



Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud:

Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa

Daniel Maceira, Ph.D.¹

Mayo 2007

¹ Ph. D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Adjunto del CONICET, y Director del Área de Política de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Buenos Aires, Argentina. Este documento es producto integrante del proyecto EUROSociAL. Se agradece la colaboración de Martín Peralta Alcat, Ana Reynoso, Mariana Rodríguez y Esteban Peralta en la elaboración de este informe, y los comentarios de Armando Arredondo. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	2
3. SISTEMAS Y REFORMAS. ESTUDIOS DE CASO	5
3.1. SISTEMA DE SALUD DE INGLATERRA	5
3.1.1- Características del sistema.....	5
3.1.2- Recursos financieros y gasto en salud	7
3.1.3- Mecanismos de pago.....	7
3.1.4- Reformas	8
3.2. SISTEMA DE SALUD DE ESPAÑA	9
3.2.1- Características del sistema.....	9
3.2.2 – Recursos financieros y gasto en salud	11
3.2.3- Mecanismos de Pago	11
3.2.4- Reformas	12
3.3. SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA.....	13
3.3.1- Características del sistema.....	13
3.3.2- Recursos financieros y gasto en salud	14
3.2.3- Mecanismos de pagos.....	15
3.2.4- Reforma	15
3.4. SISTEMA DE SALUD DE CHILE	16
3.4.1- Características el sistema.....	16
3.4.2- Recursos financieros y gasto en salud	17
3.4.3- Mecanismos de Pago	18
3.4.4- Reformas	18
3.5. SISTEMA DE SALUD DE FRANCIA	20
3.5.1- Características del sistema.....	20
3.5.2- Recursos Financieros y Gastos en Salud.....	21
3.5.3- Mecanismos de pago.....	22
3.5.4 - Reformas	23
3.6. SISTEMA DE SALUD DE PARAGUAY.....	24
3.6.1- Características del sistema.....	24
3.6.2- Recursos financieros y gasto en salud	25
3.6.3- Reformas	26
3.7. SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO.....	27
3.7.1- Características del sistema.....	27
3.7.2- Recursos financieros y gasto en salud	28
3.7.3- Mecanismos de pago.....	29
3.7.4- Reformas	29
3.8. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA.....	31
3.8.1- Características del sistema.....	31
3.8.2- Recursos financieros y gasto en salud	33
3.8.3- Reformas	34
3.9. SISTEMA DE SALUD DE ALEMANIA.....	35
3.9.1- Características del sistema.....	35
3.9.2- Recursos financieros y gasto en salud	36
3.9.3- Mecanismos de pagos.....	37
3.9.4- Reformas	38
4. SISTEMAS E INICIATIVAS DE REFORMA. ANÁLISIS COMPARADO	39
4.1. CONDICIONES GENERALES PARA LA EXISTENCIA DE COHESIÓN SOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD	40
Factores exógenos asociados a la cohesión social.....	40
Factores endógenos que mejoran la cohesión social.....	43
4.2. REFORMAS FINANCIERAS EN EL SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EUROPA Y SUS IMPLICACIONES PARA LA COHESIÓN SOCIAL	43
Descentralización	44
Selección Adversa.....	44
Incentivos Monetarios.....	45
4.3. FACTORES INSTITUCIONALES QUE INFLUENCIAN LA CAPACIDAD DE LLEVAR A CABO LAS REFORMAS. LA ECONOMÍA POLÍTICA DEL SECTOR SALUD.	46
5. CONCLUSIONES	53
6. REFERENCIAS	56

Índice de Figuras

Figura 1. Dimensión vertical y horizontal.

Figura 2. Estructura del Sistema de Salud inglés.

Figura 3. Estructura del Sistema de Salud español.

Figura 4. Estructura del Sistema de Salud costarricense.

Figura 5. Estructura del Sistema de Salud chileno.

Figura 6. Estructura del Sistema de Salud francés.

Figura 7. Estructura del Sistema de Salud paraguayo.

Figura 8. Estructura del Sistema de Salud mexicano.

Figura 9. Estructura del Sistema de Salud colombiano.

Figura 10. Estructura del Sistema de Salud alemán.

Figura 11. Tasa de Mortalidad Infantil y Tasa de Mortalidad Materna. Promedios ponderados por regiones.

Figura 12. Análisis de la Reforma en el Sistema de Salud. Dimensión Vertical y horizontal

Índice de tablas

Tabla 1. Características Generales por región.

Tabla 2. Indicadores Sociosanitarios.

Tabla 3. Indicadores de Gasto en Salud.

Tabla 4. Resumen de Reformas

Tabla 5. Resumen Subsistema Público.

Tabla 6. Resumen Seguridad Social.

Tabla 7. Resumen Subsistema Privado.

1. INTRODUCCIÓN

Las reformas llevadas a cabo en los sistemas de salud de los países en desarrollo durante la década de los noventa continúan siendo objeto de debate a partir de los dispares resultados obtenidos. Este debate renueva el desafío de diseñar e implementar medidas que permitan aumentar la eficiencia asignativa y la equidad en salud, a fin de favorecer una mayor cohesión social, mejorando las oportunidades de la población, independientemente de su nivel de ingreso.

En sentido amplio, la organización de un sistema de salud busca proveer a la población de un oportuno, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. Estos sistemas cuentan con ciertas particularidades, que requieren de la participación del Estado para resolverlas, y cubren un amplio espectro de intervenciones. Este se extiende desde la definición de un marco regulatorio para garantizar la calidad de las prestaciones ocurridas dentro del sector, hasta la prestación directa de servicios en instituciones propias, pasando por la estandarización de paquetes sanitarios y el financiamiento de acciones o insumos generados por terceros.

En todo caso, el papel desempeñado por el Estado se justifica desde dos perspectivas complementarias. La primera es una perspectiva social, persiguiendo el objeto de proteger el estado de salud de las personas, sus familias y la comunidad. Desde una perspectiva de teoría económica, las asimetrías de información entre pacientes, médicos y aseguradores, y las externalidades generadas por el sector, ameritan de estructuras activas de intervención que converjan a un sistema eficaz.

A partir de las experiencias recientes de reformas en salud, el papel desempeñado por el sector público es redimensionado. El mismo avanza más allá de la definición y regulación de mecanismos y fuentes de financiamiento, sino que se involucra en el análisis de la economía política del diseño y la gestión de reformas. Para ello debe incrementar su capacidad institucional para identificar experiencias exitosas, establecer prioridades sectoriales, generar consensos sociales y liderar el proceso de cambio.

En general se observa cierta correlación entre dicha habilidad y la efectividad financiera del gasto en salud. Por ello, este trabajo propone exceder el ámbito regional de comparaciones, y enfocar el análisis de sistemas y reformas en países desarrollados.

Los estudios de salud comparados realizados entre países de América Latina permiten extraer algunas lecciones, aunque incompletas. El presente trabajo pretende contribuir a cubrir ese déficit, incorporando en el análisis naciones de perfiles socioeconómicos avanzados. Los objetivos del trabajo pueden resumirse en:

- i)* Analizar patrones de organización intra-sistemas en términos de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, y la participación del sector público y del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud.
- ii)* Identificar actores participantes en el sistema y los mecanismos de reformas financieras generadas por las naciones seleccionadas.
- iii)* Plantear un marco de referencia para el análisis comparado, considerando la estructura de cada sistema de salud, sus implicancias en términos de equidad, cohesión social y aseguramiento; y los mecanismos de transferencia y absorción del riesgo entre actores.

El criterio adoptado para la determinación de los países a incorporar, surge de la expresión de intereses manifestada por cada una de las naciones participantes en el Proyecto. El mismo propone un mecanismo de cooperación que permita el intercambio de experiencias y el compromiso de articulación de conceptos con políticas. La selección incluye a cinco naciones latinoamericanas (Chile, Colombia, Costa Rica, México y Paraguay), y a cuatro europeas (Alemania, España, Francia, e Inglaterra).

La información utilizada fue tomada de las bases de datos del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, más una revisión de literatura sobre los procesos de reforma implementados en la última década en las naciones seleccionadas.

El trabajo se divide en cinco secciones: en la siguiente sección se realizará una descripción del marco teórico que guiará el desarrollo de esta investigación. En la sección tercera se llevará a cabo un breve análisis de los sistemas de salud de las distintas naciones desde una perspectiva económica y la presentación de los esfuerzos de reformas financieras llevadas a cabo en cada una de los nueve países. La cuarta sección propone un análisis comparativo de sistemas y reformas, conjuntamente con la discusión de algunos aspectos socioeconómicos asociados con cada país analizado. Finalmente en las conclusiones se proponen algunas sugerencias al debate de política pública sobre alternativas de organización, financiamiento y provisión de prestaciones en el área.

2. MARCO TEÓRICO Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El Informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000 define un Sistema de Salud como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos que se destinan a producir “acciones de salud”, es decir, todos aquellos esfuerzos cuyo propósito sea promover, restaurar y mantener la salud. Este objetivo principal se puede dividir, sin embargo, en dos instancias: 1) alcanzar el mejor nivel global de salud (*goodness*); y 2) minimizar las desigualdades entre distintos grupos poblacionales (*fairness*).

La particularidad de un Sistema de Salud es que, a pesar de su característica de “bien social” y la existencia de un acuerdo internacional sobre la necesidad de garantizar su acceso, su operatoria se desenvuelve bajo condiciones de mercado. Ello constituye un desafío de política: cómo hacer operativo el compromiso de acceso eficaz a la salud, en un marco de escasez de recursos, y caracterizado por “fallas de mercado”².

Paralelamente, el ser humano no sólo es consumidor del “bien salud”, sino que es “coproductor” del mismo mediante sus hábitos de alimentación, higiene, cumplimiento de las recomendaciones médicas y prevención. Sin embargo, y por sobre otras características, los mercados de bienes y servicios en salud son especiales debido a que la probabilidad de enfermedad involucra un riesgo y que tanto el individuo como la sociedad prefieren asegurar intertemporalmente su cobertura, para evitar los gastos asociados con la efectiva ocurrencia de la enfermedad.

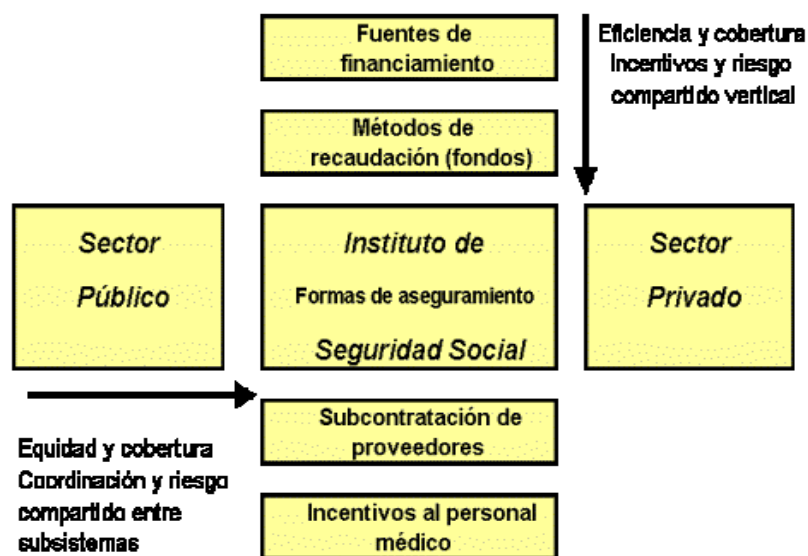
Lo planteado en el párrafo anterior refiere a una condición natural de aversión al riesgo y a la falta de previsión perfecta respecto a la ocurrencia de shocks de enfermedades. Ello, a su vez, lleva a considerar la compra de seguros de salud con el objetivo de diluir el riesgo asociado con tales eventos. Un sistema de aseguramiento social brinda

² Estas fallas de mercado, en el decir de la teoría económica, son producidas por problemas de información asimétrica, tanto a nivel médico-paciente, como proveedor-financiador, así como también por la presencia de externalidades.

al Sistema de Salud de un soporte financiero sostenible en el tiempo que permite a contingentes de población más amplios tener acceso a servicios sanitarios dentro de un marco de transferencias entre grupos de ingreso. A mayor universalidad del seguro, mayor probabilidad de cubrir a menor precio o prima los riesgos de toda la población (concepto de risk pooling).

Por el contrario, un sistema fragmentado limita la capacidad de respuesta ante la eventualidad de un episodio catastrófico. Las condiciones de cualquier estructura de seguro son básicamente tres: (i) contar con un padrón determinado de beneficiarios; (ii) definir un paquete de servicios disponible para los usuarios; y (iii) establecer criterios sobre transferencias financieras de fondos, de modo que existan subsidios cruzados entre usuarios sanos y no sanos, y entre grupos ricos y pobres. La organización de cualquier Sistema de Salud implica considerar entonces, dos dimensiones (1):

Figura 1 - Dimensión Vertical y Horizontal



Fuente: Maceira (2001)

Una **Dimensión Horizontal**: que plantea las relaciones entre cada uno de los actores o subsistemas que participan en la atención sanitaria y que a su vez forman parte de la red de aseguramiento social. Cobra especial importancia en los casos donde el sistema de salud es de naturaleza mixta, y por lo tanto requiere de instancias de coordinación para maximizar la cobertura de salud de la población. Esta dimensión es la que determina los criterios de riesgo compartido entre subsistemas y sus efectos sobre los patrones de selección y transferencia de pacientes. La dimensión horizontal establece los patrones de cobertura desde la equidad del sistema.

Una **Dimensión Vertical**: que postula las relaciones de cada una de las estructuras que participan del sistema, desde la organización interna de su funcionamiento: (i) las fuentes de financiamiento, (ii) la estructura de los fondos de aseguramiento, (iii) los mecanismos de financiamiento de tales fondos, y (iv) las alternativas de integración y de pago a los proveedores de servicios de salud. La dimensión vertical establece los patrones de cobertura desde el punto de vista de la eficiencia interna.

Existen dos modelos bien diferenciados dentro de los sistemas de salud: Centralizado y Segmentado, ya sea este integrado verticalmente o estructurado mediante contratos.

En el primero, la responsabilidad de la organización, financiación y prestación descansa en el sector público. Al igual que bajo un sistema de seguro universal, en un modelo centralizado se logra una mayor diversificación del riesgo al interior del sistema.

Por otro lado, en la mayoría de los países latinoamericanos se desarrollaron modelos segmentados, con una clara división en la población objetivo entre subsistemas (público, privado y seguridad social). En estos casos, es necesario identificar posibles mecanismos de selección adversa que pueden afectar a la equidad y a la eficiencia asignativa. Normalmente, se observa al sector público orientado en la cobertura de la población más pobre, asumiendo el riesgo financiero y epidemiológico del modelo; mientras que los trabajadores formales y los sectores de mayores ingresos encuentran cobertura en el seguro social o en el sector privado.

En todos los casos, la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud puede considerarse un indicador de equidad del sistema, el que se encuentra orientado a consumos diferentes de acuerdo al sector social. El gasto de los hogares más ricos se asocia principalmente a la compra de seguros (previsión), mientras que los sectores de menos ingresos co-financian directamente al tratamiento (curación). La existencia de subsidios cruzados entre los subsistemas es determinante en el nivel de equidad resultante.

Desde la perspectiva de la dimensión horizontal se estudian los problemas asociados con las fallas de coordinación entre actores, que surgen de la separación de funciones. Este análisis es especialmente relevante en los países de latinoamericanos, debido a la naturaleza fragmentada, tanto financiación como en provisión de sus modelos de salud.

Por otro lado, desde la dimensión vertical se plantean los problemas vinculados con los mecanismos de transferencia y absorción de riesgo entre financiadores, aseguradores y prestadores; y la estructura de incentivos generada a través de las relaciones contractuales entre ellos.

La sección siguiente analizará la estructura de los sistemas de salud de las naciones mencionadas, presentando la organización de cada sistema según el esquema de la Figura 1, describiendo los actores y elementos participantes de ambas dimensiones (horizontal y vertical) y explicará su articulación para cada caso en particular.

A partir de estos ejes metodológicos planteados, el trabajo tiene como objetivo analizar las características que presentan las distintas modalidades de organización de los Sistemas de Salud de algunas naciones de Europa (Alemania, España, Francia e Inglaterra), y América Latina (Chile, Colombia, Costa Rica, México y Paraguay), con el fin último de dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué características diferencian la organización de los servicios de salud en cada una de las regiones consideradas?
- ¿Qué papel desempeña el Sector Público en cada región?
- ¿Cuáles han sido los esfuerzos de reformas financieras implementadas en tales naciones?
- ¿Cuál es el impacto de la organización de los sistemas sobre indicadores de cohesión social de las naciones consideradas?

3. SISTEMAS Y REFORMAS. ESTUDIOS DE CASO

A lo largo de la presente sección se presentarán las características generales de los diferentes sistemas de salud seleccionados. El enfoque que se le brindará al análisis será desde una visión de la economía de la salud, el que claramente no excluye otras miradas (socio sanitarias, epidemiológicas, etc.), sino que la complementan, a fin de caracterizar en modo más completo un fenómeno complejo como el que nos ocupa.

El marco de análisis será el presentado en la sección anterior. El mismo diferencia las estructuras de recolección de recursos, generación y gerenciamiento de fondos, y modos de contratación de instituciones y profesionales de la salud, y cuenta con tres propósitos específicos.

El primero de ellos es conocer los mecanismos de financiamiento y pago, y por tanto, los esquemas de incentivos presentes en cada caso, y su estructura de transferencia de riesgos financieros entre actores. El segundo propósito es identificar la consistencia de las reformas financieras llevada a cabo a fin de establecer si las mismas son reflejo de las limitaciones existentes. Adicionalmente, se procura identificar los efectos de la organización de los sistemas analizados sobre la cohesión social de las naciones estudiadas; dicho de otro modo, cómo los sistemas de salud ahondan las características socioeconómicas existentes o establecen pautas que fomentan una mayor equidad.

3.1. SISTEMA DE SALUD DE INGLATERRA

3.1.1- Características del sistema

El sistema de salud inglés está conformado por dos subsistemas: el público y el privado. El subsistema público, el National Health Service (NHS), como hoy lo conocemos es universal en cuanto a beneficiarios y amplio en cuanto a prestaciones. El sector privado, por su parte, es voluntario para la población que desee contratar un seguro alternativo al provisto universalmente por el estado y comprende algunos servicios complementarios.

El NHS cuenta como población beneficiaria a todo residente regular del país. El NHS es un instrumento del Departamento de Salud y su estructura y funcionamiento se financia con rentas generales, lo que le da carácter de universal. Conforman una estructura verticalmente integrada con sus prestadores, tanto en propiedad como en control, en tanto se articula con ellos a través de reglas y estándares que son periódicamente controlados. Las instituciones pertenecientes al NHS deben previamente registrarse, y su ámbito de operación es a nivel regional a través de las Autoridades de Salud Estratégica (SHA). Existen diez SHA, creadas en 2002 con el objetivo de administrar el NHS a nivel local y constituirse en el vínculo entre el NHS y el Departamento de Salud (2). Las mismas desarrollan planes locales atención, promoción y control, y monitorean el desempeño de las organizaciones registradas en el NHS. Cada SHA coordina diferentes Trusts que son grupos responsables de administrar los servicios provistos. En el marco del NHS toda la población es libre de elegir la institución y el profesional contratado por el NHS con los que desea atenderse.

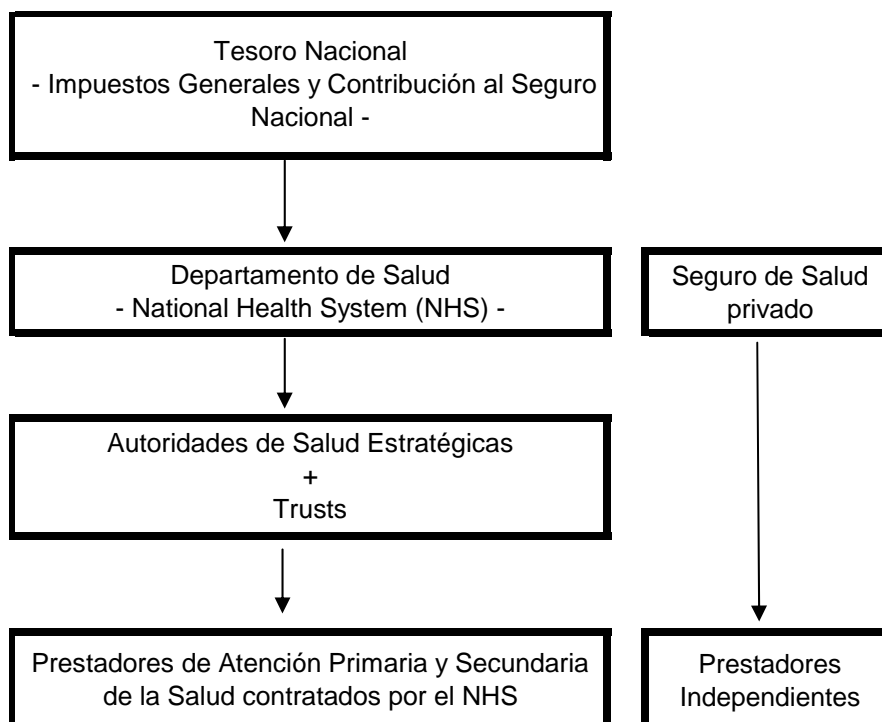
Los *Trusts* son organizaciones responsables de cada tipo de servicio a nivel local (por ejemplo, Primary Care Trust). Estas organizaciones evalúan las necesidades de la población local y actúa en nombre de ella contratando servicios acorde, ya sean hospitales, médicos clínicos, dentistas, oftalmólogos, servicios de transporte de pacientes, farmacias, entre otros. El PCT maneja 80% del presupuesto del NHS. En

orden de importancia lo sigue el trust de Cuidado Intensivo (Acute Trust) que controla los establecimientos con internación, el Trust de Ambulancias (Ambulante Trusts) y el Trust de Salud Mental (Mental Health Trust).

Con el objetivo de ampliar el cuidado de los individuos, más allá de la atención en salud, el Care Trust se encarga de combinar los cuidados en salud con la asistencia social. Por ejemplo, este trust coordina y garantiza la provisión de servicios de recuperación pos tratamientos.

Los prestadores que celebran contratos con los trusts de Atención Primaria locales prestan los servicios básicos incluidos en tal contrato, aptos para realizar estudios de rutina y cuentan con sus propios equipos de trabajo. Pueden expedir recetas y derivar a los pacientes a médicos más especializados y a hospitales en caso de que los mismos requieran de cuidados no manejados por sus consultorios. Complementan estas tareas los llamados “walk-in-centres”, atendidos por enfermeros habilitados, y otros mecanismos de asistencia inmediata no presencial (NHS Direct, por internet, telefónicamente o por TV, con un costo de 5 centavo de libra por minuto).

Figura 2 – Estructura del Sistema de Salud Inglés



Fuente: Elaboración propia

El sector privado, por su parte, se conforma por aseguradoras contratadas voluntariamente, y toma dos formas: compañías basadas en el empleo (59% del total) y aseguramiento individual (31%). El 10% restante corresponde a aseguradoras contratadas por grupos de trabajadores independientes o sindicatos. En 1996 había 25 aseguradoras privadas, de las cuales 7 eran instituciones sin fines de lucro y las 18 restantes aseguradoras comerciales entre las que se encuentran varias mutuales. Todas estas aseguradoras subcontratan instituciones de atención en salud que son independientes del NHS, definiendo una estructura vertical en propiedad pero no en control. Ello es así en tanto estas instituciones deben respetar los estándares de calidad y precio impuestos por el NHS (3).

La oferta de servicios utilizadas por tales seguros privados se constituye por aproximadamente 230 hospitales y centros de cirugía independientes, el 60% de los cuales están en manos de 5 grupos económicos y concentran el 65% del total de camas privadas.

3.1.2- Recursos financieros y gasto en salud

El NHS se financia con impuestos generales más un elemento de contribución a un seguro nacional, que el Tesoro Nacional transfiere al Departamento de Salud. La base imponible es amplia y se estima que el sistema impositivo no es regresivo, puesto que el sistema global es considerado progresivo. A partir de 1998 la modalidad de asignación de presupuesto se realiza en base a las expectativas de gasto y necesidades trianuales. Los fondos se distribuyen a las autoridades locales, una vez asignada una parte a la atención primaria y otra a los hospitales y atención secundaria.

