



Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas¹

Daniel Maceira²
Eugenia Barbieri³
Bárbara Lignelli⁴

Diciembre 2004

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.

INDICE GENERAL

- 1- Introducción.**
- 2- Marco Teórico y Preguntas de Investigación.**
- 3- Sistemas de Salud Comparados.**
- 4- Participación del Sector Público-Privado en el Sistema de Salud.**
- 5- Desempeño de los Sistemas de Salud.**
- 6- Conclusiones.**
- 7- Referencias Bibliográficas.**

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características Generales de Ingresos y Gastos en Salud.

Tabla 2: Gastos, Recursos y Necesidades en Salud.

Tabla 3: Características Generales por Región.

Tabla 4: Dimensión Horizontal en los Sistemas de Aseguramiento Social en Países de América Latina y el Caribe.

Tabla 5: Actores Principales del Sistema de Salud en Europa Occidental.

Tabla 6: Agrupamiento de los Países de Europa Occidental en Función del Financiamiento.

Tabla 7: Mecanismos de Pago en Europa Oriental, 1997.

Tabla 8: Determinantes de la Mortalidad Infantil.

Tabla 9: Tasa de Mortalidad Infantil Real y Estimada.

Tabla 10: Dólar per capita Gastado por Mortalidad Infantil Prevenida.

Tabla 11: Dólar per capita Gastado por Año de Vida Esperado.

INDICE DE GRÁFICOS

Gráficos 1: Gasto en Salud per capita Promedios Ponderados por Regiones.

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

Gráficos 3: Gasto Público en Salud per capita Promedios Ponderados por Regiones.

Gráfico 4: Porcentaje del Gasto Público en Salud sobre el Total.

Gráfico 5: Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá, Gasto Total y Público en Salud per capita, 2001.

Gráfico 6: América Latina y El Caribe, Gasto Total y Público en Salud per capita, 2001.

Gráfico 7: Europa Oriental, Gasto Total y Público en Salud per capita, 2001.

Gráfico 8: Participación del Gasto Público y PBI per capita, 2001.

Gráfico 9: América Latina: PBI per capita y Out-of-Pocket como Porcentaje del Gasto Total en Salud.

Gráfico 10: Europa, Estados Unidos y Canadá: PBI per capita y Out-of-Pocket como Porcentaje del Gasto Total en Salud.

Gráfico 11: Tasa de Mortalidad Infantil y Materna. Promedios Ponderados por Regiones.

Gráfico 12: Esperanza de Vida. Promedios Ponderados por Regiones.

INDICE DE RECUADROS

Recuadro 1: Mecanismos de Pago a Prestadores.

Recuadro 2: Brasil, el Seguro Público Universal con Subcontratos Privados.

Recuadro 3: El Sistema de Salud de Chile.

Recuadro 4: El Nacional Health System en el Reino Unido.

Recuadro 5: El Sistema de Salud de Alemania.

Recuadro 6: El Sistema de Salud de Holanda: Managed Competition.

Recuadro 7: Sistemas de Salud en Transición. El Caso de la Federación Rusa.

Recuadro 8: La OMS Evalúa los Sistemas de Salud del Mundo.

Recuadro 9: Inequidades Relacionadas con el Ingreso en el Uso de los Servicios Médicos en 21 Países de la OCDE.

Recuadro 10: Tasa de Consultas para Países de Europa, América y OSDE.

1- Introducción

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, que se extiende desde la asimetría de información entre pacientes, médicos y aseguradores, hasta interdependencias entre el estado de salud de una persona y el de su familia y la comunidad.

Los sistemas de salud de las regiones consideradas en este análisis son altamente heterogéneos entre sí en cuanto a niveles de cobertura, financiamiento y resultados. Gran parte de esta heterogeneidad en resultados se atribuye a la relación presente entre ellos y los niveles de riqueza promedio de cada nación y al patrón de distribución de tal riqueza. Planteado 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. De esta forma, 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. Paralelamente, Europa Occidental combina una sostenida intervención pública y el Estado de Bienestar, mientras Estados Unidos basa su organización en principios de libre competencia y subsidios a la demanda, apoyándose en el desarrollo del sector privado. Finalmente, 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 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.

A la luz de estos argumentos generales, el presente trabajo tiene como propósito efectuar un análisis comparativo de las experiencias de organización de los servicios de salud en cuatro regiones muy dispares: América Latina, Canadá y Estados Unidos, Europa Occidental y Europa Oriental. 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. Para el logro de este objetivo, el trabajo se divide en cinco secciones: (i) una descripción del marco teórico que guiará el desarrollo de esta investigación; (ii) el breve análisis comparativo de los sistemas de salud de las distintas regiones; (iii) la identificación de la participación del sector público en el financiamiento y provisión de servicios, (iv) una aproximación al estudio de la interrelación entre resultados de salud y diferentes formas de planificar, financiar y proveer servicios de salud; y, finalmente, (v) algunas contribuciones 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 2000¹ 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 se desenvuelve en un mercado caracterizado por “fallas de mercado” producidas por los problemas de información asimétrica, tanto a nivel médico-paciente, como proveedor-financiador, así como también por la presencia de externalidades. Por otro lado, 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.

Lo planteado en el párrafo anterior, condición de adversión al riesgo y falta de previsión perfecta respecto a la ocurrencia de shocks de enfermedades, 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 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 dos dimensiones (Maceira, 2001):

- **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 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.
- **Dimensión Vertical:** 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)

¹ Organización Mundial de la Salud (2000) “*Health Systems: Improving Performance*”, The World Health Report 2000, Suiza

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.

A partir de estos ejes teóricos planteados, el trabajo tiene como objetivo analizar las características que presentan las distintas modalidades de organización de los Sistemas de Salud de América Latina, Estados Unidos y Canadá, Europa Occidental y Europa Oriental, 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?
- ¿Existen relaciones entre estas características distintivas de los sistemas sanitarios y las condiciones socioeconómicas (educación, nivel de ingreso, etc.) imperantes en las distintas áreas geográficas consideradas?
- ¿Qué rol juega el Sector Público en cada región y que relación existe entre el nivel de ingreso y su participación en el área sanitaria?
- ¿Cómo se interrelacionan las características socioeconómicas de cada nación, la estructura organizativa del Sistema de Salud y los resultados evidenciados en el área?

Recuadro 1: Mecanismos de Pago a Prestadores

Un mecanismo de pago puede definirse como un contrato entre dos o más actores, pacientes, prestadores y financiadores, que genera incentivos específicos para la prestación médica, y minimiza el riesgo de que se manifieste una conducta oportunista, producto de la asimetría de información entre ellos.

Los métodos de pago constituyen mecanismos que alinean objetivos, ofreciendo incentivos financieros para alentar a los actores a alcanzar las metas acordadas.

En general, existen seis métodos puros de pago: presupuestos por partidas y presupuestos globales, capitación, pago basado en caso (módulo), *per diem* (arancel diario) y arancel por servicio o pago por prestación. A partir de ellos pueden ensayarse estructuras de pago combinadas. El cuadro siguiente describe cada uno de ellos:

Mecanismo de pago	Unidad de servicio	Anticipado o retroactivo	Incentivos generados
Presupuesto por Partida	Categorías presupuestarias funcionales	Uno u otro	Pocos incentivos para mejorar la productividad, puede traducirse en racionamiento
Presupuesto Global	Hospital – sanatorio	Anticipado	Los gastos no están relacionados con desempeño, puede haber racionamiento
Capitación	Por persona	Anticipado	Fuertes incentivos a mejorar la eficacia pero puede haber pérdida de calidad o subprestación
Pago por Módulo	Por caso o episodio	Anticipado	Tiende a reducir los servicios por caso, con potencial aumento en el número de casos. Mejora la eficiencia. Riesgo de subprestación.
Per Diem	Por día	Anticipado	Reduce los servicios por día y aumenta los días de internación
Por Servicio	Por unidad de servicio	Retroactivo	Aumenta las unidades de servicio

Fuente: 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.

