



CEDES
Centro de Estudios de Estado y Sociedad



Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas¹

Resumen Ejecutivo

Enero 2005

Daniel Maceira²
Eugenia Barbieri³
Bárbara Lignelli⁴

Introducción

En sentido amplio, un sistema de salud busca proveer a la población de un oportuno, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios. Tanto las interdependencias entre el estado de salud de una persona y el de su familia y la comunidad, como la imperfección de los mercados de bienes y servicios asociados con la salud requieren de la participación del Estado.

En general, los sistemas de salud son altamente heterogéneos entre sí en cuanto a niveles de cobertura, financiamiento y resultados, ya que los mismos se encuentran relacionados con la riqueza promedio de cada nación y su patrón de distribución. Desde otra perspectiva, **existe una tendencia significativa entre elevados niveles de pobreza y resultados de salud poco satisfactorios, constituyendo un desafío de política económica y sanitaria.**

Asimismo, **la organización de los sistemas sanitarios depende del contexto socioeconómico e histórico en el cual se desenvuelven:**

- Las naciones con regímenes socialistas en el pasado enfrentan una transición desde economías de planificación central, con fuerte presencia estatal, a un esquema de mercado, con un sector público debilitado.
- Europa Occidental combina una sostenida intervención pública y el Estado de Bienestar.
- Estados Unidos basa su organización en principios de libre competencia y subsidios a la demanda, apoyándose en el desarrollo del sector privado.
- América Latina, con bajos niveles de ingreso relativo y una deteriorada distribución del mismo, intenta incorporar la oferta privada de servicios sanitarios para atender las demandas que el sector público, dadas sus limitaciones financieras y estructurales, no logra afrontar. De este modo, **el sector privado se desarrolla a la sombra de la pobre efectividad del sector público, con efectos sobre el gasto de**

¹Este trabajo fue desarrollado como parte del convenio CEDES-OSDE. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

²Ph.D. en Economía; Investigador Titular del CEDES-CONICET.

³Economista; Investigadora Asistente del CEDES.

⁴Socióloga; Asistente de Programas del CEDES.

bolsillo de la población. Ello permite explicar porqué en naciones con mayores niveles de pobreza la participación del gasto privado sobre el total del gasto en salud es más elevada.

Propósito del trabajo

A la luz de estos argumentos generales, el trabajo tiene como objetivo efectuar un **análisis comparativo de las experiencias de organización de los sistemas de salud en cuatro regiones muy dispares: América Latina, Estados Unidos y Canadá, Europa Occidental y Europa Oriental.**

En este sentido, se identificarán las características principales de cada sistema sanitario relacionadas con el contexto socioeconómico imperante en cada región. Asimismo, se analizará la asociación entre ingreso y participación del sector público en el financiamiento y provisión de servicios de salud.

El fin último es el de conocer la interrelación entre las condiciones socioeconómicas y las diversas estructuras organizativas, para luego observar como éstas impactan en el desempeño, acceso, equidad, efectividad y niveles de gasto del sector sanitario de cada nación.

Marco Teórico

El *Informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000*⁵ 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 **organización** de cualquier sistema de salud implica considerar dos dimensiones (Maceira, 2001):

1) Dimensión Horizontal: 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

2) Dimensión Vertical: Postula las relaciones de cada una de las estructuras que participan del sistema, desde la organización interna de su funcionamiento: (i) fuentes de financiamiento, (ii) estructura de los fondos de aseguramiento, (iii) mecanismos de financiamiento de tales fondos, y (iv) 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.

Análisis Cuantitativo

El trabajo considera cuatro áreas geográficas cuyas características socioeconómicas y de organización y desempeño del área sanitaria son muy heterogéneas.

Esta realidad puede observarse en la Tabla 1 donde se presentan para cada región los niveles de PBI per cápita, la tasa de alfabetismo, y los niveles de gasto, conjuntamente con algunos indicadores de oferta y demanda del sector.