El presupuesto para la atención secundaria, de mayor complejidad, se realiza en base a una fórmula de capitación originada en 1976 y reformada en varias oportunidades, y cuya esencia pondera variables regionales asociadas con población, género y edad, índices de mortalidad y diferencias de costos de servicios. A su vez, las autoridades regionales distribuyen su parte de los recursos entre los distritos siguiendo criterios históricos y características locales. El presupuesto asignado a atención primaria, sin embargo, no sigue el principio de capita ponderada, por lo que existen diferencias en el gasto per cápita entre familias.

Por su parte, el aseguramiento privado voluntario, es financiado directamente por el individuo que desea adquirir su paquete de servicios. A 1999 los principales servicios financiados mediante gasto de bolsillo son los medicamentos, servicios dentales y oftalmología. Ello sufre modificaciones en años siguientes, como se verá a continuación.

3.1.3- Mecanismos de pago

El mecanismo de remuneración instrumentado por el NHS a sus prestadores, vigente a 1999, cuenta con pagos a hospitales mediante contratos entre la autoridad local y el establecimiento, donde se especifican los servicios a proveerse y su precio. Se distinguen tres tipos de contratos: (i) los *Sophisticated Block Contracts*, que representan el 69% de las contrataciones, definen un rango de servicios para toda la población por una suma predeterminada de dinero, (ii) los *Cost-and-volume Contracts*, con 25% de participación, que permiten la prestación de un paquete capitado de servicios más específicos, y finalmente, (iii) los *Cost-per-case Contracts*, con 5% de incidencia, que definieron un gasto en salud asociado al nivel de actividad de los hospitales, a nivel paciente.

Los médicos clínicos son pagados por el NHS como profesionales independientes bajo el principio del "cost plus", que cubre sus honorarios más un pago por prestación, controlado por el Doctors' and Dentists' Review Body). Los principales elementos del sistema de pago son: Capitas, Subvenciones, Pagos de Promoción de la Salud, ítem de pago de servicios. En suma, cobran según la cantidad de pacientes en sus listas.

Los médicos son contratados directamente por el NHS con un salario fijo, teniendo permitido facturar en el sector privado hasta un 10% de su remuneración pública, en tanto en la esfera privada el pago es generalmente por prestación.

3.1.4- Reformas

En reforma encaminada por el Gobierno Conservador desde 1991 sobresalían cuatro organizaciones principales: autoridades de salud regional, autoridades de salud del distrito, *General Practice Fundholders* y *NHS trusts*. El gobierno entrante manifestó desde el comienzo que tal estructura propició la fragmentación, inequidad y burocratización del sistema, por lo que planeó una serie de reformas (4), donde el modelo de eficiencia y equidad en la asignación de recursos fue redefinido, a partir de una serie de medidas fuertemente asociadas con el financiamiento.

- Abolición de los fondos para Médicos Generalistas: En 1991, el Partido Conservador implementó esquemas presupuestarios para consultorios clínicos que permitían contratar insumos y servicios para pacientes registrados, de modo que las funciones de contratación y prestación de servicios eran dirigidas por el mismo actor. A partir de 1999 se comenzó a reemplazar este grupo de médicos clínicos con manejo de presupuesto por Grupos de Atención Primaria que luego evolucionaron a lo que hoy se conoce como los Trusts de Atención Primaria, descentralizando las funciones de provisión y manejo presupuestario. Ello, sin embargo no modificó los mecanismos de pago a médicos generalistas, puesto que el presupuesto destinado a la contratación de servicios es independiente del destinado a la remuneración de los profesionales.
- Reformas en los sistemas de pagos: Desde 1999 el partido Laborista intenta cambiar el mecanismo de pagos descrito en la sección anterior hacia un mecanismo de contratación de largo plazo. Con ello, se busca reducir los costos de transacción celebrando contratos a tres años de plazo, con la intención que el nuevo sistema de contratación desvíe el foco desde los costos hacia la calidad de los servicios. La propuesta para esta reforma está detallada en el documento *Agenda for change: modernising NHS pay*, de 1999. En 2004 tuvo lugar una reforma en el mecanismo de pago a los médicos generalistas que significó que serían recompensados no sólo por la cantidad de pacientes que atendieran, sino también, por la calidad del servicio que ofrecen.
- Reforma en asignación de presupuesto (1998): En 1998 el sistema de asignación se reformó: se sustituyó el mecanismo anual por un plan por tres años, con un cronograma de gastos y rendimiento de gestión por período.
- Creación de las Autoridades Estratégicas de Salud y los trusts (2002): Con el objeto de descentralizar la función de toma de decisiones y la autoridad. Junto con este cambio, las antiguas Autoridades de Salud fueron reemplazadas por las Autoridades de Salud Estratégicas para controlar el funcionamiento del NHS y sus prestadores a nivel local.
- Procedimiento de control anual (annual health check) (2005): Desde 2005 las autoridades de salud emiten anualmente un ranking de instituciones prestadoras de servicios adheridas al NHS, cuyos criterios de orden son la calidad de los servicios y el uso de los recursos. La escala del ranking tiene cuatro puntos: excelente, bueno, regular, insatisfactorio. El propósito de esta reforma es incentivar a los prestadores a ofrecer mejores y más eficientes servicios.
- Reforma en el servicio dental del NHS: A partir de abril de 2006 el Trust de Atención Primaria se hace cargo de la contratación de servicios dentales que incluyen consultas de rutina y cuidados especiales. El detalle de servicios ofrecidos depende de lo estipulado en el contrato entre el PCT local y el prestador.

3.2. SISTEMA DE SALUD DE ESPAÑA

3.2.1- Características del sistema

España se encuentra territorialmente organizada en 17 regiones altamente descentralizadas (Comunidades Autónomas, CA), con sus respectivos gobiernos y parlamentos. Con la reforma constitucional de 1978 se estableció el derecho de todos ciudadanos españoles a la protección sanitaria y se configuró la estructura de organización regional del sistema. El mismo tiene tres componentes: participación pública, un sistema de seguridad social y participación privada a través de seguros voluntarios.

A nivel central, el Ministro de Salud y Consumo asume responsabilidad por algunas áreas consideradas estratégicas que incluyen: coordinación general y legislación sanitaria básica, definición de un paquete de servicios garantizado, política farmacéutica y política educativa. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), compuesto por representantes de las comunidades autónomas y el Estado promueve la Cohesión del sistema. El Acta de Cohesión y Calidad adoptada en el año 2003 determinó que el mismo esté compuesto por el Ministro de Salud y Consumo y los ministros responsables de la salud en los niveles locales. Las decisiones en el CISNS deben ser consensuadas, siendo ello señalado por varios autores como causal de ineficiencias en lo que hace a la dificultad para lograr acuerdos sobre marginación, financiamiento del sistema, crecimiento del gasto en salud y control (5).

Todas las Comunidades Autónomas presentan la misma configuración estructural del “mapa de salud”, con dos subdivisiones territoriales: *Áreas de Salud* y *Zonas de Salud*. Las Áreas de Salud deben cubrir a una población no menor de 200.000 habitantes y no mayor de 250.000 y contienen a los Hospitales de Atención Especializada. Las Zonas de Salud, incluidas en las anteriores, son las unidades menores y se encuentran organizadas alrededor de un Centro de Atención Primaria cubriendo entre 5000 y 25000 habitantes. El Médico Generalista representa la puerta de entrada al sistema público.

Complementando al sistema público se encuentran las Asociaciones Mutuales, constituidas por personal del Estado. Las mismas se constituyeron para paliar las carencias que tenía el antiguo sistema de Seguridad Social. Son tres las mutuales de funcionarios públicos, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cada una de ellas adscriptas al Ministerio al cual pertenece el personal. Los funcionarios se vinculan a estas entidades y adquieren la condición de mutualistas, lo que les da derecho a gozar –entre otros servicios- de la asistencia sanitaria y farmacéutica conforme a lo establecido en sus leyes reguladoras.

Las Mutuales mencionadas son: (i) La Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), creada en 1976, adscripta al Ministerio de Administraciones Públicas, (ii) El Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), creado en 1978, adscripta al Ministerio de Defensa, y (iii) La Mutualidad General Judicial (MUGEJU), creada en 1978, adscripta al Ministerio de Justicia. En septiembre de 2005 el número total de titulares y beneficiarios de las Mutuales se elevaba a 2.120.088 personas. De esta cifra, 1.584.908 corresponden a MUFACE (74,8% del total), 447.273 a ISFAS (21,1%) y los restantes 87.907 a MUGEJU (4,15% del total) (6).

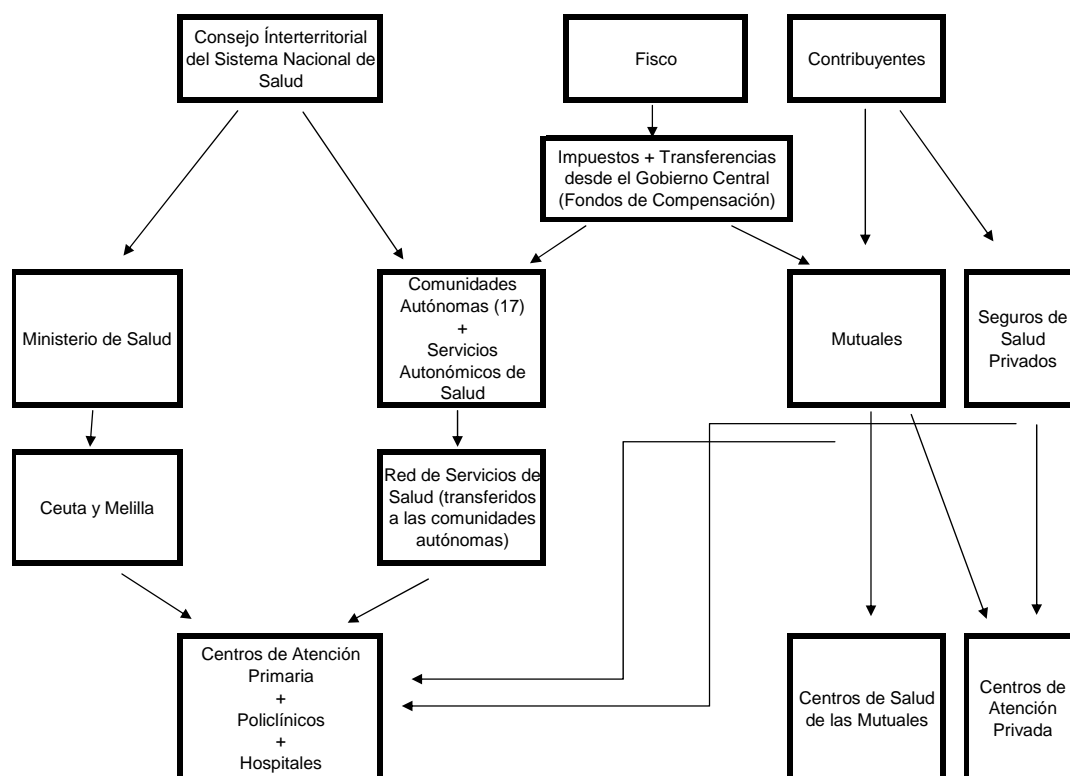
El seguro privado formalmente es complementario, ya que las personas pueden estar cubiertas en el Sistema Nacional e igualmente adicionar este tipo de aseguramiento. Sin embargo, de acuerdo a los motivos de contratación, se los puede clasificar como

substitutos, complementarios o suplementarios al Sistema Nacional. Los seguros privados se encuentran altamente concentrados en las ciudades de mayor población. Entre el 20 y 25% de la población de Madrid y Barcelona cuentan con los mismos.

Otro rasgo distintivo del mercado del seguro privado de enfermedad es su alta concentración. En 20 años, de 1985 a 2005, en España han pasado en este mercado de operar 221 entidades a hacerlo solamente 101. Este proceso de concentración se ha dado fundamentalmente de 1985 a 1995, como consecuencia de la búsqueda de economías de escala y competitividad por parte de las entidades de cara a operar en el Mercado Único europeo. Fruto de ello puede verse cómo, en 2005, el 51,45% del volumen total de negocio del ramo es controlado únicamente por 3 compañías. Y las 5 primeras representan el 64,77%. En comparación con el resto de los países europeos, los seguros privados en España tienen centros de atención propios (integración vertical), tanto a través de infraestructura propia o mediante contratos de largo plazo con servicios de salud (7).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de España (8), el 7.9% de la población española había contratado en el año 2004 un seguro privado voluntario y un 3.8% lo había efectuado a través de la relación empleado – empleador, sumando entre ambas un 11.7% de la población. Si a ello se adiciona a los afiliados a los fondos mutuales, la población con seguro alcanza el 15% aproximadamente.

Figura 3 – Estructura del Sistema de Salud Español



Fuente: *Elaboración propia*

La población cubierta por el Sistema de Nacional de Salud es prácticamente universal, 99.5%, lo cual asume un paquete razonablemente extendido de beneficios, independientemente del nivel de riqueza (9). El 0.5% restante consiste en población de trabajadores de altos ingresos no asalariados, los cuales que no se encuentran obligados a afiliarse al Sistema Nacional de Salud por Decreto Real 088/89.

El Sistema Nacional de Salud ofrece un paquete universal que fue elaborado en 1995 por decreto real y extendido en el año 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El mismo, obligatorio también para las mutuales, incluye atención de salud primaria y especializada, medicamentos, ortopedia, productos dietéticos, transporte de paciente, servicios sociales y de salud pública, dejando la regulación de los beneficios de los paquetes a las comunidades autónomas.

Las únicas atenciones que se encuentran excluidas son las asistencias dentales para adultos, tratamiento de cambio de sexualidad, psicoanálisis y cirugías plásticas no relacionadas con accidentes, enfermedad o malformaciones congénitas.

3.2.2 – Recursos financieros y gasto en salud

El financiamiento del sistema español se basa en fondos provenientes del sector público en un 71,2%, siendo ellos provenientes del gobierno central y regional (excluyendo fondos mutuales) en un 65,9%. El sector privado, que aporta el 28,8% remanente lo hace a través de seguros privados (4,3%) y gastos de bolsillo (23,7%). El Sistema Público se financia prácticamente en su totalidad con impuestos nacionales (coparticipados a las comunidades autónomas), e impuestos directos recaudados por las CA. A ello se suma copagos y otras transferencias que efectúa el gobierno central a través de fondos de carácter redistributivo y con foco en la infraestructura del sistema (10).

El proceso de transferencia de los servicios de salud implicó que el nivel central de gobierno comenzara a coparticipar parte del Impuesto al Consumo y del Impuesto al Ingreso de las Personas generados en esos territorios. Al tiempo que se les permitió a las mismas incrementar alícuotas de tributos directos que ya eran recaudados regionalmente. A ello se suman otras transferencias desde el nivel central a través principalmente de dos fondos: (i) el Fondo de Compensación Interterritorial: diseñado con el objeto de financiar proyectos de inversión que compensen desigualdades regionales en términos de infraestructura sanitaria, y (ii) el Fondo de Cohesión Sanitaria: para garantizar equidad en el acceso a los servicios de salud a aquellas personas que se atienden en regiones fuera de su área de residencia y extrajeros.

Las Mutuales se financian en un 70% a través de transferencias del Estado obtenidas a través de la recaudación impositiva y el 30% restante con aportes de los empleados. Generalmente los miembros pueden optar por ser cubiertos a través del Sistema Nacional de Salud, con lo cual la mutual le paga por cápita directamente al Sistema de Salud; u optar por el sistema privado, en cuyo caso la mutual establece convenios con aseguradoras privadas a través también de pagos por cápita. Esto implica, por una lado, que las mutuales transfieren el riesgo al Sistema Nacional de Salud o a las aseguradoras privadas, y además que existe un subsidio cruzado, ya que el Estado financia el seguro privado del mutualista.

El sistema nacional de salud establece copagos solamente para las prestaciones ortoprotésicas y farmacéuticas y que se encuentran asociados al tipo de enfermedad y a que el individuo sea o no pensionado. Paralelamente, las mutuales también exigen copagos, que tampoco están asociados al nivel de ingreso.

3.2.3- Mecanismos de Pago

Los mecanismos de pago difieren entre los diversos servicios de salud. Los Centros de Atención Primaria reciben fondos por capitas, con diferencias entre profesionales. Por

ejemplo, los médicos de los Centros de Atención Primaria cobran por salario el 85% y por cápitales el 15% restante. El resto del personal de las salud que trabajan en atención primaria (enfermeros, y demás trabajadores de la salud) son asalariados. Las CA pueden incorporar adicionales a los salarios del personal, hecho que ha traducido en importantes diferenciales de remuneraciones entre comunidades autónomas.

Un aspecto que resulta importante destacar es que todas las negociaciones laborales son efectuadas con la autoridad sanitaria regional y los managers de los centros asistenciales tienen por lo tanto muy baja capacidad de negociación para incorporar incentivos salariales. Esto hace que una política más flexible de recursos humanos se vea dificultada y limite a los managers en sus intentos por estimular al personal a través del cumplimiento de objetivos específicos (11).

Los Hospitales Públicos Especializados, por su parte, reciben ingresos a través de un presupuesto general, mientras que los Hospitales Privados reciben fondos por prestación.

3.2.4- Reformas

Los principales problemas del sistema en los últimos años y que han concentrado gran parte de los esfuerzos de reforma durante los noventa han sido tres aspectos: descentralización, control de costos, y reducción de tiempos de espera.

Tanto las medidas de contención de costos como el proceso descentralizador se gestaron en forma conjunta. En primer lugar, se traspasaron las redes asistenciales que pertenecían al sistema de seguro social en forma progresiva a las comunidades autónomas, comenzando en 1981 con Cataluña y finalizando en 1994 con las Islas Canarias. Finalmente, desde el 1 de Enero del 2002 la descentralización de recursos y gastos culminó con el proceso. El nivel Central comenzó a coparticipar parte del Impuesto al Consumo y del Impuesto al Ingreso de las Personas generados en esos territorios. Al tiempo que se les permitió a las mismas incrementar algunos tributos directos que ya eran recaudados regionalmente.

Las medidas para contener costos incluyeron que el gasto en salud en cada comunidad autónoma no debería superar el crecimiento del PBI y se fijó un tope al incremento de los impuestos directos. Con este límite superior a la presión impositiva teórica, se buscó que las CAs se concentraran en la contención de costos, en vez de dejar crecer el gasto en salud.

Respecto a las prestaciones, en el año 2003 con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud definió un paquete con beneficios básicos que incluían atención de salud primaria y especializada, medicamentos, ortopedia, productos dietéticos, transporte de paciente, servicios sociales y de salud pública, dejando la regulación de los beneficios de los paquetes a las comunidades autónomas. A su vez se incorporaron las prestaciones odontológicas, excluidas del plan de cobertura, a los niños.

Finalmente, por decreto real 605/2003 se establecieron los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas correspondientes a los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de éstas para el conjunto del sistema que permita el análisis y evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

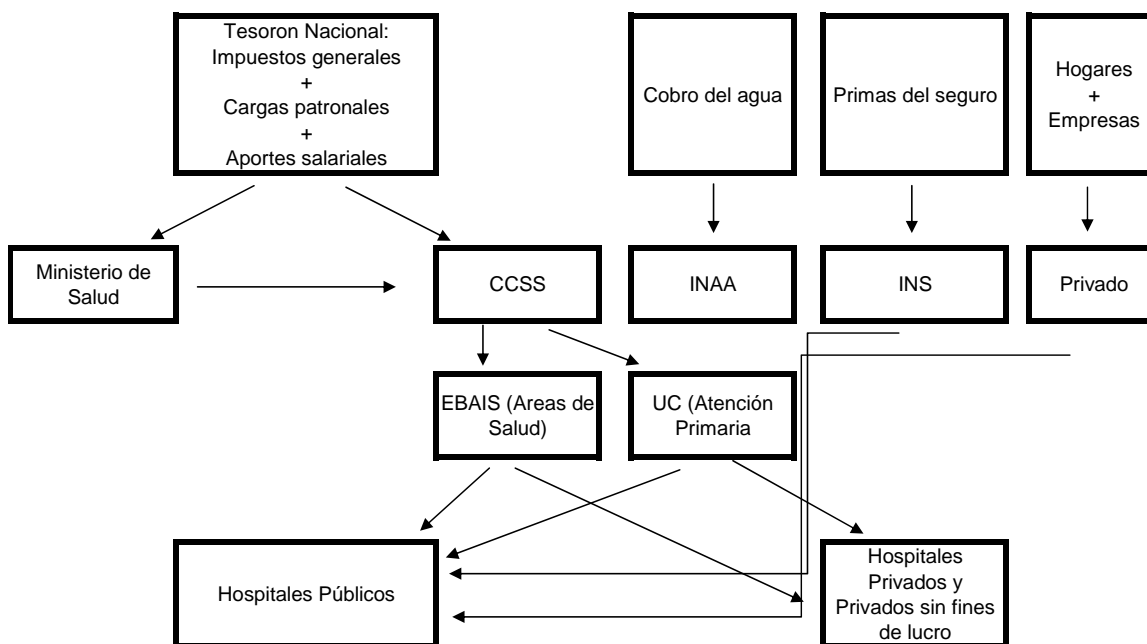
3.3. SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA

3.3.1- Características del sistema

El sistema de salud en Costa Rica está conformado por dos subsistemas: público y privado. El primero está integrado por las siguientes instituciones: el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y la Universidad de Costa Rica.

Luego de la reforma llevada a cabo en el sistema en 1994, el MS se constituyó como el organismo rector del sistema, cumpliendo con las funciones de atención preventiva, dirección, conducción y regulación. Este posee una estructura descentralizada: seis direcciones centrales, nueve regiones sanitarias y 80 áreas de salud. Por otro lado, la CCSS asume la responsabilidad sobre la prestación de los servicios a los contribuyentes y sus familias. La población que recibe cobertura es mayoritariamente de zonas urbanas con empleo formal.

Figura 4 – Estructura del Sistema de Salud costarricense.



Fuente: Elaboración propia

La organización de la CCSS se encuentra descentralizada, estructurada en tres niveles: (i) central, en el cual se establecen las políticas institucionales, (ii) siete direcciones regionales, quienes son responsables de organizar la prestación de los servicios médicos, y (iii) 113 áreas locales de salud donde efectivamente se realizan las prestaciones. Para ello, la CCSS cuenta con una red propia de hospitales, clínicas y equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), aunque también contrata prestadores privados para llevar a cabo algunos programas. Estos contratos se basan en la compra directa de las prestaciones y en el programa médico de empresa, mediante el cual se transfieren recursos por las prestaciones y compra de medicamentos por la contratación de las empresas para la atención de sus trabajadores.

Los EBAIS se encuentran en cada centro comunal, y están coordinados por la clínica de la región, la cual brinda apoyo de su personal médico especializado. Actualmente existen 857 EBAIS en todo el país, y complementariamente se establecieron 1800 consultorios de visita periódica, para zonas muy alejadas y poco pobladas, donde no ha sido posible o no se ha considerado necesario establecer un centro de salud. En el segundo nivel de atención la CCSS cuenta con 10 clínicas, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Por último, en el tercer nivel de atención se encuentran 6 hospitales especializados y 3 hospitales generales de concentración nacional y alta especialización. Cada hospital general es responsable de atender a la población de su área determinada, y a los pacientes derivados de los establecimientos de salud para operaciones complejas. La CCSS no posee un paquete bien definido de prestaciones, sino que lleva a cabo programas orientados a distintas poblaciones objetivo, como embarazadas, niños de hasta cinco años y ancianos. Desde 1995 es responsable de algunas prestaciones de atención primaria, como vacunación (anteriormente llevadas a cabo por el MS).

Otro de los organismos importantes es el Instituto Nacional de Seguros (INS). Este actúa como un monopolio privado, responsable de la gestión de los seguros comerciales, los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y de riesgos de trabajo. En la práctica, se observan mecanismos de selección adversa al excluir del seguro a pacientes con determinadas enfermedades preexistentes (agravado por la ausencia de un marco regulatorio), logrando una estructura de riesgo favorable. En algunos casos, debe proveer servicios de rehabilitación, los cuales contrata a la CCSS. Por otro último, la Universidad de Costa Rica es la responsable de la provisión de algunos servicios de atención primaria, que son financiados por la CCSS.

Como se observa, en el ámbito de las prestaciones existe una importante relación entre el sector público y el privado. Este último concentra las prestaciones ambulatorias, atenciones de apoyo en salud y aparatos terapéuticos específicos; mientras que el sector público ofrece la atención hospitalaria, debido a que posee la propiedad de la mayoría de los hospitales y centros de alta complejidad del país.