3- Sistemas de Salud Comparados

En este trabajo se consideran cuatro áreas geográficas cuyas características socioeconómicas y de organización y desempeño del área sanitaria son muy heterogéneas. Esta realidad puede observarse en las Tablas 1, 2 y 3, donde se presentan para cada nación, identificadas con distintos colores en función de la región a la que pertenecen, 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.

En la Tabla 1 se observa que las primeras veinte posiciones, en términos de PBI per capita –variable que ordena la tabla-, las ocupan los países de América del Norte y Europa, mientras que América Latina se ubica en los últimos lugares del ranking, con un promedio de ingresos per capita de 6.905 dólares, frente a los 34.381 y 25.358 dólares de Estados Unidos-Canadá y Europa Occidental, respectivamente. Las naciones de Europa Oriental se encuentran intercaladas entre las naciones latinoamericanas relativamente más ricas, con un PBI per cápita promedio de 7.935.

Al estudiar la participación del gasto como porcentaje del PBI, se percibe que sólo cuatro naciones en el mundo superan el 10%, siendo éstas Estados Unidos, Suiza, Uruguay y Alemania, con 13.9%, 11%, 10.9% y 10.8%, respectivamente. Analizando estos datos en términos absolutos, se evidencia que Estados Unidos es el país con mayor gasto (4.887 dólares anuales per capita), seguido por amplia distancia por Suiza, con 3.322 dólares per capita. Sin embargo, este mayor gasto no necesariamente implica mejores resultados en términos de indicadores de salud, como muestra la segunda tabla. Paralelamente, naciones como Italia, Suecia, Argentina y Bielorrusia cuentan con niveles de gasto en salud superiores a los esperados dados sus niveles de ingreso.

Un rasgo importante que surge de la Tabla 1 es la relación positiva existente entre PBI per capita y participación del gasto público en el financiamiento de la salud. En general, los países desarrollados poseen una presencia del Estado superior al 70% -con la excepción de Estados Unidos, Holanda y Suiza-. Por el contrario, América Latina evidencia mayor representatividad privada, aunque con casos particulares, como Costa Rica, Panamá, Colombia y Guayana, cuyos porcentajes de gasto público sobre el total del gasto en salud superan el 65%. Desde esta perspectiva, Europa Oriental brinda un caso particular, ya que si bien no cuenta con los mayores niveles de ingreso, manifiesta una participación estatal similar a la de sus vecinos.

Tabla 1: Características Generales de Ingresos y Gastos en Salud

País	Población millones	PBI per capita (PPP)	Tasa de alfabetización de adultos	Gasto en Salud		
				% del PBI	per capita	% gasto público/total
Luxemburgo	0.44	51,060	99.00	6	2,905	89.9
Noruega	5.00	35,840	99.00	8	2,920	85.5
Estados Unidos	288.00	35,060	99.00	13.9	4,887	44.4
Suiza	7.00	31,250	99.00	11	3,322	57.1
Dinamarca	5.00	29,450	99.00	8.4	2,503	82.4
Islandia	0.28	28,590	99.00	9.2	2,643	82.9
Austria	8.00	28,240	99.00	8	2,259	69.3
Canadá	31.00	28,070	99.00	9.5	2,792	70.8
Irlanda	4.00	28,040	99.00	6.5	1,935	76
Holanda	16.00	27,470	99.00	8.9	2,612	63.3
Bélgica	10.00	27,350	99.00	8.9	2,481	71.7
Alemania	82.00	26,220	99.00	10.8	2,820	74.9
Francia	59.00	26,180	99.00	9.6	2,567	76
Reino Unido	59.00	25,870	99.00	7.6	1,989	82.2
Finlandia	5.00	25,440	99.00	7	1,845	75.6
Italia	58.00	25,320	98.30	8.4	2,204	75.3
Suecia	9.00	25,080	99.00	8.7	2,270	85.2
España	41.00	20,460	97.20	7.5	1,607	71.4
Grecia	11.00	18,240	96.60	9.4	1,522	56
Eslovenia	2.00	17,690	99.00	8.4	1,545	74.9
Portugal	10.00	17,350	90.80	9.2	1,618	69
Bahamas	0.31	15,960	95.80	5.7	1,220	57
Barbados	0.27	15,560	97.60	6.5	940	66.3
Rep. Checa	10.00	14,500	99.00	7.4	1,129	91.4
Hungría	10.00	12,810	99.00	6.8	914	75
Rep. Eslovaca	5.00	12,190	99.00	5.7	681	89.3
Uruguay	3.00	12,010	97.50	10.9	971	46.3
Estonia	1.00	11,120	99.00	5.5	562	77.8
Polonia	39.00	10,130	99.00	6.1	629	71.9
Argentina	38.00	9,930	96.50	9.5	1,130	53.4
Lituania	3.00	9,880	99.00	6	478	70.5
Croacia	4.00	9,760	97.70	9	726	81.8
Chile	16.00	9,180	95.20	7	792	44
Trinidad y Tobago	1.32	8,680	97.80	4	388	43.3
México	101.00	8,540	90.10	6.1	544	44.3
Costa Rica	4.00	8,260	95.10	7.2	562	68.5
Fed. Rusa	144.00	7,820	99.00	5.4	454	68.2
Brasil	174.00	7,250	84.00	7.6	573	41.6
Bulgaria	8.00	6,840	98.20	4.8	303	82.1
Rumania	22.00	6,290	97.80	6.5	460	79.2
Rep. Dominicana	9.00	5,870	82.60	6.1	353	36.1
Panamá	3.00	5,870	91.10	7	458	69
Colombia	44.00	5,870	90.90	5.5	356	65.7
Bosnia y Herzegovina	4.00	5,800	n/a	7.5	268	36.8
Bélice	0.25	5,340	75.00	5.2	278	45.1
Bielorrusia	10.00	5,330	99.00	5.6	464	86.7
Venezuela	25.00	5,080	92.00	6	386	62.1
Perú	27.00	4,800	88.70	4.7	231	55
Ucrania	49.00	4,650	99.00	4.3	176	67.8
El Salvador	7.00	4,570	77.00	8	376	46.7
Paraguay	6.00	4,450	92.40	8	332	38.3
Guatemala	12.00	3,880	66.60	4.8	199	48.3
Guyana	0.77	3,780	98.10	5.3	215	79.9
Jamaica	3.00	3,550	85.50	6.8	253	42.1
Ecuador	13.00	3,130	90.70	4.5	177	50.3
Honduras	7.00	2,450	70.70	6.1	153	53.1
Bolivia	9.00	2,300	83.60	5.3	125	66.3
Haití	8.00	1,580	45.80	5	56	53.4

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

Notas:

- 1) El PBI per capita está medido en términos de paridad del poder adquisitivo para el año 2002.
- 2) La población está expresada en millones de habitantes para el año 2002
- 3) Los gastos en salud están medidos en dólares internacionales para el año 2001

En la Tabla 2 se identifica el ranking de países en términos de gasto en salud per capita. Las primeras veinte posiciones están ocupadas por las naciones desarrolladas, hecho que se repite en función de los niveles de ingreso. Este fenómeno apoya la hipótesis de una correlación positiva y significativa entre PBI per capita y gasto en salud.