⁵ Organización Mundial de la Salud (2000) “*Health Systems: Improving Performance*”, The World Health Report 2000, Suiza

Tabla 1: Características Generales por Región⁶

Continentes	PBI per capita	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

A partir de la misma, es posible observar la **gran polaridad en términos de ingresos entre el mundo desarrollado y en desarrollo y su reflejo en los niveles de gastos 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.

Resulta interesante considerar la alta participación de los egresos públicos para los ex-países socialistas y los satisfactorios indicadores de mortalidad materna e infantil, en comparación a los que presenta América Latina, a pesar del menor nivel de gasto per capita en salud.

El Gráfico 1 muestra el promedio ponderado de gasto total en salud, ajustado por paridad del poder adquisitivo, entre 1997-2001, para América Latina, Europa Occidental, Oriental, Estados Unidos y Canadá.

En el mismo se pueden distinguir tres agrupamientos de países claramente diferenciados:

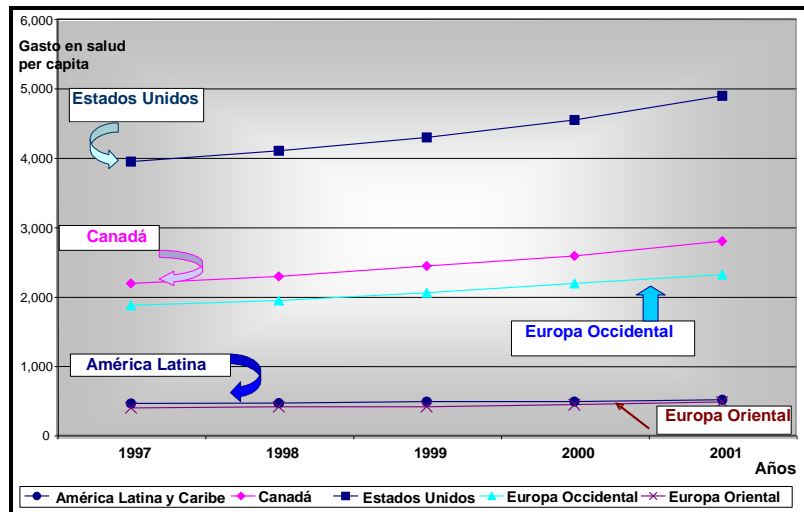
- (1) aquellos cuyos gastos no superan los 1.000 dólares, representados por América Latina y Europa Oriental;
- (2) los que efectúan egresos entre los 2.000 y 3.000 dólares, es decir, Canadá y Europa Occidental;
- (3) Estados Unidos, con gastos superiores a 4.000 dólares.

Estos datos revelan la **fuerte polaridad existente en inversión en salud**: América Latina gasta un 10% de lo que efectúa Estados Unidos, y un 22% de lo desembolsado por igual concepto en Europa Occidental.

El fenómeno se repite para el caso de los países de Europa Oriental, cuyos gastos llegan a 478 dólares, 4.409 dólares menos que América del Norte y 1.834 menos que sus vecinos europeos.

Gráfico 1:

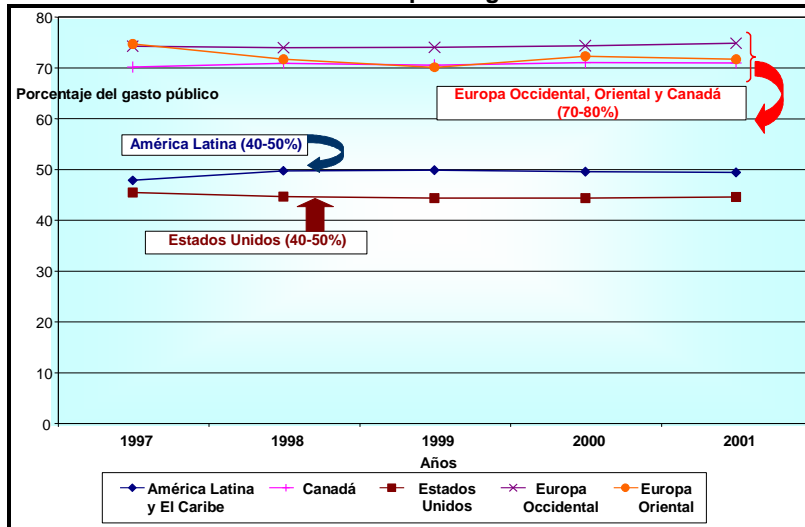
Gasto en Salud per capita. Promedios Ponderados por Regiones



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

⁶ 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.

