nutr*. Diciembre de 2013; 31(4 Suppl 2):S48.

Financiamiento de la Alianza Gavi para la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * La Alianza Gavi es el mayor canal de financiamiento externo para la inmunización en el mundo.
- * Gavi promueve un conjunto de 10 vacunas y contribuye a las reservas mundiales de vacunas contra la meningitis, el cólera (vacuna oral) y la fiebre amarilla. También brinda apoyo para la adquisición de equipos de la cadena de frío y subsidia el fortalecimiento de sistemas de salud, la introducción de vacunas y el apoyo operacional para las campañas.
- * Gavi trabaja para ayudar a los países a lograr la sostenibilidad financiera en sus programas de inmunización. Los países que reciben el apoyo de Gavi para las vacunas están obligados a hacer contribuciones que se incrementan con el tiempo.

GAVI, LA ALIANZA MUNDIAL para vacunas e inmunización, fue fundada en el año 2000 por un consorcio de destacados donantes, organismos internacionales y líderes de la industria de las vacunas para acelerar la adopción de vacunas nuevas y subutilizadas en los países más pobres del mundo y mejorar la cobertura de la inmunización. Su creación respondió a la preocupación sobre el estancamiento de la cobertura de inmunización y las barreras financieras a la introducción de nuevas vacunas que salvan vidas en los países más pobres.

Gavi es una entidad financiadora que se ha convertido en el mayor canal de financiamiento externo para la inmunización. A finales de 2015, había desembolsado US\$8,700 millones para apoyar los programas de inmunización de los países. Proporciona productos básicos (vacunas, insumos para la inyección y equipos) así como donaciones para promover la introducción de vacunas, los costos operacionales de las campañas y el fortalecimiento del sistema de salud. Colabora con socios públicos y privados, entre ellos la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, para ayudar a los países a mejorar el desempeño de los programas de inmunización.

Gavi también está abocada a formar mercados de vacunas y hacer que las vacunas sean más asequibles y su suministro más seguro. En conjunto con la División de Suministros del UNICEF, que gestiona la mayor parte de las adquisiciones para

los países apoyados por Gavi, y la Fundación Bill & Melinda Gates, trabaja para establecer mercados saludables y apoyar mejor las necesidades de vacunación de los países. Gavi paga precios relativamente favorables para las vacunas que están en su cartera.

ELEGIBILIDAD PARA LA ALIANZA GAVI

Cuando se creó Gavi en el año 2000, 75 países con un ingreso nacional bruto (INB) por habitante por debajo de US\$1,000 resultaron elegibles para recibir asistencia. A finales de 2009, Gavi restableció el umbral de elegibilidad en US\$1,500. También previó que el umbral de elegibilidad se ajustara a la inflación y que la elegibilidad del país se basara en la información de las cifras per cápita del INB que publica el Banco Mundial cada julio respecto al año anterior. La junta de Gavi hizo nuevas revisiones de la política de elegibilidad y de transición en 2015 y cambió el indicador de elegibilidad del INB per cápita más reciente del país por un promedio de tres años para suavizar las variaciones interanuales y facilitar que los países proyectaran cuándo excederían el umbral de elegibilidad. En el año 2017, el umbral de elegibilidad era de US\$1,580.

Una vez que los países cruzan ese umbral, entran en una fase de "transición acelerada" de cinco años, durante la cual el apoyo de Gavi se elimina gradualmente y la contribución nacional a la financiación de vacunas crece rápidamente (como

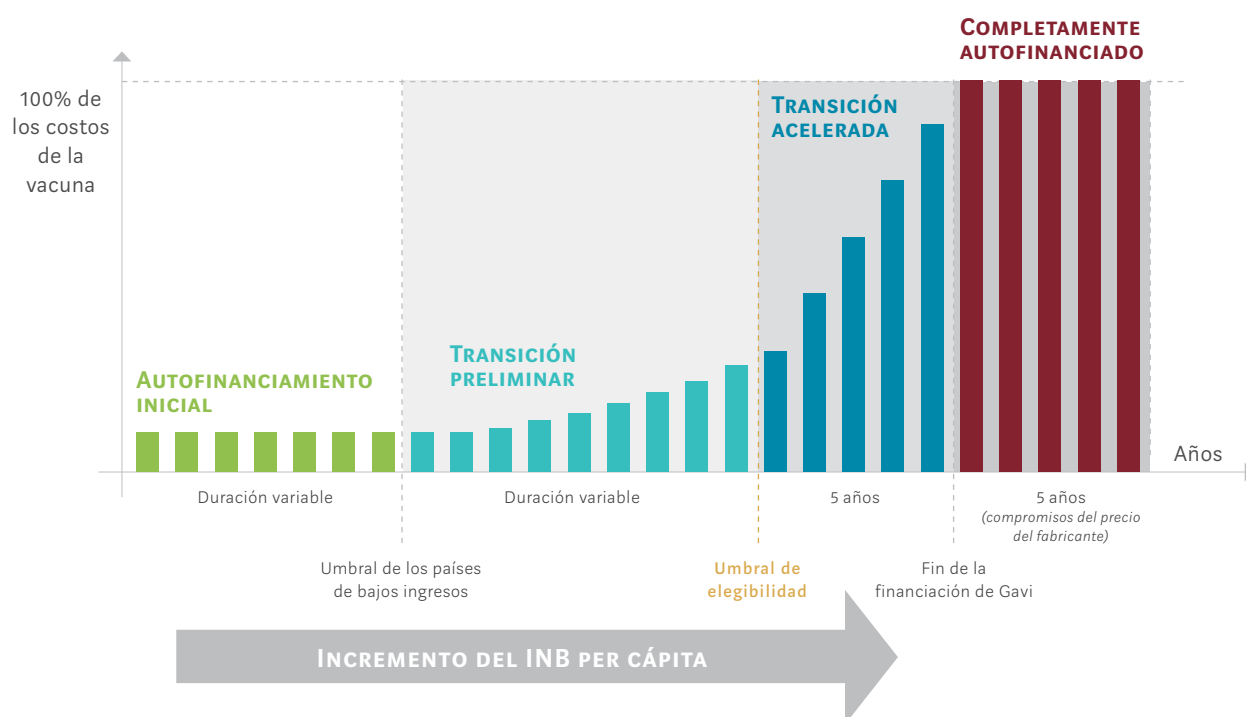
se detalla más adelante en esta reseña). Después del primer año de transición, llamado el "año de gracia", el país no puede solicitar un nuevo apoyo para vacunas. En 2017, 32 países están en la fase inicial de autofinanciamiento, 15, en la fase preparatoria de la transición y 17, en la fase de transición acelerada. El modelo de transición de Gavi se representa en la siguiente figura.

CÓMO FUNCIONA EL APOYO DE LA ALIANZA GAVI

Gavi apoya una cartera de vacunas (y dispositivos de seguridad asociados a la inyección) que incluye vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), la vacuna inactivada contra la polio, la encefalitis japonesa, sarampión, sarampión-rubeola, meningitis

A, la vacuna pentavalente, contra el neumococo, rotavirus y la fiebre amarilla. Los países pueden solicitar apoyo para las campañas o, práctica más común, para la introducción de nuevas vacunas en el programa de vacunación de rutina. Gavi brinda apoyo financiero para la adquisición de vacunas y dispositivos para la seguridad de las inyecciones. (Proporciona financiación al UNICEF para adquirir esos productos en lugar de entregar fondos para su compra directamente a los países). Gavi también brinda apoyo a través de su marco de apoyo a los Sistemas de Salud y Fortalecimiento de la Inmunización (HSIS, por su sigla en inglés), que incluye subsidios para el fortalecimiento de sistemas de salud, para financiar los costos iniciales de la introducción de una nueva vacuna y para

EL MODELO DE LA ALIANZA GAVI: LAS CONTRIBUCIONES DE LOS PAÍSES A LOS COSTOS DE LA VACUNA (2016)



Financiamiento de la Alianza Gavi para la inmunización

ayudar a financiar los costos operativos de las campañas de inmunización. Las subvenciones a los HSIS están destinadas a fortalecer los sistemas de inmunización y, en particular, a mejorar la cobertura y la equidad, que es un objetivo importante de la estrategia 2016-2020 de Gavi. En 2016, Gavi comenzó a ofrecer apoyo para mejoras en equipos de la cadena de frío.

Gavi establece compromisos de largo plazo para seguir apoyando el uso rutinario de las vacunas hasta que el país transite sin el apoyo de Gavi. Gavi añade periódicamente nuevas vacunas a su cartera (principalmente con base en su Estrategia de Inversión en Vacunas, que desarrolla cada cinco años). Las nuevas adiciones a la cartera de vacunas de Gavi y los cambios en sus políticas se anuncian y explican en el sitio web de Gavi para que los países puedan estar al día sobre las oportunidades disponibles.

COFINANCIAMIENTO

El modelo Gavi ayuda a los países para que planifiquen su autofinanciación completa una vez que finalice el apoyo de Gavi. Mediante su política de cofinanciación, Gavi exige a los países que paguen y adquieran (generalmente a través del UNICEF) una parte de las vacunas que han introducido con el apoyo de Gavi. Los requisitos de la cofinanciación hasta 2016 se muestran en la figura de la página anterior. Los países son responsables no solo de la cofinanciación de las vacunas, sino también de cubrir los costos crecientes de la cadena de suministro, de la logística y de la prestación de servicios asociados con las nuevas vacunas, aunque en algunos casos otros donantes ayudan a cubrir esos costos.

Las obligaciones de la cofinanciación aumentan a medida que los países crecen económicamente. Cuando se encuentran en la categoría de países de bajos ingresos del Banco Mundial (denominada

categoría de autofinanciamiento inicial) ellos compran una pequeña parte (equivalente a US\$ 0.20 por dosis) de las vacunas que Gavi está apoyando. Esta modesta obligación apunta sobre todo a promover un mayor sentido de pertenencia del país más que a la sostenibilidad financiera del programa de inmunización. Una vez que el país cruza el umbral de la categoría de ingresos medios-bajos (denominada categoría de transición preliminar), su obligación de cofinanciación depende de los precios de las vacunas que ha adoptado y tiene un aumento anual de 15%. Una vez que excede el umbral de elegibilidad, su obligación de cofinanciación aumenta 15% por un año más (el año de gracia) y luego sube de manera abrupta durante los siguientes cuatro años (cuando se encuentra en la categoría de transición acelerada).

En un escenario ideal, cuando el apoyo de Gavi concluye, el país está preparado para autofinanciar completamente los costos de las vacunas. Otro desafío para los países que están en la fase de transición respecto del apoyo de Gavi es que la posibilidad de tener que pagar precios más altos. Para disipar esta preocupación, varios fabricantes se han comprometido a seguir aplicando el mismo precio que paga Gavi a los países o mantener los precios

que los países están pagando actualmente por ciertas vacunas por periodos de tiempo establecidos después de haber salido del apoyo financiero de Gavi. La información sobre los compromisos de los fabricantes está disponible en www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/.

Las nuevas adiciones a la cartera de vacunas de Gavi y los cambios en sus políticas se anuncian y explican en el sitio web de Gavi para que los países puedan estar al día sobre las oportunidades disponibles.

PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN

Aunque en principio la cofinanciación ayuda a preparar a los países para la eventual transición del apoyo de Gavi, algunos países, en especial aquellos que han introducido muchas vacunas con el apoyo de Gavi, enfrentan un desafío fiscal a medida que termina el apoyo. Por ello, los gobiernos deben considerar los efectos en el largo plazo de los costos de las nuevas vacunas al tomar las decisiones para introducir las vacunas. Otras reseñas de esta guía de recursos pueden ayudar a los gobiernos a sopesar

las consideraciones financieras y de otra índole que deben tener en cuenta al decidir la introducción de vacunas, a convencer a los decisores sobre las ventajas de la inmunización, calcular los requisitos presupuestarios, minimizar los costos mediante compras estratégicas, identificar fuentes idóneas de financiación y asegurar el financiamiento sostenible y suficiente de la inmunización a medida que reforman la financiación del sector de la salud de manera más amplia.

LECTURAS ADICIONALES

See the UNICEF Supply Division website for information on prices for vaccines supplied by UNICEF for Gavi (http://www.unicef.org/supply/index_gavi.html).

See the Gavi website for information on Gavi support (<http://www.gavi.org/support/>) and on Gavi policies (<http://www.gavi.org/about/governance/programme-policies/>).

La asistencia para el desarrollo en la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * La asistencia para el desarrollo puede desempeñar un papel importante en la financiación de la inmunización. Idealmente, debería ser predecible, bien coordinada con los esfuerzos gubernamentales, alineada con las prioridades gubernamentales y acompañada de un plan para continuar las actividades cuando concluya la asistencia.
- * La asistencia para el desarrollo que se utiliza con el fin de fortalecer los sistemas de salud puede generar beneficios importantes para la inmunización porque los servicios de vacunación de rutina dependen de sistemas de salud efectivos para la prestación de servicios de vacunación.
- * Es probable que los países más pobres con un crecimiento económico lento necesiten la asistencia para el desarrollo en el ámbito de la salud y la inmunización durante muchos años. Los países con economías frágiles o en conflicto también tienen necesidades adicionales.
- * La mayoría de la asistencia para el desarrollo destinada a la inmunización se da a través de subvenciones, pero los préstamos y créditos también pueden desempeñar un papel.

PARA LOS PAÍSES de bajos ingresos y muchos de ingresos medios y bajos, la asistencia para el desarrollo es un aporte importante a los limitados presupuestos públicos para la salud y la inmunización. El Institute for Health Metrics and Evaluation en su informe *Financing Global Health* de 2015 define la asistencia para el desarrollo destinada a la salud como “contribuciones financieras y en especie aportadas por canales de salud mundiales para mejorar la salud en los países en desarrollo”. Dentro de la salud, los fondos para la vacunación son aquellos que se pueden identificar explícitamente como apoyo a la inmunización.

Esta reseña explora la asistencia para el desarrollo en el área de la inmunización dentro del contexto más amplio de la asistencia para la salud. Dependiendo de su propósito, la asistencia para el desarrollo destinada a la salud puede ser muy relevante para la inmunización porque los servicios de vacunación de rutina requieren sistemas de salud eficientes para la prestación de los servicios de vacunación. Por ejemplo, la asistencia para el desarrollo que se utiliza para fortalecer el alcance y la calidad de los servicios de atención primaria de la salud en las zonas desatendidas puede ayudar a mejorar los objetivos de cobertura de la inmunización.

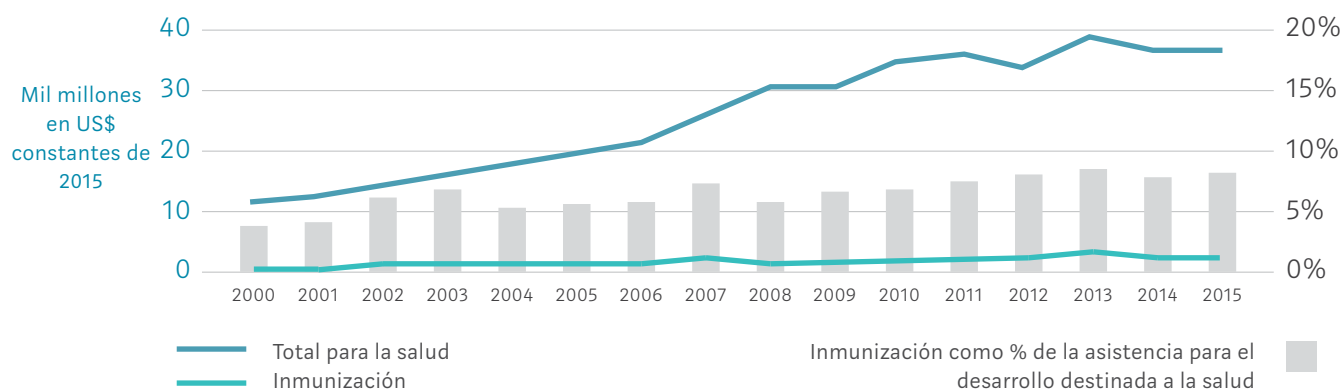
CRECIMIENTO DE LA ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO DESTINADA A LA SALUD Y LA INMUNIZACIÓN

La figura de la siguiente página grafica la asistencia para el desarrollo total destinada a la salud del año 2000 a 2015 en dólares estadounidenses constantes de 2015. La asistencia para el desarrollo destinada a la salud aumentó de unos US\$11,700 millones en el año 2000 a US\$36,400 millones en 2015. (Las cifras de 2014 y 2015 son preliminares). Durante ese mismo periodo, la asistencia para la inmunización pasó de unos US\$400 millones a US\$2,900 millones por año. Como porcentaje de la asistencia sanitaria total, la asistencia para la inmunización aumentó del 4% en el año 2000 al 8% en 2015.

La asistencia para el desarrollo destinada a la salud puede ser muy relevante para la inmunización porque los servicios de vacunación de rutina requieren sistemas de salud eficientes.

Una parte significativa de la asistencia para el desarrollo en el área de la inmunización fluye a través de la Iniciativa de Erradicación Mundial de

LA ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO DESTINADA A LA SALUD Y LA INMUNIZACIÓN DENTRO DE LA SALUD (2000 AL 2015)



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation

la Poliomielitis (IEMP). Cerca de US\$900 millones fueron desembolsados tanto en 2013 como en 2014 para este programa y los requerimientos de 2013 a 2019 totalizarán US\$7,000 millones, o alrededor de US\$1,000 millones por año, según los informes anuales de la IEMP.

CANALES DE LA ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO DESTINADA A LA SALUD Y LA INMUNIZACIÓN

La asistencia para el desarrollo puede clasificarse por fuente de financiación o canal de financiación. Los canales de la asistencia son entidades y organizaciones que dirigen sus propios fondos o fondos de otras fuentes. Desde el punto de vista del país, los canales son de mayor interés porque los países reciben financiación de los canales.

Para la salud en general, los cinco principales canales de asistencia del año 2000 a 2015 fueron las organizaciones no gubernamentales (21.8%), los

Estados Unidos (18.7%), el Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (8.1%), la Asociación Internacional de Fomento (AIF), del Banco Mundial, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) (7.9%) y la Organización Mundial de la Salud (7.0%).

Para la inmunización, los cinco canales más importantes durante el mismo periodo fueron Gavi (37.9%), la Fundación Bill y Melinda Gates (14.9%), la OMS (13.3%), organizaciones no gubernamentales (9.4%) y el Departamento para el Desarrollo Internacional, del Reino Unido (5.7%). La financiación de la Alianza Gavi ha aumentado constantemente desde que se creó en el año 2000. En 2015, la financiación de Gavi representó alrededor del 50% de toda la asistencia para la inmunización (véase la Reseña 9). Muchos canales de asistencia al desarrollo de pequeña y mediana importancia también desempeñan un papel importante en la salud y la inmunización.

FORMAS DE ASISTENCIA PARA LA INMUNIZACIÓN

La mayoría del apoyo a la inmunización se da a través de subsidios; los préstamos y los créditos también desempeñan un rol importante.

Subsidios. Los subsidios son transferencias de recursos que pueden incluir dinero, asistencia técnica, bienes o equipos sin expectativa de reembolso. Por ejemplo, el apoyo de Gavi se da a través de vacunas, dispositivos de seguridad para las inyecciones, equipo de la cadena de frío y subvenciones para fortalecer los sistemas de salud y los programas de inmunización (véase la Reseña 9). La USAID ha hecho donaciones a proyectos para una serie de propósitos relacionados con la inmunización, entre ellos, mejoras en el equipo de la cadena de frío, materiales de aprendizaje y capacitación, desarrollo de propuestas para Gavi, revisiones del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), evaluaciones posteriores a la introducción de vacunas y fortalecimiento de capacidades en diversas áreas. La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) provee asistencia para la inmunización principalmente mediante proyectos de cooperación técnica, subsidios y préstamos.

Las donaciones de vacunas (excepto las compradas a través de la División de Suministros del UNICEF con financiación de donantes) pueden tener efectos adversos en los programas nacionales de inmunización. En algunos casos, no satisfacen las necesidades de los programas de inmunización, son insostenibles una vez concluida la donación, incurren en costos que no fueron presupuestados o tienen problemas de calidad (como la caducidad). El UNICEF y la OMS han elaborado un instructivo conjunto en el que se describen cinco requisitos clave para las donaciones de vacunas a fin de evitar efectos adversos. Las donaciones de equipo de la cadena de frío también pueden tener efectos negativos si no están alineadas con las necesidades del programa nacional. Las directrices del UNICEF sobre esas donaciones pueden ser útiles.

Préstamos y créditos. El Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo ofrecen préstamos, créditos y (con menor frecuencia) subvenciones. Los préstamos y créditos son fondos prestados a los gobiernos de los países y deben ser reembolsados. Si bien los términos pueden variar, los créditos tienen las tasas de concesión más altas (subvencionadas). Los préstamos y créditos de desarrollo se negocian con el ministerio de finanzas del país y el gobierno garantiza el reembolso. Otros canales, como la JICA, también proporcionan préstamos.

El Banco Mundial mantiene una lista de los requisitos de elegibilidad de los países para sus diversas formas de asistencia: préstamos del BIRF solamente (con tasas del mercado o cercanas a ellas), préstamo de la AIF únicamente (con tasas muy favorables) y combinaciones de ambos. La elegibilidad para los préstamos de la AIF se actualiza anualmente. La elegibilidad depende del INB per cápita del país (con un umbral de US\$1,215 en 2016), así como de otros factores como la condición de pequeño estado insular y la solvencia crediticia. A medida que los países crecen económicamente y superan el umbral de la AIF, gradualmente abandonan el apoyo de la AIF y se inicia el apoyo del BIRF.

En 2016, 78 países eran elegibles para recibir recursos de la AIF en su totalidad o en combinación con el apoyo del BIRF. Los bancos regionales de desarrollo adoptan enfoques bastante similares.

Reducción de los intereses de préstamos y créditos.

En algunos casos, los términos de préstamos y créditos se suavizan al lograrse ciertos objetivos, por lo general para la poliomielitis. Dado que la erradicación global de la poliomielitis es un "bien público" mundial, tiene sentido que la carga no recaiga en los países individuales involucrados en el impulso final para erradicar la poliomielitis a nivel mundial. El Banco Mundial ha provisto una serie de créditos a través de la AIF para Nigeria con el fin de erradicar la polio. En este esfuerzo han participado también la Fundación Gates, la Fundación Rotaria y los Centros para el Control de Enfermedades de

los Estados Unidos, a través de la Fundación de las Naciones Unidas y han comprometido fondos adicionales para convertir algunos de esos créditos en subvenciones completas si se logran los objetivos de la campaña contra la poliomielitis. Del mismo modo, la JICA ha otorgado préstamos a Nigeria y Pakistán para apoyar la erradicación de la poliomielitis, y la Fundación Gates acordó devolver los préstamos a la JICA —una “conversión del préstamo” o “reducción de la tasa de interés”— si los proyectos concluyen con éxito.

A medida que el crecimiento económico conduce a los países de la fase de transición del financiamiento concesional (AIF) a los préstamos (BIRF), algunos gobiernos se vuelven reacios a los préstamos para proyectos de salud e inmunización. Aunque los préstamos y créditos deben ser reembolsados (excepto en los casos de conversión de préstamos), pueden ser inversiones sólidas si los beneficios del proyecto respaldado superan los costos. Sin embargo, el gobierno debe tener la capacidad de reembolsar el préstamo o el crédito, y el préstamo o crédito tiene sentido solo si no se dispone de financiación más conveniente. Los préstamos y créditos para gastos recurrentes pueden plantear preocupaciones específicas porque los países deben asumir no solo los costos recurrentes después de que finaliza la asistencia, sino que también pagar los préstamos o créditos. Muchos países de ingresos medios no tienen tanto acceso a las donaciones de la asistencia para el desarrollo como los países más pobres. Los préstamos pueden ser una fuente especialmente importante de financiamiento con fines de inversión para estos países.