3.3.2- Recursos financieros y gasto en salud

La CCSS se financia a través de una combinación de recursos transferidos por el Estado por las prestaciones de determinados servicios y las primas pagadas por los asegurados. Estas constituyen un 5.5% del salario aportado por los trabajadores, un 9.25% de cargas patronales, y un 0.25% aportado por el Estado. Los trabajadores independientes y voluntarios aportan un 4.75% y 4.6% respectivamente, mientras que el estado realiza un pago de un 5.75% por cada uno de ellos. Además, obtiene recursos de las personas bajo el esquema de pensiones (5%) y del estado (0.25%). Es necesario destacar la ausencia de los aportes del Estado, sobretodo en lo que respecta a la población pobre. La CCSS cuenta con una fuente alternativa de ingresos proveniente de la venta de lotería y las prestaciones brindadas a la población no asegurada. Este organismo posee el mayor presupuesto dentro de los organismos públicos, siendo sus gastos principales los de atención primaria, ambulatoria y medicamentos (12).

Al asumir el Estado la función de empleador en el caso de asegurados voluntarios e independientes, se genera una situación de inequidad dentro del sistema, debido a que tales aportes se llevan a cabo con independencia del ingreso de los asegurados.

Existen subsidios cruzados entre la INS y la CCSS, ya que esta última provee los servicios médicos a los pacientes afiliados al seguro por accidentes de tránsito contratados al INS.

El gasto privado presenta una importante participación en la financiación de la salud (38% del gasto total en 1998), concentrado principalmente en rubros como medicamentos y odontología. Los gastos en seguros privados o medicinas prepagas han aumentado en los últimos años, aunque su participación es todavía poco significativa dentro del total. Ello se debe al rol importante del seguro social, lo cual reduce el tamaño potencial del mercado de los seguros privados. Los pagos de bolsillo no estarían asociados con el financiamiento de enfermedades catastróficas, debido a que los pacientes pueden obtener los servicios ofrecidos por el Seguro Social (13).

3.2.3- Mecanismos de pagos

El Tesoro Nacional es el responsable de la administración de los recursos (impuestos generales y contribuciones). La distribución al MS y a la CCSS se realiza mediante un Modelo de Atención. El MS y la Universidad de Costa Rica reciben un presupuesto fijo, mientras que el INS y el ICAA se financian casi exclusivamente con la venta de sus propios servicios.

El pago a los hospitales se realiza mediante presupuesto por partidas (generalmente histórico), incluidos ciertos mecanismos de incentivos establecidos en los compromisos de Gestión de las Unidades Productoras. En cambio, en los programas de atención ambulatoria se establecen dos programas: (i) Medicina Mixta, por el cual los pacientes pagan los honorarios del profesional y la CCSS otorga los medicamentos, y (ii) Medicina de Empresas, siendo la empresa quien paga los honorarios y la CCSS brinda los fármacos. Por último, los servicios de atención primaria se pagan a través de una cápita.

3.2.4- Reforma

La principal reforma llevada a cabo en el sistema de salud se corresponde con el plan de reforma estructural del Estado de 1994. Los factores que impulsaron los cambios pueden clasificarse en endógenos (creciente gasto en salud en relación al PBI, el creciente gasto hospitalario en relación al gasto en salud ambulatorio, la ineficiente estructura centralizada del sistema, y sobre todo la inequidad en la asignación de los recursos.) y exógenos (crisis financiera y estrangulamiento de la deuda externa, transición demográfica, y cambio relativo en el perfil epidemiológico). Entre las principales medidas adoptadas se encuentran: (i) el fortalecimiento del MS, (ii) la readecuación del modelo de atención, (iii) el fortalecimiento institucional de la CCSS, y (iv) un nuevo sistema de asignación de recursos financieros (Compromisos de Gestión) (13).

Uno de los objetivos de la reestructuración del modelo de atención de la salud era el incremento de la participación de la comunidad en el área de salud. Para ello, se formaron los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) y se crearon las áreas de salud, que cuentan un equipo de apoyo profesional y técnico. Asimismo, se diseñó un Consejo de Área, que se pretende sea interinstitucional e involucre a toda la comunidad. La estrategia de atención se inicia a nivel local (en el ámbito de los EBAIS), permitiendo enfrentar la problemática de la salud desde la base. Además, se promueve una perspectiva de atención integral que demanda una acentuada gestión integrada. Otra de las medidas importantes llevadas a cabo fue la definición de un paquete básico de atención, con el objetivo de garantizar un mínimo de equidad dentro del sistema.

Entre las propuestas presentadas por el Banco Mundial para reforma del sistema se encuentra la de la división de la CCSS y la creación de nuevas instituciones, con el objetivo de incrementar la eficiencia. De esta manera, cada organismo tendría a cargo una tarea, como el financiamiento, la compra de servicios o la gestión de la red de

hospitales. Sin embargo, Costa Rica rechazó el proyecto y llevó a cabo la división interna de la CCSS, mediante la creación de gerencias responsables de las áreas antes mencionadas. A través de este mecanismo, denominado Compromiso de Gestión, se establecen contratos que determinan las relaciones entre la autoridad central y los proveedores. En el caso de los hospitales, estos se comprometen a alcanzar ciertas metas en términos de unidades de producción hospitalaria, y un 10% del presupuesto anual se asigna en función de los resultados logrados. En el futuro se espera incrementar dicho porcentaje, con el objetivo de eliminar el mecanismo de presupuesto histórico. Por otra parte, en el caso de las áreas de salud la asignación del presupuesto sujeta a resultados también es del 10%, sin embargo se aplica un esquema de capitación. Esta sería determinada por las características demográficas y epidemiológicas de la población objetivo cubierta (13).

En 1998 se intentó incorporar mecanismos de autogestión hospitalaria. El director del hospital y del área de salud asumiría la responsabilidad de la negociación de los contratos con los proveedores. Sin embargo, dicha responsabilidad continuó a cargo de la CCSS. Otra de las medidas fue la creación de las Juntas de Salud, espacios para la participación ciudadana. Su principal función sería la regulación en la ejecución del presupuesto, la elección de prestadores y de los directores en el área de salud correspondiente.

Una primera aproximación en la evaluación de los resultados de la reforma permite extraer algunas observaciones. En primer lugar, no pudo realizarse la transferencia total de los recursos humanos de los hospitales a las áreas de salud debido a la oposición gremial. En segundo lugar, los compromisos de gestión fueron establecidos y negociados directamente por la división administrativa, sin la participación de la división médica. Asimismo, no se consideró en la elaboración la sostenibilidad del seguro. Por último, la vinculación del presupuesto con los resultados no fue significativa, manteniéndose un esquema de presupuesto histórico. Sin embargo, se logró incrementar el presupuesto para el primer nivel de atención, aumentar los niveles de cobertura y acceso a los servicios de salud.

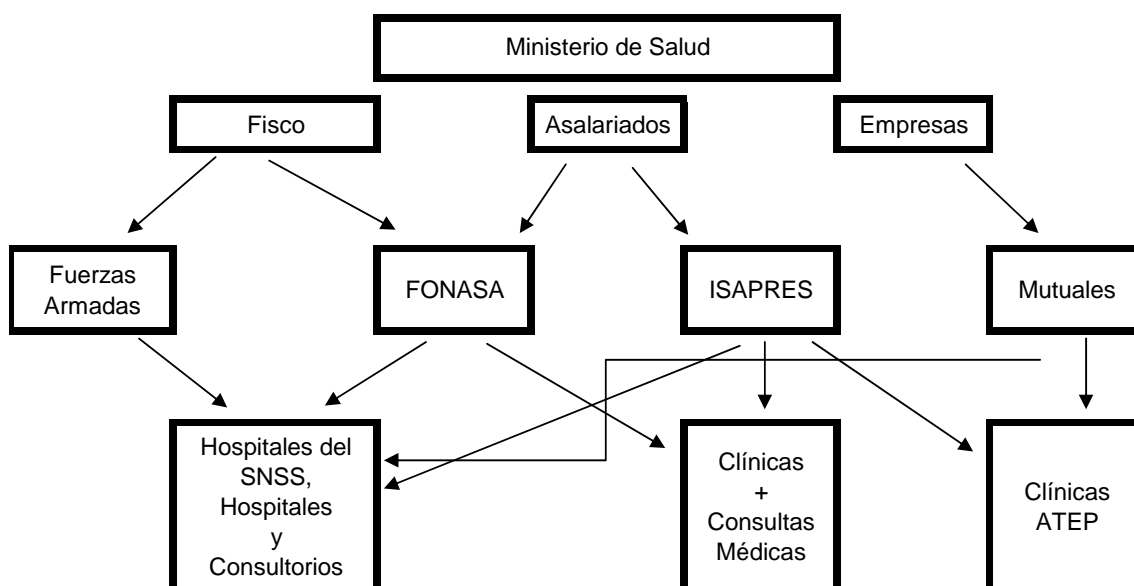
3.4. SISTEMA DE SALUD DE CHILE

3.4.1- Características del sistema

El sistema de salud chileno es dual, conformado por dos subsistemas: público, y privado. El subsistema público está compuesto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el seguro de las Fuerzas Armadas. El privado lo integran las empresas de aseguramiento (ISAPRES) y las mutuales (cubren las enfermedades asociadas a los riesgos de trabajo). Los empleados del sector formal tienen la obligación de aportar un porcentaje de su salario bruto (7%) al aseguramiento, siendo su decisión si la cotización se debe dirigir al subsistema público o privado (14). La atención primaria se encuentra descentralizada hacia el nivel municipal. Cada persona debe estar inscrita para poder acceder, con libertad de elección de la institución prestadora. Existe un Plan de salud familiar.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo público que brinda cobertura a las personas que optaron por el seguro público y las que carecen de recursos propios. Este organismo integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se encuentra regulado por el Ministerio de Salud. Existen dos modalidades en la afiliación: (i) Institucional: las prestaciones se brindan en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), y (ii) Libre elección: pueden optar por prestadores privados contratados por el FONASA (15). Esta última sólo está disponible para los contribuyentes al seguro. El seguro de las Fuerzas Armadas posee un fondo e infraestructura propia, pero contrata a los hospitales del SNSS.

Figura 5 – Estructura del Sistema de Salud chileno



Fuente: Elaboración propia

El sistema de aseguramiento privado, por otra parte, lo integran las ISAPRES. Pueden ser cerradas (orientadas a grupos definidos, como empresas) o abiertas a cualquier persona que decida cotizar (16). Existen mecanismos de selección de riesgo por parte de las ISAPRES, lo que se observa en su composición de afiliados: población del quinto quintil de ingresos (17). Las Mutuales, financiadas con aportes de los empleadores, brindan cobertura ante enfermedades asociadas con riesgos de trabajo. Poseen sus propios hospitales y también pueden contratar a los servicios del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

El sector público cubre a aproximadamente el 69 % de la población chilena: 65% corresponde al FONASA y entre el 3 y 4% a las Fuerzas Armadas. Las ISAPRES cubren cerca del 25% de la población. Con lo cual, aproximadamente un 5% de la población carece de cobertura (incluyendo a los trabajadores independientes).

Existen prestadores públicos y privados. Dentro del sector público se encuentran los hospitales de las Fuerzas Armadas, los hospitales del SNSS y los consultorios de atención ambulatoria; y por el lado del sector privado, las clínicas. Las mutuales cuentan con clínicas de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales (ATEP).

3.4.2- Recursos financieros y gasto en salud

El FONASA se financia con las cotizaciones de los trabajadores (7%), aportes del Tesoro (por la cotización y el monto de los copagos de sus beneficiarios) y copagos. Existe una clasificación de la población de acuerdo al nivel de ingresos: A corresponde a indigentes y beneficiarios de pensiones asistenciales, B, C y D, que permite calcular el monto de los copagos. En la Modalidad Institucional, los usuarios del grupo A y B, reciben atención gratuita; los del grupo C y D reciben atención primaria gratuita, pero en los restantes niveles de atención deben cancelar un 25% y un 50% del valor de las prestaciones, respectivamente. En cambio, en la modalidad Libre Elección, la bonificación alcanza el 50% del arancel en casi todas las prestaciones, excepto consultas y atención del parto en que el beneficio es mayor. FONASA ofrece préstamos médicos para el financiamiento del monto que de los copagos. Las posibilidades son: (i) totalidad del valor de las prestaciones de emergencia, (ii)

totalidad del valor de medicamentos entregados por especialistas en establecimientos públicos, y (iii) hasta un 42,5% del valor total de las atenciones que dan origen a la confección de un Programa de Atención de Salud, tales como adquisición de prótesis, intervenciones quirúrgicas (donde que se acredite riesgo vital), tratamientos psiquiátricos, de diálisis, kinesioterapia, radioterapia y quimioterapia.

Las ISAPRES se financian con las cotizaciones de sus asegurados (7% del salario), subsidios indirectos del sector público (por atención de urgencias, vacunación, etc.) y copagos. Las aseguradoras determinan el precio de cada uno de sus planes de salud, ajustados por edad, número de cargas y sexo. Los afiliados deciden si realizan un aporte voluntario para contratar planes con mayores servicios o porque su cotización no llega a cubrir el valor del plan. Asimismo, se encuentra la opción de contratar un seguro de enfermedades catastróficas voluntario. El monto del copago varía de acuerdo al plan contratado.

Los servicios de Atención primaria, que se encuentran descentralizados, se financian con los ingresos de las municipalidades y transferencias del FONASA.

3.4.3- Mecanismos de Pago

El mecanismo de pago implementado por el FONASA varía de acuerdo a la modalidad: (i) Institucional: presupuesto histórico y pagos por diagnóstico para los prestadores públicos y pagos por prestador a prestadores privados; (ii) Libre Elección: pagos por diagnóstico o por prestación (18).

Los servicios que brinda el SNSS se pagan a través de presupuesto histórico o cápita en el caso de las prestaciones de Atención Primaria. Sin embargo, existe una tendencia hacia la autogestión hospitalaria.

Las ISAPRES mantienen un sistema de pagos por prestación, y en menor medida pagos por diagnóstico.

3.4.4- Reformas

Las principales reformas desde inicios de los años 90 hasta la actualidad se concentraron en los siguientes aspectos:

1. Nueva estructura y funciones del ministerio de salud.
2. Asegurar garantías de cobertura al usuario.
3. Funcionamiento en red
4. Hospital autogestionado en red
5. Profesionalización de directivos
6. Acreditación y certificación de prestadores públicos y privados

Se distinguen dos reformas llevadas a cabo en el sistema chileno: Plan AUGE y la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión.

- Plan AUGE: Acceso Universal + Garantías Explícitas: En 2002 se establece un paquete de servicios de salud que deberá obligatoriamente ser cubierto tanto por el sector público como por el sector privado. El Plan se fue implementando en forma secuencial. A partir del Julio del 2006 son 56 las enfermedades que deben garantizarse, y el número deberá llegar a 80 en el 2010. El plan prevé 4 tipos de garantías: (i) de acceso, toda la población debe recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia; (ii) de oportunidad, límite máximo de tiempo

acceder a las prestaciones; (iii) de calidad, se establecen patrones de exigencia técnica, y (iv) de cobertura financiera, el copago máximo del usuario del sistema no superará el 20% del costo de la atención integral de estas 56 patologías y el monto total que deberá financiar no superará un ingreso mensual familiar en un año. Los grupos A y B del FONASA no deben pagar por los beneficios del paquete, mientras que para todos los beneficiarios de los grupos C o D menores de 60 existen copagos. Las ISAPRES pueden incrementar el valor de los planes o de los copagos.

- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión. En el 2004 se establece dicha ley tendiente a reorganizar el modelo sanitario y la reestructurar del funcionamiento del Ministerio de salud. Se crea la Subsecretaría de Redes Asistenciales, para desarrollar y regular una red de prestaciones para la atención integral de las personas, crear el plan de Hospitales Autogestionados en Red, cuya categoría se prevé sea otorgada a todos los establecimientos de Salud en el año 2009. Una vez que la alcancen, los establecimientos estarán sujetos a una evaluación anual por parte del Subsecretario de Redes Asistenciales, quien verificará el cumplimiento de estándares relativos en materia de equilibrio financiero, metas de satisfacción de usuarios y logros en la articulación con la red asistencial (19).

Además se crea la Superintendencia de Salud Pública que integra las funciones de la Superintendencia de ISAPRES, y adiciona la regulación del FONASA. Este será encargado del cumplimiento del régimen garantías del Plan Auge, de los contratos de salud y de la regulación de prestadores públicos y privados. La creación de las secretarías pretende una delimitación más clara de las funciones.

Debido a que el plan de garantías implica el cumplimiento de tiempos de espera máximos se estableció también el funcionamiento en red de todos los servicios de salud. Esto requiere mayor coordinación entre los prestadores que operan dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales. Estas redes incluirán, al menos, los establecimientos que dependen de los Servicios de Salud y los de la atención primaria municipal. Podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria (20).

Se modifican los beneficios del personal de salud, de manera de mejorar los incentivos. Se implementan mecanismos de ascenso por medio de concursos internos, considerando cuatro factores con igual ponderación: Capacitación pertinente, Desempeño, Experiencia Calificada y Aptitud. A su vez se asignarán estímulos al desempeño de los equipos de salud y al fortalecimiento de la función directiva, al tiempo que se incrementa en forma progresiva, a contar desde el 2003, la Bonificación de Desempeño Individual y la de Desempeño Institucional en un 5,5% (19)

Finalmente la reforma contempla el énfasis en la promoción y prevención de salud, lo que significa un cambio en las prioridades de inversión, en beneficio de la atención en el nivel primario. Se fortalece la capacidad resolutoria de la atención primaria, evitando una derivación costosa e innecesaria de pacientes hacia establecimientos de urgencia, de especialidades y hospitales. En los centros de atención primaria se podrá acceder a laboratorio, imágenes, procedimientos y a algunas especialidades. Asimismo, mantendrán una relación fluida con los Consultorios de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Centros de Referencia, contribuyendo estos últimos a la capacitación de los médicos del nivel primario, de manera que puedan innovar en su capacidad resolutoria, y restringir el recurso a especialistas en el nivel secundario para el estudio de casos nuevos y de mayor complejidad.

3.5. SISTEMA DE SALUD DE FRANCIA

3.5.1- Características del sistema

El sistema de Salud Francés presenta una combinación de varios esquemas organizacionales, y se caracteriza por la coexistencia de actores públicos (como hospitales) y privados (clínicas o profesiones de salud liberales). En este sentido, lidia entre los modelos Beveridge y Bismarck, ya que contiene tanto un sistema de fondos de aseguramiento de la salud, como así también una importante intervención estatal. Asimismo, combina aseguramientos públicos y privados, financiando los similares servicios con los mismos proveedores y para la misma población objetivo. Por su parte, éste sistema se caracteriza por la libertad de elección en lo que respecta a la atención, y por un acceso irrestricto para la casi totalidad de los potenciales pacientes (21).

El estado es el principal actor de la salud, ya que posee un papel directo en el financiamiento y producción de la asistencia médica, controlando las relaciones entre las instituciones de financiamiento, los enfermos y los profesionales de la salud.

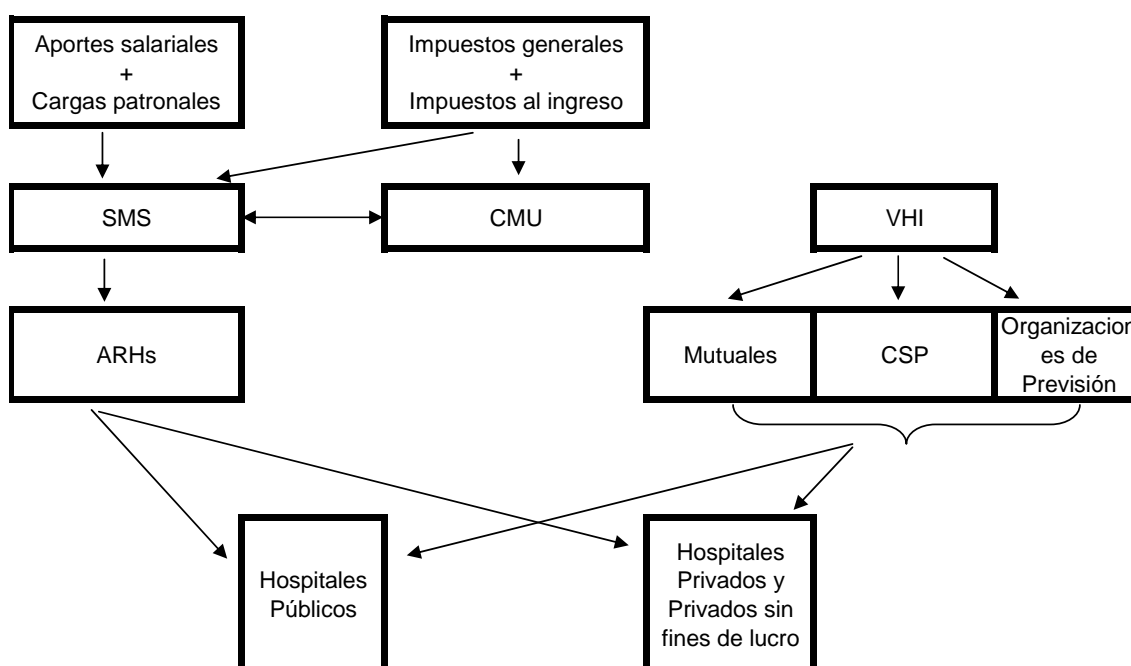
La afiliación a un régimen de seguro de enfermedad es obligatoria *Statutory Health Insurance System* (SHS). La protección social contra los riesgos relacionados con enfermedades es asumida casi exclusivamente por el seguro de enfermedad, y gestionada por los actores sociales bajo la tutela del Estado. El conjunto de la población está cubierto por tal seguro de enfermedad, generalmente sobre una base profesional (asegurado) o familiar (derechohabiente). En este sentido, es posible distinguir tres regímenes o esquemas principales supervisados por el Ministerio de Seguridad Social: (i) el General, que cubre a trabajadores de Comercio e Industria (84% de la población en 2004) y beneficiarios del CMU (1,6%), (ii) el Agrícola, que cubre campesinos y empleados agrícolas (7,2%); y (iii) el de los trabajadores independientes no agrícolas, correspondiente al 5% de la población. El régimen más importante es el General, y básicamente, está organizado en tres niveles diferentes: La Caja nacional del seguro de enfermedad de los trabajadores asalariados (CNAMTS), 16 cajas regionales de seguro de enfermedad (CRAM), y 128 cajas primarias de seguro de enfermedad (CPAM) en Francia metropolitana y 4 cajas generales de seguridad social (CGSS) en los departamentos del Ultramar (21).

En ciertas situaciones como las enfermedades graves, la maternidad o los accidentes de trabajo, se cubren en totalidad o casi totalidad los gastos de salud. En los demás casos, el seguro de enfermedad reembolsa una parte de los gastos (parte que varía según el tipo de prestación) y deja a cargo del enfermo una parte del gasto, llamada "*ticket modérateur*" (ticket moderador). Por ello, los Seguros Voluntarios y Complementarios (VHI), surgen de la necesidad de financiar la brecha no cubierta por el reembolso del SHS. De esta forma, pueden identificarse tres formas de seguro complementario, asociadas con la naturaleza del capital: mutuales, privadas, y organismos de previsión (controlados de modo paritario por los representantes de las empresas y de los asalariados), todas supervisadas por el *Social Security Code*.

La Cobertura Universal de Enfermedades (CMU) es un programa creado legalmente en 1999 con el objetivo de mejorar el acceso y garantizar una cobertura más extensiva y juega dos roles: provee la financiación (a través de recursos que recibe del SHS) de ciertos servicios a las personas de bajos ingresos (CMU Complementaria), y cubre a las personas que carecen de todo derecho al seguro de enfermedad o que han agotado los derechos a dicho seguro. De esta forma, los beneficiarios de la renta mínima (RMI) poseen automáticamente el derecho de cubrirse bajo CMU, quien aproximadamente cubre un total de 4 millones de personas (22).

Una vez que las contribuciones patronales, los aportes personales, los impuestos basados en la CSG y los impuestos generales son recaudados, el SHS los destina a las ARHs (agencias de hospitales regionales responsables del planeamiento y destino de fondos para hospitales públicos y privados, quienes a su vez los reparten entre los hospitales (privados y públicos) de cada región. Este organismo, a su vez, destina discrecionalmente (de acuerdo a las prioridades de cada región, al tamaño de la región y a las características de costos y operaciones de cada hospital) un presupuesto provisorio que incluye sus costos operacionales. Sin embargo, dentro de este cálculo se consideran otras fuentes de ingresos de los hospitales, como los pagos por consultas externas que reciben, la venta de drogas, etc.