Gráfico 2:
Participación del Gasto Público en Salud sobre el Total de Gasto Promedios Ponderados por Regiones



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

Al analizar el grado de participación del sector público en el nivel de gasto en salud – Gráfico 2-, se percibe que no se manifiestan las mismas relaciones que en la figura anterior.

- Europa Occidental, Oriental y Canadá, presentan una significativa presencia estatal que ronda entre el 70 % y 80%, mientras que,
- Estados Unidos y América Latina muestran una participación del gasto público en salud de alrededor del 40-50%.

Esta sección del trabajo brindó un panorama general sobre los distintos contextos socioeconómicos y los niveles de gasto y resultados en salud de las cuatro regiones consideradas.

Sin embargo, ellos tienen un correlato con la organización, el financiamiento y la estructura

de los Sistemas Sanitarios que se desarrollan en cada nación.

Por este motivo, a continuación se describen las características distintivas de cada uno de ellos, para luego estudiar su correlación con las características de cada país en términos de ingreso y desempeño del sector.

Análisis Cualitativo

La organización de los sistemas de salud de las distintas regiones consideradas es heterogénea, al igual que sus niveles de ingreso per capita, gasto y resultados en salud.

Estas diferencias se encuentran asociadas tanto con los actores participantes, como con la forma de articulación y coordinación entre

ellos para establecer diferentes modelos de atención.

Las características de cada agente y su poder relativo en el financiamiento y provisión de servicios en los mercados de salud influyen directamente en los resultados e indicadores del sector.

Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas

	América Latina	Europa Occidental	Estados Unidos/Canadá	Europa Oriental
Organización	<p>Se pueden considerar cuatro categorías:</p> <p>1) <i>Modelo Público Integrado</i> (Bahamas, Barbados, Jamaica, Trinidad y Tobago y Costa Rica): el Sistema Público concentra el financiamiento, propiedad y cobertura. Presenta indicadores satisfactorios y por encima del promedio regional.</p> <p>2) <i>Modelo Segmentado</i> (mayoría de las naciones de la región): marcada segmentación en la provisión de servicios de salud, con tres subsistemas (público, seguridad social y privado)</p> <p>3) <i>Modelo Público con subcontratos</i> (Brasil): sistema universal de salud, financiado por el sector público y provisión por una red de servicios propios y subcontratados al sector privado.</p> <p>4) <i>Modelo Intensivo en Contratos</i> (Chile, Colombia, Argentina y Uruguay)</p>	<p>Brindar acceso universal a un amplio paquete de servicios, arraigados en los principios de equidad, eficiencia y subsidiariedad.</p> <p>Existen dos estructuras principales bajo las cuales se conforman sus sistemas de salud:</p> <p>1) <i>Sistema nacional financiado mediante impuestos</i> (Ej: Gran Bretaña que por medio del NHS provee de manera centralizada servicios financiándose mediante impuestos generales)</p> <p>2) <i>Instituciones de aseguramiento social</i> (Ej: Alemania organizada en 396 cajas de salud obligatorias, administradas por mayorías sindicales y financiadas mediante contribuciones de los trabajadores y empleadores.</p>	<p><i>Estados Unidos</i> tiene fuerte participación del sector privado en el financiamiento y prestación. Existen dos programas públicos: el Medicare (para personas mayores de 65 años, discapacitados y personas con insuficiencia renal crónica) y el Medicaid (para personas de bajos ingresos). La mayoría tiene cobertura mediante seguros privados, comprados por el empleador o de manera conjunta entre empleado y empleador. Durante los años '80 surgieron las <i>HMO</i> basadas en el modelo de <i>managed care</i>, mediante cartillas cerradas y prestaciones administradas.</p> <p><i>Canadá</i> es un esquema único y público que está descentralizado. Está conformado por 13 subsistemas provinciales y el sector privado queda relegado a desarrollar aquellos servicios que no presta el gobierno.</p>	<p>En la década de los '90 enfrentó una transición desde el socialismo hacia la construcción de economías de mercado. El monopolio estatal y la centralización burocrática, impulsó a los sistemas hacia una baja calidad en los servicios y a un lento desarrollo tecnológico.</p> <p>La mayoría de los países incorporó un sistema de seguridad social bismarkiano, restringiendo el derecho a los contribuyentes, con introducción de copagos para ciertos servicios y exclusión de otros del paquete básico de servicios de la seguridad social.</p>
Financiamiento	<p>1) <i>impuestos directos</i>, recaudados por los gobiernos nacionales y utilizados para financiar el sistema; y</p> <p>2) <i>contribuciones</i> de trabajadores y empleadores <i>al aseguramiento social</i>.</p>	<p>1) <i>Público mediante impuestos generales</i> (España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Suecia, Reino Unido, Dinamarca, Noruega y Portugal)</p> <p>2) <i>Público basado en un seguro social obligatorio</i> (Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Luxemburgo)</p> <p>3) <i>Privado mediante aseguramiento voluntario o como complemento para cubrir algunos cuidados de la salud</i> (Holanda, Suiza, alguno de los anteriores).</p>	<p><i>Estados Unidos</i> los <i>coseguros</i> y <i>copagos</i> son una fuente importante de financiamiento, representando entre el 20% y el 50% del costo de las prestaciones. Existen también <i>impuestos generales</i> y <i>a la nómina salarial</i> para financiar los programas públicos.</p> <p><i>Canadá</i> fundamentalmente de <i>impuestos generales</i> recaudados por el gobierno central y transferido a las jurisdicciones, que pueden generar sus propios ingresos.</p>	<p>1) <i>Contribuciones obligatorias a la seguridad social</i></p> <p>2) <i>El presupuesto del gobierno central</i> continúa jugando un rol importante a través del financiamiento de la salud.</p> <p>3) <i>Financiamiento privado</i>, a través de seguros voluntarios y gastos de bolsillo</p>

	América Latina	Europa Occidental	Estados Unidos/Canadá	Europa Oriental
Mecanismo de Pago	No evidencian una correcta estructura de incentivos	Combinan distintos mecanismos, aunque se ha visto un esfuerzo para reformar el fee-for-service por otro que contenga costos y evite la sobreutilización.	<p><i>Estados Unidos:</i> varían desde el tradicional pago por acto, al salario y la capitación. En muchas HMOs los profesionales trabajan asalariados, con incentivos según productividad. Para los hospitales se impone un sistema de pago prospectivo, mediante presupuestos fijos, o grupos de diagnóstico.</p> <p><i>Canadá:</i> : para los profesionales médicos, en general, el pago por prestación y a los hospitales mediante presupuesto global</p>	A fines de los '90, se alejaron del gasto presupuestario, caracterizado por su falta de incentivos, hacia mecanismos de pago alternativos. Varias naciones introdujeron la capitación para profesionales de atención primaria, que se ha vuelto la forma más común de pago para este servicio, y el pago en base a casos para hospitales
Reforma-Desafíos	<p>Principales reformas durante los '90:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mecanismos de Aseguramiento Social, basados en paquetes definidos de servicios capitados al sector privado -Introducción de procesos descentralizadores -Esquemas de autogestión hospitalaria y recupero de costos; -Estructuras de cooperación público-privada, mediante el desarrollo de cápitas. 	Se enfrentan 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, producto del gran avance tecnológico en el área sanitaria, y de los cambios demográficos de su población, la cual tiende a envejecer.	<p><i>Estados Unidos</i> a pesar de sus abundantes recursos económicos y humanos ocupa una posición relativamente mediocre en la escala de sistemas de salud mundial.</p>	<p>Enfrenta los desafíos de una transición hacia una economía de mercado y descentralizada.</p> <p>Existe una inercia por parte de la antigua estructura, burocrática e ineficiente, reflejada en las largas listas de espera, bajos salarios, deterioro de la infraestructura disponible y falta de acceso por parte de la población a los servicios sanitarios</p>