Al analizar los indicadores de oferta, expresados cada 1.000 habitantes, se advierte que Europa Oriental cuenta con una infraestructura física importante -tanto en términos de médicos como camas de hospital- similar a la del resto del continente, pero con menos recursos disponibles. Por ejemplo, Rumania tiene 7.6 camas cada 1.000 habitantes frente a 3.9 de Canadá, sin embargo, este último tiene un gasto en salud per cápita de 2792 dólares contra los 460 del primero, lo que constituye una diferencia de 2332 dólares. Si se compara con América Latina, se observa menor capacidad física que en los países del antiguo bloque comunista. Así, Ucrania cuenta con 11.8 camas cada 1.000 habitantes, en tanto Ecuador alcanza 1.6, a niveles de gasto similares, con 176 y 177 dólares per capita, respectivamente.

Un dato relevante, que surge de comparar el nivel de gasto en salud y la infraestructura física disponible, es que éstos se encuentran altamente correlacionados en los países de América Latina, mostrando un índice de 0.6653 y 0.8187 para médicos y camas cada 1.000 habitantes, respectivamente. Este fenómeno no se repite en el resto de las regiones, donde el nivel de asociación entre las variables planteadas es prácticamente nulo. Esta realidad lleva a plantear la idea de que en Latinoamérica los recursos destinados al sector sanitario tienen como fin mantener la infraestructura disponible más que atacar los focos originarios de las necesidades de la población. De hecho, la asociación entre tasa de mortalidad infantil y gasto total en salud per capita en la región latina es de -0.5798, mientras que en Europa Oriental es de -0.7674.

Al estudiar los indicadores de necesidades a partir de la expectativa de vida se observa que Suiza, Suecia e Islandia presentan las mayores tasas con 80.6, 80.4 y 80.1, respectivamente. Por el contrario, tres países latinoamericanos, Haití, Bolivia y Guayana, muestran los peores indicadores con 50.1, 63.2 y 64.3, correspondientemente, evidenciando una marcada correlación positiva (0.7294) entre esperanza de vida y nivel de ingreso nacional. Sin embargo, existen algunos casos exitosos como Costa Rica y Panamá, con expectativas de 77.1 y 75.4, respectivamente, y niveles de ingresos de menos de la mitad de aquellos del mundo desarrollado.

Las menores tasas de mortalidad infantil se presentan en Islandia, Suecia, Finlandia y Noruega, con 2.68, 3.44, 3.59 y 3.8, respectivamente. En el extremo opuesto nuevamente se ubican Haití, Bolivia y Guatemala, con tasas no inferiores a 45. Nuevamente, se plantea una correlación, pero negativa, entre ingresos y resultados en salud de -0.6123. A pesar de esto, existen algunos casos especiales, como el bloque de ex-países socialistas, con un tasa promedio de 13.74, y un nivel de ingreso de 7.835 dólares per capita, frente a los casi 30.000 del mundo desarrollado.

Por último, la tasa de mortalidad materna presenta un comportamiento muy similar al anterior indicador, con los mejores resultados en Islandia, Irlanda, Finlandia, Italia, Austria y Canadá con 0, 4 y 5 para cada caso, mientras que Haití, Bolivia y Perú muestran los peores resultados con 680, 420 y 410 respectivamente. La correlación entre nivel de ingreso y mortalidad materna es -0.5088, resultado similar al obtenido considerando la mortalidad infantil.

Tabla 2: Gastos, Recursos y Necesidades en Salud

País	Gasto en salud per cápita	Indicadores de oferta (cada 1000 hab)		Indicadores de necesidad		
		Médicos	Camas hospital	Expectativa de vida	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad materna
Estados Unidos	4,887	2.8	3.6	77.30	7.24	14
Suiza	3,322	3.5	17.9	80.60	4.94	7
Noruega	2,920	2.9	14.6	79.10	3.80	10
Luxemburgo	2,905	n/a	n/a	78.80	4.13	28
Alemania	2,820	3.6	9.1	78.70	4.36	9
Canadá	2,792	2.1	3.9	79.80	5.14	5
Islandia	2,643	n/a	n/a	80.10	2.68	0
Holanda	2,612	3.2	10.8	78.60	5.15	16
Francia	2,567	3	8.2	79.80	4.52	17
Dinamarca	2,503	3.4	4.5	77.20	5.39	7
Bélgica	2,481	3.9	7.3	78.40	4.85	10
Suecia	2,270	2.9	3.6	80.40	3.44	8
Austria	2,259	3.1	8.6	79.40	4.81	5
Italia	2,204	6	4.9	79.70	4.88	5
Reino Unido	1,989	1.8	4.1	78.20	5.96	11
Irlanda	1,935	2.3	9.7	77.10	6.24	4
Finlandia	1,845	3.1	7.5	78.20	3.59	5
Portugal	1,618	3.2	4	77.10	5.62	8
España	1,607	3.3	4.1	79.60	4.49	5
Eslovenia	1,545	2.3	5.7	76.70	4.98	17
Grecia	1,522	4.4	4.9	78.40	6.06	10
Bahamas	1,220	n/a	n/a	72.60	14.62	60
Argentina	1,130	2.7	3.3	74.40	16.77	70
Rep. Checa	1,129	3.1	8.8	75.80	4.13	9
Uruguay	971	3.7	4.4	75.20	13.82	20
Barbados	940	n/a	n/a	74.30	17.25	95
Hungría	914	3.2	8.2	72.60	9.39	11
Chile	792	1.1	2.7	76.70	13.52	30
Croacia	726	2.3	n/a	74.80	7.30	10
Rep. Eslovaca	681	3.5	7.1	74.00	8.47	10
Polonia	629	2.2	4.9	74.70	7.97	10
Brasil	573	1.3	3.1	68.90	37.12	260
Estonia	562	3	7.4	71.10	8.82	38
Costa Rica	562	0.9	1.7	77.10	9.57	25
México	544	1.8	1.1	74.30	24.68	83
Lituania	478	4	9.2	71.90	8.64	19
Bielorrusia	464	4.4	12.2	68.30	10.29	36
Rumania	460	1.8	7.6	71.40	18.70	58
Panamá	458	1.7	2.2	75.40	18.95	160
Fed. Rusa	454	4.2	12.1	64.60	15.52	65
Trinidad y Tobago	388	n/a	n/a	69.90	17.97	110
Venezuela	386	2.4	1.5	73.90	18.61	78
El Salvador	376	1.1	1.6	69.70	27.67	150
Colombia	356	1.2	1.5	71.80	21.92	130
Rep. Dominicana	353	2.2	1.5	68.00	30.51	150
Paraguay	332	1.1	1.3	71.70	25.78	170
Bulgaria	303	3.4	7.4	72.20	13.63	32
Bélice	278	n/a	n/a	69.70	33.24	140
Bosnia y Herzegovina	268	1.4	1.8	72.80	15.13	31
Jamaica	253	1.4	2.1	72.80	12.54	87
Perú	231	0.9	1.5	69.70	31.82	410
Guyana	215	n/a	n/a	64.30	44.76	170
Guatemala	199	0.9	1	65.90	45.01	240
Ecuador	177	1.7	1.6	70.60	26.07	130
Ucrania	176	3	11.8	67.20	16.19	38
Honduras	153	0.8	1.1	67.20	35.40	110
Bolivia	125	1.3	1.7	63.20	62.88	420
Haití	56	0.2	0.7	50.10	91.82	680