Figura 6 – Estructura del Sistema de Salud francés



Fuente: Elaboración propia

3.5.2- Recursos Financieros y Gastos en Salud

El Parlamento, por el intermedio de la ley de financiamiento de la seguridad social (LFSS) votada cada año, determina el financiamiento y las condiciones en que se hace efectivo el gasto social en salud. En este sentido, el sistema francés es casi totalmente mutualizado: los gastos de salud no son directamente sufragados por los pacientes, sino asumidos - en general bajo la forma de reembolsos - por el seguro de enfermedad obligatorio. La responsabilidad financiera del cuidado de la salud está a cargo del SHS, la institución más importante del sistema de seguridad social francés. Dicha institución cubrió en el año 2000 a toda la población, aunque proveyó financiamiento para un 75% de los gastos totales en salud.

La financiación de los servicios prestados por ésta institución depende, principalmente, del esquema considerado. Sin embargo, los recursos se basan casi exclusivamente en los aportes personales de los trabajadores, y en las cargas patronales a los empleadores. En este sentido, entre 1992 y 1997, las tasas de contribución fueron de 12.8% para los empleadores y 6.8% para los empleados. Sin embargo, en 1998, se intentó disminuir la presión gravable de los trabajadores sobre sus ingresos (pasando

del 6.8% al 0.75%) brutos. Por tanto, en el año 2001, la tasa de seguro de salud recibió además de las fuentes tradicionales, por un 5.25% del capital, y un 3.9% de los beneficios. Asimismo, en el año 2000, las contribuciones patronales, los aportes salariales, y los impuestos sobre los ingresos, totalizaron un 87% de los ingresos totales de la seguridad social. El resto lo constituyen impuestos generales y diversos subsidios, que en parte, son dirigidos a la cobertura universal complementaria (CMU) para la financiación de los servicios prestados a personas de bajos ingresos.

Una de las principales funciones del SHS es la realización de reembolsos de los pagos efectuados por los pacientes por su atención en hospitales públicos y privados (con y sin fines de lucro) con los cuales haya convenios contractuales. De esta forma, y dependiendo de las características del diagnóstico o tratamiento, el SHS retorna – en una suma prefijada y una vez que el paciente ha realizado el pago – a las personas atendidas, un porcentaje predeterminado. Aquella parte del pago que el SHS no devuelve puede ser cubierta por los pacientes (los copagos constituyeron un 11.1% del gasto total en salud en 2000), por aseguradoras complementarias o, en caso de personas con ingresos inferiores a los 6600 euros anuales, por la cobertura universal (CMU).

En el año 2000, los reembolsos de los costos en salud, representaron un 85% del gasto total en seguro de salud del SHS, repartiéndose el 15% restante, en atención a la maternidad, accidentes y enfermedades, principalmente. Es de notar, sin embargo, que el 100% de los gastos en salud del SHS sólo reflejan una tercera cuarta parte del gasto total en salud efectuado por Francia en el año 2000, completando dicho gasto el 11.1% mencionado proveniente de copagos, y un 12.4% realizado por aseguradoras complementarias.

Los reembolsos llevados a cabo por estas aseguradoras voluntarias varían de acuerdo a los proveedores que realizan la prestación, y por tanto los gastos de dicha cobertura complementaria dependen del tipo de atención y cuidado en proporción inversa a la tasa de reembolsos del SHS, siendo en el año 2000 un 3.7 por ciento para tratamientos en hospitales, un 21.9% para prótesis, un 18.6% para drogas, y aproximadamente un 35.9% para servicios odontológicos.

En resumen, para el año 2000, las erogaciones totales nacionales en salud representaron un 10.1% del PBI, contabilizando unos 140.6 billones de euros aproximadamente. La financiación de dicha cifra puede descomponerse en: 75% financiado por la seguridad social (SHS), 11.1% por las personas, 7.5% por las asociaciones mutuales, 2.8% por las compañías privadas, 2.1% por los organismos provisionales, y un 1.1% por el estado (21).

3.5.3- Mecanismos de pago

El esquema de salud abarca hospitales públicos, privados con fines de lucro, y privados sin fines de lucro. El pago asociado a un presupuesto fijo, depende del status del hospital. Sin embargo, el crecimiento del presupuesto no puede exceder una tasa (ONDAM) fijada anualmente (como parte del presupuesto) por el Parlamento y el Ministerio de Salud. La remuneración a los hospitales privados con fines de lucro tiene dos componentes. Por un lado, un pago tasa-fija (que varía según la disciplina médica de acuerdo al contrato que se establece entre las ARH`s y ellos) que cubre los costos de “acomodación”, nursing, cuidados de rutina, drogas e insumos menores. Por el otro, un pago basado en las condiciones técnicas vinculadas con ciertos tipos de tratamiento en particular. Asimismo, se les paga una tarifa específica (nacional) por los tratamientos ambulatorios, que está entre los 46 y 76 euros, una suma fija que cubre los gastos por insumos menores (15 euros en todo el país), una tasa fija que cubre los

gastos en drogas, y una tasa de “facilidades técnicas” fijada según el cobro que realicen los médicos (los cuales, en general, tienen acuerdos con el hospital, al cual le pagan una parte de lo que cobran, por la utilización de las instalaciones).

Paralelamente, los profesionales reciben una suma compuesta, ya que a menudo se desempeñan de forma independiente y, al mismo tiempo (a través de un acuerdo), en hospitales. En caso de no realizarse un acuerdo, el gobierno es quien establece los términos del mismo. Los pagos a los médicos se realizan por cada servicio prestado (dependiendo dicha suma del tipo de servicio realizado), y es regulado por *The National Agreement for General Practitioners* (1998). Los médicos no están autorizados a cobrar (a los pacientes) sumas superiores a las establecidas oficialmente en sus acuerdos (con el hospital o con el SHS) (21).

3.5.4 - Reformas

Uno de los principales y continuos hechos estilizados de la mayoría de las reformas establecidas en los últimos tiempos, es la búsqueda de una reducción de las erogaciones del sistema de salud. Siguiendo esta línea, y a partir de la década del 70, la disminución sistemática en los costos realizados en el sistema de salud se ha convertido en un rasgo esencial de la agenda pública. En particular, la dificultad de controlar los gastos debido a la libertad de elección de los pacientes en cuanto a su “médico de cabecera”, y la oposición de las asociaciones de médicos y profesionales, entre otros, han tendido a frenar todo tipo de avances en esa dirección (21).

De todas formas, la tarea ha continuado, y a partir de los 90 se identifican dos tipos de políticas. Por un lado, aquellas destinadas a reducir reembolsos del SHS y aumentar co-pagos. Por otro lado, se implementaron políticas enfocadas en la oferta, como el planeamiento de hospitales, la imposición de un límite en el número de médicos por hospital, y el control de precios, entre otros. El comienzo de la configuración de un *Mapa Médico* a mediados de los 80, ha sido una de las medidas tendientes a fortalecer un plan de salud más estratégico (SROs), reduciendo el número de médicos y una ampliación en la contratación de estudiantes de medicina. Asimismo, fue común la práctica de renegociación de drogas y medicamentos varios con asociaciones, laboratorios y farmacias como forma de establecer cierto control de precios sobre los bienes y servicios (23).

Paralelamente, diversos conflictos de poder y legitimidad derivados de la compleja estructura institucional generaban conflictos, estableciendo la necesidad de una delimitación más clara de roles. A partir de ello, en la década del 90, y con una orientación radicalmente contraria a las dos décadas anteriores, se produjo un fuerte impulso a la descentralización. En este sentido la “reforma Juppè” ha sido el cambio institucional importante, generador de mayor descentralización hacia las regiones, mediante la creación de agencias regionales (ARHs), responsables del planeamiento y asignación de fondos a los hospitales públicos y privados. Tales medidas se complementaron con la fijación de topes en los presupuestos hospitalarios anuales, entre otras medidas (21).

Actualmente, la calidad de la salud pública es el principal objetivo de política, y la necesidad de mejorar la equidad y el alcance en la atención han desembocado en la creación del CMU en 1999. Sin embargo, éstas medidas han entrado en tensión con las presiones tendientes a reducir el costo del sistema, generando sucesivos conflictos entre el estado, los fondos de seguro de salud, y las asociaciones de médicos.

3.6. SISTEMA DE SALUD DE PARAGUAY

3.6.1- Características del sistema

El sistema de salud en Paraguay está compuesto por tres subsectores: el público, la seguridad social y el privado (24). El sistema, si bien claramente segmentado entre sectores, se caracteriza por no estar fragmentado al interior de cada uno: cada subsistema cuenta con una fuerte integración vertical entre las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. No existe articulación entre las distintas actividades de los subsectores, lo que lleva a que varias de las actividades desarrolladas se superpongan.

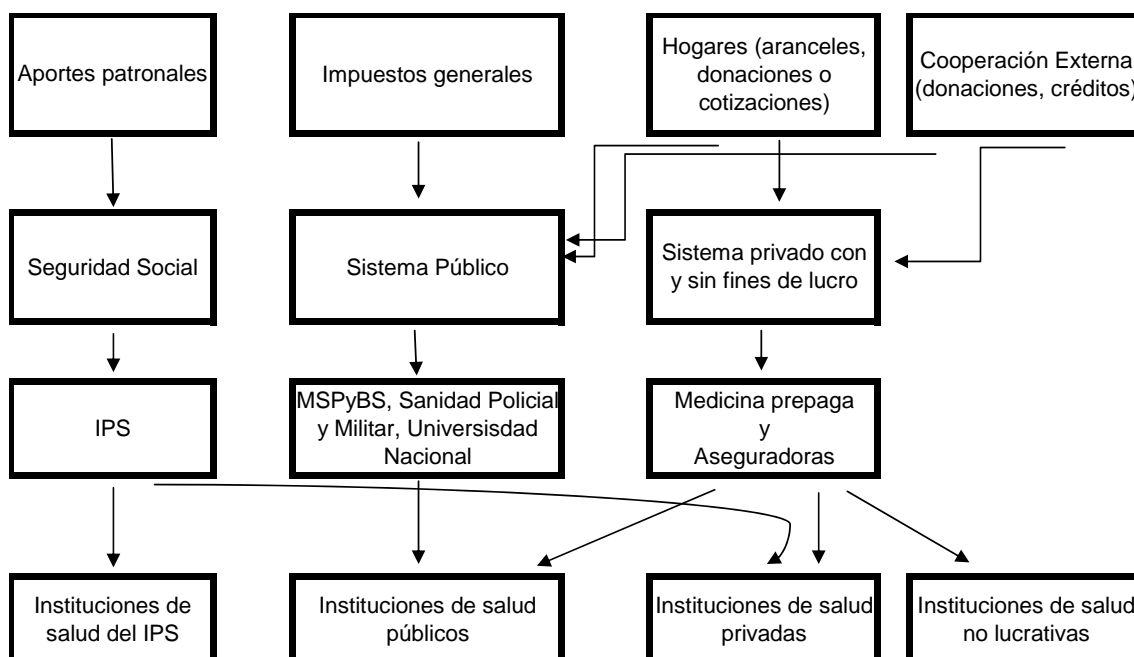
Esta segmentación, como en gran parte de las naciones de la región latinoamericana, se traduce en la compartimentación en cuanto a beneficiarios: mientras que el sector privado con fines de lucro es voluntario para todo aquél que pueda costear los servicios, la seguridad social cubre exclusivamente a los empleados formales y el subsistema público y privado sin fines de lucro tienen una cobertura universal, de calidad más reducida, y constituye la fuente de acceso a servicios de salud de la población de menores recursos (25).

El subsector público se compone del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) que presta servicios de salud preventiva y curativa, en el primer, segundo y tercer nivel de complejidad a toda la población paraguaya. También pertenece a este subsistema la Sanidad Policial y Militar que provee de servicios primarios, básicos y especializados a sus empleados activos, los retirados y sus familiares. Por su parte, la Universidad Nacional de Asunción, a través de los hospitales públicos dependientes de la Facultad de Medicina, brinda cuidados de salud a todo ciudadano que concurra a sus instalaciones, aunque en general los relativamente más pobres se autofocalizan (25).

La Seguridad Social opera a través del Instituto de Previsión Social (IPS) ofreciendo cobertura a los trabajadores formales del sector privado, a los docentes tanto del sector oficial como del privado, a jubilados y a empleados domésticos. Existe un carné familiar en manos del titular, donde consta quiénes del grupo familiar tienen acceso a los servicios. El IPS debe por ley, prestar un paquete de servicios integral y en caso de no poder cumplir con ello, recurre a la subcontratación del sector privado, con financiamiento de recursos propios (25).

Por su parte el subsector privado comprende a instituciones sin y con fines de lucro. El primero cuenta como actores principales a las ONG que prestan apoyo complementario (programas de salud e investigaciones) y la Cruz Roja Paraguaya que asiste en cuestiones de maternidad a familias de pocos recursos. Por su parte, existe en el seno de colonias y tribus tradicionales de la nación distintos sistemas de mutuales, donde los integrantes de las tribus aportan un porcentaje de su ingreso familiar, lo que les permite cubrir los costos de consultas, internaciones y medicamentos. Paralelamente, el subsector privado con fines de lucro está integrado por empresas de medicina prepaga, aseguradoras, hospitales, clínicas, sanatorios y laboratorios privados y farmacias. Todos ellos ofrecen un paquete extendido de servicios para quien celebre un contrato con las empresas. Las firmas de medicina prepagas cuentan con establecimientos propios o subcontratan a otros establecimientos privados mediante el pago de un paquete de servicios (25).

Figura 7 – Estructura del Sistema de Salud paraguayo



Fuente: Elaboración propia

3.6.2- Recursos financieros y gasto en salud

El sistema de salud paraguayo cuenta como fuentes de financiamiento con los aportes patronales y salariales, impuestos generales, pago de bolsillo de los hogares, y cooperación externa a través de donaciones y créditos (24, 25).

Este subsistema se financia a través de impuestos generales, créditos externos destinados a inversiones en infraestructura y un componente de copago de los hogares en la forma de aranceles por prestación de servicios en establecimientos públicos. La asignación de recursos presupuestarios fue durante mucho tiempo basada en dotaciones históricas, y el mecanismo de pago conforma una de las reformas del sistema asociada con la incorporación de alternativas de financiamiento. Una vez recibidos los porcentajes de la recaudación impositiva que se destina a salud, las instituciones aseguradoras (MSPySB, Sanidad Policial, Sanidad Militar y la Universidad Nacional) asignan el presupuesto en la forma de subsidios a la oferta a los establecimientos públicos con los que cada institución está integrada, tanto en propiedad como en control (25).

La seguridad social es de afiliación obligatoria para toda la población empleada formalmente, docentes, jubilados y pensionados. Los empleadores tienen el deber de retener las cuotas de este subsistema de las remuneraciones y depositarlas en la cuenta del IPS. Los aportes consisten en un 23% de la remuneración de los trabajadores, 8% sobre la nómina salarial de docentes y empleados domésticos, 6% sobre la jubilación o pensión de la población que percibe estos conceptos y 18% sobre la nómina salarial de los empleados de ANDE (Administración Nacional de Electricidad). Con este monto, el IPS pone a disposición sus propios servicios y para satisfacer la demanda, debe subcontratar organismos privados. Los presupuestos se asignan con un criterio histórico pero deben previamente ser aprobados por el congreso (25).

El sector privado sin fines de lucro recibe sus fuentes de ingreso de pagos directos o de bolsillo de los hogares, aranceles por la prestación de servicios, donaciones locales y extranjeras, créditos externos y, en el caso de la Cruz Roja, un componente de impuesto al salario. Por su parte, el sector privado con fines de lucro obtiene recursos del pago voluntario de sus afiliados y de las cotizaciones que dependerán del paquete de servicios estipulado por contrato y de las condiciones de competencia y tecnología vigentes en cada momento (25).

3.6.3- Reformas

Se observan dos fases en las reformas llevadas en la última década. La primera comenzó en 1990 y fue denominada de “desconcentración”. Se dio en el nivel del Ministerio de Salud (MSPBS), mediante la transferencia de algunas responsabilidades a las autoridades regionales. Entre tales responsabilidades se encuentra la posibilidad de contratar y despedir al personal que se desarrolla en el área y el diseño de políticas y presupuesto. Asimismo, se reorganizó el sistema de provisión con la transferencia de los establecimientos a los niveles regionales (26).

En la segunda etapa se llevaron a cabo procesos de descentralización. Los objetivos enunciados fueron el incremento en la eficiencia y calidad de las prestaciones, mejora en la equidad del sistema y promoción de la participación de la población en la planificación y provisión de los servicios de salud (26). En 1996 se creó el Sistema Nacional de Salud, que aún continúa en la etapa de planificación; y se redefinió el rol de MSPBS (27). Además, se crearon distintos organismos con el propósito de incrementar la eficiencia en el sistema a través de la separación de funciones. El Fondo Nacional de Salud, cuya función es el financiamiento de la salud; la Dirección Médica Nacional, a cargo de las funciones normativas y de regulación, y la Superintendencia de Salud, con la responsabilidad del monitoreo. Las tareas de este último organismo no han sido desarrolladas debido a la dependencia presupuestaria que mantiene con el Ministerio de Salud (26, 27).

Para ampliar los mecanismos de participación se crearon los Consejos de Salud Regionales y Locales, que desarrollan tareas a nivel municipal. Las municipalidades no se encuentran obligadas a recibir la transferencia de responsabilidades, sino que se realiza mediante un acuerdo entre las mismas y el MSPBS mediante “Acuerdos Contractuales de Compromiso para la descentralización Administrativa Local en Salud”. En caso de hacerse efectiva, las responsabilidades transferidas son las de administración, supervisión y monitoreo en la provisión de los servicios básicos de salud. Los gobiernos municipales, a su vez, delegan la responsabilidad de la administración de los establecimientos (hospitales, centros y puestos de salud) a los Consejos de Salud locales. Dado que la gestión de los recursos humanos continúa en poder del gobierno central, se observan inconsistencias en las asignaciones efectivas y las necesidades de la demanda (27).

El diseño del Plan Municipal de Salud, incluye la definición de las prestaciones que van a brindarse; el control de los recursos disponibles y la supervisión del desempeño de los hospitales (27). El financiamiento del Plan de Salud se realiza con recursos provenientes del gobierno central, contribuciones del gobierno municipal y pagos de bolsillo de los pacientes (26).

Con el proceso de descentralización se definieron los roles que corresponden a cada actor en el sistema (26, 27). En el caso del MSPBS, se transfiere la propiedad de los centros y hospitales y los recursos para financiarlos a las municipalidades, pero mantiene la responsabilidad del pago de los salarios a los trabajadores de la salud. El Gobierno Municipal tiene la obligación de asignar un mínimo de 5% del presupuesto

anual para el financiamiento del Plan Local de salud, formar a los Centros de Salud Locales e investigar sobre las características socioeconómicas de la población de su área. Por último, las responsabilidades que se le asignan a los Centros Locales son la de diseño y monitoreo de la implementación del plan Local de Salud, administración y asignación de los recursos y establecimiento de un sistema de tarifas para los servicios prestados en los establecimientos públicos. Estos últimos han sido utilizados para la compra de medicamentos e insumos, mantenimiento de los edificios y contratación de nuevo personal (26).

En el ámbito de prestaciones se mantiene la segmentación entre los tres grandes actores del sector, con nula coordinación entre subsistemas (27). El MSPBS presta sus servicios mediante el cobro de aranceles en la mayoría de sus prestaciones. En diseño es responsable de la cobertura de la población de menores ingresos y de la que no posee la cobertura del IPS (27). Sin embargo, existe un significativo porcentaje de los paraguayos que no recibe atención médica, sin posibilidades de acceso geográfico, económico o institucional a otro actor del sistema. Los establecimientos y profesionales del sector público se encuentran concentrados en las zonas de mayores ingresos (Asunción) (24).

La cobertura que brinda el IPS se circunscribe sólo al 17% de la población (8). Existe también en el ámbito del IPS una tendencia hacia de desconcentración de los recursos humanos, medicamentos e insumos y en la elaboración de presupuestos (3). En el caso de los servicios privados, no existe regulación sobre los aranceles, y sólo cubre al 10% de la población (27).

Dado que el Sistema de Salud aún no se ha implementado, se desarrollaron programas para extender la cobertura a distintas poblaciones objetivo. Entre ellos se encuentra el programa de Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI), la Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la mujer, el Plan Nacional de Salud Reproductiva, entre otros, y programas específicos para enfermedades como SIDA, Diabetes, Droga y Alcoholismo, etc. (27).

3.7. SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO

3.7.1- Características del sistema

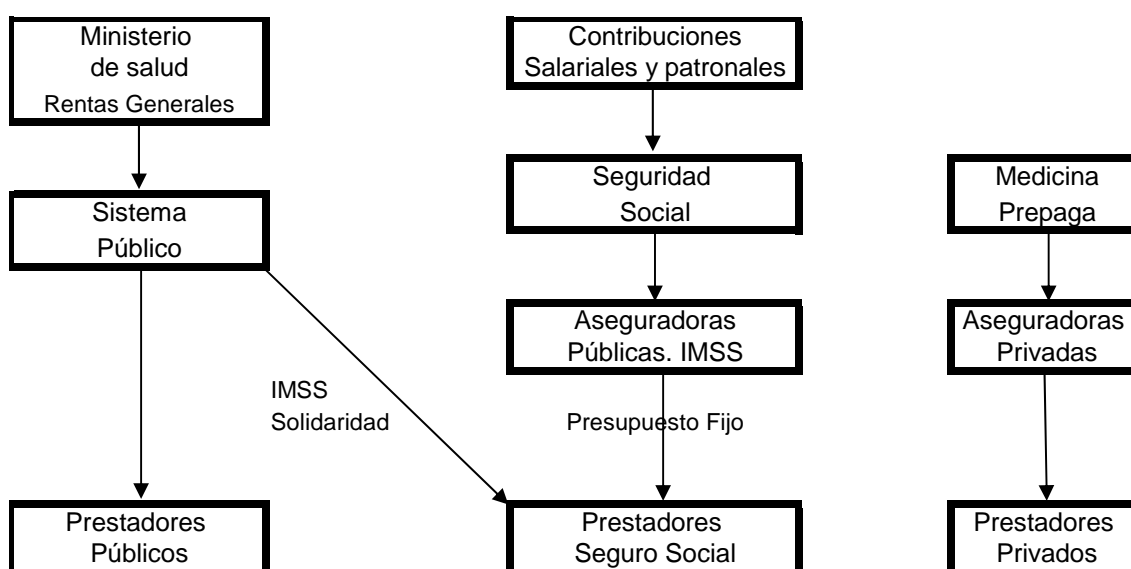
El sistema de salud mexicano se encuentra segmentado en los siguientes subsistemas: el sistema de aseguramiento social, compuesto por los servicios a la población no asegurada provistos por la Secretaría de Salud (SSA), el Programa IMSS-Solidaridad, y el subsistema privado Dentro del subsector de Seguro social, los principales actores son el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSTE) y el Instituto de la Seguridad de las Fuerzas armadas (ISSFAM) (28, 29) Los trabajadores formales están obligados por ley a contar con afiliación en alguna aseguradora. En el año 2000 entre el 50-55% de la población mexicana estaba asegurada, y era el IMSS la institución que concentraba la mayor parte de los mismos, cuyos servicios incluyen tanto el Seguro médico y como la protección jubilatoria (30).

La Secretaría de Salud (SSA) es el organismo rector del sistema y basado en dos leyes generales: la Ley General de Salud y Ley General del Seguro Social. Los mecanismos regulatorios en área de prestaciones son compartidos por la Federación y las secretarías estatales de salud (SESA). En cambio, la regulación en la asignación fondos y gastos es llevada a cabo por la Oficialía Mayor de cada institución en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien a su vez es

encarga de transferir los recursos financieros. Es en el área de la SSA donde se observan los mayores avances en descentralización. Las SESA poseen la facultad contratar y despedir personal, gestionar y controlar los servicios de salud (30)

Los servicios a la población no asegurada (aproximadamente cuarenta y ocho millones de personas) son provistos por la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad, que opera en áreas rurales específicas. La SSA se financia con rentas generales a través de las asignaciones presupuestarias de la Federación y los gobiernos estatales. Asimismo posee ingresos por cuotas de recupero a la población con condiciones de pago. El IMSS-Solidaridad recibe un presupuesto de la Federación y subsidios del IMSS, y se encuentra focalizado en aquellos individuos sin cobertura formal en áreas con falta de acceso a establecimientos públicos. Por último, el sector privado replica la estructura fragmentada del sistema, con precios y calidades diferenciales, poca estructura de coordinación, y un marco regulatorio deficiente (30)

Figura 8 – Estructura del Sistema de Salud mexicano



Fuente: Elaboración propia

3.7.2- Recursos financieros y gasto en salud

Los servicios públicos a la población son financiados a través de rentas generales, cuotas de reembolso y subsidios desde el IMSS al programa IMSS Solidaridad (30). Existen grandes diferencias en el gasto público de salud entre regiones, así como también en los aportes de los gobiernos estatales para el financiamiento de la salud (29).