Participación del Sector Público-Privado en el Sistema de Salud

La participación del sector público en el sistema de salud es más significativa cuanto mayor es el nivel de ingreso del país.

- La mayoría de las naciones del mundo desarrollado poseen esquemas sanitarios con fuerte presencia estatal en la organización, provisión y financiamiento de los servicios.
- En América Latina, por el contrario, las limitaciones financieras del sector público, sumadas en muchos casos a la falta de eficiencia en la implementación de políticas sociales, impulsan a amplios sectores de la población de bajos recursos a buscar atención en un sector privado atomizado, con poca participación de seguros de salud, o a prescindir directamente de la atención médica.

Se confirma, entonces, que el sector privado se desarrolla a la sombra de la falta de efectividad del sector público, y que cuanto mayor es la falta de calidad y efectividad pública, superior es el gasto de bolsillo.

Los Gráficos 3, 4 y 5 presentan para cada región considerada (Europa Occidental junto con Estados Unidos y Canadá, América Latina y Europa Oriental) los niveles de gasto total y público en salud, ordenando los países de cada área de manera ascendente en términos de su PBI per cápita. En las tres figuras existe una marcada relación entre ingreso y gasto.

- Analizando el caso de los países desarrollados pueden establecerse tres conclusiones principales:

- 1) La homogeneidad relativa en niveles de gasto total y público entre países, aspecto no replicable en los dos casos siguientes;
- 2) El índice de correlación entre el PBI per capita y el gasto en salud es positivo (0.6075), corroborando la hipótesis planteada; y
- 3) La correlación entre PBI y gasto público es altamente significativa (0.8182), reforzando la visión de que países desarrollados poseen una red de instituciones con capacidad de intervenir en escenarios signados por problemas de “falta de mercado”.

América Latina refleja mayor heterogeneidad entre países en términos de gasto en salud. Al ordenarse en función del ingreso, los mismos se agrupan de acuerdo a las cuatro estructuras organizacionales de los modelos de salud detallados previamente.

De esta manera, los 15 países con menores ingresos –exceptuando Jamaica– conforman el modelo “segmentado”, caracterizado por la alta presencia privada y la ineficiencia pública; luego sigue Brasil con el modelo “público con subcontratos”, y por último, figuran las naciones de relativamente mayores ingresos promedio, que pertenecen a los modelos “público integrado” e “intensivos en contratos”.

Esto revela la relación entre la forma en la que se organiza, se financia y se proveen los servicios de salud y la riqueza.

Adicionalmente, es posible identificar que todos los países latinoamericanos tienen una participación de gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud superior a la de los países desarrollados.

■ Por último, Europa Oriental tiene un comportamiento similar al de América Latina en cuanto a sus coeficientes de correlación. Sin embargo, la incidencia del sector público en salud se asemeja más a la encontrada en naciones desarrolladas. Esta realidad es producto de la transición desde economías de planificación central a otras de mercado, manteniéndose cierta inercia de la vieja estructura organizativa y de financiamiento del sector.

Comparando los promedios regionales se establece que América Latina presenta un porcentaje 41% superior al de Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá en conjunto.