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

Notas:

- 1) Los indicadores de oferta están expresados cada 1000 habitantes para el período 1995-2000
- 2) La expectativa de vida está referida al año 2002. La tasa de mortalidad infantil es cada 1000 nacimientos y la mortalidad materna es cada 100.000 nacimientos para el año 2000

Del análisis de la Tabla 2 se concluye que no necesariamente mayor gasto en salud implica mejores resultados. De hecho, el país que más egresos efectúa es Estados Unidos, pero sus indicadores de expectativa de vida, mortalidad infantil y materna distan de ser los mejores a nivel mundial. Así, su indicador de esperanza de vida es de 77 años, en tanto Suiza, con 1.500 dólares menos de gasto, alcanza a los 80; las tasas de mortalidad infantil y materna en EEUU son de 7.24 y 14, respectivamente, mientras que en Europa Occidental son de 4.86 y 9.57. En este mismo sentido, un país como Brasil, que ocupa el sexto lugar en Latinoamérica en términos de egresos, manifiesta una de las tasas de mortalidad infantil y materna más grandes de la región (37.12 y 260, para cada caso).

La Tabla 3 presenta los promedios ponderados para cada región de las variables analizadas en las dos tablas anteriores. A partir de esto, 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. Un detalle a tener en cuenta es la alta participación de los egresos públicos para los ex-países socialistas y los 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 3: Características Generales por Región

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

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

Notas:

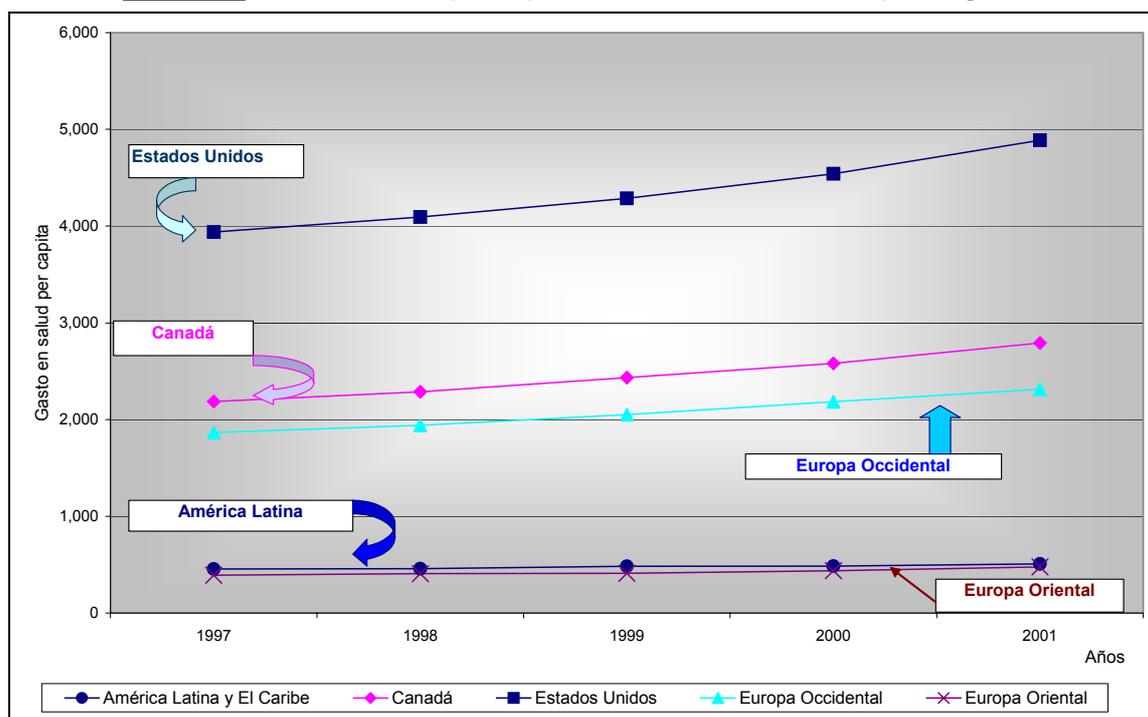
- 1) Todos los datos son promedios ponderados por la población de cada país.
- 2) El PBI per capita está medido en términos de paridad del poder adquisitivo para el año 2002.
- 3) Los gastos en salud están medidos en dólares internacionales para el 2001.
- 4) Los médicos están expresados cada 1000 habitantes 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.

A continuación, la primera de las figuras –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; y
- (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.

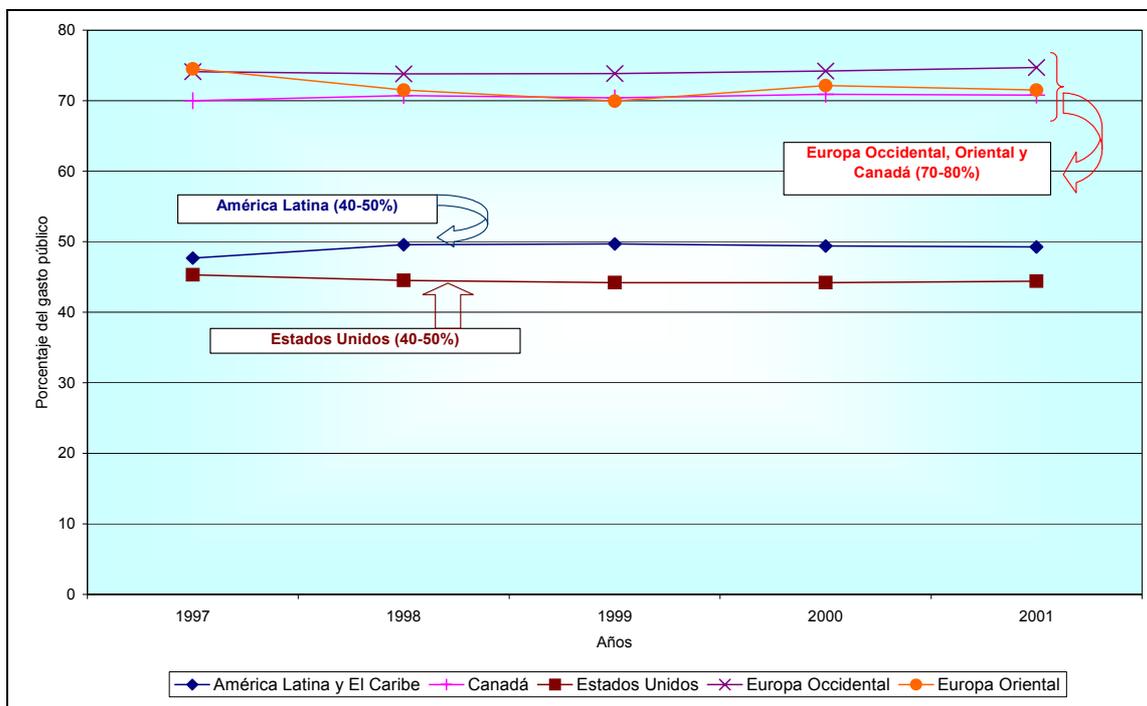
Gráfico 1: Gasto en Salud per capita Promedios Ponderados por Regiones