En el caso del subsector de aseguramiento, cada institución cuenta presupuestos y fuentes de financiamiento propios (30). En el IMSS, las contribuciones son compartidas por el empleador, el trabajador y el gobierno federal. Las cuotas al SEM (Seguro de enfermedades y maternidad) equivalen al 12.5% del salario, y son aportados en un 8.75% por el empleador, un 3.125% por el trabajador y el 0.625% restante por el gobierno federal (29).

En el ISSSTE y otras aseguradoras estatales, los aportes son compartidos por el gobierno federal y el empleado, aunque con grandes diferencias entre instituciones no sólo en contribuciones sino también en paquetes y calidades de atención (29). A modo

de ejemplo, PEMEX –la empresa petrolera nacional- gasta más del doble que el IMSS, y más de tres veces que el ISSSTE (30).

Existe una gran parte del gasto total de salud que es financiado por los pagos de bolsillo de las familias. Este, como porcentaje del gasto total, se incrementó de un 50% en 1993 a 57% en 1998. Debido a que solo el 50% de la población posee un seguro de salud, gran parte de la misma debe afrontar los gastos catastróficos con ingresos personales, lo que coloca a México como uno de los países peor posicionados en el ranking de justicia financiera en salud (29).

3.7.3- Mecanismos de pago

Cada institución posee sus propios prestadores, estructurados en tres niveles de atención (30). El sistema se encuentra integrado en propiedad y control, con escasos mecanismos de coordinación entre subsistemas. La prestación está estructurada por niveles de atención, no existiendo la figura de médico familiar. Ello genera desincentivos entre los médicos generalistas en el seguimiento del paciente, en la medida que cuentan con la posibilidad de transferir aguas abajo el riesgo epidemiológico y financiero.

En el nivel de atención secundaria, los hospitales se hallan distribuidos por región y zona, donde se prestan los servicios especializados y de cirugía. Los principales problemas se asocian con la demora y la falta de insumos hospitalarios. Por último, el tercer nivel de atención comprende los hospitales de mayor complejidad. El principal problema es el diferimiento y la limitada planificación que lleva a centros de mayor capacidad resolutive a atender consultas que deberían prestarse en hospitales de menor complejidad (29).

La población asegurada recibe mayor proporción de servicios hospitalarios respecto a los que no poseen cobertura, y es el IMSS el que mayor cantidad de prestaciones otorga, seguido por SSA, ISSTE y el IMSS-Solidaridad (30).

La Secretaría de Salud brinda los servicios a la población no asegurada a través de los programas Progresá, Programa de Ampliación de cobertura (PAC), los servicios estatales de salud (SES) y IMSS. Para acceder a dichos servicios, los usuarios deben abonar una cuota ajustada a sus necesidades, siendo inferior para zonas urbanas. Solo los beneficiarios del Progresá están exentos de la cuota (29).

Dado que la estructura de aseguramiento y prestadores se encuentra integrada verticalmente en propiedad y control, el mecanismo de pago tradicionalmente utilizado es el de presupuesto fijo. Los servicios a la población abierta poseen un mayor nivel de descentralización, sin embargo la distribución de recursos se realiza bajo asignaciones presupuestarias (30).

3.7.4- Reformas

Existen dos procesos significativos de reforma en el sistema de salud mexicano: El Programa de Reforma del Sector Salud (RSS) 1995-2000 y el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 (30, 31).

A través del RSS, en 1997 se incorporaron modificaciones a la Ley General de Salud, que permitiera avanzar con la descentralización en la SSA. Se crearon los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en cada estado, los cuales poseen patrimonio propio y cuentan con autonomía para gestionar, dirigir, administrar y regular los servicios de salud, asignar los recursos (presupuestarios y cuotas de asignación), y desarrollar

tareas de investigación. De esta forma, se separa de SSA la función de provisión (a cargo de los OPD) de las de financiamiento y regulación, que se mantienen compartidas entre los estados y la federación (30, 31).

En 1997 se llevó a cabo la descentralización de los servicios públicos de salud para la población con la creación de 32 centros, uno en cada entidad federativa. La asignación de recursos financieros, humanos y materiales se decide en cada centro, ajustándose a las necesidades de la demanda. Además existe un Fondo de aportaciones para los servicios de salud (FASS), que se diferencia de las participaciones porque el gobierno determina los usos a los que se destinan. El monto se calcula a través de una fórmula que considera la mortalidad, los niveles de marginación y población sin cobertura en cada entidad federativa. Este posee un fuerte componente inercial en la distribución, que no permite corregir inequidades regionales (29).

Asimismo, se incorporaron nuevas clasificaciones en medicamentos y se desarrolló el uso de genéricos en el mercado privado (29, 30). Se creó el Seguro Familiar voluntario (SFS), brindado por el IMSS para aquellos con capacidad de adquirirlo; y se estableció un paquete básico de servicios de salud para garantizar un mínimo de equidad en el sistema (29). Existen restricciones por enfermedades preexistentes en el seguro voluntario y limitaciones a ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos en los primeros años. Además, en el ámbito del IMSS se realizó una prueba piloto de un modelo de médico familiar, pero aún continúa sin generalizarse a todo el sistema (29).

Se llevó a cabo la reforma a la Ley de Seguro Social (LSS), con el cambio a un sistema de pensiones de capitalización (se divide el Sistema de pensiones y salud), y la sustitución en el SEM de las cuotas proporcionales al salario por una cuota única (29).

El PNS define la nueva estrategia del sistema nacional de salud, siendo sus principales objetivos el avance hacia la democratización de la salud, reducción de las desigualdades regionales y mejora en la calidad en las prestaciones, como avance hacia un modelo integrado de Atención de la Salud (30).

En el 2000 en el ámbito de IMSS se crearon 139 áreas médicas de Gestión desconcentrada (AMGD), y se espera que se avance en la descentralización de la gestión y técnica hacia las regiones, y en los mecanismos de contratación de las prestaciones, gracias a procesos de desintegración verticales en este subsistema. El resto de las aseguradoras públicas trabajan bajo esquemas centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones (30).

En el 2001 se inicia la Cruzada Nacional por la calidad de los Servicios de Salud, para mejorar la calidad de las prestaciones públicas y privadas. Se desarrolló una red nacional de monitoreo, se definió una lista de indicadores de calidad a nivel nacional, y se crearon proyectos de ayuda financiera para proyectos locales tendientes a mejorar la calidad asistencial (30).

También en 2001 se estableció un seguro popular de salud (SPS), con el fin de incrementar el aseguramiento a toda la población (30). En 2003 se modificó la Ley General en Salud, y se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El financiamiento del SPSS proviene de tres fuentes: gobierno federal, gobiernos estatales y familias. La cuota federal es de 15% del salario mínimo por familia, y la cuota familiar se calcula en función de la capacidad de pago. Para ello, se ha realizado un estudio socioeconómico y se clasifica a la población por nivel de ingreso. Esta

nueva estructura de financiamiento logra homologar los esquemas financieros del IMSS y el ISSSTE con el del SSA (29).

Otra modificación importante fue la incorporación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), que abre la posibilidad de contratación de medicina prepaga. Para ello, se avanzó en la regulación de este sector y se implementaron tipos de deducción de impuestos como forma de fomentar la participación de este sector en el mercado (29, 30). Con la incorporación del seguro privado, se intenta establecer una red de servicios que permita a las ISES contratarlos para las prestaciones. Paralelamente, se incorpora el Programa del Hospital Universal que permite adoptar un esquema de autogestión hospitalaria, y se cambia el mecanismo de pagos de presupuesto fijo a un sistema de pagos DRG (30).

3.8. SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA

3.8.1- Características del sistema

El sistema de salud de Colombia está conformado por tres subsistemas: la seguridad social, el subsistema público y el subsistema privado que garantizan paquetes de servicios diferenciales, según el nivel de ingreso de los beneficiarios.

El sistema de Seguridad Social, el llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue implementado en 1995 luego de su reglamentación por Ley 100 de 1993 que transformó el viejo Sistema Nacional de Salud, de organización vertical y centralizada, en un sistema basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios y la redistribución solidaria a favor de los más desposeídos. El SGSSS cubre teóricamente a toda la población residente del país y se divide en tres regímenes con paquetes de servicios diferenciados según el ingreso de la población beneficiaria.

Por un lado, el Régimen Contributivo es de afiliación obligatoria para aquellos colombianos que perciben un ingreso de por lo menos dos salarios mínimos. Esta población tiene derecho a recibir los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), tales como actividades de prevención, promoción de la salud y rehabilitación en todos los niveles de complejidad, la atención de enfermedades como SIDA y cáncer y la provisión de medicamentos básicos genéricos.

El Régimen Subsidiado, por su parte, es de afiliación obligatoria para todos aquellos residentes que no tienen capacidad de pago. La identificación de esta población es competencia de las autoridades locales de salud, que utilizan un instrumento denominado Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN), que permite estratificar la población en grupos según su nivel de ingreso. Los estratos I y II corresponden a la población con Necesidades Básicas Insatisfechas que son los beneficiarios teóricos del régimen. El paquete de servicios a que tienen derecho los mismos se denomina Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) que excluye algunos servicios que el POS contiene, constituyendo un conjunto de servicios diferenciales según estrato de ingreso. Para complementar el POS-S, los beneficiarios del Régimen Solidario pueden recurrir al sector público.

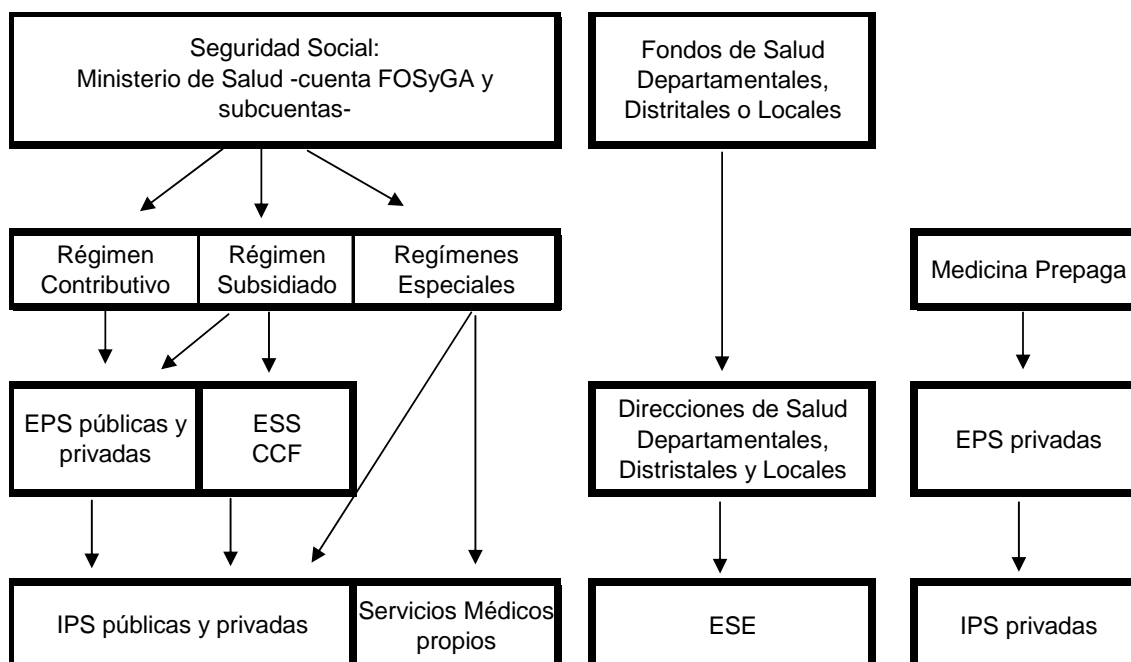
La articulación de los actores en ambos regímenes es similar. Los beneficiarios eligen una aseguradora que pueden cambiar de un año a otro y ésta subcontrata a los prestadores y controla que los mismos ofrezcan todos los servicios incluidos en el paquete obligatorio correspondiente. Tales aseguradoras se denominan, según el régimen, Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen

Subsidiado (ARS). Las EPS del Régimen Contributivo son privadas, excepto por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) que es la EPS pública. Análogamente, las ARS del Régimen Subsidiado, se dividen en las EPS públicas y las Empresas Solidarias de Salud (ESS). Las EPS y ARS cuentan con un red de prestadores propios o subcontratada que es privada. Estos prestadores se denominan Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y son los grupos de profesionales, hospitales, laboratorios, consultorios y centros de atención primaria que conforman esa red articulada por las EPS y ARS. Las IPS deben tener autonomía técnica y financiera, aún cuando guarden alguna relación patrimonial con las EPS (32).

Los beneficiarios son libres de elegir la EPS o ARS incluida en su régimen y a cambiarse entre ellas. Además, pueden elegir libremente entre los prestadores ofrecidos por ellas.

Además de estos dos regímenes el SGSSS cuenta con los Regímenes Especiales que comprenden programas de asistencia en salud para víctimas de diversas catástrofes como accidentes de tránsito, desastres naturales o atentados terroristas (32).

Figura 9 – Estructura del Sistema de Salud colombiano



Fuente: Elaboración propia

El sistema público, por su parte, presta servicios a toda la población no afiliada a la seguridad social o que ésta no puede cubrir por cuestiones presupuestarias. Para estos últimos el sistema público ha desarrollado el llamado Régimen para vinculados transitorios, que son los individuos pertenecientes a los estratos I y II de la escala del SISBEN que no tiene acceso al POS-S, sino que cuentan con la cobertura del Plan de Atención Básica (PAB), provisto por el Estado a través de las autoridades locales de salud en cada distrito. Los prestadores de este plan son los hospitales públicos que reciben fondos del estado (subsidios a la oferta). El PAB no es universal, sino que se concentra en las actividades de prevención y promoción de la salud, sobre todo las que implican serias externalidades. Algunos ejemplos son las campañas nacionales de prevención, detección y control de epidemias como SIDA, tuberculosis y lepra (32).

Por último, el subsistema privado comprende todos los servicios contratados directa y voluntariamente por los individuos mediante su pago de bolsillo y que complementan

los planes de los subsistemas anteriores. En efecto, las empresas de medicina prepaga ofrecen los Planes de Atención Complementarios (PAC) que incluyen planes de medicina prepaga, pólizas de salud y opciones extraordinarias de hotelería en las clínicas contratadas por las Empresas Promotoras de Salud (32).

A la cabeza de este esquema se encuentra el Ministerio de Salud de la Nación que tiene la función de dirigir y definir la descentralización a nivel territorial del sistema de salud a través de sus dependencias. La rectoría del sistema la realiza mediante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que define los planes de salud de cada subsistema, establece medidas tendientes a evitar la selección adversa de beneficiarios, reglamenta los Consejos Territoriales de Salud y constituye el Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud tiene a su cargo las tareas de monitoreo de los actores del sistema, controlando sus presupuestos y finanzas y evaluando el logro de estándares de calidad, así como también incluir entre sus arcas al Instituto de Vigilancia De Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) se encarga de la coordinación del sistema a nivel local (en los distritos y municipios) como así también de atender a la salud pública del territorio mediante la articulación del Plan de Atención Básica.

3.8.2- Recursos financieros y gasto en salud

Cada uno de los subsistemas del esquema de aseguramiento en salud colombiano cuenta con formas de financiamiento bien diferenciadas. Por un lado, el subsector privado recibe fondos directamente de los individuos que desean adherirse al régimen de medicina prepaga a través de su afiliación a las Entidades Promotoras de Salud privadas. Los fondos que reciben las EPS privadas que forman parte de la medicina prepaga provienen del gasto de bolsillo de los afiliados (33).

Por su parte, el subsistema público se financia a través de impuestos especiales (por ejemplo, impuestos al consumo de cervezas y licores), participación municipal en ingresos corrientes de la Nación, rentas del juego y azar, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y el Situado Fiscal. Este último es un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que se ceden a las autoridades locales para su destino en un 20% a salud y en otro 20% a salud o educación en función de metas de cobertura. Todos estos recursos son girados a los diferentes Fondos de Salud de las autoridades locales, ya sean departamentales o distritales.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud encuentra sus recursos agrupados en una cuenta especial del Ministerio de Salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGA) que recoge los aportes a cada subsistema y cumple con las funciones de garantizar viabilidad financiera a los regímenes Contributivo y Subsidiado y financiar el gasto catastrófico.

El Régimen Contributivo se financia a través de aportes salariales, imponibles en un 12% (8% pagado por el patrón y 4% por el empleado). Lo recaudado por este concepto es remitido al FoSyGA que otorga a la EPS una parte denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuyo monto por familia afiliada se estipula en función de una fórmula de capitación que recoge indicadores de perfil epidemiológico, de riesgos cubiertos y de costos de prestación del servicio en condiciones promediales de calidad, tecnología y hotelería. Un punto porcentual de lo remitido por el FoSyGA a cada EPS se destina a alimentar la Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado para el financiamiento de dicho régimen y un porcentaje se destina al pago de incapacidades laborales de los afiliados a esa EPS. Luego de deducir estos conceptos, si la EPS se encuentra con superávit, los excedentes son remitidos a la

Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, cuyo monto total se redistribuye entre las EPS con déficit.

El financiamiento del Régimen Subsidiado se encuentra comprendido en la Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado que conforma un fondo solidario que comprende una contribución del 1% de la cotización del Régimen Contributivo, el 5% de lo recaudado por los subsidios de las Cajas de Compensación Familiar (CCF), un aporte del presupuesto nacional comparable al monto aportado por el Régimen Contributivo, rendimientos financieros provenientes de la inversión de los recursos del fondo, impuesto a las utilidades de las empresas petroleras e impuesto a las armas de fuego. Todo ello conforma la Unidad de Capitación Solidaria (UPC-S) que, además, se compone por una contribución de los ingresos del municipio.

Por último, los Regímenes Especiales se financian a través de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos del FoSyGA que se componen por impuestos a los vehículos automotores y contribuciones que el gobierno nacional y local efectúe para mejorar la atención de urgencias y catástrofes (33).

3.8.3- Reformas

El grupo de innovaciones en salud implementado en Colombia en los últimos años tienen como objeto cumplir con las metas propuestas en la reforma del viejo Sistema Nacional de Salud instrumentada por la Ley 100/93. El nuevo sistema SGSSS avanzó en estas innovaciones (34, 35)

Creación de los regímenes Contributivo y Subsidiado: características: La Ley 100 le dio al sistema de salud colombiano la estructura actual presentada más arriba. Como máximo organismo rector del sistema se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con las funciones ya explicadas. En cuanto al nuevo régimen Contributivo, el mismo logró el aumento de los aportes a seguridad social del 6 al 12% del salario y la inclusión de cónyuge e hijos del aportante. Asimismo, propició la entrada de Entidades Promotoras de Salud para aumentar la competencia entre empresas privadas. A fin de garantizar la viabilidad financiera la Ley 100 reglamentó la creación de la cuenta de compensación. Con respecto al régimen subsidiado, su solvencia financiera se garantizó a partir de la creación del fondo de solidaridad y logró la identificación de la población más necesitada.

De subsidio a la oferta a subsidio a la demanda: Uno de los objetivos más presentes en toda la reforma es la de cambiar el enfoque de subsidio a la oferta hacia uno de subsidio a la demanda. Con ello se intenta una asignación de los recursos financieros más enfocada en las necesidades y no tanto en la capacidad instalada. En este sentido, una de las reformas que se intenta implementar es la desaparición paulatina del régimen público para vinculados y transitorios. La intención es que los hospitales públicos que atienden a la población no afiliada transitoriamente, se conviertan en Instituciones Prestadoras de Servicios y entren en la competencia que caracteriza al resto del sistema. El Plan de Desarrollo del Gobierno, aprobado por Ley en 1999, ordena que los Hospitales Públicos reestructuren sus plantas de personal, flexibilicen su sistema de contratación, mejoren su gestión, y adecuen los servicios que prestan para garantizar sostenibilidad y competitividad (34, 35).

Cambio en la asignación del presupuesto: Anteriormente, el presupuesto se asignaba a los hospitales a través de una metodología de presupuesto histórico, lo que generaba el incentivo perverso de incrementar el presupuesto hospitalario año a año. La ley 60 de 1993 estableció criterios de asignación de recursos del Situado Fiscal a

hospitales. Ahora no se habla de “presupuesto histórico” sino de “presupuesto prospectivo” y la contratación se realiza en base al cálculo de capacidad instalada y cantidad de servicios, entre otros indicadores de eficiencia (34).

Reformas en cobertura y equidad: El nuevo sistema también se embarcó en reformas tendientes a aumentar la cobertura y la equidad del sistema. En este sentido logró el aumento de la descentralización y competencia y se crearon las Administradoras del Régimen Subsidiado para regir la afiliación a dicho régimen. En 1999 existían 242 ARS de las cuales 178 son ESS, 47 son CCF y 17 son EPS (10 privadas y 7 públicas). El RS contaba, a 1999, con 30 EPS (18 privadas y 12 públicas) y, como resultado hubo un aumento del 200% en los subsidios a la demanda para el primer quintil de ingresos con el fin de focalizar recursos en la población más pobre (distinto Subsidio a Oferta) (35).

3.9. SISTEMA DE SALUD DE ALEMANIA

3.9.1- Características del sistema

El sistema de salud alemán organiza la prestación de servicios en torno a un Seguro Social y el sector privado que tiene mucha importancia. El subsistema público existe pero tiene las tareas complementarias de manutención de la infraestructura, regulación y prevención.

El Seguro Social es obligatorio para todo residente que perciba un ingreso menor a €3862 o que, no percibiendo ingreso, recibe el seguro de desempleo (del cual se deduce la contribución). Este subsistema se articula a través de la interacción entre las aseguradoras, las asociaciones de profesionales y los hospitales que son responsables de establecer el paquete de beneficios incluidos en el seguro y las tasas de contribución de los afiliados. A nivel federal, dichas asociaciones definen tanto las prestaciones, precios y estándares de los servicios, mientras que a nivel regional se negocian los contratos y los mecanismos de regulación constituyendo un mecanismo de toma de decisiones vertical, combinado con fuertes interrelaciones a nivel horizontal para la implementación de las mismas. Los pagos se efectivizan de forma autónoma entre las aseguradoras y los prestadores contratados (36).

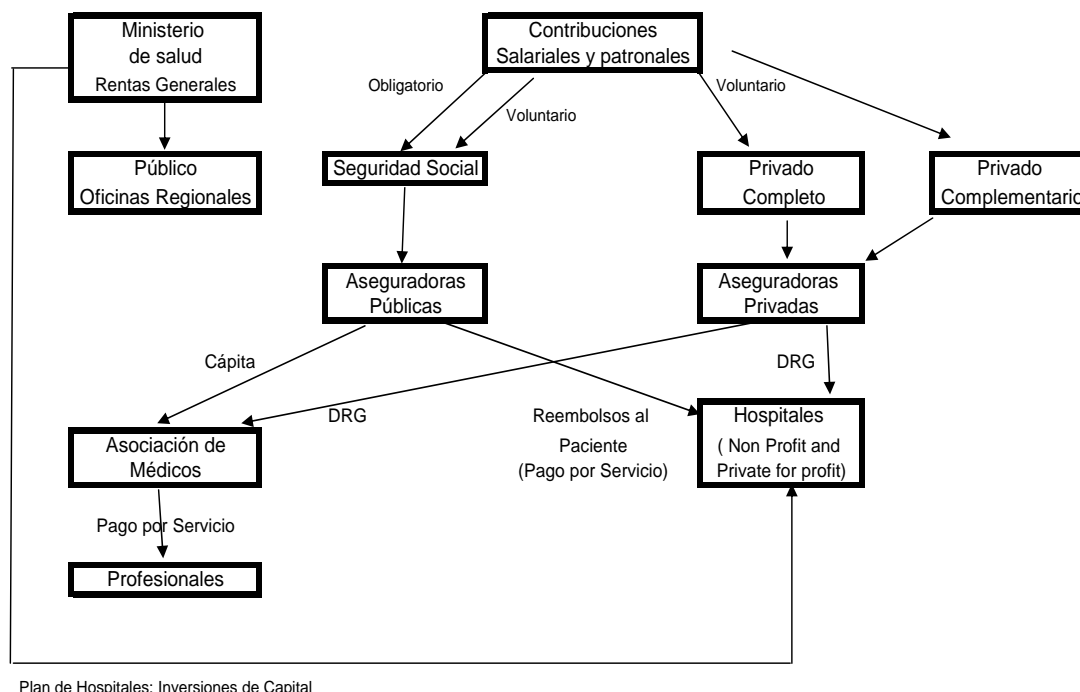
Las aseguradoras tienen el rol de pagador en tanto negocian con los prestadores la cantidad, calidad y precio de las prestaciones y tienen autonomía para determinar la tasa de contribución a sus afiliados para brindar los servicios del seguro (lo que requiere aprobación de la autoridad local). Además, el comité federal de aseguradoras y médicos, tiene la función de regulador del sistema.