ASISTENCIA DEL BANCO MUNDIAL

El Banco Mundial tiene cuatro tipos principales de instrumentos pertinentes para la salud y la inmunización:

- **Financiación de proyectos de inversión** para apoyar una infraestructura física y social específica
- **Financiación de una política de desarrollo** para apoyar un programa de políticas e iniciativas institucionales, como abordar los cuellos

de botella en la prestación de servicios, con la financiación del presupuesto general sin asignaciones específicas

- **Financiación de programas por resultados**, que vincula los desembolsos a resultados definidos de los programas
- **Fondos fiduciarios y subvenciones** para ayudar a ampliar la escala de las actividades (especialmente las innovaciones piloto) o apoyar actividades en situaciones frágiles y de conflicto.

El Banco Mundial, junto con sus socios, lanzó el Mecanismo Mundial de Financiamiento (MMF) en 2015 como una plataforma para apoyar mejoras en la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (RMNCAH, por su sigla en inglés). El Fondo Fiduciario del MMF vincula fondos de subvenciones a proyectos de la AIF o del BIRF para financiar casos de inversión en los países (inversiones priorizadas) que se centran en intervenciones de RMNCAH (que incluyen la inmunización). Es probable que las inversiones del MMF sean una fuente importante de financiación para los servicios de salud y de inmunización en los próximos años. Los casos de inversión pretenden orientar la financiación de los socios del MMF y los gobiernos nacionales por un periodo de tres a cinco años. Hasta 2016, 62 países de ingresos bajos y medios bajos fueron elegibles para recibir subvenciones del Fondo Fiduciario del MMF.

EVALUACIÓN DE LA ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO

La asistencia para el desarrollo es complicada de evaluar porque se presenta en muchas formas, con diferentes requisitos y plazos de préstamo. Sin embargo, se aplican seis criterios principales: recursos adicionales recaudados, costo, previsibilidad, sostenibilidad, flexibilidad y equidad.

La cantidad de financiamiento que un país puede obtener de la asistencia para el desarrollo depende de las características de su país (como el INB per cápita, la carga de morbilidad, la región y otros factores) y sus relaciones con los donantes. Los países más pobres suelen tener mayor acceso a la asistencia para el desarrollo, pero hay excepciones importantes.

La asistencia para el desarrollo en la inmunización

La asistencia de múltiples fuentes puede generar importantes beneficios, pero también es compleja de evaluar y administrar. Las subvenciones, préstamos y créditos para proyectos varían en tamaño y pueden ofrecer recursos adicionales significativos o tener un alcance más limitado. Lo que la asistencia para el desarrollo agrega a los presupuestos públicos depende de cómo estos presupuestos podrían ser desplazados o recortados en respuesta a los flujos de la asistencia para el desarrollo. Los préstamos y créditos que requieren reembolso necesitan la aprobación del ministerio de finanzas o del tesoro y el ministerio puede reducir las asignaciones presupuestarias generales a la salud o la inmunización como resultado de la disponibilidad percibida de la asistencia para el desarrollo destinada al sector de la salud.

También hay costos asociados con la solicitud, aprobación y uso de la asistencia para el desarrollo. Algunos de los costos de la transacción pueden ser confusos y onerosos para los países.

En términos de previsibilidad, algunas subvenciones y préstamos o créditos tienen un horizonte temporal corto y son para actividades específicas, mientras que otros tienen compromisos por varios años. La previsibilidad del pago de la financiación basada en los resultados depende, por supuesto, de la probabilidad de que se obtengan los resultados. El propósito de este tipo de asistencia es aumentar el enfoque en los resultados, mejorar la rendición de cuentas públicas y fomentar la innovación. Parte de la asistencia se aprueba de año en año, sin garantía de continuación, lo que dificulta la planificación.

La asistencia para el desarrollo tiene limitaciones de tiempo, por lo que los gobiernos deben considerar cuidadosamente la sostenibilidad de las actividades financiadas por esa asistencia. Las actividades pueden tener costos operativos recurrentes y costos de mantenimiento que tendrán que ser financiados por los presupuestos públicos una vez que concluya la asistencia.

En términos de flexibilidad, el apoyo presupuestario es el más flexible y los subsidios vinculados a insumos específicos son los menos flexibles. Los gobiernos deben evaluar si el paquete de la asistencia para el desarrollo que reciben está promoviendo sus objetivos y si otros tipos de asistencia mejorarían la eficiencia e impondrían menos restricciones o limitaciones a los presupuestos y a la planificación de la salud.

Algunas ayudas están destinadas a mejorar la equidad en los resultados de la salud o específicamente en la cobertura de la inmunización. Como ya se mencionó, los donantes vinculan de manera creciente los desembolsos a los resultados deseados, que pueden tener un componente de equidad.

La asistencia para el desarrollo es complicada de evaluar porque se presenta en muchas formas, con diferentes requisitos y plazos de préstamo.

Sin embargo, se aplican seis criterios principales: recursos adicionales recaudados, costo, previsibilidad, sostenibilidad, flexibilidad y equidad.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2015: development assistance steady on the path to new global goals. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2016.

WHO-UNICEF Joint Statement on Vaccine Donations, 7 de agosto de 2010. Disponible en:

http://www.who.int/immunization/hpv/plan/who_unicef_joint_statement_on_vaccine_donations_who_unicef_2011.pdf

PARTE III

COMPRAS Y ADQUISICIONES ESTRATÉGICAS

Panorama de la adquisición de vacunas

PUNTOS CLAVE

- * La adquisición de vacunas es una función vital de los programas de inmunización y tiene importantes implicaciones en el costo total del programa, así como en el suministro confiable de productos apropiados.
- * Los países pueden adquirir vacunas directamente de los fabricantes o por medio del UNICEF o del Fondo Rotatorio de la OPS (para los países de las Américas). La mayoría de los países que forman parte de la Alianza Gavi obtienen vacunas a través del UNICEF o del Fondo Rotatorio. Por lo general, los países pueden obtener precios más bajos a través del UNICEF o de la OPS que mediante la adquisición directa. En algunos casos, deben realizar cambios en la política y en la reglamentación para poder utilizar estas opciones.
- * Los precios de las vacunas varían según el volumen del pedido, la certeza de la demanda y del pago, y la duración del contrato de suministro, así como según las características del producto y la competitividad del mercado. Los países pueden influir en algunas variables de dichos precios, pero otras están fuera de su control.
- * Los mercados de muchas vacunas más tradicionales son bastante competitivos; los países de ingresos medios suelen obtener estas vacunas a precios similares a los que paga Gavi, al menos cuando se obtienen a través del UNICEF o de la OPS. Algunas vacunas más nuevas son producidas por solo uno o dos proveedores multinacionales; estas empresas suelen cobrar precios más altos a los países que tienen un promedio de ingresos altos.

LA ADQUISICIÓN ES EL proceso de comprar bienes o servicios. Implica definir los requerimientos y comprender los mercados y los proveedores potenciales, así como la contratación y el pago. Esta reseña se centra en la adquisición de vacunas, que representa gran parte de los gastos de la inmunización.

La adquisición de vacunas para los programas nacionales de inmunización debe guiarse por los mismos principios básicos que deben regir todas las adquisiciones del sector público, entre ellos, la apertura, la imparcialidad y la integridad. Debe basarse en criterios claros y seguir procedimientos bien definidos, de acuerdo con las leyes y reglamentos de cada país. Según la Organización Mundial de la Salud, el objetivo de la adquisición de vacunas es "recibir productos de calidad asegurada, a precios asequibles, de manera oportuna, para hacer posible la optimización del desempeño del programa de inmunización".

La adquisición de vacunas difiere en aspectos importantes de la adquisición de otros productos básicos de salud. En primer lugar, dado que las vacunas se administran a niños sanos, la seguridad y la calidad de los productos deben ser una máxima prioridad en las decisiones de la adquisición. En segundo lugar, la mayoría de las vacunas tienen relativamente pocos proveedores, lo que limita las opciones de adquisición y, en algunos casos, da a los proveedores un poder de negociación considerable. En tercer lugar, los plazos de entrega suelen ser largos, de 8 a 24 meses, por lo que las decisiones sobre la adquisición deben hacerse con suficiente antelación para evitar el desabastecimiento. Garantizar la continuidad de la oferta y los precios sostenibles también puede ser más relevante que para otros productos básicos, debido a la importancia de la planificación financiera a largo plazo y los trastornos asociados a los cambios en los productos.

La evaluación de los productos de la vacuna también requiere experiencia especializada. Por ejemplo, pocos gobiernos tienen los recursos para verificar que los proveedores establecidos en otros países hayan cumplido con las normas de fabricación apropiadas. Eso hace que el sistema de precalificación de vacunas, de la OMS, que evalúa la aceptabilidad de las

vacunas que van a ser adquiridas por los organismos de las Naciones Unidas, cumpla un papel importante y muchos países exijan que las vacunas adquiridas para sus programas nacionales estén precalificadas. Todas las vacunas recomendadas por la OMS para la vacunación de rutina tienen proveedores con vacunas precalificadas.

FABRICACIÓN DE VACUNAS A NIVEL NACIONAL

Algunos países de ingresos medios cuentan con industrias de vacunas muy desarrolladas, capaces de producir una gama de vacunas esenciales a precios competitivos. India, en particular, tiene varias empresas que exportan vacunas precalificadas; estas representan gran parte de las vacunas utilizadas por los países de ingresos bajos y medios. Actualmente, el Serum Institute of India produce más dosis de vacuna que cualquier otro fabricante en el mundo. Otros países tienen fabricantes que llevan a cabo ciertas fases de la producción de vacunas.

Algunos países solo se abastecen de los fabricantes nacionales como parte de su política. Indonesia, por ejemplo, utiliza solo vacunas producidas por Biofarma, un fabricante estatal, en su programa de vacunación pública. India y China han recurrido tanto a los productores estatales como al sector privado para sus programas nacionales de inmunización, mientras que Brasil obtiene las vacunas de dos fabricantes estatales cuando disponen de un producto idóneo.

Históricamente, los países se han valido de diversos argumentos para sostener o fomentar la producción nacional de vacunas. La producción nacional suele verse como una forma de asegurar la estabilidad del suministro, ya que se puede exigir a un fabricante nacional que dé prioridad al programa nacional de inmunización. Sin duda, el suministro seguro es un factor importante, aunque confiar en una empresa nacional no protege contra la interrupción del suministro debido a una falla en la producción. En algunos casos, se asume que las vacunas producidas localmente son más económicas que las de proveedores extranjeros, pero no siempre es así; los fabricantes de bajo costo, como los de la India, tienen importantes ventajas competitivas que los productores de otros países no pueden igualar fácilmente. Algunos países apoyan la producción nacional en el marco de su política industrial.

Al considerar la adquisición de fuentes nacionales (e invertir en el establecimiento o expansión de la capacidad de producción nacional), los países deberán equilibrar los criterios de la adquisición, como la calidad, la entrega oportuna y el precio, frente a otras consideraciones, como la política industrial y la percepción de seguridad de la vacuna.

OPCIONES PARA LA ADQUISICIÓN DE VACUNAS

Los gobiernos tienen dos grandes opciones para adquirir vacunas. Pueden obtenerlas directamente de los fabricantes, utilizando sus propios mecanismos —este proceso se denomina autoadquisición o adquisición directa. Alternativamente, pueden recurrir a un organismo externo de adquisiciones; las dos opciones más utilizadas son la División de Suministros del UNICEF y el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los países que tienen productores nacionales de vacunas pueden optar por obtenerlas de esos proveedores (véase el recuadro en la página anterior).

Las vacunas financiadas por Gavi para los programas nacionales generalmente se obtienen a través del UNICEF o, para algunos países de las Américas, del Fondo Rotatorio. La mayoría de los países integrantes de la Alianza Gavi también recurren al UNICEF a fin de obtener el cofinanciamiento para las vacunas de Gavi, así como las vacunas que Gavi no apoya financieramente, como la vacuna BCG contra la tuberculosis. Algunos países de las Américas utilizan el Fondo Rotatorio, mientras que otros obtienen directamente esas vacunas con autofinanciación.

El Fondo Rotatorio y el UNICEF (en sus adquisiciones para los países integrantes de la Alianza Gavi) consolidan la demanda de los países participantes. Los grandes volúmenes resultantes, junto con la financiación segura, proporcionan un considerable poder de negociación, lo que históricamente se ha traducido en precios más bajos que los que los países logran obtener por sí mismos (véase la Reseña 12).

Después del periodo de transición, los países que han recibido el apoyo de Gavi pueden continuar adquiriendo las vacunas a través del UNICEF u optar por la autoadquisición. Gavi está trabajando con el UNICEF y los fabricantes de vacunas para asegurar que los países que decidan utilizar al UNICEF y sean capaces de cumplir con los requisitos del UNICEF no enfrenten aumentos repentinos en los precios. Varios proveedores se han comprometido a ofrecer a estos países el acceso permanente a precios similares a los que Gavi paga por determinadas vacunas en circunstancias específicas y durante un periodo determinado.

Los países de ingresos medios que nunca han optado al apoyo de Gavi también pueden adquirir vacunas a través del UNICEF (o, en las Américas, a través del Fondo Rotatorio). Sin embargo, estos países no están incluidos en el grupo de Gavi y no tienen

necesariamente acceso a los mismos precios que paga Gavi. El UNICEF adquiere vacunas en nombre de 80 a 100 países, mientras que 41 países utilizan el Fondo Rotatorio.

En la práctica, muchos países adoptan un enfoque mixto y utilizan el UNICEF o el Fondo Rotatorio para algunas vacunas y obtienen otras de forma directa.

QUÉ OPCIÓN ELEGIR PARA ADQUIRIR VACUNAS

Al considerar la posibilidad de autoadquirir vacunas o hacer uso del UNICEF o del Fondo Rotatorio para ello, los gobiernos deben considerar varios factores:

- **Restricciones legales.** Algunos países tienen leyes o reglamentos que restringen el uso de agentes externos para adquisiciones o prohíben el pago anticipado, que es un requisito del UNICEF.
- **Precio.** El UNICEF y el Fondo Rotatorio suelen obtener precios más bajos que los que los países pueden conseguir por los mismos productos. Tanto el UNICEF como el Fondo Rotatorio cobran un pequeño porcentaje del valor del pedido por el servicio de adquisición.
- **Suministro asegurado.** Algunos países han tenido dificultades para generar respuestas a las licitaciones. Aunque el UNICEF también se esfuerza por garantizar el suministro suficiente de algunas vacunas, en general está en mejor posición que los países para licitar con los fabricantes y manejar los desafíos de abastecimiento.
- **Control sobre las condiciones de pago.** El requisito de prepago del UNICEF es un obstáculo para algunos países, aunque el UNICEF ofrece financiación a corto plazo a través de su Iniciativa para la Independencia Vacunal (véase la Reseña 13).
- **Selección del producto.** Los países que hacen las adquisiciones directamente controlan por completo las especificaciones del producto (aunque encontrarán más proveedores para algunas opciones que para otras). El UNICEF intenta adaptarse a las preferencias de los países, pero por lo general adquiere solo vacunas precalificadas. La gama de productos disponibles a través de la OPS es algo más limitada porque este mecanismo de adquisiciones conjuntas funciona mejor cuando las preferencias del producto están armonizadas.
- **Desarrollo de la capacidad de adquisición.** En algunos países, la adquisición se considera como una función gubernamental que no debe ser "subcontratada", excepto en circunstancias excepcionales. Para estos países, el uso de un organismo externo es un recurso temporal y su objetivo es crear una capacidad nacional para las adquisiciones en el menor plazo posible.
- **Producción nacional.** Los países que usan solo vacunas producidas internamente o que desean favorecer a los productores locales suelen optar por la autoadquisición.

PASOS EN EL PROCESO DE ADQUISICIONES

La adquisición comienza con la definición y cuantificación de las necesidades. ¿Cuántas dosis de qué vacunas y con qué características necesitará el programa nacional de inmunización y cuándo? Una buena previsión de la demanda es fundamental para evitar el desabastecimiento y el desperdicio, y permite obtener los mejores precios de los proveedores. Una vez que las necesidades de vacunas están definidas con claridad, el programa puede identificar a los proveedores potenciales.

Antes de acercarse a los proveedores, la entidad responsable de las adquisiciones debe definir la estrategia y el proceso de adquisición, con especificaciones y criterios claros para evaluar las licitaciones, de conformidad con la legislación y la reglamentación nacionales. Seguidamente, puede abrir licitaciones, evaluar las propuestas y elegir a uno o más proveedores. Por último, puede concertar la firma de contratos y la entrega de vacunas.

La OMS ofrece orientación sobre la adquisición de vacunas en su sitio web y ha elaborado un manual exhaustivo sobre la adquisición de vacunas en el sector público. La OMS y el UNICEF también ofrecen asistencia técnica en la adquisición de vacunas y el UNICEF cuenta con una plataforma en línea para facilitar el intercambio entre pares denominado Vaccine Procurement Practitioners Network (Red de Profesionales para la Adquisición de Vacunas).

LOS MERCADOS DE LAS VACUNAS Y LOS DETERMINANTES DEL PRECIO

Los mercados de las distintas vacunas varían considerablemente, lo que repercute en los precios y la oferta de las vacunas. Actualmente, tres nuevas vacunas esenciales contra el virus del papiloma humano (VPH), contra el rotavirus y la vacuna antineumocócica conjugada son producidas por solo dos empresas, que, por ende, tienen control sobre los precios. Para estas vacunas, las empresas multinacionales han optado por el sistema de "precios diferenciados", los que varían según el nivel de ingreso del país. Con estos esquemas de precios, a los países de ingresos medios no elegibles para Gavi se les cobra más que a los países de la Alianza Gavi, pero menos que a los países de altos ingresos.

Algunas vacunas más tradicionales, como las utilizadas contra la fiebre amarilla y el sarampión, también tienen pocos proveedores. No obstante, estas vacunas, suministradas principalmente por fabricantes de países de ingresos medios, están disponibles a través del UNICEF a un precio uniforme que no está supeditado a los ingresos del país. Cabe destacar que estas vacunas, a diferencia de aquellas a las que se imponen precios diferenciados, no tienen mercados importantes en los países de altos ingresos. (Los países de ingresos altos utilizan la vacuna contra el sarampión-papera-rubéola en lugar de la vacuna contra el sarampión).

Por último, algunas vacunas tienen proveedores suficientes para garantizar que los mercados sean competitivos y que los fabricantes tengan menos influencia sobre los precios. En estos mercados, los precios dependen en gran medida de los costos de la fabricación y los países de ingresos medios con sistemas eficientes y transparentes de adquisiciones por lo general logran obtener precios similares a los que paga Gavi. El mercado de las vacunas pentavalentes, por citar un ejemplo, se ha vuelto altamente competitivo, con ocho proveedores precalificados hasta 2016, y los países que no forman parte de la Alianza Gavi y se abastecen a través del UNICEF pueden aspirar a pagar aproximadamente los mismos precios que los países ligados a Gavi.

Los precios de las vacunas están determinados por una serie de factores, además del costo de la fabricación y el nivel de ingreso del país. En general, los volúmenes grandes, los contratos de más largo plazo, la mayor certeza de la demanda y el pago oportuno hacen bajar los precios. Para las vacunas

que tienen grandes mercados en los países de ingresos altos, la capacidad de fabricación disponible que excede lo que se necesita para abastecer la demanda en esos mercados también puede afectar los precios, especialmente para los países de ingresos medios. El UNICEF publica los precios que paga por las vacunas que adquiere para Gavi y planea hacer lo mismo para la adquisición que hace en representación de los países que no forman parte de Gavi. El Fondo Rotatorio publica precios medios ponderados. Hasta hace poco, sin embargo, se disponía de escasa información sobre los precios y las condiciones contractuales que obtenían los países autoproveedores. Una nueva iniciativa de la OMS, la plataforma de productos, precios y adquisiciones (cuya sigla en inglés es V3P), busca llenar este vacío recopilando y difundiendo información sobre los precios de las vacunas y otros aspectos de las adquisiciones, con énfasis en los países de ingresos medios.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

UNICEF. Product menu for vaccines supplied by UNICEF for Gavi, the Vaccine Alliance. Disponible en: www.unicef.org/supply/files/product_menu_2016.pdf

UNICEF's Vaccine Procurement Practitioners Network: www.vppnetwork.org

World Health Organization [Internet]. Immunization, vaccines and biologicals. Procurement mechanisms and systems. Disponible en: www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mechanisms_systems/en/

World Health Organization [Internet]. Immunization, vaccines and biologicals. Vaccine product, price and procurement (V3P). Disponible en: www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/en/

World Health Organization [Internet]. WHO prequalified vaccines. Disponible en: extranet.who.int/gavi/PQ_Web/

World Health Organization. Procurement of vaccine for public-sector programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.

Adquisiciones conjuntas

PUNTOS CLAVE

- * Los países pueden cooperar en la adquisición de vacunas de varias maneras, desde el intercambio de información hasta el agrupamiento de la demanda, pasando por la licitación conjunta y la contratación conjunta con los proveedores. Las adquisiciones conjuntas suelen realizarse a través de un agente externo.
- * Las adquisiciones conjuntas pueden ayudar a los países participantes a negociar precios más bajos y garantizar insumos más seguros al ofrecer a los proveedores pedidos más grandes y predecibles. Las ganancias de las adquisiciones conjuntas suelen ser mayores para los países pequeños y pueden variar según la vacuna.
- * La División de Suministros del UNICEF y el Fondo Rotatorio de la OPS hacen adquisiciones conjuntas a gran escala. El Fondo Rotatorio obtiene una amplia gama de vacunas en nombre de los países de las Américas, mientras que el UNICEF hace las adquisiciones para Gavi, así como para muchos países de ingresos medios.
- * Para que las adquisiciones conjuntas funcionen de manera adecuada, los países participantes deben contar con previsiones confiables de la demanda y un financiamiento seguro a largo plazo; también deben trabajar para armonizar los requisitos reglamentarios y las preferencias por los productos. La cooperación regional en materia de adquisiciones fuera de las Américas ha resultado un desafío, pero los esfuerzos continúan.

LA COORDINACIÓN DE LA demanda de vacunas por múltiples países, que actúan de forma concertada o a través de un organismo de adquisiciones externo, puede generar una serie de beneficios, como, por ejemplo, precios más bajos. Los esquemas más conocidos de adquisiciones conjuntas son los de la División de Suministros del UNICEF y el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta reseña examina diferentes tipos de adquisiciones conjuntas, señala algunos de sus beneficios e inconvenientes potenciales, y resume las experiencias del UNICEF y de la OPS. También se discuten los desafíos relacionados con el establecimiento y el logro de los beneficios de las adquisiciones conjuntas y se revisa el estado de algunas iniciativas para ampliar su uso.