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

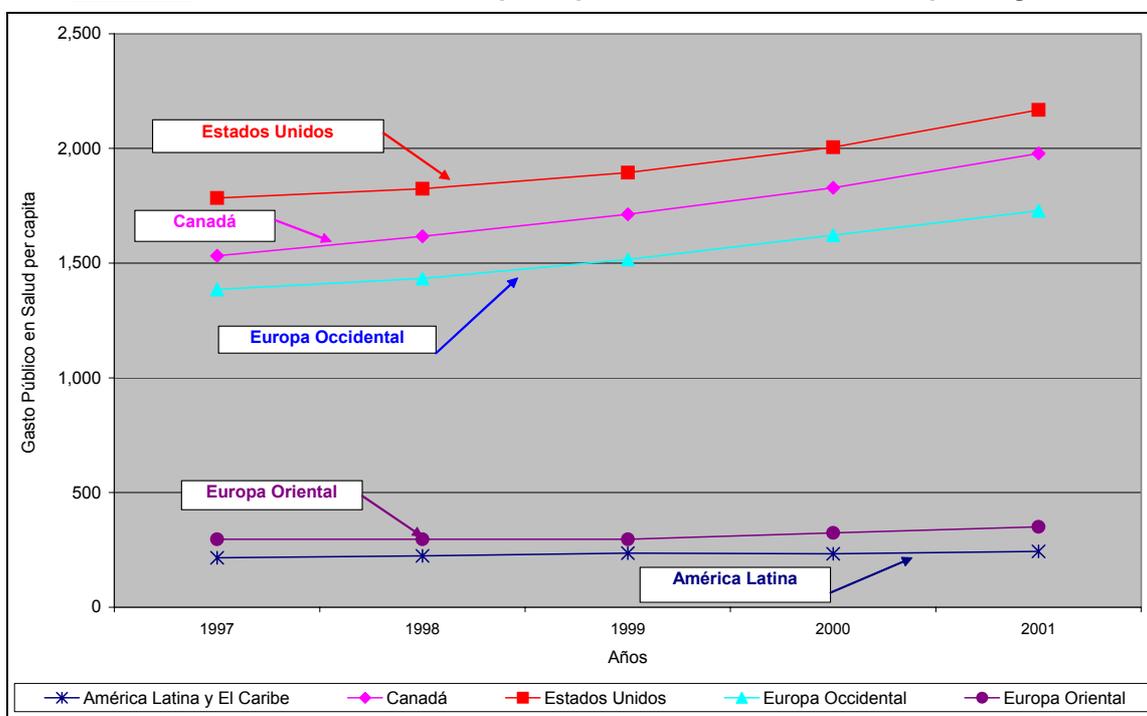
Al analizar el grado de participación del sector público en el nivel de gasto en salud – Gráfico 2-, se percibe que no se manifiestan las mismas relaciones que en la figura anterior. Europa Occidental, Oriental y Canadá, presentan una significativa presencia estatal que ronda entre el 70 % y 80%, mientras que Estados Unidos y América Latina muestran una participación del gasto público en salud de alrededor del 40-50%. Estos datos, vistos en términos absolutos –Gráfico 3-, reflejan una reducción de las distancias entre el nivel de egresos de Norteamérica y las otras dos regiones, como así también, la importancia del gasto público en Europa Oriental, sobrepasando los montos pertenecientes a Latinoamérica.

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

Gráfico 3: Gasto Público en Salud per capita Promedios Ponderados por Regiones



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

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.

3.1- Descripción de los Sistemas de Salud del Mundo

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.

Como consecuencia de lo anterior, el propósito de esta sección es describir las estructuras de organización y financiamiento de los Sistemas de Salud de América Latina y El Caribe, Estados Unidos - Canadá, Europa Occidental y Europa Oriental, para luego ver como éstas se encuentran relacionadas con el contexto socioeconómico, cultural, histórico y político que les da origen, y con el desempeño de los mismos.

3.1.1- Sistemas de Salud en América Latina

Los Sistemas de Salud de América Latina son altamente heterogéneos entre sí en cuanto a resultados –por lo visto en las Tablas 1 y 2- y estructuras de organización y financiamiento. En general se pueden agrupar en cuatro categorías²:

1) Modelo Público Integrado

Este grupo se encuentra formado principalmente por las naciones del Caribe de habla inglesa (Bahamas, Barbados, Jamaica, Trinidad y Tobago) y Costa Rica. En todos los casos el Sistema Público concentra la mayor proporción del financiamiento, la propiedad de los servicios y la cobertura de la atención. En general, sus indicadores de cobertura y salud son satisfactorios y por encima del promedio regional.

En términos de la organización de sus sistemas de aseguramiento social, salvo en el caso de Costa Rica, todos ellos cuentan con un sistema de cobertura organizado bajo el modelo de atención pública universal, con paquetes de servicios no establecidos explícitamente. Costa Rica cuenta con un Subsector Público, dependiente del Ministerio de Salud y un Instituto de Seguridad Social (la Caja de Seguro Social). Ambas instituciones trabajan coordinadamente, distribuyéndose la atención preventiva y primaria, a cargo del sector público, y la de mayor complejidad, dirigida por la Caja.

² Maceira, D. (1996) "Fragmentación e Incentivos en los Servicios de Salud de Latinoamérica y el Caribe." Documento de Trabajo No.335, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, EEUU, Diciembre de 1996.

2) Modelo Segmentado

Este grupo se encuentra integrado por la mayor parte de las naciones latinoamericanas y cuenta con una marcada segmentación en la provisión de servicios de salud, donde se identifican tres subsistemas. Dentro del sector público, pero actuando con baja o nula coordinación se encuentran: (1) el subsistema público dependiente del Ministerio de Salud, con amplia capacidad instalada, fuertes limitaciones presupuestarias y bajo rendimiento; y (2) el instituto de seguridad social, con cobertura de trabajadores formales, mayoritariamente urbanos. El tercer sector es el privado, con baja presencia de sistemas privados de salud y fundamentalmente establecido por una red de médicos individuales, farmacias y otros profesionales de la salud.

3) Modelo Público con subcontratos

Brasil es la única nación que posee un sistema universal de salud, financiado por el sector público y cuya provisión cuenta con una red de servicios propios y subcontratados al sector privado. El Sistema Único de Salud brinda cobertura teórica a todo habitante de la nación y cuenta con un paquete teórico de servicios. El sector privado está constituido mayoritariamente por afiliados a sistemas de seguro privado.

Recuadro 2: Brasil, el Seguro Público Universal con subcontratos privados

La provisión de servicios de salud en el Brasil se concentra principalmente en dos sectores: el sector público, constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y establecido como sistema de cobertura universal y el sector privado, organizado a través de seguros de salud.

El SUS se articula desde el Gobierno Federal, que aporta aproximadamente el 65% de los recursos y su ejecución se encuentra ampliamente descentralizada entre los 27 estados y los municipios, que contribuyen con el resto de los ingresos en partes iguales. El Ministerio de Hacienda recauda fondos de rentas generales y asigna el presupuesto al Ministerio de Salud a través de las partidas de "contribuciones sociales" (71% en 1998), el "fondo de estabilización fiscal" (13,3%) y otros recursos ordinarios. En el caso de los estados y municipios, las principales fuentes de ingreso son los impuestos al consumo y a la propiedad, respectivamente.