Por su parte, los prestadores de atención ambulatoria están representados por asociaciones que negocian con las aseguradoras los contratos, así como los mecanismos de pagos. Los fondos son distribuidos entre los médicos de acuerdo a una fórmula nacional. En el caso de los hospitales, que son tanto públicos como privados, cada uno negocia directamente con la aseguradora.

Una de las características más relevantes del sistema es la importancia del sector privado que está orientado a determinados empleados públicos que no pueden acceder al seguro social, y que reciben del gobierno el 50% del gasto en salud, los autónomos que nunca estuvieron afiliados al seguro social y empleados cuyo nivel de ingreso excede el límite y que optaron por comprar un seguro privado. En este sistema, las aseguradoras son organismos semi-públicos, debido a que son propiedad de privados pero mantienen un status de públicos por sus responsabilidades. Hasta

2002 la afiliación a la aseguradora era obligatoria por rama de actividad o región, es decir no existía la posibilidad de traspasos. Existen aseguradoras privadas, que brindan servicios complementarios y suplementarios (36).

Figura 10 – Estructura del Sistema de Salud alemán



Fuente: Elaboración propia

El subsistema público, como se dijo, realiza proyectos de salud complementarios a la prestación de servicios. Está encabezado por el gobierno que desarrolla actividades tales como mantener la infraestructura hospitalaria, pública y privada, a través del *Plan de Hospitales*, y regular la descentralización en los municipios de cuestiones de salud pública que incluyen supervisión de los trabajadores de la salud, campañas de prevención, control fármacos y provisión de prestaciones psiquiátricas comunitarias. Además, ministerio federal, si bien no participa en las negociaciones de los contratos, tiene posibilidad de vetarlos en caso de que las partes no cumplan con las normas (10).

En cuanto a las prestaciones a que cada individuo tiene derecho, los hospitales están a cargo de los servicios de mayor complejidad en tanto que la mayoría de los tratamientos se concentran en los servicios ambulatorios. Para acceder a éstos últimos los pacientes deben optar un medico de cabecera y luego necesitan de una orden para acceder a los servicios de otra especialidad. Los médicos que prestan servicios ambulatorios derivan al hospital al paciente que necesita tratamiento hospitalario, y luego continúan su tratamiento post internación. En tanto, los hospitales prestan servicios especializados de mayor complejidad o se encargan de las especialidades que no cuentan con suficiente provisión en la región. Todavía existen determinadas cirugías de menor complejidad, que deben por ley prestarse como servicio ambulatorio (10).

3.9.2- Recursos financieros y gasto en salud

Sistema de financiamiento pluralista: la mayor parte los fondos provienen de las aseguradoras (10). Existen 292 en todo el sistema, y cada una cuenta con presupuesto propio obteniendo sus recursos del aporte de sus asegurados (no reciben subsidios) Están obligadas por ley a no incurrir en déficit, y en el caso de lo presenten deben incrementar la tasa de contribución en el año siguiente. Las contribuciones recaen sobre el ingreso del trabajador, jubilación o beneficio de desempleo; e incluye aseguramiento para cónyuge e hijos. Para los desempleados y jubilados, el Fondo de Retiro y la Agencia Federal de desempleo toman el rol de empleador (en la práctica, transfieren todo el monto a las aseguradoras)

Los Fondos complementarios del sistema son los impuestos y pagos de bolsillo. El primero es utilizado para la inversión en infraestructura de los hospitales, a través del *Plan Hospitales*. Ello sugiere que existe una integración vertical en control, el ministerio de salud regional través de la asignación de los fondos determinan las características de la oferta hospitalaria. Asimismo, cubre la incorporación de los beneficiarios de los programas sociales en el seguro social que los municipios deben compensar a las aseguradoras. Otro de los recursos complementarios son los pagos de bolsillo. Entre ellos se encuentran los copagos por beneficios parcialmente o no cubiertos por el seguro. Estos se homogeneizaron en todo el país (€10 por día en hospitales, y entre €5 y €10 en los servicios ambulatorios); y mantuvieron una tendencia creciente.

Las aseguradoras privadas deben ahorrar una parte de la prima de los jóvenes, para cubrir los gastos de vejez. Dado que la prima de seguro privado se calcula considerando la edad, sexo e historia clínica, existen incentivos para que las personas de menor riesgo (jóvenes) y de mayores ingresos opten por el seguro privado.

El Seguro Complementario se adquiere para incrementar la calidad de las prestaciones (ej. Habitaciones en los hospitales con menos camas), o por el monto de los copagos (a partir del 2003, son muy pocas las aseguradoras que ofrecen este seguro).

En el año 1995 se estableció un mecanismo de compensación entre aseguradoras, debido a las grandes diferencias en la estructura de riesgos entre las mismas. El fondo de redistribución distribuye o exige recursos en función de los recursos necesarios para cubrir un paquete de prestaciones. Este monto se calcula considerando la estructura de riesgo (edad, sexo, enfermedad) de cada aseguradora. La suma de las necesidades de financiamiento dividido la suma de los recursos contributivos, determina la tasa de compensación; que se utiliza para calcular la suma de compensación que debe otorgarse o exigirse a las aseguradoras.

3.9.3- Mecanismos de pagos

El pago a hospitales corresponde a un sistema de *financiamiento dual* en el cual los recursos para los Gastos corrientes se obtienen de las Aseguradoras, mientras que las inversiones de capital del gobierno federal (10). Para acceder a esto último los hospitales deben inscribirse en el Plan que dirige el Gobierno Federal en el que se establecen las prioridades en el número de hospitales y camas por especialidad. La inclusión al plan es condición necesaria para que puedan establecer contratos con las aseguradoras. Mediante ellos los hospitales consiguen los recursos para financiar los gastos operativos y los fondos para las inversiones en activos de vida útil menor a un año. Para ello, realizan al comienzo del año un contrato con las asociaciones que representan al gobierno federal o las aseguradoras.

Anteriormente el mecanismo de pago estaba basado en un sistema de pago por día, en el que los contratos entre las aseguradoras y los hospitales establecían presupuestos estimativos, a través de los cuales se pactaban el número de prestaciones por caso, por procedimiento y por día.

Ante el fracaso en la implementación de pagos por caso para todas las prestaciones, se diseñó un mecanismo de pagos por diagnóstico (DRG) con sistema de puntos uniforme para todas las especialidades (excepto psiquiatría). El cambio se está realizando de manera gradual hasta el año 2009, en el cual se espera la implementación total. A partir de 2004 se obliga a los hospitales a registrar todas las prestaciones bajo un sistema de pago por diagnóstico, aunque estén siendo financiados mediante presupuestos históricos.

Con respecto al pago a médicos, cada prestación ambulatoria que es cubierta por el seguro tiene un valor en una lista nacional de precios y una ponderación para el reembolso. Los médicos que trabajan en los hospitales públicos o centros médicos son asalariados. Por otro lado, existen distintos mecanismos de pago a médicos en el marco de los contratos con las aseguradoras (Seguro obligatorio) y los seguros privados o las prestaciones directamente contratadas por los pacientes. En el Seguro Obligatorio las aseguradoras pagan una cápita a la asociación de profesionales de la salud, que varía entre regiones e incluso entre aseguradoras de la misma región. La distribución de los fondos entre los médicos se realiza a través de una escala uniforme de puntos por especialidad siendo responsabilidad del médico enviar mensualmente a la asociación el total de puntos prestados durante el período. En cuanto al Seguro privado y las prestaciones individuales se aplica un mecanismo de pago por servicio. Los puntos asignados a cada prestación y el valor monetario se establecen en un *Catálogo de Tarifas* (establecido por el Ministerio de Salud). A diferencia del seguro público, en este caso el paciente debe pagar todo el monto de la prestación y luego es reembolsado por la aseguradora.

3.9.4- Reformas

La principal motivación para las reformas en el sistema de salud alemán a partir de los 90 fue la contención de costos. En rasgos generales, las medidas adoptadas para servir a este objetivo fueron el estableciendo una tasa de contribución (proporcional al nivel de ingreso) de manera de mantener la competitividad internacional de las empresas. También ayudó a la reducción de los recursos públicos y privados la implementación de un seguro de vejez (long term care), puesto que el envejecimiento de la población se había vuelto un problema. Pero se tomaron medidas más puntuales (36, 37).

Acta de reestructuración del Sistema de Salud (1993)

Esta reforma tendió a lograr una contención de costos e incorporar mecanismos de mercado para incrementar la eficiencia. Varias fueron las medidas adoptadas. Por un lado se estipuló la libertad de elección de la aseguradora permitiendo el cambio con la restricción de permanecer en la misma por 18 meses. Además, se estableció un esquema de Compensación para la redistribución de los fondos entre aseguradoras que garantizaría su solvencia financiera. Por otro lado se inauguró la autogestión hospitalaria, al tiempo que se modificaron los mecanismos de pagos de los hospitales que se establecieron por caso y por procedimiento. En el sector farmacéutico se establecieron precios de referencia. También se establecieron presupuestos fijos o montos fijos individuales, se incrementaron los copagos y se estableció una “credencial inteligente” para el acceso a los servicios a los asegurados.

Acta de Reivindicación de la tasa de contribución al Seguro de Salud (1996-1997)

Mediante esta reforma se eliminó la igualdad en el porcentaje de contribución de empleadores y trabajadores y se estableció un paquete uniforme del seguro de salud. Además se excluyeron las prestaciones odontológicas del seguro, se incrementaron los copagos para fármacos y prestaciones de rehabilitación y se modificaron nuevamente los mecanismos de pagos a hospitales que pasaron a considerar la especialidad.

Reforma del Sistema de Aseguramiento Social (2000)

Entre las reformas al sistema de aseguramiento social se encuentran la restricción en el paquete de prestaciones, excluyendo las consideradas de baja efectividad), establecimiento de una lista positiva de fármacos reembolsables, modificación en el mecanismo de pagos a hospitales que incorpora el pago por caso y la división en el presupuesto a servicios ambulatorios: atención primaria y especialistas.

A partir de 2003 se liberalizó el sector farmacéutico, eliminando el control de precios. Además se excluyeron algunas drogas para enfermedades comunes, las drogas no consideradas "eficientes", y se regula la cobertura de medicamentos por Comité Federal.

Estas medidas condujeron a reiterados déficits en las aseguradoras, y la percepción generalizada de una reducción en la calidad de las prestaciones. Por ello, en 2001 se homogeneizaron en toda Alemania los requisitos para acceder al aseguramiento, el límite en las contribuciones y monto de los copagos. Además, a partir del 2003 se inició un proyecto para considerar el perfil sanitario de la población en la estructura de compensación y con el objetivo de reducir el déficit de las aseguradoras se limitó la lista de medicamentos de venta libre incluidos, se establecieron precios de referencia para las drogas patentadas y se modificó la estructura de copago. En el año 2004 comenzó una nueva modificación en el mecanismo de pago a hospitales tendiente a un sistema de pagos por diagnóstico (DRG). En ese mismo año se llevó a cabo una reforma estructural con la consolidación del Comité Federal, que está integrado por un *Comité de Servicios ambulatorios, uno de Servicios Odontológicos, otro de Servicios hospitalarios y uno de Asuntos Médicos*, además de la incorporación de un comité Evaluador, que determina en el caso que una nueva tecnología o prestación sea incluida, el valor relativo de la misma de acuerdo a Escala Nacional. Una de las últimas modificaciones llevadas a cabo fue incremento en el umbral de ingresos que obliga a la afiliación en el seguro social (36).

4. SISTEMAS E INICIATIVAS DE REFORMA. ANÁLISIS COMPARADO

El objetivo de la presente sección es doble. Por un lado, analizar las reformas financieras realizadas en los nueve países bajo estudio, a fin de determinar si ellas facilitan modelos de creciente participación social en la evaluación y toma de decisiones de los diferentes sistemas. Un segundo objetivo de la sección será discutir la capacidad de los diversos actores involucrados en las estructuras de los sistemas de salud para implementar las reformas y alcanzar los objetivos teóricos que las mismas suponen.

Como marco analítico se partirá por demostrar que las diferencias en términos de organización y financiamiento de los sistemas de salud en las naciones escogidas para este trabajo se asocian a dos aspectos igualmente importantes. Ellos son (i) los perfiles socioeconómicos de las naciones bajo estudio, y (ii) la capacidad de los *policy makers* de diseñar, implementar y dar seguimiento a reformas consistentes. Llamamos reformas consistentes a aquellas que logran identificar prioridades sanitarias con

objetivos claros de reforma, e instrumentan la puesta en práctica de las metas planteadas con criterios claros de gestión, distribución de responsabilidades y evaluación de resultados.

4.1. CONDICIONES GENERALES PARA LA EXISTENCIA DE COHESIÓN SOCIAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

La literatura sobre Economía de la Salud reconoce dos aspectos fundamentales que hacen a la participación social en los modelos de salud. Ellos son las variables macroeconómicas o exógenas al sistema de salud y las endógenas, asociadas con la capacidad del sistema de salud para aumentar su cohesión social.

Factores exógenos asociados a la cohesión social

En primer lugar, existen factores asociados con las condiciones básicas iniciales, previas a la implementación de las reformas de los sistemas de salud que operan en la dirección de mayor ingreso, mayor gasto y mejores resultados. Estos factores están asociados con el nivel y la distribución del ingreso nacional en todos los países.

Respecto del ingreso, se vuelve relevante como condición inicial puesto que, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores sociales tales como educación, en el sector salud se encuentra evidencia que la relación *inversión – reducción de brecha de equidad* no es directa. Contrariamente, la misma opera, recursivamente, a través del mayor ingreso nacional que redundando en una mayor inversión. De esta manera, la efectividad de la inversión en salud está asociada con la estructura del ingreso nacional. Por ello, se observa en las experiencias de países que cuanto mayor es el nivel de ingreso, aumenta la probabilidad de identificar mejores resultados en salud.

El segundo aspecto exógeno relevante para identificar el impacto sobre la cohesión social se asocia con la distribución del ingreso. Países con distribución del ingreso más regresiva reflejan una mayor brecha entre ricos y pobres, lo cual, desde la perspectiva de diferenciación vertical de producto en teoría económica, implica una segmentación de mercados: hay una salud para pobres y una salud para ricos. Ello es así porque el sistema público no es capaz de ofrecer una prestación uniforme que satisfaga los requerimientos de atención de dos grupos heterogéneos y se ve obligado a establecer un paquete de servicios homogéneo necesariamente más acorde a alguno de los dos grupos. Si tal paquete es más representativo de los estratos de bajos ingresos, ese grupo se autofocaliza y los individuos de mayor ingreso relativo optan por abonar por recibir una mejor atención. La alternativa es que el paquete sea representativo de los grupos con mayores ingresos, para lo cual se requiere un mayor nivel de gasto per cápita, que, como se dijo, se encuentra asociado al ingreso nacional.

La Tabla 1 muestra la relación positiva existente entre PBI per cápita y participación de la inversión pública en el financiamiento de la salud. En general, los países desarrollados poseen una presencia del Estado superior al 70%, mientras que en América Latina se evidencia mayor representatividad privada, aunque con casos particulares, como Costa Rica y Colombia, cuyos porcentajes de gasto público sobre el total del gasto en salud superan el 65%. La información presentada expone los promedios ponderados para cuatro regiones (América del Norte, América Latina, Europa Occidental y Europa Oriental y Centro) de variables tales como PBI per cápita, gasto en salud como porcentaje del PBI total, en dólares per cápita y el peso del sector público como financiador. La segunda parte de la tabla refleja algunos indicadores de resultados.

A partir de ello, es posible observar la gran polaridad en términos de ingresos entre el mundo desarrollado y en desarrollo y su reflejo en los niveles de inversión y resultados del sector salud. Así, Estados Unidos y Canadá invierten en salud 4.164 dólares más que América Latina y 4.205 más que Europa Oriental. Un aspecto a evaluar dentro de este contexto es la eficiencia de la inversión en salud. Ello se evidencia al compararla la alta participación de los egresos públicos para los ex-países socialistas y los relativamente más satisfactorios indicadores de mortalidad materna e infantil que presentan en comparación a América Latina, a pesar del menor nivel de gasto per capita en salud.

Tabla 1 - Características Generales por Región

	PBI Per capita (PPP)	Gasto en Salud		Médicos cada 1000 hab.	Expectativa de vida	Tasa de Mortalidad infantil	Tasa de Mortalidad materna	
		%PBI	per capita % gasto púb./total					
Estados Unidos/Canadá	34.381	13,47	4.683	46,97	2,73	77,54	7,04	13,13
Europa Occidental	25.358	8,95	2.312	74,70	3,50	79,02	4,86	9,57
Europa Oriental	7.935	5,60	478	71,50	3,42	68,25	13,74	45,17
América Latina	6.905	6,74	519	48,44	1,51	70,90	30,07	185,07

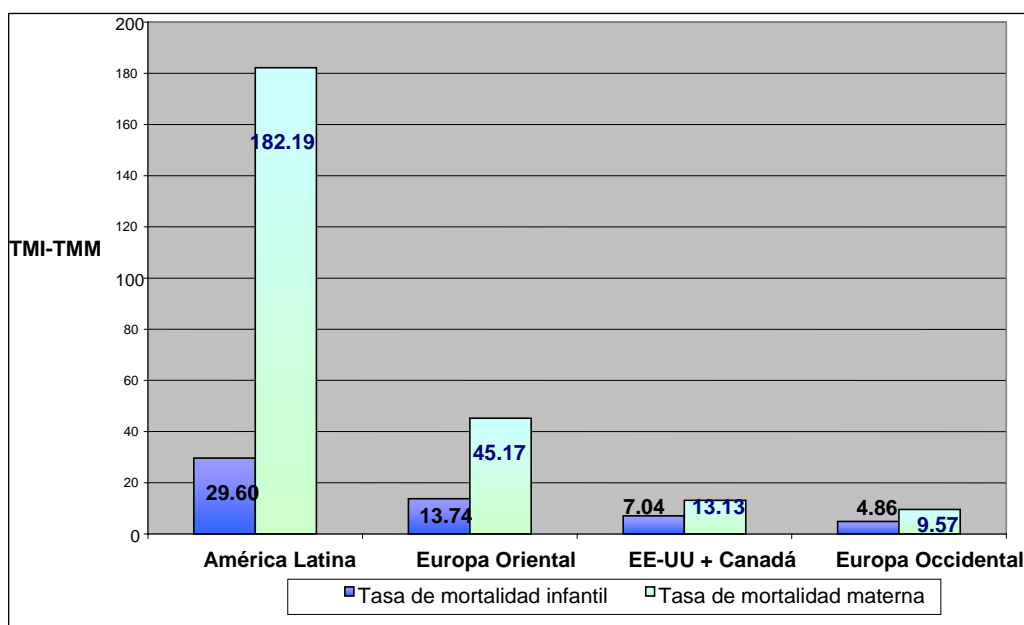
Fuente: World Development Report 2004, WB y The World Health Report 2004, WHO.

Notas:

1. Todos los datos son promedios ponderados por la población de cada país.
2. El PBI per capita está medido en términos de paridad del poder adquisitivo para el año 2002.
3. Los gastos en salud están medidos en dólares internacionales para el 2001.
4. Los médicos están expresados cada 1000 habitantes para el período 1995-2000.
5. La expectativa de vida está referida al año 2002.
6. La tasa de mortalidad infantil esta expresada cada 1000 nacimientos para el año 2000.
7. La mortalidad materna es cada 100.000 nacimientos para el año 2000.

Complementariamente, el Gráfico 1 presenta la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna para cada una de las regiones consideradas.

Figura 11 - Tasa de Mortalidad Infantil y Tasa de Mortalidad Materna. Promedios Ponderados por Regiones



Fuente: World Development Report 2004, WB / The World Health Report 2004, WHO

Se evidencia nuevamente una brecha entre el mundo desarrollado y en desarrollo: América Latina tiene una tasa de mortalidad infantil 24,74 puntos porcentuales por encima de la de Europa Occidental, lo que representa una sobrevida un 83% inferior para el menor del año. En términos de mortalidad materna la diferencia es aún más alarmante, con 182,19 de promedio ponderado para los países latinoamericanos, 94% superior a los de los países económicamente más desarrollados.

Estos indicadores encuentran su paralelo en la relación entre las naciones escogidas para este estudio. Como se observa en la Tabla 2, la brecha de ingreso entre Reino Unido y Paraguay es de 6,5 a 1 y la tasa de mortalidad infantil es cuatro veces superior en la nación latinoamericana. Aún para las naciones más cercanas entre ambos continentes (España y Chile), la diferencia de ingresos es superior al 100%, con una brecha en mortalidad infantil de dos veces y media.

Tabla 2 - Indicadores Sociosanitarios

	Población (millones)	PBI Per capita (PPP)	Esperanza de vida al nacer	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad al quinto año	Tasa de Alfabetización	Índice Gini	Tasa de Desempleo
	(1). 2005	(1). 2005	(2). 2004	(5). 2004	(1). 2004	(1). 2000-2004	(3). 2000-2003	(4). 2003-2005
Reino Unido	60	32.690	79	5	6	-	36	5
Francia	61	30.540	80	4	5	-	32,7	9,8
Alemania	82	29.210	79	4	5	-	28,3	11
España	43	25.820	80	3	5	98	34,7	9,2
Chile	16	11.470	72	8	8	96	57,1	6,9
México	103	10.030	74	23	28	91	49,5	3,5
Costa Rica	4	9.680	77	11	13	95	49,9	6,6
Colombia	46	7.420	73	18	21	93	58,3	11,8
Paraguay	6	4.970	72	21	24	-	56,8	57,8

Fuente: (1) World Development Report 2007; (2) World Health Report 2006, (3) Human Development Indicators. Los datos correspondientes al índice Gini de Reino Unido y Francia, son de los años 1999 y 1995, respectivamente, (4) Organización Internacional del Trabajo, (5) Human Development Report 2006

Estas diferencias se vuelven especialmente relevantes en dos aspectos: altos niveles de ingreso se asocian con una mejor distribución del mismo (ver Índice de Gini, columna 6 de la Tabla 2), y con niveles de gasto en salud per cápita superiores (Tabla 3).

Tabla 3 - Indicadores de Gasto en Salud

	Gasto en salud per capita	Cantidad de médicos (cada 1000 hab)	Gasto en Salud como % del PBI	Gasto público como % del Gasto total en Salud	Gasto Privado como % del gasto total
	2003	2000-2004	2003	2003	2003
Alemania	3001	3,37	11,1	79,2	21,8
Reino Unido	2389	2,3	8,0	85,7	14,3
Francia	2902	3,37	10,1	76,3	23,7
España	1853	3,3	7,7	71,3	29,7
Paraguay	301	1,11	7,3	31,5	68,5
Colombia	522	1,35	7,6	84,1	15,9
Chile	707	1,37	6,1	45,1	51,2
Costa Rica	616	1,32	7,3	65,4	21,2
México	582	1,98	6,2	46,4	53,6

Fuente: World Health Report 2006

En suma, las variables PBI per cápita y coeficiente de Gini son los indicadores “proxy” para medir la relevancia de las variables exógenas para alcanzar, desde el sistema de salud, un modelo cohesionado en términos de equidad. Desde esta perspectiva de cohesión social, en la medida en que estos indicadores sean más débiles (lo que ocurre con los países más pobres) la estructura del sistema, influida por los valores exógenos implica una cobertura dispar, con gastos de bolsillo más alto para los

sectores más pobres y, por tanto, una mayor inequidad. Ello define un sesgo distributivo y, a la vez, lo profundiza.

En otras palabras, el acceso a los bienes públicos efectivos termina siendo mayor para aquellos que más recursos tienen y, por lo tanto, el sistema de salud, como indicador de aseguramiento social, de expansión de cobertura y de cohesión social termina siendo negativo: las familias más pobres se encuentran perjudicadas por un sistema que no logra igualar sus oportunidades con los grupos más ricos en los países de ingresos medios bajos.