TIPOS DE ADQUISICIONES CONJUNTAS

En la forma más desarrollada de las adquisiciones conjuntas, un organismo de adquisiciones compila la demanda proyectada de los países participantes (junto con la financiación o los compromisos de financiación) y la presenta en una propuesta única

a los proveedores, quienes pueden hacer una oferta para suministrar la totalidad o parte de la demanda. Seguidamente, el organismo de adquisiciones elige a los proveedores, los contrata y les paga, y asegura que cada país reciba la cantidad de cada vacuna solicitada.

En la práctica, el proceso puede ser más complicado porque los productos y las condiciones ofrecidas por los proveedores pueden variar y los países pueden tener diferentes preferencias. El organismo de adquisiciones podría tener que tomar decisiones si el suministro ofrecido es insuficiente para satisfacer la totalidad de la demanda o si no se cumplen todas las preferencias de los países. En la adjudicación de contratos, el organismo de adquisiciones también podría tener en cuenta consideraciones de más largo plazo, como garantizar la seguridad del suministro y mantener competitivos los mercados.

La Organización Mundial de la Salud distingue cuatro niveles de adquisiciones conjuntas, que van desde el intercambio de información hasta el tipo de licitación y la contratación conjunta descrita anteriormente.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS ADQUISICIONES CONJUNTAS

Las adquisiciones conjuntas pueden ofrecer importantes beneficios tanto a los países como a los proveedores. En determinadas circunstancias, pueden ayudar a los países participantes a obtener precios más bajos al permitir que los proveedores fabriquen a mayor escala, lo que suele implicar menores costos, y les confiere a los países participantes mayor poder de negociación. Los beneficios son mayores para los países pequeños que compran pequeños volúmenes y tienen poco poder de negociación por sí solos, pero los países más grandes también pueden beneficiarse. Los países que participan en las adquisiciones conjuntas administradas por el UNICEF y la OPS también se benefician de la experiencia y asistencia técnica en adquisiciones de estos organismos.

Para los proveedores, una gran ventaja de las adquisiciones conjuntas es tratar con un solo organismo en lugar de muchos países. Esto es particularmente importante para los proveedores de los países en desarrollo, que no suelen tener muchas oficinas locales ni experiencia en el trato con los gobiernos de muchas regiones. Las empresas multinacionales, con su alcance más amplio y mayores recursos de comercialización, pueden preferir tratar directamente con los países en algunos casos. Asimismo, el UNICEF y la OPS, cuyas normas exigen que dispongan de dinero en efectivo antes de comprar, ofrecen a los proveedores la certeza del pago.

Es probable que los países que participan en adquisiciones conjuntas deban adoptar cierta flexibilidad. En algunos casos, es posible que tengan que aceptar un conjunto más limitado de opciones de productos; la adquisición conjunta es

más eficaz cuando se logran armonizar las preferencias por los productos. Los países participantes también deben cumplir con los requisitos de pago del esquema conjunto en particular. Finalmente, puede que no todas las vacunas que requiere un país estén disponibles a través de un mecanismo de adquisiciones conjuntas.

Algunos países pueden considerar la adquisición a través del UNICEF o de la OPS como una medida temporal y tener la autoadquisición como un objetivo de largo plazo, a pesar de las ventajas de la propuesta común. Sin embargo, la participación en el Fondo Rotatorio y el uso de los servicios de adquisiciones del UNICEF han sido bastante estables.

LA DIVISIÓN DE SUMINISTROS DEL UNICEF

La División de Suministros del UNICEF ha adquirido la mayor parte de las vacunas financiadas por Gavi desde la creación de este mecanismo en el año 2000. En este tipo de adquisición, UNICEF agrupa la demanda proyectada de cada país para todas las vacunas respaldadas por Gavi y lanza licitaciones periódicas. La mayoría de los países de la Alianza Gavi también adquieren sus dosis cofinanciadas de vacunas Gavi a través del UNICEF y estas se incluyen en la demanda agregada presentada a los proveedores.

Además de las adquisiciones para Gavi y los países apoyados por Gavi, el UNICEF también adquiere vacunas para algunos países de ingresos medios que

Es probable que los países que participan en adquisiciones conjuntas deban adoptar cierta flexibilidad.

Adquisiciones conjuntas

no son elegibles para Gavi. En cuanto a las vacunas tradicionales y aquellas con mercados relativamente competitivos (como la pentavalente), para las cuales los proveedores por lo general no aplican precios diferenciados, el UNICEF puede agrupar la demanda y ser flexible en el uso de los acuerdos marco de largo plazo para satisfacer la demanda del país (en la Reseña 11 se discuten los precios por niveles).

En el caso de tres vacunas más costosas y nuevas contra el virus del papiloma humano (VPH), contra el rotavirus y la vacuna antineumocócica conjugada que son fabricadas por solo dos empresas multinacionales cada una, el establecimiento de precios diferenciados es un obstáculo para la adquisición conjunta. En 2012, el UNICEF hizo una licitación a fin de obtener algunos de los beneficios de las adquisiciones conjuntas para los países de ingresos medios, a la vez que reconocía las limitaciones impuestas por las empresas. Esta iniciativa no tuvo tanto éxito como esperaba el UNICEF, sobre todo porque muy pocas empresas presentaron ofertas. Entre las razones para no participar, los fabricantes mencionaron la incertidumbre en las previsiones de la demanda de los países y las preocupaciones de que los precios para los países de ingresos medios se hicieran públicos. El UNICEF tiene previsto seguir explorando el potencial de las adquisiciones conjuntas para los países de ingresos medios, mientras continúa adquiriendo vacunas para los países interesados de forma individual.

EL FONDO ROTATORIO DE LA OPS

La OPS estableció el Fondo Rotatorio en 1979 para ayudar a los países de las Américas a obtener suministros de vacunas estables y asequibles para sus programas nacionales. El Fondo Rotatorio consolida la demanda de los países participantes y publica licitaciones anuales. A diferencia del UNICEF, que requiere que los países paguen por adelantado, la OPS paga a los fabricantes con un fondo establecido para ese fin; se espera que

los países reembolsen al fondo en un plazo de 60 días. El Fondo Rotatorio es un mecanismo de adquisiciones conjuntas y de financiación de corto plazo, al igual que la Iniciativa para la Independencia Vacunal, del UNICEF (véase la Reseña 13). Más de 40 países y territorios participan en el fondo.

Históricamente, el Fondo Rotatorio ha sido capaz de movilizar grandes volúmenes, garantizar pagos, negociar precios bajos y asegurar el suministro de la mayoría de las vacunas. Aunque los países participantes, muchos de los cuales están clasificados como de ingresos medios-altos, pagan algo más que los países de la Alianza Gavi por varias vacunas más nuevas, los precios del Fondo Rotatorio siguen siendo mucho más bajos que los que pagan los países de ingresos altos.

OTRAS INICIATIVAS PARA LAS ADQUISICIONES CONJUNTAS

Estos esfuerzos han evidenciado algunos desafíos relacionados con la implementación de la adquisición conjunta

de vacunas. Para aprovechar los beneficios de la agregación de la demanda, los países participantes deben armonizar lo más posible sus preferencias por los productos y sus requisitos reglamentarios,

mejorar sus previsiones de la demanda (como las fechas de introducción de nuevas vacunas) y asegurar el financiamiento de largo plazo. La voluntad de los proveedores de ofrecer precios bajos dependerá de todos estos factores.

Históricamente, el Fondo Rotatorio ha sido capaz de movilizar grandes volúmenes, garantizar pagos, negociar precios bajos y asegurar el suministro de la mayoría de las vacunas.

CONCLUSIONES

En principio, las adquisiciones conjuntas pueden aportar beneficios importantes, incluida una oferta más segura y asequible, como lo han demostrado los ejemplos del UNICEF y el Fondo Rotatorio. El establecimiento de mecanismos de adquisiciones conjuntas en otras regiones ha resultado un desafío. Sin embargo, los países que deseen aplicarlos pueden dar pasos importantes hacia dicha meta mejorando la cooperación y compartiendo información, mientras trabajan con el UNICEF para abordar algunos de los desafíos que obstaculizaron su reciente iniciativa de adquisiciones conjuntas para los países de ingresos medios.

Las regiones fuera de las Américas han intentado desarrollar mecanismos de adquisiciones conjuntas. En particular, la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, que incluye a muchos países de ingresos medios no elegibles para Gavi, ha estado trabajando para lograr este objetivo durante varios años. En una escala más pequeña, siete países de la región del golfo pérsico, que trabajan a través del Consejo de Cooperación del Golfo, lanzan licitaciones conjuntas para diversas vacunas. Los países contratan a los fabricantes de manera individual.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Pan American Health Organization. PAHO Revolving Fund. Archivado en: <https://perma.cc/QR8D-M65C>

UNICEF [Internet]. Vaccine procurement services. Disponible en: http://www.unicef.org/supply/index_54052.html

La Iniciativa para la Independencia Vacunal del UNICEF

PUNTOS CLAVE

- * La Iniciativa para la Independencia Vacunal (IIV) es un fondo rotatorio exitoso gestionado por el UNICEF. Proporciona a los países suscriptores una financiación flexible que les asegura un suministro estable de vacunas.
- * La IIV provee crédito a los países para la compra de vacunas a través del UNICEF; el reembolso se efectúa 30 días después de la entrega de las vacunas.
- * Gracias a la línea de crédito del fondo, las vacunas llegan varios meses antes de lo que cabría esperar.
- * Más de 20 países de África, de las islas del Pacífico y del sudeste asiático han utilizado el fondo para prefinanciar vacunas, insumos para la inyección y equipos para la cadena de frío.
- * Además de postular a la IIV, los gobiernos que deben lidiar con la aprobación tardía de presupuestos también podrían considerar a los bancos comerciales e indagar por instrumentos de financiamiento comercial para las compras de vacunas esenciales.

LA PROVISIÓN PERMANENTE de vacunas e insumos para la inyección es fundamental para llevar a cabo un programa de inmunización eficaz. Pero las regulaciones de las adquisiciones y el calendario irregular de las liberaciones presupuestarias, especialmente durante la transición de un país desde la financiación de los donantes hasta la financiación nacional de la provisión de vacunas, pueden causar dificultades para mantener un suministro adecuado de vacunas. La División de Suministros del UNICEF requiere un prepago antes de iniciar la compra en nombre de un país. Los países pueden experimentar el desabastecimiento de vacunas críticas como resultado de retrasos en las transferencias de fondos a la División de Suministros del UNICEF. Para salvar esta brecha, la Iniciativa para la Independencia Vacunal del UNICEF (IIV) ofrece condiciones de financiación más flexibles a los países que las necesitan, lo que permite a un país pagar después de haber recibido las vacunas. Casi 30 países de ingresos bajos y medios han aprovechado las líneas de crédito de la IIV para ayudar a mejorar la estabilidad de sus suministros de vacunas.

En 2015, la Junta Ejecutiva del UNICEF renovó la IIV hasta el año 2020 y permitió que la base de capital se ampliara de US\$10 millones a US\$100 millones (si

los donantes aportan suficientes fondos). La Junta Ejecutiva también aprobó el uso de capital de la IIV para prefinanciar productos no vacunales, como mosquiteros antimaláricos y productos nutricionales.

CÓMO FUNCIONA LA IIV

La IIV se estableció en 1991 y utiliza un fondo de capital para permitir a la División de Suministros del UNICEF iniciar la contratación en nombre de los países. Los países receptores tienen 30 días para desembolsar el préstamo a la IIV una vez que han recibido y facturado las vacunas. Cada país participante tiene un tope en la cantidad que puede deber a la IIV en determinado momento. Esto ayuda a gestionar el riesgo financiero de la IIV y alienta a los países a reembolsar a la IIV con prontitud para que puedan aprovechar el crédito de la IIV en el futuro. La IIV es esencialmente un fondo rotatorio específico para cada país. Es similar en muchos aspectos al Fondo Rotatorio de la OPS (descrito en la Reseña 12), pero sirve a países de regiones fuera de las Américas y la línea de crédito es específica a cada país. El mecanismo de la IIV permite que las vacunas lleguen varios meses antes de lo que tardan otras opciones, lo que ayuda a minimizar los desabastecimientos y asegurar el suministro permanente. El reembolso

puede hacerse en la moneda local si el programa del UNICEF del país puede absorber esa moneda en sus operaciones.

La IIV proporciona otros beneficios importantes. Los retrasos en las transferencias del financiamiento de los países a la División de Suministros del UNICEF pueden dar lugar a pedidos aplazados y a la reducción de la previsibilidad y estabilidad del mercado. El financiamiento estable brinda a los proveedores mayor confianza en que el pago será oportuno y ayuda a la División de Suministros del UNICEF a adquirir vacunas a precios asequibles.

Al utilizar el fondo como apalancamiento, el UNICEF trabaja con los ministerios de salud y finanzas de los países para prever las necesidades de vacunas, determinar los requisitos de financiación de la inmunización y elaborar presupuestos de forma apropiada.

Los fondos de la IIV son limitados, sin embargo, el objetivo final del UNICEF es que los países se "gradúen" en el uso de estas líneas de crédito cumpliendo con los plazos establecidos del pago anticipado (a través de los servicios de adquisición de la División de Suministros del UNICEF) y, con el tiempo, logren la autoadquisición.

PAÍSES ELEGIBLES

Calquier país que tenga un acuerdo de cooperación con el programa o un acuerdo básico de cooperación con el UNICEF puede postular a la IIV. Los gobiernos también deben contar con los siguientes elementos:

- Recursos presupuestarios suficientes para comprar las vacunas y los insumos para la inyección, así como equipos para la cadena de frío
- Un memorando de entendimiento del IIV aprobado y firmado por el UNICEF y el ministerio de salud
- Una carta de garantía firmada por el ministerio de finanzas por el valor tope asignado al país (que se renueva anualmente mientras el país es suscriptor de la IIV).

Antes de permitir que un país se suscriba a la IIV, la División de Suministros del UNICEF trabaja con el país para evaluar el estado y las causas del desabastecimiento de vacunas, los patrones históricos de la financiación del programa nacional de vacunas, los procesos presupuestarios pertinentes, entre otros factores. Finalmente, la postulación a la IIV es evaluada por el contralor del UNICEF y el director de la División de Suministros, quienes tienen la potestad de aprobar o rechazar la postulación.

PAÍSES SUSCRIPTORES

La IIV ha sido utilizada tanto por los países de la Alianza Gavi como por los que no forman parte de ella. De 2012 a 2015, Cabo Verde, Chad, Kenia, Níger, Nigeria y los países de las islas del Pacífico fueron suscriptores. Varios países se han graduado de la IIV, entre ellos, Marruecos y Filipinas. Hasta mediados de 2016, las negociaciones proseguían con otros suscriptores potenciales.

Algunos países elegibles para Gavi, como Kenia, han utilizado la IIV para comprar vacunas tradicionales y para cumplir los requisitos de las adquisiciones cofinanciadas de Gavi. A medida que los países elegibles para Gavi pasan a la autofinanciación completa, el mecanismo de la IIV puede seguir siendo útil para proporcionarles flexibilidad financiera.

Entre los países con mayores posibilidades de beneficiarse de la IIV figuran:

- Los países fuera de América Latina (que no tienen acceso al Fondo Rotatorio de la OPS)
- Los países que no tienen intención de practicar la autoadquisición
- Los países proclives a tener problemas de liquidez en determinados momentos.

Los países de ingresos medios que nunca fueron elegibles para Gavi pueden beneficiarse de la IIV si tienen dificultades con el flujo de efectivo para la adquisición de vacunas y no pueden encontrar otras soluciones apropiadas. Además de suscribirse a la IIV, los países pueden explorar el financiamiento de bancos comerciales para obtener líneas de crédito o garantías que les proporcionen más liquidez cuando los plazos de aprobación del presupuesto estatal constituyen un problema.

Hasta febrero de 2016, la IIV había ayudado a financiar las vacunas BCG, contra la hepatitis B, la VOP, IPV, DT, TT, dT, sarampión, SR, SRP, PCV, rotavirus, VPH, fiebre amarilla, meningitis meningocócica y cólera; vacunas que contienen la DTP; vacunas que contienen Hib e insumos para la inyección. El fondo también ha prefinanciado equipos para la cadena de frío.

Los países interesados en explorar los servicios de la IIV pueden ponerse en contacto con el UNICEF para obtener más información.

LECTURAS ADICIONALES

Para información archivada sobre la Iniciativa para la Independencia Vacunal del UNICEF, véase: <https://perma.cc/FV2R-TEZS>.
Para información actualizada, consulte el sitio web del UNICEF: www.unicef.org.

Cómo las modalidades de pago a los proveedores afectan los servicios de inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Los métodos utilizados para pagar a los proveedores de servicios de atención de salud para que brinden servicios de inmunización afectan los incentivos que tienen los proveedores para que la inmunización sea una prioridad.
- * Los métodos más comunes de pago a los proveedores son las partidas presupuestarias o presupuestos globales, pagos por servicios prestados y los pagos por capitación. Cada método tiene fortalezas y debilidades, por lo que se suelen combinar o utilizar con incentivos basados en el desempeño. Algunos países están experimentando vincular los incentivos al desempeño con los objetivos de la cobertura de la inmunización.
- * El pago de la inmunización basado en el desempeño tiene el potencial de aumentar la cobertura, pero los resultados no han sido concluyentes en los países de ingresos bajos y medios. La sostenibilidad es una preocupación cuando estos programas están apoyados por donantes.
- * La combinación correcta de los métodos de pago depende del contexto del país, por lo que se necesitan adecuados sistemas de monitoreo para rastrear los efectos de los incentivos sobre la inmunización.

LOS PRESTADORES DE primera línea como las clínicas de atención primaria son el último eslabón clave en la cadena de servicios de inmunización. Las formas de pago a los proveedores de atención médica por prestar servicios de inmunización afectan el financiamiento y la dotación de personal para prestar el servicio, y determina cuán activamente trabajan para asegurar que la población destinataria reciba esos servicios. Los compradores, como los ministerios de salud o los organismos de seguros públicos, utilizan una serie de mecanismos de pago para transferir fondos a las instituciones que prestan servicios cubiertos. Esos mecanismos de pago generan señales económicas o incentivos que influyen en el comportamiento del proveedor —el volumen de servicios que prestan, cómo los entregan y la combinación de los insumos que utilizan. En el caso de los programas de inmunización, los mecanismos de pago diseñados de forma estratégica deberían crear incentivos para que los proveedores logren objetivos de cobertura y presten servicios de alta calidad de manera eficiente. Por otro lado, los mecanismos de pago a los proveedores mal diseñados, con tasas de pago crónicamente bajas, pueden colocar a los servicios de inmunización en una posición desventajosa respecto de los servicios

curativos, que están mucho mejor pagados, y contribuir a la baja provisión de servicios y a la pérdida de oportunidades para expandir la cobertura.

MÉTODOS COMUNES DE PAGO

Muchos países siguen financiando la prestación de servicios de salud a través de partidas presupuestarias

basadas en insumos, por lo que los establecimientos de salud tienen presupuestos específicos para el personal, los servicios públicos, el equipo, y otros. El presupuesto por partidas individuales suele ser rígido

y puede crear muchas ineficiencias e inequidades en la prestación de servicios de salud. Estos presupuestos suelen basarse en pautas históricas y no están alineados con las necesidades de salud de

En el caso de los programas de inmunización, los mecanismos de pago diseñados de forma estratégica deberían crear incentivos para que los proveedores logren objetivos de cobertura y presten servicios de alta calidad de manera eficiente.

las diferentes poblaciones. Suelen tener un sesgo hacia las áreas urbanas y los establecimientos terciarios, lo que deja a la atención de salud primaria, y en particular a los servicios preventivos como la inmunización, con fondos insuficientes. Por lo general, resulta difícil mover los gastos entre las partidas para satisfacer las necesidades de la prestación de servicios. Por último, el presupuesto por partidas individuales no permite brindar incentivos de eficiencia y calidad a los proveedores.

Por estas razones, muchos países están optando por enfoques más estratégicos de pago a los proveedores, que se basan en resultados y no en insumos, y recompensan a los proveedores por su productividad, calidad y eficiencia. Un tipo de pago es por servicios prestados, en el que se paga a los proveedores por el servicio individual, por ejemplo, por cada vacunación suministrada. En el caso del pago por capitación (per cápita) se les otorga a los proveedores un pago fijo por persona inscrita en determinado paquete de servicios durante un periodo establecido. Por lo general, los servicios de inmunización se incluyen en ese tipo de paquete.

No hay un estándar óptimo o un método de pago perfecto. Cada método tiene fortalezas y debilidades, y puede crear incentivos adversos y consecuencias no deseadas. El pago por capitación puede ser más equitativo y crear incentivos para que los proveedores se enfoquen en la prevención y mantengan saludable a la población inscrita. Pero también puede llevar a que los proveedores disminuyan la prestación de servicios una vez que hayan recibido su pago fijo, lo que resulta en una mala calidad de la atención o en derivaciones excesivas. Por otro lado, el pago por servicios prestados puede aumentar el acceso y uso de servicios prioritarios, pero también puede conducir a un aumento de costos.

Muchos países combinan métodos de pago para crear un sistema de pago combinado o un modelo mixto. Por ejemplo, un sistema de pago por capitación

para la atención primaria puede incluir una pequeña cantidad de pagos por servicios en las intervenciones preventivas prioritarias (como la inmunización) para contrarrestar el incentivo potencial de

reducir los servicios. En Rumanía, como parte de una reforma para fortalecer la atención primaria y la prevención, los proveedores de la atención primaria recibieron el 60% de sus ingresos de los pagos por capitación y el 40% provenía del pago por servicios para atenciones prioritarias, como la inmunización.

Cualquier método de pago también se puede combinar con recompensas o multas específicas basadas en el desempeño; esto se conoce como pago por desempeño (PxD) o financiamiento basado en resultados (FBR). Los incentivos por desempeño se pueden vincular con los objetivos de la cobertura de inmunización. En el sistema del seguro social de salud de Estonia, el pago por capitación de la atención primaria se combina con un programa de pago por desempeño que proporciona incentivos financieros adicionales por alcanzar los objetivos de la cobertura de inmunización.

Muchos países están optando por enfoques más estratégicos de pago a los proveedores, que se basan en resultados y no en insumos, y que recompensan a los proveedores por su productividad, calidad y eficiencia.

PAGO POR DESEMPEÑO

Los mecanismos de PxD son utilizados en los sistemas de salud de todas las regiones del mundo por países de todos los niveles de ingresos. El objetivo es crear incentivos financieros que fomenten una mejor calidad de la atención y cobertura de servicios de alta prioridad, como la inmunización. En muchos países de bajos ingresos con provisión de servicios que, por

Cómo las modalidades de pago a los proveedores afectan los servicios de inmunización

lo general, son públicos y personal de salud que son empleados asalariados, el PxD se suele introducir para mejorar la baja productividad y la cobertura inadecuada de servicios prioritarios, entre ellos, la inmunización. Por ejemplo, los programas de PxD en Afganistán, Burundi y Ruanda pagan a los proveedores un bono por servicio, además de lo que les corresponde en la partida presupuestaria individual, ajustado con un puntaje de calidad por proveer un conjunto de servicios prioritarios que incluyen la inmunización infantil.

A pesar del uso generalizado del PxD, existen escasas pruebas de sus efectos en la prestación de servicios de salud y en los resultados de salud de la población, y la evidencia disponible sigue siendo dispar. Esto también es cierto para los esfuerzos de los PxD dirigidos específicamente a mejorar la cobertura de inmunización. Las evaluaciones de los programas de PxD en Afganistán, Burundi, Ruanda y Tanzania no muestran un efecto significativo en la cobertura de la inmunización infantil. Los programas de PxD en los países de bajos ingresos también tienden a ser impulsados por los donantes, lo que abre interrogantes sobre su sostenibilidad.