El Ministerio de Salud, a su vez, distribuye recursos tanto a nivel estadual como municipal a través del Fondo Nacional de Salud, reservando una parte para cubrir los gastos de programas y servicios gerenciados directamente desde el nivel central. La distribución de recursos del SUS se realiza a partir de dos mecanismos. El primero de ellos es a través de la transferencia de un monto fijo per cápita (10 reales por habitante) a cada municipio, con el fin de atender la atención básica ambulatoria de la población, o Piso de Asistencia Básica (PAB), establecido a partir de una serie de intervenciones específicas de salud. El monto fijo asignado per cápita no se encuentra corregido por ningún tipo de indicador relacionado con niveles de pobreza, género o patrón epidemiológico, sumado a que en la práctica los mismos resultan insuficientes obligando a que cada jurisdicción cubra con ingresos propios el total de la cobertura. Por otro lado, la asignación presupuestaria cuenta con un componente variable, establecido a partir de proyectos o programas estaduais que se relacionen con "intervenciones prioritarias" a nivel de jurisdicción, con el objetivo de reducir inequidades entre jurisdicciones.

Cada uno de los tres niveles (Ministerio Federal y Secretarías de Salud estaduais y municipales) abona por los servicios prestados a la red de instalaciones públicas de cada jurisdicción y a prestadores privados. En la actualidad, los estados y municipios se dividen entre aquellos con "descentralización plena" y "sin descentralización plena", con estructuras de pago a proveedores diferentes entre ellos. En el caso de los municipios con gestión plena, el pago de hospitales públicos, la gestión del PAB y las contrataciones y retribuciones a efectores privados se realiza directamente por la autoridad descentralizada. En cambio, en los casos de descentralización no plena, también llamados de "gestión de atención básica", los municipios reciben el componente PAB y el pago a hospitales se canaliza desde el Ministerio de Salud federal.

El pago a prestadores públicos se realiza a través de presupuestos históricos (asociados con equipamiento y número de camas) en el caso de las clínicas y hospitales y por procedimientos a los prestadores privados subcontratados. El sistema de pago por procedimiento ha sido frecuentemente criticado desde la aplicación del SUS, fundamentalmente porque genera incentivos a la sobreprestación y sobrefacturación de servicios. Adicionalmente, la recepción de ingresos per cápita desde el Estado Federal, combinado por pago por procedimiento a proveedores produce una concentración de riesgo a nivel de la administración descentralizada. La diferencia de estructuras de contrato dentro de cada jurisdicción y la falla en ciertos mecanismos de control ha llevado a una selección de riesgo por parte de algunos prestadores privados, que optan por derivar pacientes que requieren de intervenciones costosas a los hospitales públicos del área.

Fuente: Maceira, D. (2003), "Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos", mimeo, Buenos Aires, Argentina.

4) Modelo Intensivo en Contratos

Cuatro naciones participan en este grupo cuyos sistemas de salud son marcadamente diferentes entre sí: Chile, Colombia, Argentina y Uruguay.

El primero de ellos cuenta con un sector público que brinda cobertura teórica a un 60% de la población y el resto contribuye a las ISAPRE, los seguros privados de salud. Similar a este, Colombia tiene un 65% de sus habitantes con cobertura del sector público y el resto aporta a EPS, el sistema de aseguradoras privadas. Sin embargo, a diferencia de Chile, existe un fondo único de contribuciones al EPS, que distribuye los recursos a partir de un paquete básico de servicios, corregido por criterios solidarios.

Argentina y Uruguay cuentan con un sistema amplio de Obras Sociales e instituciones de seguridad social, que se coordinan a través de subcontratos de prestación con el subsistema privado de atención de la salud.

Recuadro 3: El Sistema de Salud de Chile

El sistema de Salud chileno es de carácter mixto o dual, es decir, contempla la participación de entidades públicas y privadas tanto para el aseguramiento como para la provisión. Existen dos principales sistemas de seguro en el país: el seguro público, llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las compañías de seguros privados, llamadas Isapres.

El FONASA da cobertura de salud sin discriminación de edad, sexo o situación de salud, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que son otorgadas por profesionales e instituciones tanto del sector público como del privado en convenio con la institución. La incorporación a FONASA como beneficiario del Sistema Público de Salud se produce automáticamente cuando una persona no ha optado por una Isapre. Existen dos modalidades de atención en el FONASA, la Modalidad de Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección:

• **Modalidad de atención Institucional:**

Son las atenciones de salud entregadas en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El valor que deberán pagar por la atención dependerá del grupo de ingreso en el que se encuentre clasificado el beneficiario, Grupo A: Atención gratuita, Grupo B: Atención gratuita, Grupo C: Paga el 10% de la atención y Grupo D: paga el 20% de la atención.

• **Modalidad de Libre Elección:**

Son aquellas entregadas por profesionales y establecimientos de salud privados que hayan suscrito convenio con el FONASA. Los hospitales públicos también atienden bajo esta modalidad. Acceden a ella los beneficiarios clasificados en los grupos B, C y D. La atención se paga con un Bono de Atención de Salud cuyo valor depende del nivel de inscripción del profesional o establecimiento de salud donde se atienda.

El subsistema privado está compuesto por 15 Isapres abiertas a la comunidad, que son empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Existen también 8 Isapres cerradas para atender cotizantes (y sus cargas) de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud.

Todos los trabajadores deben contribuir en forma obligatoria a un sistema de seguro (impuesto del 7% sobre el salario) y pueden escoger afiliarse a FONASA o a una Isapre. En cuanto a la naturaleza y funcionamiento de ambos sistemas FONASA opera bajo la lógica de la seguridad social que ofrece un plan universal a todos sus afiliados y, para los desempleados, indigentes y pobres, ofrece una cobertura del 100% del costo total de las prestaciones otorgadas en la red pública de salud. Por su parte, el sistema Isapre opera bajo la lógica de los seguros individuales y ofrece innumerables planes que varían en cuanto a precio y cobertura, entre los cuales el afiliado debe escoger.

Fuente: Maceira, D. (2003), "Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos", mimeo, Buenos Aires, Argentina.

Los Sistemas de Salud de América Latina tienen dos fuentes principales de financiamiento: (1) impuestos directos, recaudados por los gobiernos nacionales y utilizados para financiar el sistema; y (2) contribuciones de trabajadores y empleadores al aseguramiento social. Dentro del primer caso, se encuentran en particular los sistemas de aseguramiento social que dependen de la autoridad ministerial (Sistemas del Caribe Inglés y SUS brasileño) y en general la red de cobertura pública de todos los países de la región. Los institutos de aseguramiento de las naciones latinoamericanas, en cambio, se alimentan de contribuciones salariales y patronales, con porcentajes de distribución variados. Este método de financiamiento también es utilizado por los sistemas de aseguramiento privado de Chile y Colombia. En otros casos, como en Argentina o Brasil, los seguros privados se establecen a través de pagos voluntarios de los afiliados, previo acuerdo de prima y paquete de atención.

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 a la regla constituyen los casos de Argentina y Uruguay, donde se utilizan criterios de capitación y módulos y, en menor medida, los sistemas de Chile y Colombia.

Durante la década de los noventa, las reformas sectoriales intentaron alterar los tradicionales medios de pago en base a varias iniciativas. Ellas fueron:

- Mecanismos de Aseguramiento Social, basados en paquetes definidos de servicios capitados al sector privado (Seguro Básico de Salud en Bolivia y nuevo sistema de Aseguramiento Social Colombiano);
- Introducción de procesos descentralizadores con inclusión de incentivos monetarios, con menor profundidad que la planteada en la mayoría de los casos;
- Desarrollo de esquemas de autogestión hospitalaria y recupero de costos;
- Estructuras de cooperación público-privada, mediante el desarrollo de cápitales. Estas experiencias implicaron una variada gama de servicios e instituciones, desde contratación de ONGs para la atención de población dispersa, rural y pobre en América Central, hasta la organización de Redes de servicios mixtos en Argentina, Uruguay y Perú.