Factores endógenos que mejoran la cohesión social

Conjuntamente al análisis de la influencia de los factores exógenos en la cohesión social, es posible estudiar cómo el sector salud favorece a la misma a partir de las variables asociadas con el sistema en sí mismo. En este sentido se analizarán los sistemas de incentivos que operan en las reformas a fin de propiciar una mayor igualdad de oportunidades y equidad. Empíricamente se identifica que los sistemas que mejoran la cohesión social son aquellos que avanzaron hacia sistemas de salud *descentralizados*, que evitaron la *selección adversa* y que generaron *mecanismos de pago* que permitieron mayor eficiencia asignativa.

En cuanto a la descentralización, ella aumenta la cohesión social en tanto permite una mayor capacidad de decisión en los niveles donde se encuentra la necesidad de la gente. Por su parte, los mecanismos que evitan la selección adversa aumentan la cohesión en la medida en que tienden a una inclusión universal de la población en el sistema de aseguramiento social, independientemente de cuán riesgosos sean en términos de perfil epidemiológico y financiero. Por último la generación de mecanismos de pago que premien la eficiencia asignativa promueve el uso más racional de los recursos, y ello lleva a una mayor equidad en el acceso y por tanto beneficia la cohesión social. La sección siguiente plantea este debate a la luz de los casos seleccionados.

4.2. REFORMAS FINANCIERAS EN EL SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EUROPA Y SUS IMPLICACIONES PARA LA COHESIÓN SOCIAL

Las reformas financieras que fueron estudiadas en los nueve países escogidos muestran que, más allá de la adversidad de sus determinantes macroeconómicos, estudiados en la subsección anterior, existen decisiones políticas o institucionales y momentos históricos específicos que influyen en un incremento de la cohesión social.

En un extremo, por ejemplo, se encuentra Paraguay, que cuenta con un mercado de salud muy segmentado y aplica una reforma del sector salud que es intensiva en mecanismos de recupero de costos, de modo de ofrecerle al sistema mayores ingresos.

Por la característica del sistema, tales mecanismos terminan afectando negativamente el bolsillo de aquellos con menos recursos. En otras palabras, la medida de política sanitaria, en vez de constituirse en una forma de cohesión social, en términos de mayor financiamiento para el sistema, un mecanismo discriminador, que brinda más acceso a aquellos con más recursos.

El caso opuesto en América Latina es el modelo costarricense, donde se logró minimizar la segmentación del sistema, con tendencia hacia un seguro universal, que caracteriza el patrón de los casos europeos.

Un caso intermedio lo constituyen Chile y Colombia, donde a pesar de mantener un sistema segmentado, intentan buscar mecanismos para aumentar la cohesión social a través de mejoras de gestión del sector público e incorporación de la participación privada regulada por el estado en términos de seguro. Un esquema resumido de estas reformas para las naciones seleccionadas se presenta en la Tabla 3.

Descentralización

Dentro de los factores endógenos que favorecen la cohesión social, existen tres movimientos de descentralización de funciones en América Latina. Ellos van en la misma dirección en términos de lograr mayor eficiencia en la asignación de recursos, aunque se hacen operativos a partir de diferentes instrumentos. El primero es al interior del sector público, entre el nivel nacional y el nivel provincial o estadual. El segundo, entre las instituciones nacionales o estatales y los hospitales, es decir, la autogestión hospitalaria. El último ocurre entre el sector público y privado, de modo de promover mayor control y monitoreo, es decir, se conforma un sistema mixto.

A pesar de las ventajas potenciales, en los países latinoamericanos donde se aplica la descentralización se presentan una serie de problemas. Por un lado, la descentralización implica utilizar capacidad de gestión a nivel municipal u hospitalario, que es un recurso escaso en la región. Tanto en el sistema colombiano y chileno, que implican una desconcentración a nivel regional, como el costarricense y mexicano, que avanzan a una descentralización en términos de mayor autogestión hospitalaria, el gran desafío es que no reproduzcan a nivel local las falencias en capacidad de gestión del nivel nacional. De esta manera, un instrumento que en teoría facilita la cohesión social puede generar efectos adversos desde la perspectiva del usuario y desde mirada del fortalecimiento de las instituciones. Ello se asocia con fallas en la comunicación de los cambios tanto a la sociedad como al sistema de salud, a fin de poder hacer uso de un mecanismo desconcentrado de toma de decisiones.

Por otro lado, en la medida en que la descentralización no venga acompañada de subsidios cruzados desde instituciones regionales y localidades ricas a pobres, el patrón distributivo de inequidad, característico de estos países, queda congelado, limitando la capacidad de las reformas en descentralización para modificar el status quo.

Selección Adversa

Otro factor endógeno relevante para la cohesión social es la minimización de la selección adversa. Todos los mecanismos de mejora de los sistemas de aseguramiento social y de inclusión de los no-cubiertos en América Latina implicaron la creación de paquetes de servicios y de seguros de salud. En ellos se diseñaron incentivos no solamente desde el financiamiento de la oferta, sino también desde el subsidio a la demanda. El éxito de estos instrumentos depende de que se eviten efectos adversos, tales como la selección de riesgo por parte de proveedores.

En sociedades como las latinoamericanas, los factores de contexto macroeconómico influyen en que las percepciones y necesidades de salud sean heterogéneas, las poblaciones a ser focalizadas con programas específicos representen un porcentaje relativamente grande de la sociedad. Como consecuencia de ello, distintos perfiles de ingreso están asociados con distintas capacidades de pago y distintos perfiles epidemiológicos. En este contexto, las reformas tendientes a aumentar los subsidios a

la demanda llevan consigo el riesgo de que el sistema reformado termine capturando a los menos riesgosos y no atienda a los más expuestos o a los financieramente más débiles.

La tendencia hacia subsidios a la demanda se observa en todas las reformas de América Latina y muchos logran sortear los riesgos. El sistema colombiano, por ejemplo, si bien falla en un principio en la descentralización, logra avanzar en la cohesión social a partir del FOSyGA y tiene como gran desafío, luego de quince años, poder generar un mecanismo universal donde el subsidio a la oferta y a la demanda logren compensar las diferencias financieras. La reforma chilena se dirige en esa dirección. Si bien ha sido una de las grandes herramientas de gestión sanitaria de la región, el FONASA sigue absorbiendo al grupo más riesgoso mientras que las ISAPRES no logran ser incorporadas al sistema de subsidio solidario. El Plan AUGE intenta establecer cierta base mínima de derechos en una forma análoga que el FOSyGA con el paquete de salud obligatorio en Colombia. La evaluación del Plan AUGE, en tanto logre o no ser exitoso en reducir el gasto de bolsillo de las familias y equiparar la eficacia de los tratamientos para ricos y pobres, será una de las mayores enseñanzas de los sistemas de los sistemas regionales en los próximos años.

En esa misma dirección se dirige el sistema mexicano, aunque con programas más abarcativos y que van más allá del sistema de salud. Ello es así por al menos dos razones. La primera, porque las autoridades entendieron que los determinantes sociales y económicos discutidos en la subsección anterior son muy importantes para influir la cohesión social en salud. Por tanto, buscan operar a través de programas que sean más comprensivos, y modifiquen las condiciones iniciales, haciendo hincapié en nutrición, educación familiar e infantil, como mecanismo de provisión de salud. Por otro lado, porque existe un problema de segmentación claro entre los Institutos de Seguridad Social públicos y privados y el Sistema Público de Salud. Esa segmentación genera selección adversa en términos de riesgo y diferenciales significativos entre fondos disponibles per cápita de cada subsistema, redundando en peores indicadores de gasto de bolsillo.

Incentivos Monetarios

El tercer factor endógeno al sistema y que opera como instrumento de cohesión social es la elección de los mecanismos de pago que propicien una mejor eficiencia asignativa. En la medida en que se establece patrones de pago asociados con desempeño, aumenta la capacidad de monitoreo, de premiar sistemas eficientes y de corregir sistemas ineficientes. En América Latina, durante la década del noventa ello fue posible solamente a través de la definición de cápitaa asociadas a paquetes de servicios de aseguramiento social. Ello no se logró reproducir en los mecanismos de pago al interior del hospital público o entre el ministerio de salud y los hospitales. En esos casos, los modos de retribución siguen asociados a presupuestos históricos y mecanismos de salario fijo lo que desincentiva una mejor atención. Tal limitación es especialmente compleja desde una perspectiva de cohesión social, en tanto ocurre en instituciones de bajos recursos que deben cubrir las necesidades de salud de la población con perfil sanitario más complejo y financieramente catastrófico.

Comparativamente, y como surge del análisis de la Tabla 3, los países europeos lograron sortear los riesgos asociados a la descentralización dado que ésta vino acompañada, en primer lugar, por un proceso de formación de recursos humanos aguas abajo en la cadena de prestación y, segundo, de programas de inclusión de los desprotegidos que, además, evitan la selección de riesgo.

Por ejemplo, la reforma laborista en Inglaterra primero articuló las Autoridades de Salud Estratégicas y los trusts, propiciando su capacitación, y luego estructuró la

relación aguas arriba con la autoridad de salud. En España y Alemania hubo un movimiento similar que Francia está emprendiendo. Tanto en España como en Francia existen mecanismos de aseguramiento que van más allá de la estructura estándar de cobertura y avanzan sobre programas específicos, subsidios especiales o mecanismos de reembolso diferenciados, entre otras alternativas, de inclusión de poblaciones marginales.

En suma, el proceso de descentralización europeo involucra desarrollo de capacidad de gestión a nivel local como primer paso, para luego incorporar a los grupos de menores recursos y evitar los efectos adversos de la descentralización tan presentes en América Latina. Ello minimiza los incentivos a la selección de riesgo puesto que los mecanismos de atención para los individuos riesgosos se encuentran diferenciados.

En cuanto a los mecanismos de pago, en todos los casos las naciones europeas estudiadas los asocian con estructuras capitadas, donde el estado juega un rol importante no solamente en el financiamiento sino también en la regulación. Los casos más claros son el alemán, donde el sistema de aseguramiento social está apoyado en mutuales, y el francés, donde la oferta se encuentra asociada con una red de prestadores públicos no necesariamente de propiedad estatal. En todos esos casos, los mecanismos de pago intentan acompañar una reducción de costos y una mayor eficiencia asignativa. La cápita es el mecanismo de pago más usado para las prestaciones ambulatorias, y el pago por módulo (DRG) en los servicios de internación.

Los modelos teóricos que presentan los elementos analizados en esta sección tienen un movimiento endógeno hacia la reducción de barreras geográficas, informativas, técnicas e institucionales. En primer lugar, las reformas que avanzan en descentralización y en definición de paquetes, idealmente lograrían una reducción de estas brechas. En la medida en que tales medidas se hacen efectivas, necesariamente desarrollan instrumentos nuevos a nivel geográfico, informativo y técnico, para poder mejorar la gestión, el control de resultados y la gobernanza de los proyectos, lo cual aporta a la cohesión social. No existe ningún proyecto específico asociado con reducción de tales barreras, pero están implícitos al interior del desarrollo institucional de todas las propuestas.

Todas las iniciativas de reforma de América Latina, cuentan con un área de desarrollo institucional: en la medida de que las barreras institucionales (políticas), permiten avanzar en la reforma, todas las otras limitaciones se minimizan.

En otras palabras, existen barreras institucionales que decisivamente desplazan (o no) el umbral (la capacidad) de las reformas de generar mayor cohesión social o de limitar la cohesión social a los instrumentos previos a la reforma.

4.3. FACTORES INSTITUCIONALES QUE INFLUENCIAN LA CAPACIDAD DE LLEVAR A CABO LAS REFORMAS. LA ECONOMÍA POLÍTICA DEL SECTOR SALUD.

El propósito de esta sección es analizar los distintos esquemas de organización del sistema de salud de los países analizados en su carácter de instrumentos de gobernanza institucional que facilitan o no la puesta en marcha de reformas hacia una mayor cohesión social. Como fuera definido oportunamente, comprendimos como tal a la creciente reducción de brechas financieras, geográficas, de equidad, de acceso y de cobertura.

La organización de los sistemas de salud presentados en la sección anterior difiere entre países, y ello implica claramente que el peso relativo de los actores, las formas de coordinación entre los mismos, y las fuentes de financiamiento del sistema varían de acuerdo al modelo implementado. De este modo, si bien puede atribuirse gran importancia a las diferencias en los indicadores socioeconómicos exógenos para explicar la heterogeneidad en el desempeño, es necesario incorporar asimismo el análisis de la organización de los modelos de salud, factor endógeno que puede ser clave para entender la diversidad en los resultados.

Dicho estudio permite extraer lecciones para orientar la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Asimismo, el análisis de las reformas iniciadas en las naciones de la muestra establece ciertos paralelos que permiten identificar experiencias para el aprendizaje mutuo, como así también una marcada convergencia a un modelo mixto de provisión, con financiamiento regulado. Un resumen de reformas y mecanismos verticales de articulación se sintetiza en los Cuadros que acompañan esta sección.

En la Tabla 3 se resumen las diversas reformas efectuadas en los últimos años en los países bajo consideración, las que se agruparon en cuatro categorías: *descentralización* (contempla medidas que avanzan en la transferencia de responsabilidades hacia los niveles inferiores de gobierno, entre ellas, la creación de hospitales de autogestión), *selección adversa* (incluye medidas que promueven el acceso, incrementan los niveles de cobertura obligatorios por parte de cualquier seguro, ya sea este público o privado, y la reducción de los tiempos de espera, entre otras), *mecanismos de pago* (recoge las transformaciones en cuanto a la instrumentación de los pagos tanto a centros asistenciales como a los profesionales de la salud y medidas tendientes a la contención de costos que indirectamente modifican los mecanismos de pago, como el incremento de copagos) y *participación del sector privado* (expone medidas destinadas a inyectar competencia tanto entre seguros de salud como entre entidades prestadoras). Los espacios en gris que se observan no implican ausencia de reformas en tal sentido, sino que las mismas no fueron relativamente significativas en los últimos años.

Por otro lado, las Tablas 4, 5 y 6 resumen la descripción de los esquemas analizados en la sección 3, desde una perspectiva de actores. La primera de ellas resume las principales características del sector público por país desde su dimensión vertical: financiamiento, gestión, contratación de instituciones y personal. La Tabla 5 reproduce ese análisis para las variadas instituciones de Seguridad Social identificadas en las nueve naciones, mostrando aspectos específicos de coordinación, selección de riesgo y definición de paquetes. La última Tabla presenta el mismo análisis para el sector privado.

La gobernanza institucional en salud depende de la capacidad de los sistemas de reformarse y lograr una mayor cohesión social, lo cual se asocia con los tres ejes endógenos a partir de los cuales operan las reformas y que fueron analizados en la subsección anterior. En primer lugar, a través de estructuras de división de funciones o lo que llamamos descentralización. En segundo lugar, a través de la definición de paquetes de servicios y mecanismos de prestación que reduzcan la selección adversa y permitan el acceso a un paquete mínimo, básico y universal para todos los ciudadanos. En tercer lugar, a través del diseño e implementación de mecanismos de pago que incentiven un “alineamiento” de intereses entre el principal (el financiador del sistema de salud) y los agentes (los prestadores).

Desde una perspectiva de mapeo de actores, estos tres ejes, que estaban asociados con la capacidad (o no) de lograr cohesión social, se identifican como los patrones a

partir de los cuales se discute la economía política del sector, dado que los mismos dan cuenta de cómo el sistema de salud distribuye poder, tanto político como económico, entre los actores.

La descentralización no sólo puede ser vista como un factor que propone una mirada cercana a la atención de necesidades de la población, sino que implica la distribución de recursos financieros desde autoridades centrales hacia autoridades locales, o desde Ministerios hacia hospitales, o desde autoridades públicas hacia ONG's u otras entidades privadas. Esos recursos financieros proporcionan capacidad de gestión y de operación en terreno y, por tanto, brinda a las autoridades locales poder político en los potenciales procesos de reforma futuros.

Por ello los procesos de descentralización comienzan en general con mecanismos de desconcentración que no se asocian con el manejo discrecional de los fondos, sino con la distribución de funciones asociadas con la gestión, pero no con la decisión de cómo asignar tales recursos. En la medida en que el poder del sistema de salud es descentralizado, el resto de los actores se reacomoda a esta situación. A partir de la descentralización, se multiplican las "ventanillas" de discusión sobre asignación de financiamiento, y por tanto, atomiza el debate de política, favoreciendo o entorpeciendo la acción de otros actores en su injerencia en el diseño e implementación de reformas de salud.

En cuanto al diseño de paquetes de servicios, ello implica el desarrollo de una negociación acerca de qué es lo que debe ser cubierto y constituye un derecho, de modo de agregarle capacidad ejecutiva a lo que pudo haber sido una ley y a lo que sucede en la realidad. Por tanto, la asociación de un paquete con una lista de derechos en términos de accesos a determinados tratamientos y diagnósticos, implica asimismo atar el destino de aquellas instituciones prestadoras (ya sean profesionales, laboratorios o diseñadores de tecnologías asociadas con tal tratamiento y diagnóstico).

En otras palabras, incluir una patología dentro de un paquete de servicios no solamente se vincula con una decisión de política pública sanitaria, sino también con un juego de relaciones entre actores que quedarían de un lado de las prestaciones que van a ser financiadas para garantizar los derechos, o que pasan a ser servicios complementarios, suplementarios u optativos.

Por último se analizan los mecanismos de pago en cuanto determinan la capacidad de negociar atribuciones y asignaciones de fondos entre distintos actores. Los mecanismos de pago y la estructura de mercado operan influenciándose mutuamente para establecer cuales son las reglas asociadas con la reforma.

Estos mecanismos, no sólo son instrumentos de control de costos, sino, y fundamentalmente, modos de absorber y transferir riesgos. Actores con mayor poder de negociación (grandes financiadores, asociaciones de hospitales y clínicas, especialistas médicos) cuentan con mayor poder de mercado para negociar pagos por prestación y montos relativamente mayores. Por el contrario, instituciones más débiles médicos clínicos, centros productores de servicios de salud con menor carga tecnológica, no cuentan con capacidad para reducir su exposición al riesgo, recibiendo pagos capitados o salarios y presupuestos escasos. Las Tablas adjuntas permiten inferir, para cada caso, la capacidad relativa de cada actor en un esquema de Economía política.

Tabla 3- Resumen Reformas

REFORMA	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	MEXICO	PARAGUAY	ESPAÑA	ALEMANIA	INGLATERRA	FRANCIA
DESCENTRALIZACIÓN	2004: En el año 2009 todos los hospitales deberán ser autogestionados	1993: Autonomía financiera. El sistema de seguro social y las EPS pasan a contratar servicios a los hospitales públicos.	1994: Se crean las áreas de salud, que equivalen básicamente a los cantones sanitarios u oficinas locales de salud. 1998: Ley de desconcentración hospitalaria. Contratación directa con los proveedores.	1997: Creación de organismo públicos descentralizados. 2001: Mecanismos de competencia, contratos con prestadores	1996: Creación de los Consejos de Salud Regionales y Locales. Tránsito de hospitales y centros de salud a los municipios	1986 - 2002: Transferencia de recursos y funciones a las Comunidades Autónomas		2002: Creación de Trust de Atención Primaria, los cuales pasarán a manejar el 80% del presupuesto del NHS	Década del 90: Transferencia de responsabilidades a los niveles regionales.
SELECCIÓN ADVERSA	2002: El Plan AUGE determina garantías de cobertura de 56 patologías. Obligatorio para el seguro público y privado. 2002: El plan AUGE estipula tiempos de espera máximos	1997: Se incorporan al paquete de salud para el tratamiento de HIV	2002: EBAIS (Atención Integral y mayor Cobertura)	1997: Paquete Básico de Servicios. 2001: Seguro Popular de Salud	1996: Creación del Sistema Nacional de Salud y del Fondo Nacional de Salud	2003: Ley de Cohesión y Calidad amplía el paquete de prestaciones. Además se incorporan los derechos de cobertura odontológica (excluidos del paquete de servicios) a los niños. 2003: Información al paciente sobre listas de espera. 1999: Acceso de todos los inmigrantes al sistema	2000: Reducción del paquete de servicios incluidos en el seguro. 2004: Plan Médico Familiar. 2001: Fondo de compensación de enfermedades crónicas		2001: Creación de una institución (CMU) con el objeto de mejorar el acceso a los servicios de salud a las personas de más bajos ingresos.
MECANISMOS DE PAGO	2004: Asignaciones monetarias de estímulos al desempeño de los equipos de salud en base a metas sanitarias y desempeño individual (bonificación institucional y bonificación individual)		2001: a) Hospitales: Compromisos de Gestión (10% del presupuesto histórico según los resultados); b) Áreas de Salud: esquema de pago por cápitales, atado a resultados y en función de las características demográficas y epidemiológicas).	2001: Programa Hospital Universal, pago a hospitales por DRG			2004: Incremento de los copagos. 2000 - finaliza en 2009: Transición a DRG	2004: Pago a médicos generalistas no solamente por cápita sino también por indicadores de calidad de atención	Década del 90: Incremento de copagos, reducción de reembolsos del SHS, límite a la cantidad de médicos por hospital, mejora del planeamiento hospitalario
PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO (COMPETENCIA)		1993: Se permite el ingreso al mercado de aseguradoras privadas (EPS) con el objetivo de inyectar competencia entre prestadores		2001: Incorporación al mercado de empresas de aseguramiento privado			1996: Libre elección de aseguradoras	2005: Ranking de prestadores asociados al NHS	

Tabla 4 - Resumen Subsistema Público

Subsistema	Características	Chile	Colombia	Costa Rica	México	Paraguay	España	Alemania	Inglaterra	Francia
Público	1) Sistema único o segmentado	Segmentado	Segmentado	Integrado	Segmentado	Segmentado	Unico	Integrado	Unico	Unico
	2) Financiamiento	Impuestos generales + contribuciones salariales	Impuestos especiales (Juegos de azar) + Impuestos coparticipados a municipios	Impuestos + contribuciones de afiliados	Impuestos generales	Impuestos generales + aranceles + donaciones + crédito externo	Impuestos nacionales y provinciales	Impuestos generales	Impuestos + contribuciones de afiliados	Impuestos generales
	3) Descentralización (Nivel)	Si (Distritos - atención primaria)	Si (Departamentos y Distritos)	Si (Departamentos)	Si (Departamentos)	Si (Distritos)	Si (Departamentos)	Si (Distritos)	Si (10 autoridades de Salud Estrategica)	Si (Distritos)
	4) Autogestión Hospitalaria	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si
	5) Subsidio	A la Demanda	A la Oferta	A la Oferta	A la Oferta	A la Oferta	A la Oferta	A la Oferta	A la Oferta	A la Oferta
	6) Mecanismos de Pago	Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico + Pago por diagnóstico + Pago por prestación. Servicios de Salud Privados: Pago por prestación + pago por diagnóstico		Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico + Pago por resultados (10% del Presupuesto Histórico). Médicos: Cápita		Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico	Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico. Médicos: Salario		Servicios de Salud Públicos: Por cápita (Block Contracts) y por prestación (Cost & volume contract). Médicos clínicos: Costo plus. Médicos de Hospitales: asalariados	Servicios de Salud Públicos: Presupuesto Histórico + proporcional a la región. Servicios de Salud Privados: Tasa Fija (según disciplina) + pago por tratamiento. Médicos: Por Prestación
	7) Copagos (Características)	Si (Diferenciales por ingreso)	No	Si (Diferenciales por ingreso)	Si (Diferenciales por ingreso)	Si (Cobro de aranceles por prestaciones de servicios, 5% del financiamiento total)	Si (Diferenciado por tipo de enfermedad y condición del ciudadano: pensionado - no pensionado)	No	No	Si. (Diferenciales por ingreso)
	8) Paquete de Servicios	Si. Extendido		Básico (EBAIS)		Si. Extendido	Si. Extendido	Si. Extendido		Si. Extendido