No obstante, el PxD se ha relacionado con aumentos en la cobertura de vacunación infantil en algunos países de altos ingresos. Un estudio de 11 programas de PxD en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) evidenció que los programas de PxD en Estonia y Nueva Zelanda generaron aumentos modestos en las tasas de cobertura de la inmunización infantil.

IMPLICACIONES PARA LA INMUNIZACIÓN

La forma como se paga a los proveedores por prestar servicios afecta la combinación de servicios que prestan y cómo los ofrecen. Por ello, los sistemas de pago deben

diseñarse y combinarse cuidadosamente para garantizar que los servicios de inmunización sean priorizados y no descuidados por los proveedores en favor de otros servicios mejor remunerados. Seleccionar la inmunización para el pago por servicio prestado u otorgar bonificaciones por el logro de metas en la cobertura de inmunización

puede alentar a los proveedores a centrarse en la inmunización. Pero la evidencia no es concluyente, especialmente en los países de bajos ingresos, y los programas de PxD en particular pueden suscitar interrogantes respecto de su sostenibilidad cuando son impulsados por donantes. La combinación correcta de los métodos de pago depende de muchos factores propios del país, por lo que son esenciales los sistemas eficaces de monitoreo para rastrear el efecto de los incentivos sobre la inmunización.

La combinación correcta de los métodos de pago depende de muchos factores propios del país, por lo que son esenciales los sistemas eficaces de monitoreo para rastrear el efecto de los incentivos sobre la inmunización.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Cashin C, editor. Assessing health provider payment systems: a practical guide for countries working toward universal health coverage. Joint Learning Network for Universal Health Coverage; 2015.

Eichler R, Levine R, Performance-Based Incentives Working Group. Performance incentives for global health: potential and pitfalls. Washington D.C.: Center for Global Development; 2009.

Merilind E, Salupere R, Västra K, Kalda R. The influence of performance-based payment on childhood immunisation coverage. Health Policy. 30 de junio de 2015; 119(6):770-7.

PARTE IV

ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO DE POLÍTICAS

Obtención de apoyo parlamentario para la financiación de la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Los promotores de la inmunización deben cooperar con los principales actores en los parlamentos, entre ellos, los líderes parlamentarios, los comités permanentes y ad hoc, y el personal administrativo.
- * Al involucrarse con los formuladores de políticas, los promotores deben estar preparados para discutir el desempeño del programa de inmunización del país, sus desafíos y las necesidades actuales y previstas de recursos.
- * Los promotores pueden usar los puntos clave que se presentan en cada reseña de esta guía de recursos como información básica para los parlamentos sobre temas clave relacionados con el financiamiento de la inmunización.

LAS POLÍTICAS Y las prácticas analizadas en este volumen no se pueden implementar sin el apoyo de los gobiernos. Aunque los ministerios de salud y de finanzas son quienes aplican las políticas pertinentes, los parlamentos nacionales también desempeñan un papel clave. El poder legislativo suele estar en manos de un parlamento u otro órgano representativo. Los parlamentos también tienen el poder de asignar los fondos públicos a proyectos públicos, que luego son implementados por el poder ejecutivo. Los parlamentos o congresos pueden promulgar leyes que hagan obligatoria la introducción de nuevas vacunas, aprobar y modificar los presupuestos de los programas de inmunización, establecer mecanismos de financiación de los servicios de inmunización y supervisar la aplicación de nuevas políticas relacionadas con la inmunización.

Esta reseña explora cómo los promotores de la inmunización pueden cooperar de forma efectiva con los parlamentos a fin de generar apoyo para el financiamiento sostenible de la inmunización.

CÓMO LA FUNCIÓN PARLAMENTARIA AFECTA LA FINANCIACIÓN DE LA INMUNIZACIÓN

Los parlamentos tienen cuatro funciones principales que son relevantes para la financiación sostenible de la inmunización:

- **Legislación.** Los parlamentarios presentan proyectos de ley, proponen enmiendas y votan respecto de una legislación que afecta a todas las funciones del gobierno. La legislación sobre la inmunización es un ejemplo de esta función (véase la Reseña 16). Los parlamentarios también pueden respaldar resoluciones y expresar su apoyo a un tema particular; estos pueden ser hitos importantes para avanzar en una futura legislación. Un ejemplo de ello es la Declaración de Katmandú, aprobada por el parlamento de Nepal en 2010. La declaración expresó su compromiso de trabajar por una financiación sostenible de la inmunización en Nepal. Tras la declaración, el gobierno redactó un proyecto de ley sobre inmunización y en 2016 el parlamento aprobó la Ley de Inmunización 2072, que fue ratificada por el presidente de Nepal.

- **Presupuesto.** Los parlamentos aprueban la recaudación y asignación de los ingresos nacionales y establecen el presupuesto anual del país. El poder ejecutivo suele proponer el presupuesto, pero el parlamento debe aprobarlo. El presupuesto del ministerio de salud incluye, en la mayoría de los países, una partida para las vacunas.
- **Fiscalización.** El parlamento fiscaliza y monitorea las acciones del poder ejecutivo para asegurar que los recursos públicos se usen de manera responsable y consistente con las directivas legislativas. En la práctica, lo hace principalmente a través del proceso presupuestario anual, que proporciona un control periódico sobre el poder del ejecutivo e implica su revisión por múltiples comités y miembros del parlamento. Las comisiones parlamentarias también pueden celebrar audiencias y llamar a testigos expertos para declarar sobre las operaciones del gobierno y asuntos de política nacional. Esto puede proporcionar a los promotores de la inmunización una oportunidad para presionar y obtener una financiación sostenible de la inmunización. La relación entre el parlamento y el poder ejecutivo puede variar; algunos parlamentos tienen una capacidad significativa para controlar los poderes del ejecutivo, mientras que otros tienen menos autoridad para dirigir y supervisar la acción ejecutiva.
- **Representación.** Los parlamentarios son representantes de los ciudadanos y, más específicamente, de los constituyentes de sus distritos legislativos. Pueden amplificar las voces de los constituyentes abogando por sus intereses en las cámaras del parlamento y en las comisiones parlamentarias. Los promotores de la inmunización pueden, por lo tanto, influir en el parlamento mediante la movilización de los distritos electorales locales.

PUNTOS DE ACCESO ESTRATÉGICOS PARA TRABAJAR CON LOS PARLAMENTOS

Aunque las estructuras parlamentarias varían (por ejemplo, en el número de cámaras y la composición de los comités), una serie de actores específicos dentro del proceso parlamentario son muy influyentes en la determinación de las agendas de financiación de la inmunización. Entre ellos figuran:

- **Líderes parlamentarios.** Los dirigentes de la mayoría y de los partidos de la oposición y otros altos miembros del parlamento tienden a establecer la agenda legislativa, asignar proyectos de ley a comités específicos y promover el apoyo para las iniciativas legislativas.
- **Comités.** Gran parte del trabajo parlamentario se realiza a través de comités permanentes o ad hoc, cuyos miembros y líderes reflejan la configuración política del parlamento y, en general, establecen la agenda de un comité. El personal de apoyo, incluido el personal adscrito a los parlamentarios, los comités y las secretarías apartidistas, puede desempeñar un papel importante entre bastidores y, por lo tanto, amerita el compromiso de los promotores. En cuanto a la financiación de la inmunización, los comités pueden revisar la legislación relacionada con los servicios públicos de inmunización, asegurar su coherencia con los marcos legales nacionales e internacionales existentes, y evaluar el desempeño del gobierno en la implementación de nuevas leyes.
- **Comités específicos.** Los comités permanentes sobre finanzas y asignaciones son un objetivo clave para los promotores de diferentes temas, ya que revisan todas las solicitudes de gastos gubernamentales. Sin la aprobación de estos comités, es improbable que un proyecto de ley sobre gastos sea aprobado por el parlamento.

Obtención de apoyo parlamentario para la financiación de la inmunización

Los comités de salud, que revisan los programas de inmunización y los presupuestos, son otro objetivo evidente de los esfuerzos de promoción de la inmunización. Estos podrían organizarse como comités autónomos o integrados en comités de asuntos sociales o de bienestar social, o pueden agruparse en temas relacionados con las mujeres, los jóvenes, los deportes o el empleo. En general, estos comités tienen subcomités dedicados a cuestiones de la salud.

- **Personal administrativo.** El personal administrativo asegura que los miembros del parlamento tengan la información necesaria para tomar decisiones legislativas informadas. Ayudan a organizar las reuniones del comité y las audiencias, y pueden ser fuentes importantes de memoria institucional. Los promotores pueden asegurar que el personal administrativo reciba copias de todas las comunicaciones dirigidas a los comités y miembros del parlamento. También pueden mantener contactos con la biblioteca del parlamento y el personal de investigación y documentación para garantizar el acceso a los documentos pertinentes y a la información relacionada con los programas de inmunización y su financiación.
- **Miembros influyentes del parlamento.** Los miembros del parlamento, en particular, los bien considerados, carismáticos y efectivos, pueden ser influyentes sin ocupar cargos de alto nivel dentro de la estructura parlamentaria formal. A menudo, se convierten en defensores de temas específicos y colaboran con los promotores para promover su agenda.
- **Nuevos miembros del parlamento.** En cada ciclo electoral, los nuevos miembros del parlamento buscan áreas de enfoque legislativo donde puedan tener una influencia duradera. Si participan desde un inicio en temas de inmunización y su financiamiento, pueden convertirse en defensores activos de esta causa.

Los sindicatos internacionales de parlamentos pueden influir en la conformación y determinación de las agendas y políticas regionales. En 2009, por ejemplo, el Parlamento Latinoamericano, una asamblea consultiva, diseñó una Ley Modelo de Vacunas, aprovechando la experiencia de países de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La ley provee un marco para que los países de la región de la OPS aseguren el acceso adecuado y efectivo a los servicios nacionales de inmunización, así como su financiamiento y operación.

MENSAJES CLAVE A LOS PARLAMENTOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Los miembros del parlamento necesitan información oportuna, precisa y concreta para tomar decisiones legislativas informadas. Los puntos clave que se presentan en las reseñas de este volumen ofrecen una síntesis de los principales problemas, desafíos y oportunidades relacionados con el financiamiento de la inmunización. Entre los más importantes para que los parlamentarios entiendan y actúen respecto de este tema figuran los siguientes:

- Las vacunas constituyen una de las intervenciones de salud pública más potentes y eficaces que hayan sido desarrolladas.
- La inmunización es un gran valor y uno de los mejores usos que los gobiernos pueden hacer con los limitados recursos públicos disponibles para la salud. Por cada US\$1 invertido en inmunización, los países pueden obtener US\$16 de retorno para la economía en general.
- Los gobiernos deben planificar cuidadosamente para asegurar una financiación adecuada y sostenible de los programas de inmunización. No invertir en la inmunización —o una financiación inestable de la inmunización— aumenta el riesgo de brotes de enfermedades y pone en peligro la salud pública.

- El desempeño eficaz de los programas de inmunización depende no solo del financiamiento para la compra de vacunas, sino también del financiamiento adecuado de los trabajadores y establecimientos de salud del nivel local, quienes realizan la vacunación de rutina como parte de un programa más amplio de servicios de salud.

Estas son algunas interrogantes clave que los parlamentarios se podrían formular sobre los servicios de inmunización del país:

- ¿Cómo es el desempeño del programa de inmunización de mi país? (¿Cuáles son las tasas de cobertura de las vacunas en el programa nacional, cuán equitativa es la cobertura y cómo se compara con las metas?) ¿Qué vacunas forman parte del programa nacional y cómo se comparan con el programa recomendado por la OMS?)
- ¿Cómo se vislumbra el futuro del programa de inmunización? (¿Cambiará la cobertura con el tiempo? ¿Es probable que se introduzcan nuevas vacunas?)
- ¿Se financia adecuadamente el programa de inmunización? (¿Son suficientes los presupuestos para vacunas? ¿Son adecuadas las inversiones en la cadena de frío?)
- Como el financiamiento es solo una parte del asunto, ¿qué otros cuellos de botella están obstaculizando el desempeño del programa y cómo se pueden abordar?

ESFUERZOS PARA INVOLUCRAR A LOS PARLAMENTARIOS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Muchas organizaciones, como el UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, han participado activamente con los parlamentarios en temas de salud y desarrollo humano. El Sabin Vaccine Institute ha sido líder en este esfuerzo a través de su Programa de Financiamiento Sostenible de la Inmunización (SIF, por su sigla en inglés). El programa ha operado en 22 países, 12 en África, seis en Asia y cuatro en Europa oriental, brindando orientación técnica y legislativa sobre la promoción y protección del financiamiento de la inmunización.

El Programa SIF organiza reuniones nacionales y subnacionales para formuladores de políticas, parlamentarios y otros funcionarios públicos, y promueve intercambios, talleres y reuniones entre pares sobre mejores prácticas y avances en el logro de una financiación sostenible de la inmunización. Hasta mediados de 2016, el programa había contribuido a la puesta en marcha de iniciativas legislativas en varios países del SIF, que están en la fase de transición o en proceso de desacoplarse del apoyo de Gavi. En 2014, Nigeria se convirtió en el primer país del SIF en aprobar una nueva legislación para la financiación de la inmunización, gracias, en gran parte, a los esfuerzos de los parlamentarios de los comités de salud del senado y de la cámara de diputados.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Advocacy for Immunisation [Internet]. PATH, IVAC, and Gavi resources to assist in advocacy for immunization. Disponible en: <http://advocacy.vaccineswork.org/>

Committee for the Future of Vaccination in Latin America (COFVAL). Framework act on vaccination for Latin America. 2009. Archivado en: <https://perma.cc/C2NR-YBMW>

Ozawa S, Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011-20. Health Affairs. 1 de febrero de 2016; 35(2):199-207.

UNICEF. Guide to working with parliaments. Nueva York: UNICEF; 2009. Archivado en: <https://perma.cc/6KUR-B6PE>

World Health Organization. Immunization advocacy library. WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/immunization-advocacy-library>

Legislación y reglamentación de la financiación de la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Los promotores de la inmunización consideran que la legislación es una poderosa herramienta de apoyo a la financiación sostenible de la inmunización, ya que proporciona un compromiso legal con la inmunización y un marco operacional para los servicios de inmunización.
- * La legislación solo puede ser efectiva si es aplicada e implementada por el gobierno.
- * La legislación sobre la inmunización suele incluir tres tipos de disposiciones legales: operativas, declarativas y financieras.

PARA MUCHOS PROMOTORES de la inmunización, la legislación sobre la inmunización es una herramienta potencialmente poderosa para apoyar la financiación sostenible de la inmunización. La acción legislativa puede proporcionar un compromiso legal con la financiación pública de la inmunización, lo que puede ayudar a asegurar una financiación adecuada y promover la rendición de cuentas y la transparencia. El Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020 recomienda "garantizar una legislación o marco legal en todos los países, que incluya disposiciones para una línea de presupuesto destinada a la inmunización y a la supervisión y presentación de informes" a fin de apoyar el objetivo estratégico de que todos los países se comprometan con la inmunización como prioridad. La legislación también puede proporcionar un marco legal para la operación de los programas de inmunización que indique cómo se añadirán las vacunas al programa nacional de inmunización y quién ejercerá la supervisión reguladora.

La legislación explícita también puede ayudar a aclarar los marcos legales para la adquisición de vacunas e insumos para la inyección. Algunos países de América Latina, por ejemplo, disponen de una legislación que prevé de forma explícita la adquisición pública a través del Fondo Rotatorio de

la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Otros tienen reglamentos para las adquisiciones que restringen el pago antes de la entrega, lo que dificulta que los ministerios adquieran vacunas e insumos a través de la División de Suministros del UNICEF.

La legislación sobre inmunización varía según los países. Algunos tienen leyes de inmunización separadas; otros, regulan la inmunización a través de disposiciones dentro de las leyes generales de salud o leyes de salud pública. Los países también han adoptado enfoques diferentes en cuanto a la legislación sobre el financiamiento de la inmunización. En Vietnam, la Ley de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas garantiza "fondos para el uso de vacunas y bioproductos médicos", mientras que la Ley Boliviana de Vacunas exige que una parte específica de los fondos para la salud se destinen a vacunas y a otros

La acción legislativa puede proporcionar un compromiso legal con la financiación pública de la inmunización, lo que puede ayudar a asegurar una financiación adecuada y promover la rendición de cuentas y la transparencia.

costos operativos y asociados a jeringas. Algunas leyes, como la Ley de Salud Pública de Georgia, requieren la financiación de vacunas en el programa nacional de inmunización; otras, como la Ley 48 de Panamá, consagran el acceso a las vacunas en el plan nacional de inmunización como un derecho legal para todos los ciudadanos.

Sin embargo, la legislación solo será sólida en la medida que lo sea su aplicación e implementación. La adopción de una ley sobre inmunización no es por sí sola una garantía de financiamiento sostenible. Constituye solo un hito en la senda hacia una financiación sostenible de la inmunización.

Esta reseña examina las disposiciones legales de la legislación sobre inmunización promulgada por varios países y analiza los recientes esfuerzos del Sabin Vaccine Institute, de la OPS y del Parlamento Latinoamericano para promover el financiamiento sostenible de la inmunización a través de la acción legislativa.

DISPOSICIONES COMUNES EN LA LEGISLACIÓN SOBRE LA INMUNIZACIÓN

La legislación sobre la inmunización puede incluir una variedad de disposiciones. Según un estudio de Trumbo et al. (2013), en el que se analizó la legislación sobre inmunización de 24 países y tres territorios de América Latina y el Caribe, las disposiciones más comunes se dividen en tres categorías: declarativas, operacionales y financieras.

Las disposiciones declarativas establecen derechos y deberes legales relacionados con el acceso a la inmunización. Algunos países exigen el acceso

universal a la inmunización para todos los ciudadanos; otros adoptan una legislación que reconoce a la inmunización

como un bien público. Muchos países establecen cláusulas que garantizan el acceso gratuito y universal a las vacunas en el programa nacional de inmunización. La legislación también puede establecer el deber legal de vacunar y hacer un llamado a la vacunación obligatoria para adultos y niños (particularmente en el contexto de la matrícula escolar).

Las disposiciones operacionales de la legislación sobre la inmunización proporcionan un marco jurídico para las autoridades de salud pública con respecto a la inmunización. Estas disposiciones pueden establecer una supervisión reglamentaria de los programas de inmunización para garantizar que las vacunas se administren de conformidad con la directiva legislativa. Pueden requerir un comité nacional de prácticas de inmunización (CNPI) legalmente constituido. En los países donde la vacunación es obligatoria, las disposiciones operacionales pueden establecer sanciones legales para las personas que no cumplan con esta normativa.

La legislación sobre la inmunización suele incluir una disposición operacional que regula el programa nacional de inmunización. Por lo general, esta disposición define el proceso mediante el cual se introducen y eliminan las vacunas del programa, quién está facultado para tomar la decisión, cuáles son los criterios para la toma de decisiones, quién

La adopción de una ley sobre inmunización no es por sí sola una garantía de financiamiento sostenible.

Legislación y reglamentación de la financiación de la inmunización

supervisa el proceso de toma de decisiones, entre otros. Estos elementos son clave para la prestación de servicios rutinarios de vacunación y para las necesidades financieras de los programas nacionales de inmunización.

Las disposiciones financieras establecen el marco jurídico para la financiación de la inmunización. Pueden establecer partidas explícitas dentro del presupuesto nacional para la adquisición de vacunas y otros elementos del programa de inmunización; identificar los mecanismos de adquisición que se deben utilizar y garantizar exenciones fiscales para la compra e importación de materiales para la inmunización (incluidas las vacunas y los equipos para la cadena de frío).

Las disposiciones financieras también pueden eventualmente establecer cuáles serán las fuentes de financiamiento de la inmunización. Muchos países han adoptado una legislación que determina que el gobierno debe pagar por la inmunización, pero las leyes de inmunización no suelen definir el mecanismo mediante el cual se debe financiar la inmunización.

ESFUERZOS PARA APOYAR LA LEGISLACIÓN SOBRE LA INMUNIZACIÓN

El Programa de Financiamiento Sostenible de la Inmunización (SIF) del Sabin Vaccine Institute ha apoyado los esfuerzos de los promotores de la inmunización y los responsables políticos en 22 países para desarrollar o actualizar la legislación sobre la inmunización. El programa organiza reuniones nacionales y subnacionales para formuladores de políticas, parlamentarios y otros funcionarios

gubernamentales, facilita intercambios entre pares y organiza talleres para lograr una financiación sostenible de la inmunización. Hasta la fecha, el programa ha brindado orientación a tres países en la aprobación de leyes que proveen fondos públicos para la inmunización.

El Programa SIF trabajó recientemente con promotores de la inmunización para impulsar la aprobación de la Ley de Inmunización de Nepal, promulgada en 2016. La ley provee un marco fiscal para el programa de inmunización del

país, así como las disposiciones para su financiación. Hasta agosto de 2016, otros seis países del SIF habían adoptado su legislación sobre inmunización.

En 2010, el Parlamento Latinoamericano, junto con la OPS, elaboraron un modelo de ley de vacunación que podría servir de marco y guía para revisar la legislación vigente en los países latinoamericanos o como base para una nueva legislación. La ley incluye disposiciones declarativas, operativas y financieras que pueden adaptarse a las particularidades de los países.

Muchos países han adoptado una legislación que determina que el gobierno debe pagar por la inmunización, pero las leyes de inmunización no suelen definir el mecanismo mediante el cual se debe financiar la inmunización.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Committee for the Future of Vaccination in Latin America (COFVAL). Framework act on vaccination for Latin America. 2009. Archivado en: <https://perma.cc/C2NR-YBMW>

Sabin Vaccine Institute [Internet]. Legislation. Disponible en: <http://www.sabin.org/programs/sif/legislation>

Trumbo SP Janusz CB Jauregui B, McQuestion M, Felix G, Ruiz-Mata C, Andrus JK, Quadros CD. Vaccination legislation in Latin America and the Caribbean. J Public Health Policy. Enero de 2013; 34(1):82-99.

World Health Organization. Global vaccine action plan 2011-2020. Disponible en: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/

La planificación de la inmunización y el ciclo presupuestario

PUNTOS CLAVE

- * La financiación pública nacional es la fuente principal de financiación de la inmunización, y la planificación y financiación de la inmunización deben considerarse como parte del proceso presupuestario más amplio.
- * La comprensión de los ciclos y procesos presupuestarios es crucial para identificar oportunidades y mitigar los riesgos financieros de los esfuerzos de inmunización.
- * Las herramientas de planificación existentes pueden ayudar a estimar los costos, identificar las fuentes de financiamiento y las brechas en los recursos, y formular argumentos a favor de las inversiones en inmunización.
- * La planificación de la inmunización al margen del presupuesto nacional puede llevar a problemas de fragmentación y presupuestarios, y dificultar el apoyo para lograr las metas de inmunización y de construcción de procesos integrados.

LA PLANIFICACIÓN DE la inmunización y la elaboración del presupuesto deben alinearse con las normas generales de gestión de las finanzas públicas del gobierno, así como con los objetivos del sector de la salud. Esta reseña considera las diferentes fases del ciclo presupuestario, las cuestiones que pueden resultar en la desalineación de los procesos presupuestarios y las maneras de vincular la planificación de la inmunización con la salud y los procesos de planificación más amplios.