En la siguiente tabla se puede observar una estructura de comparación horizontal entre los diferentes sistemas de aseguramiento social en los países de América Latina y el Caribe a partir de tres factores:

- (a) la existencia de institutos de seguridad social y su nivel de coordinación con el sector público dependiente del Ministerio de Salud,
- (b) niveles de cobertura de los institutos de seguridad social, los seguros privados y los organismos sin fines de lucro, a partir de indicadores que fluctúan entre cero – baja cobertura- y cuatro, y
- (c) mecanismos de transferencia de riesgos entre las instituciones del sector público dependiente del ministerio y el instituto de seguridad social, ya sea ello a través de pacientes o de recepción de subsidios.

Tabla 4: Dimensión Horizontal en los Sistemas de Aseguramiento Social en Países de América Latina y el Caribe

Países	Institutos de Seguridad Social	Cobertura ISS	Cobertura Seguro Privado	ONGs	Transferencia de pacientes		Pagos	Subsidio Público a ISS
					desde	hacia		
Brasil	no ISS + contratos privados*	0	2	1	na	-	-	-
Bahamas	no ISS	0	0	1	na	-	-	-
Barbados	no ISS	0	0	0	na	-	-	-
Trinidad y Tobago	no ISS	0	0	0	na	-	-	-
Jamaica	no ISS	0	1	1	na	-	-	-
Belice	ISS publico, solo cobertura de accidentes	0	0	2	na	-	-	-
Costa Rica	ISS publico - integrado/coordinado	4	0	1	Spublico	ISS	si (conjunto)	-
México	ISS publico - no integrado/coordinado	3	0	0	Spublico	ISS	si (IMS solid.)	-
Panamá	ISS publico - no integrado/coordinado	3	0	1	Spublico	ISS	si (pob.rural)	-
Nicaragua	ISS publico - integrado/no coordinado	1	0	2	ISS	Spublico	no (loteria)	si
Haití	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	4	-	-	-	-
Guatemala	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	3	-	-	-	si
Ecuador	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	3	Spublico	ISS	si	-
Bolivia	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	2	-	-	-	si
El Salvador	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	2	-	-	-	si
Honduras	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	2	ISS	Spublico	si	-
Paraguay	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	0	2	-	-	-	si
Perú	ISS publico - no integrado/no coordinado	2	0	3	ISS	Spublico	no	-
Rep. Dominicana	ISS publico - no integrado/no coordinado	1	1	2	-	-	-	si
Venezuela	ISS publico - no integrado/no coordinado	2	1	1	ISS	Spublico	no	-
Chile	ISS publico**	1#	4	0	na	-	-	-
Uruguay	ISS publico + contratos privados	3	0	0	-	-	-	si
Argentina	ISS publico + (para)publico*** + contr.privados	4	2	0	Seg.Soc @	Spublico	no	si
Colombia	no ISS - seguro privado c/intervencion publica	0	3##	1	Seg.Soc @	Spublico	no	si

Referencias

	4	3	2	1	0
Cobertura ISS Público	> 35%	25-35%	15-25%	5-15%	< 5%
Cobertura Aseguramiento Privado	> 35%	15-25%	10-15%	5-10%	< 5%
Cobertura de ONGs	> 20%	10-20%	5-10%	2-5%	< 1%

"na": no se aplica

"-": inexistencia o falta de información.

"#": cobertura de FONASA

"##": esta cobertura incluye subsidios cruzados entre afiliados a EPSs.

* El Seguro Único de Salud mantiene contratos con prestadores privados.

** Posibilidad de afiliación al Sistema Público de salud.

*** Sistema de Seguridad Social gerenciado por Sindicatos, por rama de actividad, más sistemas provinciales de salud independientes.

@: Fondos públicos dirigidos al PAMI en Argentina, y al Fosyga, en Colombia.

Fuente: Maceira (2001).

3.1.2- Sistemas de Salud en Europa Occidental

Los países de Europa Occidental tienen una larga tradición en brindar acceso universal a un amplio paquete de servicios de salud, arraigados en los principios de equidad, eficiencia y subsidiariedad, reflejando un consenso generalizado de que su cuidado no debe librarse por sí solo a las “manos invisibles” del mercado. Sin embargo, la manera en que se han organizado sus sistemas sanitarios dista de ser homogénea, respetando las ideologías, costumbres e historias de las distintas naciones que componen esta región geográfica caracterizada por altos niveles de ingreso y buenos indicadores de salud.

Podemos decir que existen básicamente dos estructuras principales bajo las cuales se conforman los sistemas de salud europeos: (1) un sistema nacional financiado mediante impuestos; e (2) instituciones de aseguramiento social cuyos fondos pueden ser independientes del Estado. Como ejemplo del primer caso podemos mencionar a Gran Bretaña que por medio del NHS (Sistema Nacional de Salud) provee de manera centralizada servicios a su población financiándose mediante impuestos generales. Por otro lado, el esquema alemán se basa en 396 cajas de salud obligatorias, administradas por mayorías sindicales y financiadas mediante contribuciones de los trabajadores y empleadores.

Recuadro 4: El National Health System en el Reino Unido

El sistema británico es una gran empresa pública que diseña, administra y provee por sí misma las prestaciones médico asistenciales de manera completamente centralizada. El NHS (Sistema Nacional de Salud) tiene cuatro características fundamentales: (1) universal e igualitario, todo ciudadano tienen derecho a los servicios independientemente de su condición laboral, (2) comprensivo, (3) gratuito y (4) financiado mediante impuestos generales.

El NHS se financia mayoritariamente-82%- con **impuestos**. Los impuestos sobre el salario son bajos, de apenas el 1,75%, siendo 0,95% a cargo del trabajador y 0,8% a cargo del empleador, y representan el 12,2% de los ingresos del sistema. Alrededor de un 2,1% de los ingresos provienen de copagos, y el restante 4,2% se origina en desembolsos de bolsillo realizados por extranjeros a hospitales y la venta de servicios a seguros privados.

Los recursos financieros se distribuyen mediante presupuestación. La mayor parte se destina a las ocho regiones en que se divide el servicio, que a su vez se subdividen en 100 distritos locales. El segundo gran ítem presupuestario está destinado a los médicos de cabecera (GP).

El papel de los seguros privados se limita a dar cobertura complementaria la del NHS. Sin embargo, su crecimiento ha sido notorio, y hoy en día más del 12% de la población contrata sus servicios. Esto es un reflejo de las largas listas de espera que padece el sistema.

El Proceso de Reforma

En los años noventa se llevó a cabo una profunda reforma del sistema en base al documento “*Working for Patients*” encargado por el gobierno. El plan consistió en introducir un esquema de mercado, inspirado en la competencia regulada, al interior del NHS, alentando que la competencia y la elección de los usuarios incentivarán la calidad y la eficiencia del sistema.

A partir de esto, se separaron casi completamente la demanda de la oferta de la siguiente manera:

• Desde la demanda:

1. Se entregó a **grupos de GP** (denominados GP Fundholders) un presupuesto global por su cartera de pacientes a fin de que administraran la compra de todos los servicios que necesitaran para atender.

2. También se asignó a las **autoridades distritales (DHA)** un presupuesto fijo en función de la población a su cargo para la compra de todos los demás servicios no administrados por los GP.