Gráfico 3:
Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá, Gasto Total y Público en Salud per capita 2001

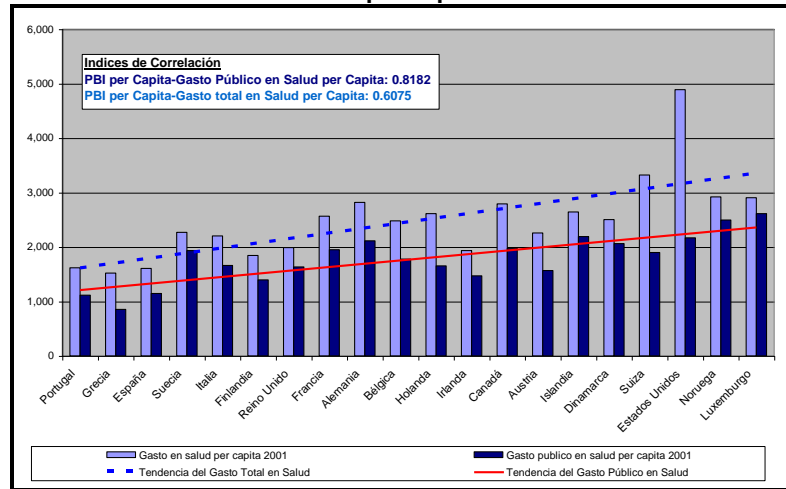


Gráfico 4:
América Latina y El Caribe, Gasto Total y Público en Salud per capita 2001

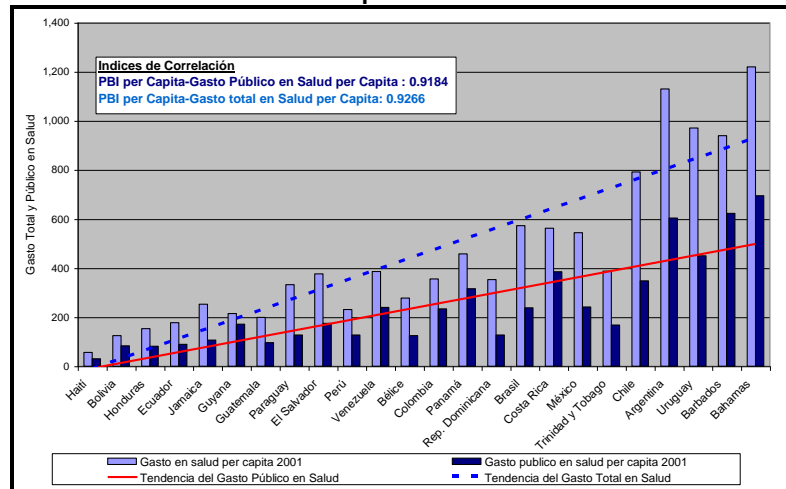
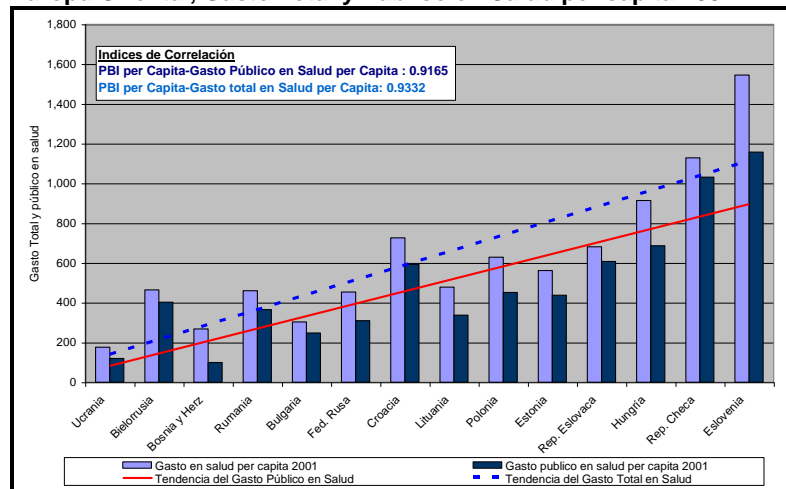


Gráfico 5:
Europa Oriental, Gasto Total y Público en Salud per capita 2001



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

Nota: Los países están ordenados de manera ascendente por el PBI per cápita ajustado por PPP 2001

Desempeño de los Sistemas de Salud

Entre los distintos países se percibe una gran diversidad en términos de resultados sanitarios, producto de la relación presente entre indicadores de salud y niveles de ingreso promedio de cada nación.