EL CICLO PRESUPUESTARIO

Cada gobierno sigue un ciclo presupuestario que incluye fases para la proyección de ingresos basados en políticas, la formulación y ejecución del presupuesto y el monitoreo. Sin embargo, en muchos países los instrumentos y procesos de planificación presupuestaria para el sector de la salud en general y los programas de inmunización en particular no están bien integrados en este ciclo. Cuando los procesos presupuestarios están desalineados y la financiación no está disponible en el momento y lugar necesarios, las consecuencias pueden ser graves y minar los esfuerzos del sector de la salud y de la inmunización, esenciales para avanzar hacia la cobertura universal de salud (véase la Reseña 2). La comprensión del ciclo presupuestario de un país es fundamental para una promoción y planificación eficaz de la inmunización, como se muestra en la figura de la siguiente página.

PROYECCIÓN DE LOS INGRESOS

El ciclo presupuestario comienza con la proyección de los ingresos. El ministerio de finanzas determina qué nivel de gasto general es factible, teniendo en cuenta los objetivos de la política existente, los ingresos esperados y el nivel de déficit nacional. Cuanto mejor sea un gobierno para proyectar ingresos a través de sus fuentes, por ejemplo, a través de diferentes fuentes de ingresos "en el presupuesto", más creíble será el presupuesto y la ejecución presupuestaria será más oportuna y completa (gasto contra las necesidades). Los países con alta financiación de los donantes pueden tener flujos "fuera del presupuesto", por ejemplo, los que van directamente de un donante a un socio ejecutor y no pasan a través de los sistemas de contabilidad del gobierno para la inmunización y otros servicios. Esto puede conducir a la fragmentación del presupuesto y a la falta de transparencia, y reducir la capacidad del gobierno para identificar dónde es que los limitados fondos públicos pueden tener un mayor impacto. Lograr una estimación completa del potencial de financiamiento externo para la inmunización dentro y fuera del presupuesto, junto con otras fuentes de ingresos del sector salud, es de vital importancia para tener un panorama fiscal claro y determinar niveles realistas del gasto en salud.

OPORTUNIDADES PARA INTEGRAR LA INMUNIZACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN DEL CICLO PRESUPUESTARIO



Adaptado de WHO-UNICEF Guidelines for cMYP for Immunization (septiembre de 2013)

ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO

Durante la fase de formulación del presupuesto, los fondos se negocian (con organismos competentes), se revisan (a través del gabinete u otro organismo), se aprueban (a través del parlamento u otro organismo) y se asignan a las instituciones (a través del ministerio de finanzas o el tesoro). En la mayoría de los países, gran parte de la labor parlamentaria se realiza a través de comités permanentes o ad hoc,

cuyos miembros y líderes reflejan la configuración política del parlamento (véase la Reseña 15). Estos comités suelen impulsar la aprobación del gasto tanto en temas generales como específicos. Así, los comités permanentes sobre finanzas y asignaciones examinan todas las solicitudes de gasto público y, por lo tanto, son un objetivo clave para abogar por fondos, por ejemplo, para la inmunización. Los comités de salud, que consideran los programas y presupuestos de inmunización, son otro objetivo, así

La planificación de la inmunización y el ciclo presupuestario

como los parlamentarios individuales que abogan por cuestiones particulares, tanto dentro como fuera de los comités.

Las negociaciones presupuestarias a menudo incluyen una fase consultiva en la que los gobiernos subnacionales proporcionan indicaciones de necesidades basadas en evidencia a través de los centros de costos y las unidades administrativas. Esta fase, conocida como "planificación ascendente", puede o no estar coordinada con el calendario del proceso más amplio de formulación y aprobación del presupuesto. De ser así, esta fase puede ser un punto de entrada importante para los promotores. De no ser así, los promotores de la inmunización podrían presionar por mejores mecanismos de rendición de cuentas o de consulta. Una vez que el presupuesto general de salud es aprobado por el ministerio de finanzas, el ministerio de salud determina las prioridades del gasto entre los programas y servicios

dentro de su asignación presupuestaria y en línea con las prioridades de política acordadas, como la inmunización.

El marco presupuestario general y la ley de presupuesto nacional determinan en parte la forma en que los ministerios asignan fondos. Si las reglas son rígidas, pueden restringir la acción del ministerio de salud en materia de agrupación y redistribución según las necesidades, así como en la compra estratégica de vacunas y servicios. Por ejemplo, el presupuesto puede tener una partida para vacunas que no refleja los niveles de necesidad reales, o el presupuesto de un programa puede incluir indicadores de resultados o resultados específicos para determinadas áreas del programa que estén desalineadas con los objetivos del programa. Si el país cuenta con un proceso de planificación multianual combinado (ascendente y descendente), como un marco de gastos de mediano plazo (MGMP),

MARCOS DE GASTOS DE MEDIANO PLAZO

En los últimos 20 años, los países han adoptado un enfoque más sofisticado para la planificación y la elaboración del presupuesto: el marco de gastos de mediano plazo (MGMP). El marco se desarrolló a principios de los años ochenta y, en 2008, había sido adoptado por más de dos tercios de los países, aunque no funcionaba perfectamente en todos los casos. Los MGMP ayudan a quienes formulan políticas a alinear las prioridades gubernamentales con lo que pueden gastar mediante la creación de planes multianuales que suelen abarcar de tres a cinco años.

Los MGMP incluyen objetivos macroeconómicos y fiscales, y proyecciones de la dotación de recursos para ayudar a establecer límites máximos de gasto para los sectores y organismos, que a su vez orientan la planificación ascendente. El nivel de detalle en un MGPM varía según el país, pero este enfoque permite la asignación transparente de los recursos públicos en función de las prioridades estratégicas, lo que genera un esquema basado en la actividad y en el resultado. Las asignaciones de gastos pueden establecerse a nivel del organismo que efectúa el gasto o ser más integrales. El MGMP de Ghana, por ejemplo, incluye la cobertura de la inmunización como un indicador de resultado.

Los MGMP también pueden combinarse con el presupuesto basado en programas, una herramienta anual de monitoreo y evaluación, y un marco presupuestario que define áreas de programas, resultados y productos, así como indicadores clave de desempeño para programas dentro o entre los ministerios competentes.

el presupuesto del ministerio de salud podría proyectarse a lo largo de varios años, lo que puede ayudar en la planificación (véase el recuadro en la página anterior). Por ejemplo, si el presupuesto del ministerio de salud aumenta con el tiempo, esto podría crear un espacio fiscal para la financiación de la inmunización con fuentes nacionales (véase la Reseña 5). Si el presupuesto se mantiene estable o disminuye, los recursos para un programa de inmunización creciente tendrán que provenir de las ganancias en eficiencia, reasignaciones dentro del presupuesto de salud o de una nueva financiación externa.

Sin este tipo de proceso integral de planificación multianual, pueden ocurrir problemas presupuestarios. Por ejemplo, puede que una

estrategia o plan nacional de salud consista solo en una lista de actividades sin información de costos que ayude a orientar su implementación. Asimismo, es posible que los planes específicos para enfermedades que no están vinculados a la estrategia nacional proliferen de forma aislada en todas las áreas técnicas (incluida la inmunización). Por su parte, puede que los planes aislados no estén ligados de manera específica a la formulación del presupuesto o al proceso de cálculo de costos, lo que impide la coordinación entre el ministerio de salud y el ministerio de finanzas. Si los datos de costos no están disponibles o si los procesos de planificación lo imponen, el presupuesto puede basarse solo en estimaciones históricas, lo que hace más difícil para los promotores de la inmunización ganar apoyo para objetivos emergentes y necesidades cambiantes. Por último, si los planes

EL PLAN INTEGRAL MULTIANUAL (cMYP)

Lanzado en 2006 por la OMS y el UNICEF, el cMYP es una herramienta específica de planificación de la inmunización que abarca la planificación de la inmunización, el cálculo de costos y la financiación. Si bien los resultados están destinados a ser utilizados en la presentación del presupuesto y en los planes nacionales de salud, los ministerios de salud suelen desarrollar estos planes al margen de la planificación general del sector de la salud.

La elaboración de un cMYP implica varias fases: desarrollar el análisis de la situación; determinar actividades, hitos y estrategias específicos; identificar los vínculos con los objetivos nacionales, regionales e internacionales; preparar cronogramas de actividades y planes de monitoreo y evaluación; estimar los costos específicos de la vacunación (como vacunas, insumos para la inyección y personal a tiempo completo), e identificar las fuentes de financiamiento. También se pueden estimar los costos compartidos.

Los cMYP efectivos dependen de la consulta y la colaboración del gobierno con la sociedad civil, los socios y el sector privado. En la práctica, los cMYP varían en calidad, pero estos planes y el proceso de elaborarlos han contribuido en gran medida a la planificación de la inmunización. Cada cMYP se debe actualizar anualmente y Gavi requiere un cMYP actualizado de los gobiernos cuando se introduce una nueva vacuna o campaña. Las solicitudes de apoyo para el fortalecimiento del sistema de salud requieren un cMYP y un plan nacional de salud, y ese apoyo debe alinearse con los ciclos de la planificación nacional y presupuestal. Cuando son precisos y actualizados, los cMYP pueden usarse para avanzar en el proceso presupuestario y promover el diálogo entre el ministerio de salud y el de finanzas.

no están vinculados al presupuesto anual, será casi imposible fomentar procesos integrados de planificación de más largo plazo, como la inclusión de la inmunización en el MGMP.

La comprensión de los costos de la vacunación en la fase de planificación y elaboración del presupuesto puede ayudar a los promotores a fundamentar la continuidad del apoyo o nuevas necesidades como parte integral de las demandas del sector de la salud e incorporar la inmunización en el MGMP, en los presupuestos de los programas y en otros procesos clave de planificación. Estos incluyen las decisiones de planificación estratégica del sector de la salud que sustentan la agrupación y la redistribución de acuerdo con las necesidades, la adquisición de vacunas y la compra estratégica para los servicios. La Organización Mundial de la Salud mantiene datos de los ciclos de planificación por países, las fechas de los años fiscales, los años que cubren los recientes planes nacionales y subsectoriales, y cuenta con un repositorio de documentos que puede contribuir a los esfuerzos de promoción de la inmunización.

Una herramienta que puede ser útil para integrar la planificación sanitaria y fiscal es el plan integral multianual (cMYP, por su sigla en inglés) (véase el recuadro en la página anterior). El sitio web de la OMS también ofrece otras herramientas para prever los requerimientos de vacunas y determinar la necesidad de insumos para la inyección, la logística y los equipos de la cadena de frío. También mantiene una base de datos de los cMYP. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ofrece una Caja de Herramientas de Inmunización con un plan de acción anual, que contiene directrices para los cMYP. También proporciona recursos sobre la previsión de vacunas, el tamaño de la cadena de suministro y las previsiones en materia de logística; una calculadora del volumen de la cadena de frío y una evaluación de la presentación de la vacuna.

EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO

En la fase de ejecución presupuestaria, los sistemas públicos de gestión financiera deben apoyar el desembolso eficiente, la recepción y el uso de fondos por centros de costos para adquirir servicios de inmunización y productos básicos (como vacunas, insumos y equipos de la cadena de frío) y el financiamiento de los costos relacionados con la prestación de servicios. Estos fondos suelen distribuirse en muchos niveles del sistema, pero deben asignarse de acuerdo con las necesidades de salud por partidas y sistemas de pago orientados a los insumos (pagos de acuerdo con los materiales necesarios para producir un resultado) o sistemas de pago orientados al resultado (pagos según lo que se produce, en lugar de lo que se utiliza) (véase la Reseña 14).

En la práctica, muchos gobiernos enfrentan problemas en la transferencia de fondos oportuna y completa, lo que dificulta la ejecución del programa. Por ejemplo, una encuesta basal sobre los obstáculos en la inmunización en la República del Congo reveló que los retrasos en los desembolsos y los déficits presupuestarios del Estado contribuyeron a la escasez de vacunas en todo el país. Los problemas de flujo de fondos pueden ocurrir en muchos puntos del sistema, dependiendo de cómo se organice el sistema y qué entidades son responsables de recibir y desembolsar los fondos en los niveles cada vez más bajos. Así, un programa puede estar suficientemente financiado a nivel nacional pero tener dificultades para conseguir fondos para los establecimientos de salud debido a sistemas deficientes, contabilidad precaria o corrupción y fugas. La política también puede afectar el flujo de fondos para la salud. Por ejemplo, si una cuenta bancaria del distrito tiene fondos destinados a las prioridades de salud y a prioridades no relacionadas con la salud, la determinación de cómo asignar los fondos entre esas dos prioridades puede ser problemática. Asimismo, la rigidez del sistema

público de gestión financiera puede obstaculizar las compras estratégicas que promueven la prestación de servicios de inmunización de calidad o la adquisición racional. Por último, los países descentralizados pueden enfrentar problemas en la gestión de los presupuestos y en la coordinación de la adquisición en los diferentes niveles (véase la Reseña 25). Para ayudar a resolver estos problemas, los formuladores de políticas en el ministerio de salud deben alinear los planes anuales de inmunización con el plan anual de salud y los planes de trabajo individuales del programa.

MONITOREO DEL PRESUPUESTO

Los formuladores de políticas y los promotores deben entender cómo se gasta el dinero para asegurar la rendición de cuentas, la eficiencia y la equidad, e informar las decisiones sobre el gasto. El ministerio de salud puede ayudar a proporcionar esta información mediante el seguimiento de los flujos de fondos y la vinculación de los fondos a los gastos en servicios o la compra de insumos (como vacunas, insumos de la cadena de frío y/u otros productos básicos). El ministerio de salud también debe utilizar medidas tales como auditorías internas para asegurar la rendición de cuentas y sustentar el próximo ciclo presupuestario (véase la figura anterior).

Los mecanismos basados en los resultados, como el MGMP y el presupuesto basado en programas, pueden crear incentivos para que el ministerio de salud rastree los resultados relacionados con la inmunización, así como los insumos adquiridos. Esta información es crucial para esclarecer las causas y efectos de la subutilización del presupuesto. Por ejemplo, la subutilización podría ser el resultado positivo de eficiencias en el sistema que hacen que los fondos existentes duren más, o podría ser resultado de una gestión financiera deficiente, de la capacidad limitada de las unidades que reciben fondos para gastarlos, de desembolsos tardíos o de la capacidad inadecuada para rastrear y contabilizar los gastos.

El monitoreo también puede problemático si la responsabilidad de implementar los programas está fragmentada o si los componentes del programa — como la inmunización y la salud materno-infantil — no están integrados. El seguimiento de los gastos de inmunización debe integrarse en las medidas de contabilidad general y de rendición de cuentas para proporcionar una visión holística de los gastos.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Allen R, Hemming R, Potter BH. International handbook on public financial management. Nueva York: Palgrave Macmillan; 2016.

World Health Organization. WHO-UNICEF guidelines for comprehensive multi-year planning for immunization: update September 2013. Ginebra: World Health Organization; 2014.

cMYP: http://www.who.int/immunization/documents/WHO_IVB_14.06/en/

Base de datos de cMYP: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/countries/en/

Planificación del PAI: <http://www.paho.org/immunization/toolkit/epi-planning.html>

MGMP: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11971>

Ciclos de planificación de la OMS a nivel de país: <http://www.nationalplanningcycles.org>

Preguntas clave para los promotores de la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Los promotores de la inmunización pueden beneficiarse si se familiarizan con ciertas preguntas pertinentes que deben plantear sobre el programa de inmunización de un país.
- * Las preguntas formuladas en esta reseña también pueden ser útiles en discusiones con el gobierno y los donantes.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS pueden ayudar a los promotores a familiarizarse respecto del programa de inmunización de un país y su plan de financiamiento, los desafíos que encara el programa y las opciones para enfrentarlos. Este cuestionario también se puede utilizar en discusiones con los gobiernos y los donantes, y para ayudarlos a rendir cuentas.

PRIORIDAD GENERAL DE LA INMUNIZACIÓN

- ¿La vacunación está claramente identificada como una prioridad en el plan nacional de salud?
- ¿Con qué objetivos de la inmunización se ha comprometido el gobierno, si los hubiere?
- ¿Se usan los indicadores de inmunización para monitorear el éxito de las estrategias y planes de salud?
- ¿La inmunización está claramente identificada como una prioridad a nivel subnacional?

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

- ¿Cuán alta es la cobertura de inmunización? Tenga en cuenta que las estimaciones de cobertura de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF respecto a la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) suelen utilizarse como una medida indirecta del rendimiento general.

- ¿Cómo se compara la cobertura con la de países equivalentes?
- ¿La cobertura es estable, está mejorando o está disminuyendo? Si la cobertura está disminuyendo, ¿cuáles son las razones?
- ¿Cuán equitativa es la cobertura de inmunización? ¿En qué medida varía según las regiones geográficas, los niveles de ingresos y los grupos étnicos dentro del país? (la cobertura de la DTP3 por distrito y por quintil de ingreso suelen usarse como indicadores).

LAS VACUNAS EN EL ESQUEMA NACIONAL

- ¿Qué vacunas están incluidas en el esquema nacional de inmunización? ¿Cómo se compara esta lista con el esquema recomendado por la OMS?
- ¿Cuáles de las nuevas vacunas, como la vacuna contra el rotavirus, el VPH y la antineumocócica, se han introducido?
- ¿Qué vacunas está planificando introducir el gobierno próximamente?
- ¿Tiene el gobierno un plan financiero para las vacunas que planea introducir?
- ¿Dispone el país de un comité nacional de prácticas de inmunización (CNPI) para asesorar sobre la introducción de vacunas?

FINANCIAMIENTO DE LAS VACUNAS

- ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento para las vacunas y la prestación de servicios? ¿Cuáles son las tendencias en la financiación?
- Si una vacuna está financiada actualmente por donantes, ¿cuán predecible es ese apoyo?
- Si el país es elegible para Gavi o está en la fase de transición de Gavi, ¿el gobierno está cumpliendo sus compromisos de cofinanciamiento anual?
- ¿Cuáles son los planes del gobierno para cubrir esos costos cuando concluya el apoyo de los donantes?
- ¿Existen otras fuentes de financiamiento sostenible para la inmunización?
- ¿Tiene el gobierno un plan claro para financiar la inmunización en los próximos cinco años?
- ¿Cuenta el presupuesto nacional con una partida para vacunas e insumos? ¿Qué se financia con el presupuesto nacional y cuál es el financiamiento de los donantes?
- ¿Se han liberado los fondos presupuestados para la adquisición de vacunas de manera oportuna? ¿El desembolso tardío impide la adquisición? De ser así, ¿qué opciones podrían estar disponibles para solucionar este problema?
- ¿Disponen los establecimientos de salud de fondos suficientes para los servicios de inmunización, entre ellos, el personal, el transporte y la divulgación? Si hay problemas, ¿son peores en ciertas áreas? ¿Qué se podría hacer para subsanar las deficiencias en la financiación?
- ¿Qué factores no financieros están afectando el desempeño del programa y cómo se podrían abordar?
- ¿Se han planificado o están en marcha iniciativas de reforma de la salud que puedan afectar al programa de inmunización? ¿Se ha pensado en las responsabilidades de las diversas funciones

de la inmunización en el sistema reformado?
¿Se ha garantizado suficiente financiación para la adquisición de vacunas y la prestación del servicio?

ADQUISICIÓN DE VACUNAS

- ¿Cuán confiables son los insumos para vacunas? ¿Ha habido algún desabastecimiento a nivel nacional o subnacional en los últimos dos años?
- ¿Cómo se obtienen las vacunas? ¿Todas las vacunas adquiridas están precalificadas por la OMS?
- Si el gobierno está adquiriendo vacunas, ¿está obteniendo buenos precios (por ejemplo, comparados con los precios obtenidos por la División de Suministros del UNICEF)?
- ¿Se distribuyen las vacunas a los establecimientos de salud con los insumos para la inyección apropiados?

LECTURAS ADICIONALES

Indicadores de financiamiento de la inmunización reportados por país: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/data_indicators/en/

Apoyo al país por parte de Gavi: <http://www.gavi.org/country/>

Promoción de la inmunización: <http://advocacy.vaccineswork.org/> y World Health Organization. Immunization advocacy library. WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/immunization-advocacy-library>

Esquemas de inmunización por país: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules

Precios de vacunas pagadas por el UNICEF: http://www.unicef.org/supply/index_57476.html

Base de datos de precios de vacunas de la OMS: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform/module1/en/

Estimaciones de la cobertura de inmunización de la OMS/ UNICEF: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index4.html

Esquemas de inmunización recomendados por la OMS: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

PARTE V

ESTUDIOS DE CASO DE PAÍSES

Armenia: Firme apoyo gubernamental para la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * El eficiente programa de inmunización de Armenia se ha beneficiado de la estrecha colaboración con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas y el Comité Permanente de Atención de la Salud, Maternidad y Niñez, del Parlamento.
- * El país ha cumplido con todos los requerimientos de cofinanciamiento de Gavi y está en vías de financiar de manera íntegra su programa de inmunización a partir de 2018.
- * El Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud tienen un acuerdo para que los fondos de las vacunas e insumos para la inyección sean aprobados en su totalidad en abril de cada año a fin de facilitar la adquisición a través de la División de Suministros del UNICEF.
- * Los dos ministerios han acordado dar prioridad al programa de inmunización y procurar que se mantenga la partida presupuestaria destinada a las vacunas y los insumos para la inyección, incluso si hay que recortar en otras áreas.

ARMENIA TIENE UNA alta cobertura de vacunación, como lo indica su cobertura del 94% de la vacuna contra la difteria-tétanos-tos ferina (DTP3) en 2015, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF. Desde 2001, el país ha utilizado el apoyo externo para promover la introducción de nuevas vacunas y, hasta 2016, tenía la lista completa de las vacunas infantiles recomendadas por la OMS, excepto la del virus del papiloma humano (VPH), que estaba en fase de estudio. Armenia se está acercando a las etapas finales de la transición respecto del apoyo de Gavi y ya ha concluido la ayuda de otros donantes. Ha cumplido con la totalidad de los requisitos de cofinanciación de Gavi.

El programa de inmunización de Armenia ha contado con el fuerte compromiso político del Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas y el Parlamento. El Ministerio de Salud comparte datos sobre el desempeño, estrategias y políticas de inmunización con el Ministerio de Finanzas. Durante el ciclo presupuestario, el personal del programa de inmunización de Armenia trabaja en estrecha colaboración con el personal de presupuesto y finanzas del Ministerio de Salud para preparar el

presupuesto. El programa de inmunización tiene un defensor clave en el Parlamento, el presidente del Comité Permanente de Atención de la Salud, Maternidad y Niñez.

LOS PROCESOS PRESUPUESTARIOS Y EL FINANCIAMIENTO DE LAS VACUNAS

Los procesos presupuestarios en Armenia delimitan claramente los presupuestos para las vacunas, los insumos para la inyección y el apoyo de los donantes. La partida presupuestaria denominada "Programa Nacional de Inmunización" se destina específicamente a las vacunas e insumos para la inyección. El financiamiento para otras actividades de inmunización está integrado en el sistema de salud. Todo el apoyo externo a la inmunización se contabiliza en el presupuesto. Por ejemplo, el valor de las vacunas respaldadas por Gavi se estima en moneda local y aparece en el presupuesto. En el pasado, el apoyo financiero de Gavi (subvenciones para la introducción de vacunas y el fortalecimiento del sistema de salud) aparecía en la cuenta extrapresupuestaria del presupuesto.

El Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Salud tienen un acuerdo que estipula que los fondos del Programa Nacional de Inmunización sean aprobados en su totalidad por el Ministerio de Finanzas a más tardar en abril de cada año a fin de que puedan ser transferidos al UNICEF para la adquisición oportuna de vacunas. Los ministerios también han acordado que esa partida presupuestaria es un "programa prioritario" y debe ser protegida incluso si otras áreas enfrentan recortes presupuestarios.

EL ROL DEL APOYO EXTERNO

Para reforzar y ampliar su programa de inmunización, Armenia se ha beneficiado del apoyo externo, principalmente de la Alianza Gavi, el Fondo de Vacunas para Niños Armenios del Milenio (MACVF, por su sigla en inglés), la Fundación Rostropovich Vishnevskaya, el UNICEF y la OMS. Tanto el MACVF como la Fundación Rostropovich Vishnevskaya son organizaciones establecidas en los Estados Unidos. La sostenibilidad a largo plazo ha sido un factor considerado en la planificación del uso y término de la asistencia externa.

Entre 2002 y 2009, la Fundación Rostropovich Vishnevskaya, el MACVF y el UNICEF contribuyeron con fondos para inmunizar a los niños contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola. Estas organizaciones financiaron las dosis requeridas y el Ministerio de Salud cubrió los costos no vacunales de la prestación del servicio de vacunación. En 2010, el gobierno asumió la totalidad del financiamiento de las vacunas. La Fundación Rostropovich Vishnevskaya, el UNICEF, la OMS, Fighting Infectious Diseases in Emerging Countries (FIDEC) y el MACVF proporcionaron fondos para una campaña en 2007 destinada a vacunar a personas de 6 a 27 años contra el sarampión y la rubéola.

El gobierno introdujo las vacunas contra la hepatitis B, el rotavirus, el neumococo y la vacuna antipoliomielítica inactivada con el apoyo de Gavi. (La vacuna contra la hepatitis B fue sustituida luego por la pentavalente, mientras que se mantuvo la dosis de la hepatitis B al nacimiento). También recibió apoyo financiero de Gavi para el fortalecimiento del sistema de salud y la seguridad de la inyección. Armenia ha cumplido con sus obligaciones anuales de cofinanciación con Gavi mediante la adquisición de algunas de las dosis (a través del UNICEF), en tanto que Gavi financió la parte restante. El MACVF proporcionó parte de la financiación para los requisitos de cofinanciación de la vacuna pentavalente y contra el rotavirus (alrededor de US\$15,000 al año), mientras que el gobierno proporcionó el resto. Este acuerdo finalizó en 2015.

El programa de inmunización adquiere todas las vacunas mediante la División de Suministros del UNICEF, con la excepción de la vacuna contra la tularemia. El Comité Nacional de Prácticas de Inmunización (CNPI) de Armenia está revisando actualmente la efectividad de esta vacuna.

DESAFÍOS FUTUROS

Uno de los desafíos persistentes es la falta de confianza en las vacunas entre algunos segmentos de la población. El Ministerio de Salud monitorea sitios web populares entre los padres y responde rápidamente sus interrogantes y preocupaciones sobre la efectividad y la seguridad de la vacuna.

Azerbaiyán: Grandes ahorros por un cambio en las adquisiciones

PUNTOS CLAVE

- * Tras un análisis minucioso y exhaustivo, el gobierno de Azerbaiyán pasó de la adquisición directa de vacunas a delegar la compra a la División de Suministros del UNICEF en 2014.
- * El gasto del país en vacunas disminuyó de US\$3.3 millones en 2013 a US\$1.3 millones en 2014. El dinero ahorrado se destinó a la modernización de los equipos para la cadena de frío, la inmunización de los trabajadores de salud contra la hepatitis B y la inmunización de los adolescentes contra el sarampión y la rubéola, en 2014.
- * Las adquisiciones de la División de Suministros del UNICEF han asegurado la calidad de la vacuna y un suministro constante.
- * Uno de los desafíos del período de transición fue la conciliación del pago anticipado de las vacunas con las regulaciones nacionales para las adquisiciones. Esto se logró asegurando que el pago y la recepción de vacunas se hicieran durante el mismo año fiscal.

AZERBAIYÁN TIENE UN eficiente programa de inmunización; la cobertura de la vacunación contra la difteria-tétanos-tos ferina (DTP3) alcanzó el 96% en 2015, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF. En 2016, el país estaba en la fase de transición respecto del apoyo de Gavi. Como parte de este proceso, ha aumentado su cofinanciamiento de las vacunas apoyadas por Gavi.

En el pasado, el gobierno había adquirido casi todas las vacunas de forma directa. Tras examinar minuciosamente este enfoque y compararlo con las adquisiciones a través de la División de Suministros del UNICEF, optó por conseguir todas las vacunas a través de este organismo de las Naciones Unidas en 2014. En esta reseña se revisan los factores que explican el cambio y su impacto en el gasto, el suministro y la calidad de las vacunas. También se analiza cómo el gobierno concilió los requisitos de la División de Suministros del UNICEF para el pago anticipado de las vacunas con las regulaciones de las adquisiciones públicas (véanse las Reseñas 11 y 12).

PROBLEMAS EN LAS ADQUISICIONES ANTES DE 2014

La responsabilidad de la adquisición de vacunas en Azerbaiyán recae en el Centro de Innovación y Abastecimiento del Ministerio de Salud. Hasta 2013,

las adquisiciones se realizaban directamente, pero el Ministerio de Salud tenía reparos respecto de los precios, la calidad y el cumplimiento de los requisitos de la cadena de frío durante la entrega a Azerbaiyán.

Los funcionarios de salud también consideraron los requisitos para el registro local de productos y el tamaño relativamente pequeño del mercado de Azerbaiyán como obstáculos para que más fabricantes de vacunas se interesaran en suministrar productos a Azerbaiyán. Ello motivó al gobierno a estudiar la opción de la División de Suministros del UNICEF para la adquisición de vacunas, ya que había iniciado el proceso de transición respecto del apoyo de Gavi.

DESAFÍOS DERIVADOS DEL CAMBIO A LA DIVISIÓN DE SUMINISTROS DEL UNICEF

Al considerar este cambio, el gobierno necesitaba determinar si podía armonizar sus propias normativas sobre adquisiciones con las reglas y procesos técnicos del UNICEF que regulan el pago y la entrega de vacunas. El UNICEF exige el pago por adelantado antes de la entrega de las vacunas a los países. El Ministerio de Salud determinó que los requisitos del UNICEF eran consistentes con las regulaciones gubernamentales, siempre y cuando el pago

anticipado y la entrega de las vacunas a Azerbaiyán se materializaran dentro del mismo año fiscal. A fin de lograrlo, y también para garantizar el suministro constante de vacunas, el Ministerio de Salud y el UNICEF acordaron trabajar conjuntamente para prever al final de cada año las necesidades de vacunas para el año siguiente. Una vez que el Ministerio de Hacienda de Azerbaiyán aprueba el presupuesto al año siguiente, el gobierno paga al UNICEF y las vacunas se entregan durante el mismo año.

BENEFICIOS DERIVADOS DEL CAMBIO A LA DIVISIÓN DE SUMINISTROS DEL UNICEF

Desde 2014, todas las vacunas del programa nacional de Azerbaiyán son adquiridas por el Ministerio de Salud a través de la División de Suministros del UNICEF. Los funcionarios gubernamentales han reportado diversas ventajas hasta la fecha:

- **Mejores precios.** El precio por dosis es muy inferior al de la adquisición directa.
- **Calidad garantizada.** Todas las vacunas adquiridas por el UNICEF están precalificadas por la OMS, lo que garantiza su calidad. En el pasado, no todas las vacunas adquiridas estaban precalificadas por la OMS.
- **Suministro constante.** Los funcionarios de salud no han reportado interrupciones en el suministro ni desabastecimientos desde que se produjo el cambio.
- **Transparencia.** La División de Suministros del UNICEF es considerada por el gobierno como una organización respetable, con procedimientos claros.

- **Cumplimiento de la cadena de frío.** El gobierno confía en los requisitos del UNICEF para el cumplimiento de la cadena de frío durante la entrega de las vacunas
- **Flexibilidad.** El UNICEF requiere el pago de un fondo de contingencia del 10% para las fluctuaciones del mercado y del tipo de cambio. Si estos fondos no se usan, pueden ser reprogramados o devueltos al país. El gobierno de Azerbaiyán solicitó que esos fondos se reprogramaran para otras necesidades nacionales, como la compra de vitamina A y dosis adicionales de la vacuna antineumocócica.

AHORROS EN LOS COSTOS

Los ahorros del cambio en las adquisiciones fueron inmediatos y evidentes. En 2013, el último año antes del cambio, el país gastó US\$3.3 millones en vacunas. En 2014, desembolsó alrededor de US\$1.3 millones. El ahorro de US\$2 millones se reinvertió en el programa de inmunización y se utilizó para comprar vacunas a fin de vacunar a los trabajadores de salud contra la hepatitis B, inmunizar a los adolescentes con la vacuna contra el sarampión y la rubéola, y mejorar los equipos de la cadena de frío.

Teniendo en cuenta todos los resultados positivos obtenidos hasta la fecha, los funcionarios gubernamentales han llegado a la conclusión de que la División de Suministros del UNICEF es la mejor opción para las adquisiciones del programa de inmunización de Azerbaiyán, por lo menos en el mediano plazo.

Bután: Un fondo fiduciario nacional para la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * El Fondo Fiduciario para la Salud de Bután (BHTF, por su sigla en inglés) es una herramienta financiera flexible establecida por el gobierno para proteger los ingresos destinados a prioridades de salud específicas. El BHTF es el mayor fondo fiduciario nacional de financiación de la inmunización en el mundo.
- * El BHTF se compromete a financiar de manera íntegra todas las vacunas una vez que concluya el apoyo de los donantes.
- * Entre los factores que contribuyen al éxito del fondo fiduciario cabe mencionar una pequeña población, defensores políticos, el respaldo de una monarquía, una financiación flexible para satisfacer las prioridades emergentes y sólidas estructuras de gobernabilidad y rendición de cuentas adaptables a las necesidades cambiantes.
- * La experiencia del BHTF puede proporcionar lecciones para otros países con realidades similares.

UN FONDO FIDUCIARIO es un mecanismo que los gobiernos pueden usar a fin de delimitar o proteger la financiación para fines específicos. Los fondos fiduciarios pueden recibir fondos de múltiples fuentes de ingresos y establecerse legalmente con políticas y regulaciones tributarias que varían según los países; una junta directiva puede supervisar la estrategia, el plan de negocios, la administración y las operaciones. Los fondos fiduciarios también pueden tener gestores de activos que buscan asegurar la tasa de retorno adecuada, el nivel de riesgo y la tasa de agotamiento del capital. Las fuentes de ingresos pueden incluir impuestos internos, fondos de donantes y contribuciones privadas (véase la Reseña 7).

El Gobierno de Bután tiene el fondo fiduciario nacional de mayor duración del mundo dedicado a la salud y la inmunización. En el año 2000, el gobierno estableció el Fondo Fiduciario de Salud de Bután (BHTF) para "ayudar a lograr una autosuficiencia sostenida en el sector de la atención de salud primaria al eliminar las incertidumbres financieras a través de los ingresos generados por las inversiones de capital". El fondo desempeña un rol fundamental y creciente en el financiamiento de medicamentos básicos, vacunas, jeringas y agujas, y equipos de la cadena de frío para la población del país, que llegó a 775,000 habitantes en 2015. Esta reseña explora la forma en que Bután ha usado este innovador

modelo de financiamiento de la inmunización que brinda a otros países lecciones relevantes en materia de gobernabilidad, equilibrio en los gastos y participación de los defensores políticos.

ESTABLECIMIENTO DEL FONDO

El concepto del BHTF se discutió por primera vez en 1997 como un medio de asegurar el financiamiento sostenible de elementos clave de la atención de salud primaria en Bután, país que ha tenido éxito con fondos fiduciarios

en otros sectores y considera que el BHTF es un mecanismo clave para asegurar el derecho constitucional de acceso a los servicios básicos de salud sin costo para toda la población. Los

defensores políticos del más alto nivel del gobierno desempeñaron un rol fundamental en la puesta en marcha, difusión y capitalización del fondo. En el año 2000, el cuarto rey de Bután, su majestad Druk Gyalpo, promulgó una cédula real que establece legalmente el fondo. Para difundir dicho fondo y promover las donaciones públicas, el entonces primer ministro de Bután,

Los fondos fiduciarios pueden recibir fondos de múltiples fuentes de ingresos y establecerse legalmente con políticas y regulaciones tributarias que varían según los países.



*La caminata Muévete por la Salud de 2015.
En la imagen se observa al primer ministro Tshering
Tobgay, su esposa y al ministro de salud.*

Sangay Ngedup, se unió a la caminata "Muévete por la Salud", que cubrió 560 kilómetros desde la frontera oriental del país hasta la capital. Este es un evento anual de recaudación de ingresos para el fondo que se lleva a cabo desde 2013 (véase la fotografía adjunta).

En su primer año, la caminata Muévete por la Salud recaudó alrededor de US\$1.6 millones. En 2015, reunió alrededor de US\$300,000 solo de donantes individuales voluntarios. Si bien esta cantidad se traduce en solo US\$0.38 per cápita, equivale a más de tres veces el gasto en vacunas que efectuó el país en 2015. Desde el año 2000, el gobierno aporta al BHTF el mismo monto que se haya recaudado. La caminata también genera solidaridad pública y es un medio por el cual el gobierno difunde mensajes de salud clave. Cada distrito coordina y promueve su propia caminata anual.

La meta de capitalización inicial de US\$24 millones se alcanzó en 2010, pero el aumento del gasto en algunos de los componentes básicos de la atención de salud primaria hizo que el BHTF incrementara la meta de capitalización a US\$45 millones para garantizar

la sostenibilidad del fondo en el largo plazo. En su discurso de la caminata anual Muévete por la Salud de 2016, el primer ministro se comprometió a aumentar el capital adicional durante los próximos dos años.

CÓMO SE GESTIONA EL FONDO

La cédula real del año 2000 define la gobernabilidad y las normativas del BHTF, entre ellas, los límites de agotamiento del capital. Hoy, el fondo está administrado por una junta integrada por representantes de los ministerios de salud y finanzas, la Comisión de Felicidad Nacional Bruta y el sector privado. La junta tiene plena responsabilidad sobre la gestión del BHTF y cuenta con el apoyo de un comité asesor. El BHTF se desvinculó del Ministerio de Salud a partir de julio de 2016 y funciona como un organismo gubernamental autónomo. El personal del BHTF está compuesto por ocho personas y opera según la estructura organizacional aprobada.

Se espera que el fondo sea totalmente autónomo una vez que se alcance la meta revisada de capitalización de US\$45 millones. La nueva estructura de gestión permitirá al BHTF reclutar más personal, entre ellas personas dedicadas a las funciones de marketing y gestión de inversiones, aunque los costos operacionales, actualmente cubiertos por el gobierno, tendrán que provenir del retorno de las inversiones del BHTF.

ROL DEL FONDO EN EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Bután tiene una población pequeña y una cohorte de nacimientos cada vez menor, alrededor de 13,500 en 2015, según las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas. Asimismo, el nivel de reemplazo de la tasa de fertilidad es ligeramente inferior. Por lo tanto, sus necesidades de vacunas son

Bután: Un fondo fiduciario nacional para la inmunización

menores que las de los países de ingresos bajos y medios con mayor población, muchos de los cuales tienen también cohortes de nacimiento en rápido crecimiento. Estos son factores clave al considerar el tamaño del fondo y los gastos necesarios para la inmunización.

Con respecto a los gastos en vacunas, en un inicio el BHTF cubrió solo el requisito de cofinanciación de Gavi para la vacuna pentavalente. Hoy, cubre el costo total de esta vacuna porque Bután se ha desacoplado del apoyo de Gavi. Otras vacunas no son financiadas por el BHTF porque aún se dispone de asistencia de los donantes. Por ejemplo, la Fundación Australiana para el Cáncer Cervical ha prorrogado el financiamiento de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en Bután hasta 2020, mientras que el Comité Japonés de Vacunas para los Niños del Mundo cubre el costo de las vacunas tradicionales. Las vacunas son adquiridas a través de la División de Suministros del UNICEF. El gobierno se ha comprometido a financiar la totalidad de las vacunas de su programa nacional, así como los gastos de insumos para la inyección y los equipos para la cadena de frío una vez que concluya el apoyo de los donantes al BHTF.

A partir del año fiscal 2014-2015, el BHTF también comenzó a financiar el costo de medicamentos básicos. Como resultado, las vacunas constituyen ahora una pequeña proporción de su gasto. En 2015, el fondo gastó US\$87,000 en vacunas y US\$2.5 millones en medicamentos básicos; las proyecciones para el gasto de 2016 son US\$89,000 en vacunas y US\$3.37 millones en medicamentos básicos. Para 2016, esto sitúa el gasto total en vacunas y medicamentos básicos en US\$4 per cápita. En julio de 2016, el director del BHTF y el ministro de salud (que preside el BHTF) firmaron un acuerdo de desempeño anual para el periodo 2016-2017 y se comprometieron a financiar la totalidad de los medicamentos básicos y la vacuna pentavalente para el país.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y ESTRATEGIA DE INVERSIONES

En 2015, el capital y las reservas totales del BHTF ascendían a US\$20.9 millones —entre ellos, US\$1.5 millones de ingresos por intereses— de los cuales el 6% se gastó en vacunas. El enfoque de inversión del fondo en el largo plazo ha sido invertir una gran proporción de activos en depósitos a corto plazo, depósitos a plazo fijo, cuentas de ahorro y bonos, entre otros. En 2013, el desglose de la cartera incluyó 75% de inversión en depósitos a plazo fijo y 19% en un mecanismo de préstamo estatal. Ese mismo año, el fondo tuvo más de US\$1 millón de ingresos por intereses generados a través de estos mecanismos, pero utilizó un modesto 5% en vacunas. Un equipo revisor de 2013 estimó que los ingresos por intereses parecían haber sido subutilizados.

En octubre de 2015, el Ministerio de Finanzas comenzó a aportar US\$2.1 millones anuales al BHTF para que la expansión incluya los medicamentos básicos que serán administrados de acuerdo con la estrategia de inversión del fondo. Esta nueva fuente



Puesta en marcha de la financiación ampliada del BHTF para medicamentos y vacunas en 2015.

de ingresos, denominada "contribución para la salud", se recauda a través de una deducción salarial del 1% de los empleados del sector privado y de los funcionarios públicos; también se están explorando contribuciones del sector privado informal. Si esta contribución prosigue según lo previsto podría cambiar de manera significativa el alcance de lo que puede ser financiado por el BHTF y modificar la composición de los fondos del BHTF.

EL BHTF COMO MODELO

La solidez del BHTF le permite seguir financiando los medicamentos básicos e ir más allá de financiar solo los costos de la vacuna pentavalente una vez que concluya el apoyo de los donantes. Al igual que otros países que están analizando si deben establecer sus propios fondos fiduciarios, Bután deberá considerar algunos rasgos y diferencias fundamentales en las características del país.

Bután es una monarquía estable y tiene un sólido compromiso con la salud y el bienestar de su población. Los defensores políticos de Bután fueron clave para establecer el fondo y mantener el apoyo a través de actividades nacionales como la caminata anual de salud. Por su parte, Bután ha introducido pocas vacunas nuevas y tiene una población pequeña, lo que ayuda a mantener bajos los costos generales.

El país también tiene otros fondos fiduciarios exitosos que siguen reglas claras y brindan un modelo para el BHTF. La gobernabilidad robusta y transparente será una prioridad permanente a medida que el fondo se convierta en una entidad autónoma. La replicación del éxito del BHTF en otros países sin esta confluencia de factores podría ser problemática, pero la experiencia del BHTF indica que este modelo de financiación podría ser viable para países pequeños si se cuenta con un mismo grado de voluntad política y con el apoyo de la comunidad internacional de donantes.

LECTURAS ADICIONALES

Bhutan Health Trust Fund [Internet]. Archivado en: <https://perma.cc/W5YV-QQVW>

Costa Rica: Contribuciones de la lotería para la inmunización en un sistema de financiamiento mixto

PUNTOS CLAVE

- * La principal fuente de financiamiento del programa de inmunización de Costa Rica es el programa nacional de seguro de salud, conocido como la Caja, que presta servicios de salud a cerca del 90% de la población.
- * El financiamiento para vacunas proviene de tres fuentes: la Caja, el Ministerio de Salud y la lotería nacional. La Caja cubre todos los costos de la prestación de servicios de vacunación.
- * La lotería nacional es una fuente de financiación innovadora, pero representa solo el 1% del costo anual de las vacunas.
- * La introducción de nuevas vacunas es un desafío para Costa Rica debido a las presiones financieras que encaran tanto la Caja como el Ministerio de Salud. Un problema adicional es la falta de claridad respecto de las funciones de ambas instituciones en el financiamiento de las vacunas.

LOS SERVICIOS DE inmunización en Costa Rica se brindan a través del Programa Nacional de Seguro de Salud, la Caja Costarricense de Seguridad Social, también conocida como la Caja. Esta se estableció en 1943 con cobertura inicial para los trabajadores asalariados, la que se amplió gradualmente y ahora abarca a cerca del 90% de la población. En la década de 1990, la Caja asumió la provisión de los servicios de salud del Ministerio de Salud y desde entonces le ha correspondido al ministerio el establecimiento de normas y regulaciones, la orientación estratégica y la coordinación de los esfuerzos de salud entre los ministerios.

Esta reseña describe cómo se financia el programa de inmunización en Costa Rica y algunos de sus logros y desafíos. Una característica original del programa es que algunos fondos para las vacunas son generados por la lotería nacional. Dado el interés global en mecanismos de financiamiento innovadores, la reseña describe esta fuente de financiamiento con detalle.

LEY NACIONAL DE INMUNIZACIÓN DE 2001

La Ley Nacional de Inmunización de 2001 de Costa Rica garantiza el libre acceso a la vacunación para toda la población. Asimismo, crea la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, encargada de establecer y actualizar de forma periódica el programa nacional de inmunización. Entre otras

funciones es también responsable de formular políticas y estrategias generales para la inmunización, aprobar normas, manuales y materiales educativos relacionados con la inmunización, supervisar la calidad de las vacunas, administrar el fondo nacional de vacunas, coordinar campañas de vacunación y supervisar la vigilancia. Está presidida por el ministro de salud o un representante suyo.

La ley de 2001 también establece el Fondo Nacional de Vacunas y estipula que la financiación para apoyar el programa de inmunización debe provenir del Ministerio de Salud y de la Caja. Exige que ambas instituciones aseguren montos suficientes en sus presupuestos para comprar vacunas y cubrir otros costos del programa. También determina que una parte de los fondos recaudados de la lotería nacional ingrese al Fondo Nacional de Vacunas, después de deducir los costos administrativos y operativos (y el pago de la lotería). Por último, establece que las vacunas y materiales relacionados no sean gravados.

CÓMO HA EVOLUCIONADO EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

La Caja financia todos los gastos de la prestación de servicios de vacunación. El financiamiento de las vacunas es compartido por la Caja, el Ministerio de Salud y los ingresos de la lotería nacional. La Caja es el mayor contribuyente a las compras de vacunas,



Un boleto de la lotería de Costa Rica. (Tico Times, 2013)

lo que representa entre el 70 y 85% del total en los últimos cinco años. El Ministerio de Salud es el segundo mayor contribuyente, con 15 a 30%, y los fondos nacionales de lotería representan menos del 1%.