Tabla 5 - Resumen Seguridad Social

Subsistema	Características	Chile	Colombia	Costa Rica	México	Paraguay	España (mutuales)	Alemania	Inglaterra (no existe)	Francia
Seguridad Social	1) Financiamiento	Impuestos + contribuciones de afiliados	Aportes Salariales + Aportes Presupuesto Nacional + Impuesto al Petróleo y Armas de Fuego + Caja de Compensación Familiar + Subsidio de Distritos + Rendimientos Financieros	Impuestos + Contribuciones	Impuestos + Contribuciones patronales y personales	Aportes patronales	Impuestos + Aportes Salariales (de mutualistas)	Rentas Generales + Contribuciones y Cargas Patronales + Copagos		Cargas patronales y aportes + Subsidios + impuestos generales + CSG (carga asociada al origen del ingreso)
	2) Relación con Servicios de Salud	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: No	Públicos: Subcontrata a través de las EPS. Privados: Subcontrata a través de las EPS. Propios: No	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: algunos integrados verticalmente	Públicos: No subcontrata. Privados: No subcontrata. Propios: integrados verticalmente	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata en caso de no poder satisfacer la demanda. Propios: integrados verticalmente	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: algunos integrados verticalmente	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: No		Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: algunos integrados verticalmente
	3) Mecanismos de Pago	Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico + Pago por diagnóstico + Pago por prestación. Servicios de Salud Privados: Pago por prestación + pago por diagnóstico		Servicios de Salud Públicos: Presupuesto por partidas (Compromisos de Gestión). Servicios de Salud Privados: IDEM. Médicos: Cápita	Servicios de Salud Privados: Presupuesto histórico. Médicos: Salarios	Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico. Servicios de Salud Privados: Pago por prestación		Servicios de Salud Públicos: Presupuesto histórico. Servicios de Salud Privados: Presupuesto histórico. Médicos: Cápita a la Asociación de Médicos		Servicios de Salud Públicos: Suma Fija (acuerdo entre ARH y Hospital) + pago por prestación. Servicios de Salud Privados: IDEM. Médicos: Por prestación
	4) Copagos (Características)	Si. Diferenciales por ingreso		Si. Diferenciales por ingreso		No	si (Diferenciado por tipo de enfermedad y condición del ciudadano: pensionado - no pensionado)		Si. Diferenciales por ingreso	
	5) Coordinación con Ministerio de Salud	Si. Regulado por la Superintendencia de Salud Pública	Si. El Min. de Salud a través de la cuenta FOSyGA provee parte del financiamiento a los regímenes	Si. El MS coordina y provee atención preventiva	Si. Atención a los pobres. División de prestaciones e/ Secretaría de Salud y el IMSS	No. El IPS es un organismo autónomo	Si. Regula el paquete de servicios	Si. Establecimiento de paquete, precio y calidad de prestaciones	Si	
	6) Paquete de Servicios (diferenciados entre fondos)	Si. Plan AUGE establece 56 patologías. Atención con tiempo de espera máximo. (no)	Si. Difiere entre el Régimen Contributivo (POS) y el Subsidiado (POS-S). (si)	Si. Atención primaria, secundaria y terciaria	Si. Depende de la disponibilidad de los establecimientos. (si)	Si. Paquete integral. Niveles de atención primario, básico, complementario y especializado. (no)	Si. Extendido	Si. Extendido. (no)	Si. Extendido. SHS	
	7) Selección de Riesgo	Si	Si	No	No	No	No	Hospitales universitarios (públicos) reciben a los pacientes con mayor riesgo	No	
	8) Gastos Catastróficos	Si. Los cubre el Seguro	Se financian a través de la subcuenta de Riesgos Catastróficos del FOSyGA	Se financian a través de INS con cargas patronales	Población no asegurada: gasto de bolsillo		Si. Incluido en el paquete cobertura	Seguro	Cubiertos en los paquetes de salud	

Tabla 6 - Subsistema Privado

Subsistema	Características	Chile	Colombia	Costa Rica	México	Paraguay	España	Alemania	Inglaterra	Francia	
Seguros Privados	1) Financiamiento	Contribuciones de trabajadores	Voluntario	Aportes personales y ONG's	Voluntario	pagos directos y cotizaciones voluntarios (privado con fines de lucro) + aportes salariales, pagos directos, donaciones, créditos externos, aranceles y servicios educativos (privado sin fines de lucro)	Aportes voluntarios	Contribuciones voluntarias	Aportes salariales	Aportes patronales y personales	
	2) Complementarios o sustitutos	Sustitutos	Sustitutos	Sustitutos	Complementarios	Complementarios	Complementarios	Complementarios	Sustitutos	Complementarios	
	3) Relación con Servicios de Salud	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: No es común la integración vertical	Públicos: No subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: Integración Vertical	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: Integración Vertical	Públicos: No subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: Integración Vertical	Públicos: No subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: Integración Vertical	Privados (sin fines de lucro): subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: Integrados Verticalmente	Públicos: Subcontrata. Propios: Integrados verticalmente	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: No	Privados (sin fines de lucro): subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: Integrados Verticalmente	Públicos: Subcontrata. Privados: Subcontrata. Propios: No
	4) Mecanismos de Pago	Servicios Públicos: Por prestación y por diagnóstico. Servicios Privados: Por prestación y por diagnóstico		Servicios Públicos: Presupuesto histórico. Servicios Privados: Presupuesto histórico. Médicos: Por prestación	Servicios Públicos: Presupuesto histórico. Servicios Privados: Presupuesto histórico. Médicos: Por prestación	Servicios Públicos: Presupuesto histórico. Servicios Privados: Pago por prestación o paquetes de servicios		Servicios Públicos: Presupuesto histórico. Servicios Privados: Presupuesto histórico. Médicos: Por prestación			
	5) Copagos (Características)	Sí (en relación con el plan contratado)		Sí (en relación con el plan contratado)		Sí (Pago directo de los hogares por servicios)					Sí
	6) Coordinación con Ministerio de Salud	Sí. Regulado por la Superintendencia de Salud Pública	Sí. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud regula contribución y cobertura del paquete de servicios contratado	El sector privado provee atención ambulatoria, apoyo de salud, y aparatos terapéuticos específicos (posee menor complejidad tecnológica)	No son reguladas por el Ministerio de Salud	No	No	El valor monetario de cada prestación se establece en el Ministerio de Salud. Regula el paquete de servicios		No son reguladas por el Ministerio de Salud	
	7) Paquete de Servicios	Plan AUGE establece 56 patologías. Atención con tiempo de espera máximo	No. Depende del prestador privado.	No. Depende del prestador privado.		Depende del prestador privado	Diferen entre aseguradores	Diferenciados entre fondos	No. Depende del prestador privado. Diferente al del Sistema Público	Sí. Extendido	
	8) Selección de Riesgo	Sí. Los precios de los planes se ajustan por edad y sexo. Se consideran preexistencia y carencias.	No	Sí	Sí	Privado sin fines de lucro no Privado con fines de lucro es voluntario	Sí	Sí		No	
	9) Gastos Catastróficos	Opción de contratar un "seguro contra riesgos catastróficos"	Con gasto de bolsillo	No los cubren (Gasto de Bolsillo o CCSS)	No los cubren	Gasto de bolsillo. Existen seguros de medicina prepaga	No los cubren		Gasto de bolsillo	Sí	

5. CONCLUSIONES

Los sistemas segmentados latinoamericanos se caracterizan por una amplia fragmentación en la provisión y financiación de los servicios de salud, con grandes fallas de coordinación entre subsistemas. El Ministerio de Salud, con fuertes limitaciones presupuestarias, amplia capacidad instalada y bajo nivel de eficiencia, tiene como funciones, no sólo proveer servicios propios a grupos de ingresos menores, sino garantizar mediante estructuras regulatorias la prestación de servicios por parte de las instituciones que conforman la estructura de seguridad social y el subsistema privado.

Por otro lado, en términos generales, la presencia de un sistema público centralizado y de amplia cobertura, como en el caso de las naciones de Europa, se enfrentan con un desafío: mantener un umbral de calidad de sus servicios, lo que requiere mayor inversión en el sector, o dar paso al desarrollo de un sector privado que opere con un diferencial de calidad, ofreciendo servicios o seguros complementarios. A fin de evitar que esta incorporación afecte la eficiencia de los esquemas de aseguramiento o la equidad en la provisión, es necesario desarrollar salvaguardas regulatorias, desafío que fue tomado por las autoridades sanitarias de las cuatro naciones consideradas como ingrediente fundamental de sus planteos de reforma durante los noventa, conjuntamente con la descentralización.

Los esquemas de aseguramiento social con fuentes de recolección de fondos y estrategia de cobertura tutelados por el sector público constituye la salida diseñada por estos países para enfrentar esta problemática. Los ejes en las reformas en los sistemas europeos, fueron la descentralización, la que fue llevada a cabo a través de la transferencia de la responsabilidad de la organización y prestación del Estado Nacional hacia los gobiernos municipales y provinciales. Para ello, se transfirió la propiedad de la mayoría de los establecimientos sanitarios a esas unidades, y se motivó la creación de entidades de naturaleza pública para la gestión presupuestaria (España, Inglaterra, Francia). Contrariamente, en la región latinoamericana, la falta de recursos públicos abre lugar a la búsqueda de intervención privada, tanto en el aseguramiento individual (ISAPRES en Chile) como social (EPS en Colombia), con involucramiento en la prestación de servicios.

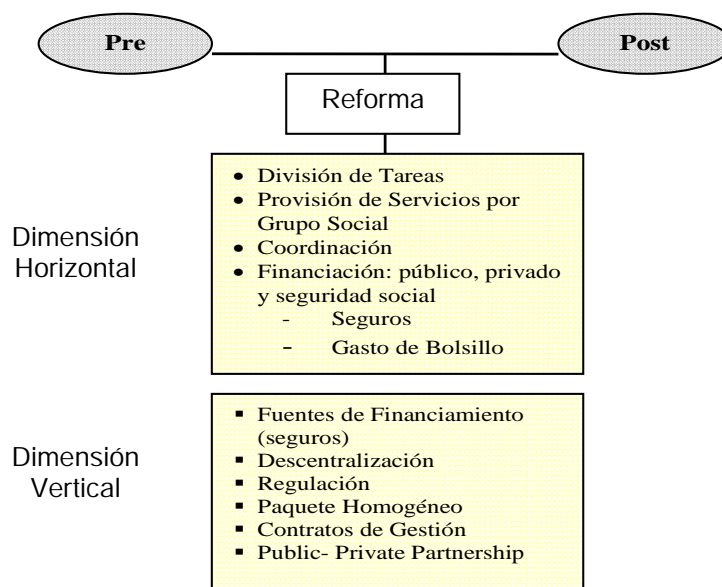
Si bien el proceso de descentralización también es un elemento común en las iniciativas de reformas latinoamericanas, el mismo tiene la necesidad de articular capacidades de los gobiernos locales para llevar a cabo exitosamente la organización de las prestaciones dentro de la región. La experiencia muestra que no existieron mecanismos de coordinación entre municipios y provincias, desaprovechando los potenciales beneficios de escala, y conduciendo a una ineficiencia asignativa en el sistema.

Paralelamente, en todas las naciones europeas estudiadas, el Ministerio de Salud queda establecido como el organismo regulador, diseñando el marco general en el cual se van a desarrollar los contratos entre actores. En América Latina, a pesar que formalmente ello es así, la limitada fortaleza de las instituciones de la seguridad social reducen las posibilidades de cambios en la aplicación de un esquema de control comprehensivo y sistémico.

Un esquema segmentado de provisión y financiamiento, como en los casos latinoamericanos estudiados, se enfrenta con un desafío desde la perspectiva de la eficiencia de los mecanismos de riesgo compartido: en tanto que un esquema de aseguramiento se aleja de un seguro universal (cobertura para toda la población), se segmentan los fondos disponibles para financiar las necesidades de salud,

provocando esquemas asociados con capacidad de pago (selección de riesgo), paquetes de servicios diferenciales, y estructuras deficientes para afrontar gastos catastróficos en salud.

Figura 12 – Análisis de la Reforma en el Sistema de Salud. Dimensión Vertical y horizontal.



Fuente: Elaboración propia

En la medida que coexistan subsistemas asociados con niveles de ingreso, el subsector público tiende a focalizarse en las poblaciones de menores recursos, mayor riesgo sanitario y menor habilidad de pago. Ello, por construcción, debilita la capacidad operativa del subsector, retrayendo la calidad promedio de los servicios prestados. El sector privado, que debe ofrecer un umbral de calidad superior al público para desarrollar un mercado de atención propio, opera “by default”, avanzando sobre las debilidades de la red pública, con un costo sobre la equidad del sistema. Las reformas en estas naciones buscaron reestructurar los sistemas de seguridad social, de forma tal de aumentar la transparencia en el uso de fondos y un mayor control sobre la cantidad y calidad de las prestaciones. El objetivo es reducir los niveles de inequidad entre las aseguradoras aumentando la solidaridad del sistema.

Al realizar un análisis comparado de los modelos de salud que permita extraer aprendizajes de política, debe prestarse especial cuidado a las cuestiones de escala asociadas con el sistema de aseguramiento social. En teoría, poblaciones más numerosas implican mayores beneficios a escala y mayor sustentabilidad de los sistemas de “riesgo compartido”, reduciendo riesgos financieros y ampliando su capacidad de absorber patrones sanitarios más complejos.

Por último, los mecanismos de pago a proveedores y profesionales de la salud no evidencian una correcta estructura de incentivos. En todos los casos, las asignaciones se realizan a través de presupuestos fijos por institución y salarios uniformes por agente en el sector público, en tanto en el sector privado recibe remuneraciones basadas en pago por prestación. Las excepciones las constituyen en menor medida los sistemas de Chile y Colombia. En lo que se refiere a las formas de pago a los proveedores y profesionales, los países de Europa Occidental combinan distintos mecanismos, aunque en los últimos años se ha visto un esfuerzo de los mismos para

reformular el tradicional fee-for-service por otro que contenga costos y evite la sobreutilización de los servicios de salud.

Actualmente, todos los sistemas de salud se están enfrentando al desafío de proveer de manera eficiente y equitativa servicios de alta calidad a costos accesibles, en un momento en donde los egresos superan a los ingresos. Este fenómeno es producto, por un lado, del gran avance tecnológico en el área sanitaria, y de los cambios demográficos de su población, la cual tiende a envejecer y por lo tanto, a presionar sobre la demanda de servicios de salud, ya que los grupos de mayores edades tienen más probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas –cardiovasculares o respiratoria, entre otras-.

A través de los estudios comparados puede establecerse un cierto patrón en los modelos de salud de acuerdo a los distintos indicadores socioeconómicos presentes en las naciones analizadas. Los países europeos se caracterizan por tener una importante participación del sector público, con un nivel de gasto en salud per capita relativamente más alto y mejores indicadores de desempeño. Asimismo, el gasto de bolsillo es relativamente más reducido, o existen métodos de reintegro amplios (Francia). En el extremo opuesto, Paraguay utiliza el mecanismo de copagos como una herramienta central en su estrategia de reforma.

Las naciones latinoamericanas relevadas cuentan con estructuras organizacionales segmentadas, donde el sector público financia y ofrece servicios (generalmente en sus propias instalaciones) a la población de menores ingresos, en tanto la población de ingresos medios y medios-altos recurre al sector privado mediante pago por servicio o estructuras de seguro privado. Tanto en el caso mexicano como en el paraguayo (con una cobertura muy inferior), los institutos de seguridad social cuentan con gastos per capita significativamente más altos que sus pares en el sector público, y estructuras estrictamente diferenciadas.

Chile y Colombia desarrollaron esquemas diferentes a los casos segmentados típicos de la región representados por los dos modelos anteriores, aunque sigue existiendo en ambos casos la diferenciación entre grupos de ingreso, provocadas por la selección adversa de seguros privados o sociales, y autofocalización de aquellos de menores recursos. En ambos casos se intenta reorientar el sistema de subsidio a la oferta por un enfoque de demanda (especialmente en Colombia), y el modo de aseguramiento social cuenta con perfiles propios. El FONASA en Chile propone un cambio al interior del sistema público, reorientando los recursos financieros ministeriales, en tanto que en Colombia el seguro social se apoya fuertemente en aseguradores privados, mediados por un fondo solidario, basado en paquetes capitados. Este esquema avanza sobre el caso chileno, evitando la selección de riesgo de los seguros individuales. En ambos casos, el desafío de coordinación financiera entre estructuras, como así también el mantenimiento y ampliación de los paquetes de servicios desarrollados (mediante el FOSYGA y el plan Auge, respectivamente), son clave para el desarrollo del sector en un sendero de equidad.

Probablemente el modelo costarricense constituya una excepción regional. Dada su evolución histórica y sus características socioeconómicas se desarrolló un modelo Público integrado, que coordina al interior del sector público al Ministerio de Salud y a la institución de Aseguramiento Social (Caja Costarricense de Seguro de Salud). La acción de ambos organismos, separando la atención primaria y preventiva a cargo del Ministerio y la atención de mayor complejidad en manos de la Caja, permitió obtener resultados muy satisfactorios. Enfrenta hoy el desafío de mantener un piso de calidad ampliando la cobertura. Como en todos los casos analizados, la descentralización aparece como una herramienta valorada para tal fin.

El modelo costarricense, asimismo, lleva a un esquema similar al seguro universal, que se presenta a partir de un menú de opciones alternativas en los países europeos. Con seguros sociales fuera del ámbito público, pero fuertemente controlados por la autoridad sanitaria (Alemania), mecanismos de gerenciamiento de instituciones públicas con gestión descentralizada, como en España e Inglaterra, o con esquemas de reintegro de fondos, como en Francia, las cuatro naciones europeas analizadas refieren a un modelo de seguro universal. Su financiamiento proviene alternativamente por recursos impositivos directos o basados en el empleo (payroll-taxes), y los modos de prestación descansan no sólo en instituciones públicas, sino privadas (con o sin fines de lucro) y sociales. Sin embargo, el denominador común es la existencia de paquetes comunes, coordinación de fondos y fuerte regulación.

En resumen, los indicadores presentados en esta sección muestran una clara asociación entre contexto socioeconómico, organización de los sistemas de salud y resultados en el área. Países con mayores niveles de ingreso tienen mejores indicadores de salud, siendo mayor la efectividad del gasto. Adicionalmente, la organización de estos sistemas está caracterizada por una amplia participación del sector público en el financiamiento y provisión de los servicios de salud, mostrando la mayor capacidad institucional de los mismos para actuar en mercados caracterizados por las fallas de mercado.

A la luz de las experiencias de las naciones más ricas, los sistemas de salud del mundo en desarrollo se enfrentan a dos desafíos. Por un lado, cómo construir una estructura de atención de la salud que compense las limitaciones financieras y brinde a su población de una mejor calidad de vida desde la perspectiva sanitaria, y por el otro, cómo fortalecer la capacidad institucional del estado para garantizar el buen funcionamiento del sector, brindando acceso equitativo y de calidad a todos sus usuarios.

A manera de conclusión, es posible decir que, si bien los sistemas de Salud de Europa presentan distintas estructuras organizativas, todos están basados en el principio de equidad y en la idea que el mercado por si solo no puede operar en este sector marcado por los problemas de información asimétrica y las externalidades. En general, la intervención pública es muy significativa en la provisión, organización y financiamiento de los servicios de salud. Esto marca una clara diferencia respecto a lo visto para el caso de los países de América Latina, donde el sector privado tiene un papel destacado, no sólo en la provisión, sino también en el financiamiento, muchas veces saldando el vacío que deja el Estado, sujeto a altas ineficiencias y limitaciones presupuestarias.

6. REFERENCIAS

- (1) Maceira, D. (2001) *"Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe"*, Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID). No.2.
- (2) Nacional Health Service. <http://www.nhs.uk/England/Default.aspx>
- (3) Health Care Comission, United Kingdom. <http://www.healthcarecommission.org.uk>
- (4) European Observatory on Health Care Systems (1999). *"Health Care Systems in Transition: United Kingdom"*.

- (5) Repullo, J. R. y Ochoa, L. A. et al. (2004). *“Por un Nuevo contrato social en el SNS”*. Foro por la mejora del SNS. Madrid.
- (6) Hurtado, J. (2007) *“El mutualismo administrativo”*. Mimeo
- (7) Ordaz Sanz, J. y Murillo Fort, C. (2006) *“Una aproximación de los precios hedónicos al seguro privado de enfermedad en España”*. Revista de métodos cuantitativos para la economía y la empresa.
- (8) Centro de Investigaciones Sociológicas (2000). *“Barómetro Sanitario”*.
- (9) Del Llano J, Martínez-Cantarero JF, Raigada F. (2002). *“Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles”*. Gaceta
- (10) Durán A., Lara, J. L. y van Waveren, M. (2006). *“European Observatory on Health Systems and Policies”*.
- (11) Hidalgo, M. J. y Matas, V. (2005). *“Estudio comparativo del salario del médico en España”*. Granada, Sindicato Médico de Granada”.
- (12) Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2003). *“Gasto y financiamiento de la Salud en Costa Rica: Situación Actual, tendencias y retos”*.
- (13) Rodríguez Herrera, A. (2006). *“La reforma de Salud en Costa Rica”*. Unidad de Estudios Especiales, CEPAL.
- (14) Organización Panamericana de la Salud (2002). *“Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Chile”*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de desarrollo de Sistemas y Servicios de la Salud.
- (15) Titelman D. (2000). *“Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes”*. Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL.
- (16) Fischer, R. D. y Serra, P. (1997). *“Análisis Económico del Sistema de Seguros de Salud en Chile”*. Centro de Economía Aplicada, Depto. Ingeniería Industrial, U. de Chile.
- (17) Vallejos, C. A. (2006). *“La Organización de la Salud en Chile”*. Universidad de la frontera. Temuco, Chile.
- (18) García Aspillada, P. (2004). *“Reforma Sistema de Salud Chileno”*. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud.
- (19) Silva, R. (2004). *“Resumen Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión”*. Hospital regional de Talca.
- (20) Castro, R. (2003). *“Análisis y Comentarios al Proyecto de Ley que establece Autoridad Sanitaria y Reforma Gestión Pública (modifica DL N°2763)”*. Fundación Libertad y Desarrollo.
- (21) Sandier, S., Paris, V. y Polton, D. (2004). *“Health Care Systems in Transition: France”*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- (22) García de Cortázar y Nebreda, C. (2000), *“La Cobertura Universal de Enfermedad en Francia: la Cobertura Complementaria”*, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (23) Rodwin, V., y Le Pen, C. (2007). *“Health Care Reform in France, the Birth of State-Led Managed Care”*, Massachusetts Medical Society.

- (24) Banco Mundial (2005). *“Prestación de servicios de salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios”*. Departamento de desarrollo humano. Región América Latina y el Caribe.
- (25) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos-Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (2003). *“Exclusión Social en Salud. Paraguay”*.
- (26) Angeles, G., Steward, J., Gaete, R., Mancini, D., Trujillo, A., Fowler, C. (1999). *“Health Care Decentralization in Paraguay: Evaluation of impact on cost, efficiency, basic quality, and equity”*. Baseline Report. Measure Evaluation Technical Report Series No 4. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- (27) Organización Panamericana de la Salud (2001). *“Perfil del sistema de Servicios de salud Paraguay”*. Programa de Organización y gestión de sistemas y servicios de salud.
- (28) Knaul, F., Arreola, H., Borja, C., Méndez, O., Torres, A. (2003). *“El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares”*, en Knaul, F. y Nigenda, G. (ed.). *Caleidoscopio de la Salud*. México, D.F. Fundación Mexicana para la Salud.
- (29) Knaul, F; Arreola-Ornelas, H.; Méndez, O. (2005). *“Protección financiera en Salud: México, 1992 a 2004”*. *Salud Pública de México*. Vol. 47, no. 6.
- (30) Organización Panamericana de la Salud (2002). *“Perfil del sistema de salud en México”*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de salud.
- (31) Arreondo, A. (2006). *“Financiamiento, equidad y gobernanza en salud en México: cambios, tendencias y evidencias para el avance de los sistemas estatales de salud 1990-2005”*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- (32) Corcho Berdugo A., Castilla Luna, M, Acosta Ramírez, N (2000). *“Narrativa sobre la Reforma del Sistema de Salud en Colombia”*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- (33) Morales Sanchez, L. (1997). *“El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia”*. CEPAL, N° 55. Proyecto CEPAL / GTZ “Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe”, Santiago de Chile.
- (34) Revista Salud Colombia. www.saludcolombia.com
- (35) Orozco Africano, J. (2006). *“Por qué reformar la reforma”*. Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006/jmo/
- (36) Busse, R., Riesberg, A. (2004). *“Health Care Systems in transition: Germany”*. WHO Regional Office for Europa on behalf of the European Observatory on Health System and Policies, Copenhagen.
- (37) Federal Ministry of Health and Social Security(2004) *“The Health Reform: A healthy choice for everyone”*.
- (38) Maceira, D. (2007, a) *“Actores y Estrategias en Salud en América Latina”*, Nota Técnica de Saúde No. 1/2007 - Marzo de 2007. Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.
- (39) Maceira, D. (2007, b) *“Economía Política de las Reformas de Salud: un modelo para evaluar Actores y Estrategias”*, Nota Técnica de Salud No. 2/2007 - Marzo 2007. Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington (DC)

- Maceira, D. (2001) *"Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe"*, Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID). No.2.
- The World Bank, *"World Development Report 2007"*.
- The World Health Organization, *"World Health Report 2006"*.
- The World Bank, *"World Development Report 2004"*.
- The World Health Organization, *"World Health Report 2004"*.