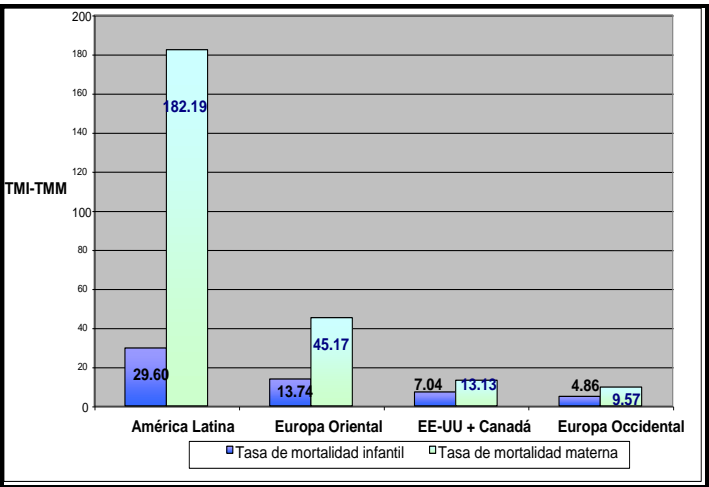
El Gráfico 6 presenta la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna para cada una de las regiones consideradas. Se evidencia claramente la polaridad existente entre el mundo desarrollado y en desarrollo: América Latina tiene una tasa de mortalidad infantil 24,74 puntos porcentuales por encima de la de Europa Occidental, lo que representa una sobrevivida al menos de un año, un 83% inferior. 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 ricos.

El Gráfico 7 presenta los promedios ponderados para cada región en términos de expectativa de vida. Nuevamente, los mejores indicadores se manifiestan en los países más ricos con una esperanza de vida de 77.54 para Estados Unidos y Canadá, en conjunto, y de 79.02 para Europa Occidental, mientras que la de América Latina es de 70.9 y la de Europa Oriental 68.25. De este modo, entre el mundo desarrollado y en desarrollo se observa una brecha en términos de expectativa de vida de diez años a favor de los primeros.

Con el objetivo de determinar el desempeño de los diversos sistemas de salud del mundo, fueron construidos tres indicadores:

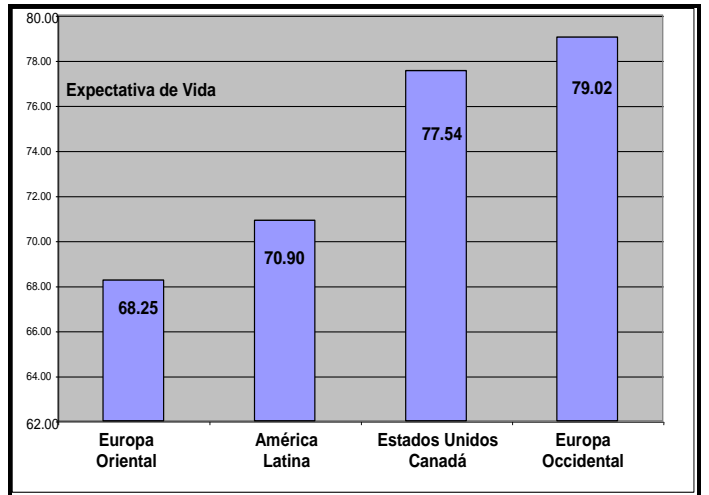
- 1) la diferencia entre la tasa de mortalidad infantil real y la estimada;
- 2) el monto gastado per capita en dólares por mortalidad infantil prevenida;
- 3) la efectividad del gasto en salud a partir del indicador de expectativa de vida.