Aunque la ley de 2001 estableció el Fondo Nacional de Vacunas y planteó una financiación conjunta, en la práctica, el fondo para vacunas de la Caja se mantiene separado del Fondo Nacional de Vacunas. Los fondos del Ministerio de Salud y de la lotería se agrupan y son utilizados por el ministerio para comprar vacunas a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (véase la Reseña 12). La Caja adquiere también vacunas a través del Fondo Rotatorio. Los fondos de la lotería, que se juega en noviembre o diciembre de cada año, se destinan para las compras de vacunas en marzo o abril del año siguiente.

Originalmente, el presupuesto de la Caja contaba con partidas separadas para productos farmacéuticos y para vacunas. Alrededor de 2013, las vacunas fueron incorporadas en la partida presupuestaria para productos farmacéuticos. En un comienzo, existía cierta preocupación de que esto pusiera en riesgo la financiación de vacunas, pero los representantes gubernamentales indican que no ha sido un problema hasta el momento. De hecho, cuando surgió la necesidad de compras imprevistas de la vacuna contra la influenza en 2015, la partida presupuestaria compartida ofrecía más flexibilidad y el aumento

de la demanda de la vacuna contra la influenza se satisfizo sin problemas. Las cajas de seguridad y los insumos para la inyección se financian con las partidas presupuestarias para la prestación de servicios que cubren la compra de insumos para la inyección y el manejo de desechos con riesgo biológico para todo tipo de servicios de salud.

La ley de 2001 también especifica que el 2% de los excedentes de la Caja se asignen al Fondo Nacional de Vacunas. La Caja no ha tenido ningún superávit hasta la fecha y ha enfrentado muchas presiones financieras.

LA LOTERÍA NACIONAL

Costa Rica estableció la lotería nacional en 1885 con el objetivo de recaudar fondos para el hospital público San Juan de Dios. El país cuenta ahora con seis juegos diferentes de lotería, administrados por la Junta de Protección Social. La tradición de utilizar los fondos de la lotería para fines de bienestar social persiste y las demandas sobre estos recursos son numerosas. Los fondos recaudados por la lotería se usan para hospitales, casas de retiro, programas de VIH/SIDA, la Cruz Roja, prevención del cáncer, programas contra el abuso de sustancias, entre otros. Como lo estipula la Ley Nacional de Inmunización, una lotería por año, que se juega en noviembre o diciembre, se dedica a la inmunización. El Ministerio de Salud ha hecho esfuerzos para promover la lotería para la inmunización y ha recaudado alrededor de US\$100,000 a US\$200,000 cada año. Esta fuente de financiación innovadora incide de manera marginal en la financiación total de vacunas (menos del 1%) y las perspectivas de ampliar la financiación de esta fuente, dadas las demandas competitivas sobre los ingresos de la lotería, son escasas.

DESAFÍOS ACTUALES

La introducción de nuevas vacunas constituye un problema para Costa Rica debido a las presiones financieras que encaran tanto la Caja como el Ministerio de Salud. Un problema adicional es la falta de claridad sobre las respectivas funciones de ambas instituciones en el financiamiento de las vacunas.

Ghana: Financiamiento mixto para la inmunización y traspaso de responsabilidades

PUNTOS CLAVE

- * Los sistemas mixtos de financiación de la salud y de prestación de servicios pueden brindar oportunidades para financiar la inmunización de forma sostenible, pero las responsabilidades de financiación deben estar claramente delineadas.
- * El creciente papel del Plan Nacional de Seguro de Salud (NHIS, por su sigla en inglés) en el financiamiento global de la salud de Ghana ha creado una potencial fuente adicional de financiamiento sostenible para la inmunización.
- * Sin embargo, no se ha explicitado el traspaso de responsabilidad de la financiación de la inmunización del Ministerio de Salud al NHIS, por lo que los recortes al presupuesto del ministerio podrían menoscabar los esfuerzos de inmunización y afectar su cobertura.

GHANA OFRECE UN ejemplo de las oportunidades y desafíos potenciales que se le presentan a la inmunización a medida que los sistemas de financiamiento de la salud y de prestación de servicios se vuelven más complejos. Ghana cuenta con un sistema mixto de financiación y prestación de servicios que combina una red pública de prestación de servicios financiada a través del Ministerio de Salud, muchos proveedores privados sin fines de lucro y con fines lucrativos y el Plan Nacional de Seguro de Salud (NHIS), que contrata a proveedores públicos y privados.

Dentro de este sistema mixto, los componentes del programa de inmunización (vacunas e insumos para la inyección, cadena de suministro de vacunas y logística, y prestación de servicios) son financiados, en gran parte, a través del presupuesto del Ministerio de Salud y entregados a los establecimientos públicos del nivel distrital y subdistrital. Los servicios de inmunización no están incluidos en el paquete de beneficios del NHIS. Sin embargo, como el presupuesto del ministerio para bienes y servicios se ha reducido debido a las restricciones macroeconómicas y fiscales, la participación de la financiación a través del NHIS ha aumentado; hoy, una parte creciente de la prestación de servicios de inmunización está implícitamente cubierta por los pagos del NHIS a los proveedores. Esto abre oportunidades para una mayor diversificación y estabilidad del financiamiento para la inmunización,

pero también crea el riesgo de que los servicios de vacunación se vayan eliminando a medida que la financiación del NHIS reemplaza el presupuesto del ministerio y que los servicios curativos se vuelvan más lucrativos para los proveedores públicos y privados.

EL PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN DE GHANA

Ghana ha sido líder en la adopción de nuevas vacunas e introdujo recientemente varias vacunas nuevas y subutilizadas con el apoyo de la Alianza Gavi. El programa tiene el mandato legal ante el sistema de salud pública de entregar las vacunas sin costo alguno.

Hasta un periodo reciente, Ghana tenía la mayor cobertura de vacunación en la región de África Occidental, con una cobertura de la vacuna contra la difteria-tétanos-tosferina (DTP3) del

98% en 2014, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF. En 2015, esta cifra cayó al 88%. La disminución se produjo en forma

Ghana ha sido líder en la adopción de nuevas vacunas e introdujo recientemente varias vacunas nuevas y subutilizadas con el apoyo de la Alianza Gavi.

simultánea a la reducción del presupuesto general del Ministerio de Salud, que sufrió una drástica reducción en términos reales en el presupuesto no salarial entre 2015 y 2016. Ghana se desacoplará por completo del apoyo de Gavi en 2022 y será responsable de aumentar la participación anual en la cofinanciación de las vacunas a partir de ese año. La combinación de recortes presupuestarios generales y de crecientes obligaciones financieras genera una enorme vulnerabilidad para el gobierno en cuanto a la financiación sostenible de las vacunas.

Ghana incumplió sus obligaciones de cofinanciación con Gavi en 2014 y 2015. Tras una intervención del más alto nivel del Ministerio de Salud y los socios del desarrollo, el Ministerio de Finanzas finalmente realizó el pago, pero la obligación de cofinanciación de Ghana superó con creces el presupuesto general no salarial del Ministerio de Salud (véase la Reseña 9 para una explicación de las obligaciones de cofinanciación). Esta obligación de cofinanciación seguirá creciendo.

Asimismo, para el mantenimiento de la cadena de frío de la vacuna, el país depende casi en su totalidad del apoyo brindado por Gavi para fortalecer el sistema de salud y no hay suficiente financiación en el presupuesto operativo para asegurar el mantenimiento preventivo de los equipos de la cadena de frío en los niveles regional y distrital. Los problemas relacionados con la financiación de la inmunización se están produciendo en un contexto en el que el NHIS tiene un creciente papel en el financiamiento de los servicios de salud en el país, lo que crea oportunidades y desafíos para establecer una base de financiamiento estable y mantener una alta prioridad para los suministros y servicios de inmunización.

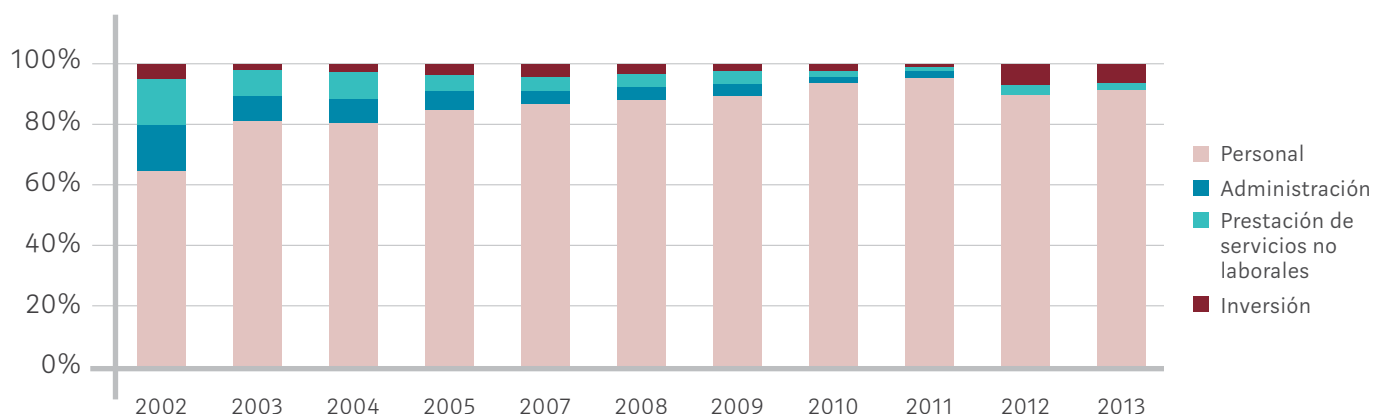
EL NHIS Y EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

El NHIS de Ghana fue establecido por la Ley del Seguro Nacional de Salud (Ley 650) de 2003. El impuesto al valor agregado en Ghana equivale a un 17.5%. De ese impuesto, 2.5 puntos porcentuales se destinan al NHIS. Otras fuentes de financiamiento incluyen una asignación del 2.5% que proviene del 17.5% que pagan los trabajadores del sector formal como contribución a la seguridad social, así como los ingresos de las inversiones y las primas que pagan las personas no exentas (como los trabajadores autónomos y del sector informal). Los ingresos provenientes de los fondos asignados están reservados para los gastos del sector salud; el 90% está destinado al NHIS y el otro 10% a programas especiales del Ministerio de Salud a fin de complementar el presupuesto general del ministerio. En 2016, la porción de fondos asignados al ministerio se utilizó para cumplir con los compromisos de cofinanciación de Gavi.

Cerca de 40% de la población del país está inscrita en el NHIS. Aunque el paquete de beneficios es integral y cubre cerca del 95% de la carga de la enfermedad en Ghana, los servicios preventivos, como la vacunación, no están incluidos en el paquete de beneficios y son financiados directamente por el Ministerio de Salud. Los servicios de inmunización son gratuitos para todos los ghaneses, independientemente de si tienen cobertura del NHIS. Sin embargo, los proveedores públicos y privados contratados para prestar servicios en el marco del paquete de beneficios reciben pagos adicionales por esos servicios, siendo que no reciben pagos adicionales por la vacunación ni otros servicios preventivos fuera del paquete de beneficios.

Ghana: Financiamiento mixto para la inmunización y traspaso de responsabilidades

ELEMENTOS DEL PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD DE GHANA (2002-2013)



Nota: No se dispone de datos de 2006.

Fuente: Ghana Ministry of Health, Health Sector Programme of Work (2016)

Al igual que el NHIS, el Ministerio de Salud sigue recibiendo un presupuesto que financia los sueldos de los trabajadores de salud del gobierno (a través del Servicio de Salud de Ghana), la inversión de capital y algunos costos de bienes y servicios para los establecimientos de salud estatales. El presupuesto del Ministerio de Salud es absorbido casi en su totalidad por los sueldos y los fondos del NHIS cubren más costos relacionados con la prestación de servicios por los proveedores de atención de salud estatales (véase la figura adjunta). El monto salarial del ministerio ha crecido debido a la expansión de la mano de obra del sector salud y la unificación de la escala de sueldos de todas las instituciones públicas desde 2010. Al mismo tiempo, Ghana ha estado abocada a recuperarse de

una gran crisis fiscal que se ha agravado por la caída de los precios de las materias primas, lo que ha requerido políticas fiscales más estrictas y recortes presupuestarios.

SOSTENIBILIDAD DEL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

Con la disminución del presupuesto del Ministerio de Salud, los establecimientos de salud pública dependen de manera creciente de los pagos por servicios cubiertos por el NHIS para sus operaciones rutinarias y para algunos costos relacionados con la entrega de vacunas, como el combustible utilizado en las actividades de extensión. Como resultado,

los servicios curativos parecen estar desplazando los servicios preventivos que no son financiados por el NHIS, entre ellos, la inmunización. Por otro lado, el NHIS está contribuyendo a diversificar la base de financiamiento del programa de inmunización de Ghana, lo que podría ayudar a asegurar una financiación más estable en el futuro.

Ghana está en un momento clave para la sostenibilidad de su programa de inmunización a medida que avanza en la fase de transición respecto del apoyo de Gavi y enfrenta recortes en el presupuesto del Ministerio de Salud. Al mismo tiempo, el gasto del ministerio en vacunas está aumentando con celeridad, lo que puede originar conflictos dentro del presupuesto del sector salud y posiblemente para el financiamiento de la inmunización en general. Ya se ha producido

un cambio implícito, pues el NHIS ha asumido una mayor proporción del financiamiento para la prestación de servicios en los establecimientos de salud. La planificación y el presupuesto para los compromisos de cofinanciación de Gavi y otros aspectos del programa de inmunización, en particular la cadena de frío, han sido insuficientes. Al igual que en todos los sistemas mixtos de salud, la diversificación de las fuentes de financiación y la flexibilidad de los sistemas de pago pueden mejorar la prestación de servicios de salud. Para lograr estos beneficios, la responsabilidad de financiar el programa de inmunización del país debe ser explícita y comunicarse a todas las partes interesadas, en particular a los proveedores de servicios de salud y a la población.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Ghana Ministry of Health. Health sector programme of work. 2016.

Health Development Partners Group. Analysis of 2016 health budget [sin publicar]. Enero de 2016.

Novignon J, Abankwah N, Cashin C, Bloom D. Earmarking revenues for the NHIS in Ghana: practical experience, results, and policy implications. Geneva: World Health Organization; 2016.

World Bank. Ghana immunization program assessment [sin publicar]. 2016.

Indonesia: El desafío de proteger la inmunización en la transición hacia la cobertura universal de salud

PUNTOS CLAVE

- * La transición de Indonesia respecto del apoyo de Gavi está ocurriendo en un contexto de cambios acelerados en el sistema de salud, entre ellos, la descentralización del sistema de prestación de servicios de salud y la transición hacia la cobertura universal de salud con un sistema nacional único de seguro de salud (JKN).
- * La vacunación se provee de manera gratuita a la población a través de la red de prestación de servicios de salud pública, independientemente de la cobertura del seguro de salud. No obstante, se han detectado posibles desigualdades en el acceso a la vacunación entre los niños asegurados y los que no lo están.
- * El alto nivel de descentralización en Indonesia plantea también problemas para mantener y fortalecer el programa nacional de inmunización.
- * Con la expansión de la cobertura del JKN, la clave para la sostenibilidad financiera e institucional del programa de inmunización será una mejor integración con el sistema universal de cobertura de salud, sobre todo a medida que el gobierno introduce nuevas vacunas.

INDONESIA AUTOFINANCIARÁ

COMPLETAMENTE su programa de inmunización a partir de 2018, después de que finalice el apoyo de Gavi. Aunque las contribuciones externas al gasto total en salud son bajas —solo el 1% en 2013— el gobierno ha recibido un apoyo significativo de Gavi para financiar la inmunización. Los socios internacionales también prestan importante asistencia técnica al programa de inmunización de Indonesia. A su vez, durante la última década, Indonesia emprendió una serie de importantes reformas sanitarias que afectan la forma de asignar los recursos al programa de inmunización.

Desde 2001, la responsabilidad por la prestación de servicios de salud se ha descentralizado por completo hacia los gobiernos locales. En 2014, los esquemas públicos de seguros de salud del país se consolidaron en un programa nacional único de seguro social de salud, el Jaminan Kesehatan Nasional o JKN. En 2016, tercer año de su implementación, el JKN cubrió a cerca del 60% de la población; la cobertura universal está prevista para 2019. Por otra parte, Indonesia tiene una de las tasas más bajas del gasto público en salud como porcentaje del PIB (alrededor del 1% en 2014) y como parte del gasto público total (alrededor del 6% en 2014).

En este periodo de transición de la financiación de Gavi y de rápidos cambios en el sistema de financiación de la salud, Indonesia enfrenta la tarea de garantizar un financiamiento interno adecuado para la inmunización, así como desafíos relacionados con la gobernabilidad, la prestación de servicios y la coordinación de las funciones del programa de inmunización, a medida que el JKN expande la cobertura del seguro en un contexto de severas limitaciones financieras.

La carga financiera seguirá creciendo con la incorporación por parte del gobierno de cuatro vacunas adicionales al programa nacional de inmunización en los próximos tres o cuatro años. Indonesia también tiene el desafío de lograr una gestión sostenible de los programas de inmunización y garantizar la capacidad de los servicios de inmunización al finalizar la fase de transición respecto del apoyo de Gavi.

Durante la última década, Indonesia emprendió una serie de importantes reformas sanitarias que afectan la forma como se asignan los recursos al programa de inmunización.

EL PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN DE INDONESIA

El programa de inmunización de Indonesia abarca todas las vacunas tradicionales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, excepto la vacuna contra la rubéola. De las nuevas vacunas recomendadas, Indonesia ha adoptado solo la vacuna pentavalente. A pesar del aumento de las tasas de cobertura en las últimas décadas, existen grandes desigualdades y cuando se trata de la inmunización, Indonesia no se compara favorablemente con países equivalentes que tienen niveles de ingresos similares. Las estimaciones de cobertura de la OMS y del UNICEF para Indonesia en 2015 son de 81% para la vacuna contra la difteria-tétanos-tos ferina (DTP3), 77% para la BCG (tuberculosis) y 69% para el sarampión (primera dosis).

El gobierno central es responsable de la adquisición de vacunas y los gobiernos distritales se encargan de la prestación de servicios. Los costos operacionales, como la cadena de frío y la prestación de servicios de inmunización, son responsabilidad de los gobiernos subnacionales. El Programa Nacional de Inmunización (NIP, por su sigla en inglés) del Ministerio de Salud supervisa la inmunización y realiza la previsión y planificación de la adquisición de vacunas. El gobierno central financia vacunas a través de una partida presupuestaria nacional y las regulaciones exigen que todas las vacunas adquiridas por el gobierno sean suministradas por Biofarma, una empresa estatal. Como sucede con otros servicios de salud, los gobiernos distritales son responsables de los costos de la prestación de servicios, entre ellos, los costos operacionales de los centros de atención de salud primaria que proveen la vacunación. El NIP proporciona asistencia técnica, directrices, monitoreo y evaluación, control de calidad, capacitación y actividades complementarias, como las campañas de inmunización. El NIP también utiliza una herramienta estandarizada para evaluar la disponibilidad de la oferta de inmunización a nivel del gobierno local.

Las vacunas del programa nacional de inmunización son proporcionadas por el gobierno de forma gratuita a los centros de salud públicos y privados. Un censo

de establecimientos de salud de 2011 mostró que más del 90% de todos los centros de salud (puskesmas) reportaron disponibilidad de las vacunas provistas por el gobierno. Sin embargo, el censo también reveló problemas de disponibilidad en los proveedores públicos y

privados de tres provincias (Papua, Papua Occidental y Maluku), donde más del 20% de puskesmas reportó falta de suministro de la DTP y vacunas contra el sarampión, la poliomielitis y el BCG. La disponibilidad de vacunas es menos confiable entre los proveedores privados; solo alrededor de una cuarta parte de los establecimientos privados y menos del 10% en las provincias orientales declararon tener disponibilidad de las vacunas enviadas por el gobierno.

La inmunización se proporciona de forma gratuita a la población a través de la red de prestación de servicios de salud pública, al margen del estatus de cobertura del seguro de salud.

LA INMUNIZACIÓN Y EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

La inmunización se proporciona de forma gratuita a la población a través de la red de prestación de servicios de salud pública, independientemente de la cobertura del seguro de salud. Aunque la mayor parte del financiamiento para la inmunización proviene del presupuesto del gobierno, también procede del JKN, que cubre actualmente la vacunación de rutina para niños menores de 5 años y la vacuna contra el tétanos para las embarazadas. En los establecimientos de salud pública contratados para prestar servicios del JKN, las personas no necesitan presentar su tarjeta de seguro para obtener vacunas gratuitas. En los establecimientos privados contratados, se requiere una tarjeta del JKN para recibir servicios gratuitos; de lo contrario, las personas suelen pagar por el servicio, aunque los proveedores privados también reciben vacunas de forma gratuita del gobierno. En general, no hay evidencia de pagos directos significativos por los servicios de vacunación.

Indonesia: El desafío de proteger la inmunización en la transición hacia la cobertura universal de salud

Aunque los servicios de inmunización se prestan de forma gratuita, los datos de las encuestas de hogares muestran que pueden surgir diferencias en el acceso a la vacunación entre los niños asegurados y los que no lo están. Los niños que no habían recibido ninguna dosis de la vacuna DTP tenían más probabilidades de no estar asegurados que los que recibieron tres dosis de la vacuna, según datos de las encuestas de hogares. En algunos casos, las personas y los proveedores no tienen claridad en relación a los derechos y las fuentes de financiación de los servicios de inmunización para los asegurados respecto de las personas sin seguro, lo que podría afectar el acceso de quienes no están asegurados. Otro problema es que los fondos para los servicios de inmunización son parte del pago por capitación a los proveedores del JKN para prestar todos los servicios de atención primaria cubiertos, como la inmunización, pero la confusión entre los gobiernos locales y los proveedores hace que en algunos casos los pagos por capitación se usen solo para financiar la atención curativa.

DESCENTRALIZACIÓN

Aunque el gobierno central compra y distribuye las vacunas, los gobiernos provinciales y distritales administran las operaciones de los establecimientos y servicios públicos de salud. Las transferencias fiscales intergubernamentales del nivel nacional al subnacional no se utilizan para incentivar la cobertura de la inmunización y no hay mecanismos claros para influir en la asignación de recursos para la inmunización a nivel subnacional. Los gastos del programa de inmunización a nivel subnacional no se reportan al Ministerio de Salud ni al Ministerio de Hacienda, por lo que son difíciles de monitorear. La capacidad de gestión y el compromiso con la inmunización varían mucho entre provincias y distritos. La evidencia muestra que se asigna un limitado presupuesto operativo para el programa de inmunización a nivel del gobierno local, lo que podría

afectar la prestación de servicios y la cobertura. Con respecto a las nuevas vacunas que se tiene previsto incluir en el programa nacional de inmunización, es posible que se requiera una fuerte promoción de los gobiernos locales para asegurar presupuestos operativos suficientes para la prestación de servicios.

PROTECCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN EN UN SISTEMA DE SALUD EN TRANSICIÓN

El sistema de salud de Indonesia es complejo y está experimentando cambios acelerados. La transición hacia la cobertura universal de salud (CUS) con el sistema nacional de seguro de salud (JKN) y el alto nivel de descentralización pueden ser problemáticos para mantener y fortalecer el programa nacional de inmunización. La falta de claridad en los vínculos con el JKN es problemática. El gobierno tiene el ambicioso plan de introducir cuatro nuevas vacunas en los próximos tres a cuatro años, por lo que los temas relacionados con la financiación y las condiciones del servicio se volverán más apremiantes. Asimismo, no existe un procedimiento para decidir cuándo incluir nuevas vacunas en el paquete de beneficios del JKN y todas las vacunas nuevas incluidas en el programa de vacunación de rutina son cubiertas automáticamente por el JKN sin considerar las implicaciones financieras.

Al igual que en todos los sistemas mixtos de salud, la responsabilidad de financiar el programa de inmunización de Indonesia debe hacerse de manera explícita y comunicarse a todas las partes interesadas. A medida que el JKN expande la cobertura, la clave para la sostenibilidad financiera e institucional del programa de inmunización será una mejor integración dentro del sistema de la CUS y procesos explícitos para equilibrar la prestación de servicios con la capacidad financiera de los compromisos de la inmunización.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Tandon A. et al. Health financing system assessment: Indonesia. Jakarta: World Bank; 2016.

Kenia: Descentralización y financiamiento de la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Muchos países están implementando la descentralización —el traspaso de las funciones de los niveles superiores a los niveles inferiores del gobierno— en temas de salud y de otros sectores. La descentralización puede mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población, pero también obstaculizar la prestación de servicios de salud si los roles y responsabilidades no están bien definidos y si los niveles de gobierno que asumen nuevas funciones no reciben apoyo durante la transición.
- * La descentralización puede hacer que los decisores subnacionales, como los alcaldes locales, se conviertan en promotores del financiamiento de la inmunización.
- * En algunos contextos, puede que sea factible realizar pruebas piloto relacionadas con la descentralización y las iniciativas tendientes a fortalecer capacidades para luego aplicarlas gradualmente en el país.
- * Kenia experimentó algunos problemas al delegar la gestión de fondos a los niveles subnacionales. Para la inmunización, esto dio lugar a algunos vacíos en la financiación de vacunas e insumos para la inyección, su distribución, los costos operativos y el mantenimiento de la cadena de frío, lo que resultó en una disminución de la cobertura de inmunización.
- * Se puede argumentar de forma convincente la necesidad de mantener ciertas funciones del sector salud, especialmente la financiación y adquisición de vacunas, al nivel nacional.

LA DESCENTRALIZACIÓN—delegación de responsabilidades de las autoridades nacionales a las locales en el sector de la salud y otros sectores—es una tendencia creciente en todo el mundo, especialmente desde la década de 1990. La descentralización puede implicar diferentes grados de cambios en la gestión fiscal, administrativa, operacional y política. A modo de ejemplos cabe citar la transferencia de competencias, en la que cambia tanto la toma de decisiones como el control financiero, y la desconcentración, en la que solo el control de la toma de decisiones se traslada a los niveles más bajos.

En muchos países, la descentralización es parte de un cambio político más general, cuyos propósitos podrían incluir el aumento de la autonomía y la delegación del control a los niveles administrativos inferiores, la liberalización política y económica, la eficiencia en la prestación de servicios, la asignación de recursos a la población y la mejora de los resultados en materia de salud y desarrollo.

Esta reseña explora temas relacionados con la descentralización y la inmunización y extrae reflexiones y lecciones de experiencias recientes de Kenia.

RESPONSABILIDADES FEDERALES Y SUBNACIONALES EN EL FINANCIAMIENTO DE LA INMUNIZACIÓN

En los países muy descentralizados, la función del gobierno nacional en el programa de inmunización suele consistir en la formulación de políticas, la adquisición y la financiación de las vacunas e insumos para la inyección, el almacenamiento nacional, la gestión del inventario (y distribución), el desarrollo de estrategias globales para la prestación del servicio y planes multianuales, la coordinación del financiamiento de los donantes externos, la gestión de los datos nacionales de cobertura y vigilancia, el establecimiento de normas referidas a las habilidades y la coordinación de la

capacitación. El financiamiento de los sueldos, la cadena de suministro y los costos operativos asociados al programa de inmunización pueden ser responsabilidades del nivel subnacional, mediante el uso de los fondos recaudados y asignados a la salud a través de impuestos locales. La adquisición casi siempre es una función nacional por el conocimiento especializado que se requiere, la necesidad de agrupar recursos y las economías de escala que genera.

En los países donde los gobiernos nacionales y subnacionales recaudan ingresos, las reformas de la descentralización pueden afectar las fuentes internas de financiación destinadas a la inmunización y al sistema de salud en general. En algunos países, los costos de operación de los establecimientos de salud y los sueldos se pueden financiar por medio de transferencias en bloque del gobierno central para aumentar las contribuciones de los gobiernos locales. Algunos países otorgan a los estados, provincias, departamentos o municipios y distritos la responsabilidad principal o exclusiva de financiar los servicios de vacunación.

A menos que la salud y la inmunización sean una prioridad dentro del sistema descentralizado y que la nueva estructura incluya acuerdos de desempeño y directrices claras desarrolladas con las autoridades subnacionales, el financiamiento de la inmunización y la prestación de servicios pueden verse menoscabados.

DESCENTRALIZACIÓN EN KENIA

La carta magna de Kenia de 2010 reconoce el derecho de la población a la salud y a servicios de salud asequibles. En 2013, en consonancia con estos derechos constitucionales, el gobierno central delegó la autoridad de una serie de funciones fiscales y administrativas —en los ámbitos de la salud, la agricultura y el agua— a 47 condados. Esto implicó muchos cambios administrativos en el sector de la salud y la inmunización, pero el Ministerio de Salud retuvo la responsabilidad de las normas, la política, la reglamentación y los hospitales nacionales.

En este nuevo esquema, los condados reciben recursos del gobierno central a través de tres vías principales:

- Subvenciones en bloque que se distribuyen de forma equitativa a través de una fórmula establecida por una comisión central dedicada a la asignación de ingresos en todos los sectores
- Subvenciones condicionales vinculadas a prioridades específicas, como la atención de maternidad gratuita o la eliminación de las tarifas de los usuarios
- Un fondo de nivelación diseñado para brindar apoyo a los condados marginados

El proceso de descentralización en Kenia ha afectado los programas de inmunización y su financiación de manera negativa y positiva.

Las deficiencias en la financiación y los problemas de capacidad han provocado retrasos en las adquisiciones y escasez de vacunas e insumos.

Kenia necesitó casi tres años para aplicar de manera cabal la descentralización, lo que afectó la adquisición de vacunas y los insumos para la inyección, ya que los fondos para estos propósitos se transfirieron a niveles más bajos. El Ministerio de Salud y otras partes interesadas trabajaron con el comité parlamentario de salud para abordar la escasez de vacunas e insumos. A través de este canal, presionaron al Ministerio de Finanzas para que la adquisición de vacunas retornara al nivel nacional en vistas de que algunos condados no reconocían los requerimientos del financiamiento, no tenían experiencia para prever la demanda ni entendían las reglas y procesos de compra y distribución. En julio de 2014, se garantizaron fondos nacionales protegidos para satisfacer algunas necesidades de la adquisición de vacunas; la mayor parte de la financiación destinada a los insumos para la inyección se mantuvo en los niveles más bajos del sistema. La Autoridad de Suministros Médicos de Kenia (KEMSA, por su sigla en inglés) también efectuó reformas que transfirieron los suministros médicos a un sistema de adquisiciones conjuntas, a través del cual los condados pudieran

Kenia: Descentralización y financiamiento de la inmunización

realizar pedidos directamente al KEMSA utilizando los presupuestos locales. Si bien hay un amplio consenso a nivel nacional y de los condados de que las funciones de adquisición de vacunas deben ser centralizadas, existen problemas para hacerlo: la carta magna de Kenia no permite reducir los fondos asignados a los condados ni transferir fondos del condado al nivel nacional, por lo que el gobierno central ha tenido que recaudar fondos adicionales para la adquisición de vacunas. Es probable que estos problemas persistan. Kenia incumplió su compromiso de cofinanciamiento con Gavi en 2013 y 2014 como consecuencia de las complejidades de la descentralización, lo que produjo la desalineación del año fiscal del gobierno con el año fiscal de Gavi. En 2015, Gavi alineó la obligación de cofinanciación con el año fiscal del gobierno de Kenia y el país cumplió oportunamente sus obligaciones de cofinanciación con la Alianza Gavi. Esto demuestra que el gobierno y los socios están avanzando hacia la superación de los problemas de flujo de fondos.

El compromiso con la inmunización puede que no sea igual de fuerte en todos los condados. En el nuevo sistema de Kenia, los condados reciben subvenciones en bloque y asignan fondos según lo consideren apropiado entre los sectores, entre ellos, el de la salud. Los equipos de gestión de la salud de los condados, a su vez, destinan fondos a todo el sector salud. Si los administradores del condado no perciben la inmunización u otros asuntos de salud como una prioridad, dichos programas no consiguen financiación y los promotores de la inmunización deben defender su causa ante los nuevos decisores del sistema. En algunas zonas de Kenia, los promotores han hecho esfuerzos significativos para llegar a los decisores locales (como los alcaldes y los equipos de gestión de la salud del distrito); esto ha dado lugar a que algunos condados asignen fondos suficientes a los programas de inmunización. En otros condados, algunos componentes de los programas de inmunización, como las actividades de extensión, ya no se financian de forma adecuada. Esto se debe a que los establecimientos de salud

tienen menos control sobre sus propios fondos. En el pasado, algunos costos operativos de la vacunación y otras actividades se financiaban con los ingresos generados, retenidos y asignados por la institución; estos fondos se consolidan ahora en las cuentas bancarias del condado para ser usados en todos los sectores.

La capacidad para administrar los servicios y el financiamiento varía según el condado. A medida que los condados van asumiendo el control de la salud mediante equipos distritales de gestión de la salud, también puede resultar complejo conservar el nivel adecuado de competencias a nivel del condado. En Kenia, los condados tienen capacidades dispares para obtener vacunas de calidad a precios razonables y de fabricantes aprobados, operar y mantener la cadena de frío y la logística y, en general, administrar el sistema. A inicios de 2013, esto produjo dificultades importantes en todo el país en materia de adquisición de insumos para la inyección y componentes de la cadena de frío. Por ejemplo, el suministro de inyecciones para la vacuna BCG se volvió problemático porque los insumos habían sido comprados antes por el nivel central del ministerio de salud y los condados no eran capaces de adquirirlos a nivel local. Esto llevó a que algunos miembros del personal de salud local trataran de sustituir los insumos por otros que no permitían la medición precisa de la dosis más pequeña de la BCG, lo que podría haber resultado en una administración peligrosa de la vacuna y comprometido todo el programa de inmunización. La cobertura de la BCG comenzó a declinar. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF mostraron una disminución de la cobertura de BCG en Kenia de 97% en 2012 a 92% en 2013. En 2014, KEMSA se encargó del almacenamiento de las jeringas para la BCG para solucionar este problema.

La rendición de cuentas ha mejorado en algunos condados. Además de los diversos problemas iniciales derivados de la descentralización, hubo también algunos beneficios. La descentralización confirió a algunos decisores locales más autonomía

para administrar el dinero e identificar problemas relacionados con el personal, como el pago de sueldos a personas inexistentes o "trabajadores fantasmas". Algunos condados de Kenia están gastando más dinero en salud, productos farmacéuticos y redes ampliadas de atención de salud primaria.

Los defensores locales de la inmunización tuvieron un impacto positivo en algunos condados. Es probable que la descentralización haya llevado a una mayor participación comunitaria en la planificación. A pesar de los problemas iniciales para lograr apoyo en pos de la financiación de la inmunización, muchos condados cuentan ahora con defensores de la inmunización que pueden concitar el apoyo político y comunitario local.

LECCIONES Y CONCLUSIONES

La descentralización puede ser parte de la evolución política de un país, pero si los roles y las responsabilidades no se establecen de manera clara desde el principio, este proceso puede tener un efecto negativo en la prestación de servicios de salud. Es probable que el éxito de la descentralización dependa, en parte, del grado de delegación de las responsabilidades y de la celeridad con que se realiza ese proceso. Una reforma que modifique las responsabilidades sin tener en cuenta las consecuencias que puede acarrear en el nivel político

más bajo posiblemente enfrentará retos significativos y consecuencias que podrían ser perjudiciales.

En algunos países, es posible que la descentralización y los esfuerzos ligados al fortalecimiento de capacidades pasen primero por una prueba piloto y con el tiempo se implementen, utilizando un enfoque gradual. En otros, las decisiones políticas pueden ser apoyadas mediante consensos y apoyos específicos. Por ejemplo, en Sudáfrica, las nueve provincias tienen mucho poder sobre las decisiones financieras. Las adiciones al programa de vacunación se discuten en foros intergubernamentales y luego se promulgan como política nacional con directrices y capacitación asociada. En Brasil, las reformas institucionales y de gestión lideradas por las autoridades descentralizadas se han traducido en resultados positivos cuando el gobierno central ha brindado el nivel adecuado de incentivos, orientación y apoyo.

Además de estas lecciones, subsisten interrogantes sobre cuáles son los aspectos de la financiación y prestación del servicio de inmunización que deben descentralizarse. La siguiente bibliografía ofrece una visión general de las funciones que idealmente deberían mantenerse en el nivel central durante las reformas de la descentralización y las que pueden redistribuirse de forma eficaz en los niveles inferiores.

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

Feilden R, Nielsen OF. Immunization and health reform: making reforms work for immunization. A reference guide. Geneva: World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals; 2001.

Ndegwa SN. Decentralization in Africa: a stocktaking survey. World Bank, Africa Region; 2002 Nov.

World Health Organization. Health sector reform (HSR): fact sheet for national managers. Geneva: World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals; 2003.

World Health Organization. Health sector reform (HSR): the impact of health sector development on immunization services. Geneva: World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals; 2003.

World Health Organization. Sub-national management of immunization services during health sector reform (HSR). Geneva: World Health Organization, Department of Vaccines and Biologicals; 2003.

Sri Lanka: Procesos de toma de decisiones acertados sobre la inmunización

PUNTOS CLAVE

- * Los organismos técnicos independientes pueden ayudar a fortalecer la toma de decisiones sobre la vacunación. El Comité Asesor de Enfermedades Transmisibles (ACCD, por su sigla en inglés) de Sri Lanka es un caso ejemplar de un organismo de este tipo que funciona de manera eficiente y que ejerce influencia.
- * El mandato del ACCD incluye no solo la inmunización, sino todas las decisiones políticas relacionadas con el control de las enfermedades infecciosas y sus decisiones son vinculantes para el sector público.
- * Los miembros del Comité abarcan una amplia gama de disciplinas. Al evaluar la introducción de nuevas vacunas en el programa nacional, consideran la carga de la enfermedad, la eficacia y seguridad de la vacuna, la factibilidad, el costo y la relación costo-efectividad. El ACCD no recomienda la introducción de la vacuna a menos que su financiación esté asegurada.
- * Sri Lanka ha completado la fase de transición respecto del apoyo de Gavi y debe encontrar recursos internos para todas las nuevas vacunas; esto hace que la rigurosidad del proceso de toma de decisiones del ACCD sea aún más valiosa.

LAS DECISIONES SOBRE la inmunización, especialmente las relacionadas con la introducción de nuevas vacunas en los programas nacionales, tienen importantes implicancias en la financiación de los programas y en la salud de la población. Aun cuando una vacuna es recomendada de manera masiva por la Organización Mundial de la Salud, puede que no tenga alta prioridad en determinado contexto debido a la epidemiología local, las fortalezas y debilidades del sistema de salud y la capacidad del programa de inmunización. Asimismo, si bien una vacuna puede traer beneficios claros, tal vez no sea costo-efectiva o asequible al precio disponible para un país específico. Las decisiones sobre la introducción de una vacuna son muy técnicas y requieren una variedad de conocimientos epidemiológicos, económicos, programáticos y sobre vacunación (véase la Reseña 4).

La OMS recomienda que los países establezcan un órgano técnico independiente, en algunos casos denominado comité nacional de prácticas de inmunización (CNPI), para asesorar al gobierno

sobre la introducción de la vacuna y otros aspectos de la política de inmunización. Si bien 82 países habían establecido su CNPI hasta 2016, estos grupos varían mucho en su capacidad, funcionamiento e influencia.

El Comité Asesor de Enfermedades Transmisibles (ACCD) de Sri Lanka es un caso ejemplar de un comité consultivo establecido desde hace mucho tiempo y que funciona bien, aunque su mandato

difiere en algunos aspectos de otros CNPI. Esta reseña sintetiza las funciones y composición del ACCD y destaca su papel en importantes decisiones recientes sobre el programa de inmunización de Sri Lanka.

Aun cuando una vacuna es recomendada de manera masiva por la Organización Mundial de la Salud, puede que no tenga alta prioridad en determinado contexto.

EL PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN DE SRI LANKA

En 1978, el gobierno de Sri Lanka lanzó su Programa Ampliado de Inmunización, ahora denominado Programa Nacional de Inmunización (NIP, por su sigla en inglés). El programa alcanzó rápidamente una alta cobertura. Este incluye la vacuna pentavalente, contra el sarampión-rubéola-parotiditis y contra la encefalitis japonesa, así como las vacunas básicas provistas desde el inicio del programa. La vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV) se introdujo en julio de 2015 y la vacuna contra la fiebre tifoidea se administra a grupos de alto riesgo. El país fue uno de los primeros en el sur de Asia en introducir varias de estas vacunas. La cobertura de inmunización es muy alta y alcanzó el 99% para la tercera dosis de la vacuna contra la difteria-tétanos-tos ferina (DTP3), así como para ambas dosis de la de sarampión, de acuerdo con las estimaciones de la OMS y del UNICEF para 2015. Gracias a un sólido sistema de salud, el programa ha contribuido a lograr bajas tasas de enfermedades prevenibles por vacunación, una tasa de mortalidad infantil de 10/1,000 y una esperanza de vida de 76 años.

COMITÉ ASESOR DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El ACCD se estableció en la década de 1960, antes de la puesta en marcha del Programa Ampliado de Inmunización, para revisar el estado de las enfermedades transmisibles en el país y tomar decisiones políticas relacionadas con su prevención y control. Este mandato difiere del de los CNPI en la mayoría de los países en dos aspectos fundamentales. En primer lugar, su alcance incluye todas las medidas para controlar las enfermedades transmisibles, no solo la inmunización. Segundo, sus decisiones son vinculantes para el sector público; en este sentido, es más que un órgano consultivo.

El ACCD se reúne cada tres meses y cuenta con 36 miembros que poseen una amplia gama de conocimientos en epidemiología, vacunación, salud infantil, administración de la salud y enfermedades infecciosas específicas, entre otras disciplinas. La mayoría de los miembros son académicos, médicos o funcionarios gubernamentales de alto nivel. Su presidente es el director general de los servicios de salud; el jefe de la unidad de epidemiología del Ministerio de Salud actúa como secretario del comité. Cabe destacar que hasta 2016, no tenía miembros con experiencia económica.

ENFOQUE PARA LA INTRODUCCIÓN DE VACUNAS

Al considerar la introducción de una nueva vacuna en el NIP, el ACCD evalúa la evidencia sobre la carga de la enfermedad, la seguridad y la efectividad de la vacuna, la factibilidad, el costo y la relación costo-efectividad. Cuando los datos sobre la carga de la enfermedad del sistema de vigilancia de rutina son insuficientes, el ACCD algunas veces recomienda que se realicen estudios especiales. En algunos casos, ha solicitado estudios adicionales sobre la seguridad e inmunogenicidad de la vacuna en la población de Sri Lanka.

De acuerdo con su política, el ACCD no recomienda la introducción de una nueva vacuna a menos que el financiamiento sea sostenible. También considera la relación costo-efectividad, y el NIP ha encargado estudios de costo-efectividad de varias vacunas en los últimos años.

Al considerar una nueva vacuna, el ACCD normalmente establece un grupo de trabajo para reunir y analizar la información necesaria. El siguiente paso es la discusión en una Cumbre Nacional de Inmunización —un foro de partes interesadas en el que participan expertos académicos, representantes de asociaciones

profesionales, organizaciones internacionales y funcionarios del Ministerio de Salud. Si bien el ACCD es el responsable final de las decisiones sobre las nuevas vacunas, las cumbres de inmunización brindan valiosas oportunidades para buscar aportes más generales y construir consensos.

La decisión del ACCD sobre las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) y el rotavirus ilustra el enfoque del comité.

VACUNA CONTRA EL VPH

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común entre las mujeres de Sri Lanka y representa el 10% de los cánceres en mujeres. Hoy en día, el programa de detección del cáncer de cuello uterino solo cubre entre el 30 y 40% de las mujeres. Dada la carga del cáncer de cuello uterino y el alto costo del tratamiento, un estudio de costo-efectividad realizado por un experto del Ministerio de Salud concluyó que la introducción de la vacuna contra el VPH sería rentable en el país. Asimismo, Sri Lanka cuenta con un programa de inmunización escolar bien establecido, en el que se podría añadir la nueva vacuna, lo que hace que la prestación del servicio de vacunación sea menos difícil que en muchos otros países en desarrollo.

En función de estos análisis, en 2015 un grupo de expertos establecido por el director general de servicios de salud recomendó la introducción a nivel nacional de la vacuna contra el VPH para niñas, además de un esfuerzo para ampliar la cobertura de la detección de cáncer de cuello uterino al 80%. El ACCD respaldó esta recomendación en 2016.

VACUNA CONTRA EL ROTAVIRUS

La vacuna contra el rotavirus ha sido analizada en la Cumbre Nacional de Inmunización, pero no se ha establecido un grupo de trabajo del ACCD. La principal razón de la prioridad relativamente baja que hoy se concede a esta vacuna es la menor carga

de enfermedad. Un estudio en curso en hospitales ha detectado una baja mortalidad y morbilidad asociada a la infección por rotavirus en Sri Lanka, al parecer debido al amplio acceso al agua potable y saneamiento (84% y 86%, respectivamente, según el UNICEF) y al mayor acceso al tratamiento de la diarrea aguda.

A fines de 2015, Sri Lanka se convirtió en uno de los primeros países en completar la fase de transición respecto del apoyo de la Alianza Gavi.

IMPLICACIONES DE LA FASE DE TRANSICIÓN RESPECTO DEL APOYO DE GAVI

A fines de 2015, Sri Lanka se convirtió en uno de los primeros países en completar la fase de transición respecto del apoyo de la Alianza Gavi. En comparación con los países que introdujeron más vacunas, Sri Lanka se enfrentó a un aumento menor en la financiación de vacunas nacionales durante esa transición. Sin embargo, ahora tendrá que encontrar recursos internos para financiar las nuevas vacunas que introduzca. El riguroso proceso de toma de decisiones liderado por el ACCD, que contempla, entre otros, el requisito de que se garantice la financiación, sitúa a Sri Lanka en una sólida posición para hacer frente a estos nuevos

FUENTES Y LECTURAS ADICIONALES

NITAG Resource Center [Internet]. NRC: About. Disponible en: <http://www.nitag-resource.org/about>

Wijesinghe PR, Palihawadana P, Peiris TS. Participatory decision-making through the Advisory Committee on Communicable Diseases: the Sri Lankan experience. *Vaccine*. 19 de abril de 2010; 28:A96-103.

WWW.IMMUNIZATIONFINANCING.ORG



RESULTS FOR DEVELOPMENT

1111 19th Street NW, Suite 700
Washington, DC 20036
(202) 470-5711