Gráfico 6: 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
 Nota:
 1. La tasa de mortalidad infantil es cada 1.000 nacimientos
 2. La tasa de mortalidad materna es cada 100.000 nacimientos

Gráfico 7: Esperanza de Vida. Promedios Ponderados por Regiones.



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

Los resultados obtenidos avalan la hipótesis de que existe una relación positiva entre PBI per capita y desempeño de los sistemas de salud. De esta manera, la efectividad y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de las naciones en desarrollo se ven cuestionadas, a pesar que los motivos de mortandad de estos países están asociados con enfermedades fácilmente prevenibles y curables.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se prueba consistentemente cómo el contexto socioeconómico y el histórico determinan la estructura del Sistema de Salud de una nación, y cómo ello influye sobre los resultados del sector.

En general, es posible referirse a tres tipos de sistemas de salud en términos de organización y resultados:

1. Los sistemas de los países desarrollados con cobertura prácticamente universal, amplia participación del sector público en el financiamiento y prestación de servicios y los mejores indicadores de salud a nivel mundial. A pesar de ello, dentro de este grupo un caso especial lo constituye Estados Unidos, cuyo modelo está basado en principios de mercado y participación estatal focalizada, y con resultados en salud no tan satisfactorios a lo esperado para su nivel de gasto –el más alto a nivel mundial-.

2. Los sistemas de América Latina, caracterizados por la heterogeneidad en términos de cobertura, equidad, estructuras de organización y financiamiento. En la mayoría de los países de la región se evidencia el desarrollo de un sector privado a la sombra de la falta de efectividad del sector público. En términos de resultados, sus indicadores son muy pobres en comparación con el resto de las naciones incorporadas en esta investigación.

3. Los sistemas de Europa Oriental representan un caso particular dadas las profundas reformas estructurales en tránsito.

Sus sistemas de salud mantienen una alta participación del sector público.

En resumen, los indicadores presentados 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 cuenta con 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:**

- **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.**
- **Cómo fortalecer la capacidad institucional del estado para garantizar el buen funcionamiento del sector, brindando acceso equitativo y de calidad a todos sus usuarios.**

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, B., Pellisé, L. y Lobo, F. (2000) “*Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y la OCDE*”, Revista Panamericana de Salud Pública. 8(1/2).
- Cervini, M., Colina, J., Giordano y González Machado (2003) “*Modelos Alternativos de Financiamiento del Sector Salud en Uruguay. Diagnóstico, experiencia internacional y propuesta de reforma*”, mimeo, PROMOSS, Uruguay.
- Ernst & Young (2003) “*Health Care Systems and Health Market Reform in the G20 Countries*”, World Economic Forum.
- European Observatory on Health Care Systems (1999) “*Health Care Systems in Transition*”, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.
- Health Canada (2000), “*El Sistema de Seguro Médico Canadiense*”.
- Iglehart, J. (1999), “*The American Health Care System. Expenditures*”, The New England Journal of Medicine, Vol.340 nº 1.
- Jakubowski, E. y Busse, R. (1998) “*Health Care Systems in The EU a Comparative Study*”, Public Health and Consumer Protection Series, European Parliament.
- Kornai, J. y Eggleston, K. (2001) “*Choice and Solidarity: The Health Sector in Eastern Europe and Proposals for Reform*”, International Journal of Health Care Finance and Economics, 1, 59-84, Holanda.
- Maceira, D. (2001), “*Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe*”, Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Edición Especial 3.
- Maceira, D. (1998) “*Mecanismos de Pago a Proveedores de Servicios de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizativo. Sugerencias para una Agenda de Investigación en los Países en Desarrollo*” Documento de Trabajo MAR2, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda MD, EEUU.
- OPS (1998), “*La Salud de las Américas*”, Publicación Científica nº569, Volumen I y II
- Organización Mundial de la Salud (2000) “*Health Systems: Improving Performance*” The World Health Report 2000.