• Desde la oferta:

1. Se convirtió a los hospitales del NHS (aproximadamente 2000) en entidades totalmente autónomas (self-governing trusts) sólo vinculadas al Ministerio de Salud, e independizadas de las autoridades del distrito. No recibe presupuesto de manera directa, sino que se financian mediante la venta de servicios a las autoridades distritales o seguros privados.

Los médicos generalistas (GP) contratan individualmente con el NHS, aunque las condiciones y honorarios son negociados colectivamente entre la Asociación Médica Británica y el Ministerio de Salud. La modalidad de pago es una combinación de cápita, pago fijo, y pago variable o por acto médico. En principio, el GP recibe una cápita mensual por pago a cada paciente registrado, una suma fija en concepto de gastos de consultorio y un pago variable por ciertas prácticas, tales como partos, vacunaciones, y pequeñas prácticas especializadas de consultorio. Los especialistas son asalariados de los hospitales.

La Tabla 5 presenta para 7 naciones europeas los actores principales del Sistema de Salud, divididos entre Sector Público, Privado y Aseguramiento Social, para analizar las competencias de cada uno de ellos y su representatividad dentro del esquema sanitario. Como podremos observar, salvo en los casos de Suiza y Holanda, la intervención estatal es significativa tanto como regulador, administrador y proveedor de servicios.

Tabla 5: Actores Principales del Sistema de Salud en Europa Occidental

Países de Europa	Sector Público	Sector Privado	Aseguramiento Social
Alemania	Administrador, regulador y proveedor de servicios	57 cajas de salud Cobertura 10%	396 cajas obligatorias con administración sindical Cobertura 90%
Reino Unido	NHS cubre la totalidad de la población Principal Proveedor Centralizado	Complementa al NHS Cobertura 12%.	NHS brinda cobertura universal independientemente del empleo
Holanda	Regulador Descentralizado	Principal proveedor non-profit Cobertura 30% (pobl. altos ingreso)	Fondos Nacionales (Zfw) 64% Seguro Empleados Público 5% Fondo Especial (AWBZ) 1%
Francia	Administrador, regulador y proveedor	Complementa el SNS Provee y financia	Sistema Nacional de Seguros (SNS) Cobertura 96% Da cobertura limitada por lo que se contratan seguros privados
Luxemburgo	Administrador, regulador y proveedor	Proveedor non-profit Complementa al aseguramiento social	9 fondos organizados por rama de actividad Cobertura 99%
Noruega	Administrador, regulador y proveedor Descentralizado	Muy controlado y poca participación Médicos de la practica privada	National Insurance Scheme
Suiza	Regulador Descentralizado	Principal proveedor y financiador	100 compañías (públicas o privadas) Obligatorio para todos los residentes

En términos de financiamiento, es posible clasificar a los sistemas europeos en tres grupos: (1) Financiamiento público mediante impuestos generales; (2) Financiamiento público basado en un seguro social obligatorio –conocido como el modelo Bismarck-; y (3) Financiamiento privado mediante aseguramiento voluntario o como complemento para cubrir algunos cuidados de la salud. La Tabla 6 organiza a las distintas naciones en función de estos tres agrupamientos.

Tabla 6: Agrupamiento de los Países de Europa Occidental en función del Financiamiento

Sistema de Financiamiento Principal	Sistema de Financiamiento Secundario	Países de Europa
Público vía Impuestos	Aseguramiento Privado Voluntario - Pago Directo	España Finlandia Grecia Irlanda Italia Suecia Reino Unido
Público vía Impuestos	Pago Directo	Dinamarca Noruega Portugal
Público vía Aseguramiento Obligatorio	Aseguramiento Privado - Pago Directo - Impuestos	Alemania Austria Bélgica Francia Luxemburgo
Mix Aseguramiento Obligatorio – Aseguramiento Voluntario Privado	Impuestos - Pago Directo	Holanda Suiza

Fuente: Jakubowski and Busse (1998) *“Health Care Systems in The EU a Comparative Study”*, Public Health and Consumer Protection Series, European Parliament.

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 reformar 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 de la región 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-.

Recuadro 5: El Sistema de Salud de Alemania

El sistema de salud alemán opera bajo una **estructura público-privada** que da cobertura a casi el 90% de la población, con baja incidencia del aseguramiento privado. Desde sus orígenes es un esquema eminentemente corporativo tanto del lado de los financiadores como de los prestadores y la base está conformada por las 396 **cajas de salud obligatorias**, administradas por mayoría sindical, que dan cobertura a más del 90% de la población. Solamente 7,5 millones de personas (casi el 10%) están aseguradas por una de las 57 cajas de salud privada.

El financiamiento de las **cajas obligatorias** proviene de cargas como porcentaje del salario de los trabajadores. Cada fondo o caja establece el porcentaje de carga salarial a cobrar –que en promedio es de 13,4%- igual para todos los afiliados a un mismo fondo, independientemente de su nivel de ingreso o grupo familiar. Trabajador y empleador contribuyen por parte iguales. Existen copagos, bajo la forma de sumas fijas según el tipo de prestación (por ejemplo: los pacientes pagan de su propio bolsillo 9 euros por día de internación, pero como máximo por 14 días por año). La obligatoriedad de afiliarse es ineludible hasta un ingreso bruto mensual de 3.375 euros, si es mayor puede decidir libremente en qué tipo de caja y por qué monto quiere asegurarse. El Estado paga a las cajas de salud los aportes de las personas que no tienen ingresos propios (desempleados, discapacitados y jubilados) y que por lo tanto viven de la asistencia social. En las **cajas de salud privadas**, la cuota mensual depende de las prestaciones que desee el afiliado y del riesgo particular de enfermarse.

Los médicos de hospital son por lo general empleados asalariados en los establecimientos públicos. En los hospitales privados son asalariados y retribuidos por acto médico. Por otro

lado, los profesionales de la práctica privada deben asociarse a la Asociación de Médicos de zona, la cual ejerce la representación colectiva exclusiva y excluyente de los profesionales frente a los Fondos, para negociar honorarios y pactar condiciones. Los Fondos negocian también colectivamente a través de su correspondiente Asociación

El pago a los médicos se efectúa a través de la asociación de médicos del área a partir de un sistema de presupuestos anuales fijos. La Asociación Médica recibe un presupuesto global por la población de cada Caja, y lo redistribuye entre los profesionales, pagándoles por acto médico. No obstante, si las prácticas exceden el presupuesto, los honorarios se reparten ajustados por un factor de corrección.

La mayoría de los hospitales pertenecen al gobierno o universidades. Negocian los aranceles con las Asociaciones de Fondos regionales. La modalidad de contratación es por día cama, lo que lleva a un alto promedio de estadía (14 días). Dado esto, se introdujo en 1993 un esquema de pago prospectivo en función de las patologías tratadas, mediante módulos según diagnósticos.

A manera de conclusión, es posible decir que, si bien los sistemas de Salud de Europa Occidental presentan distintas estructuras organizativas, todos están basados en el principio de equidad y en la idea que el mercado por sí solo no puede operar en este sector marcado por los problemas de información asimétrica y las externalidades. En general, salvo excepciones (Holanda y Suiza) 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.

Recuadro 6: El Sistema de Salud de Holanda: Managed Competition

El sistema holandés está basado en un modelo de competencia regulada (managed competition), el cual postula que el mercado es el asignador de recursos más eficiente, aunque en el sector salud, dada la existencia de innumerables fallas de mercado, la liberalización debe ir acompañada de un fuerte componente regulatorio. En base a éstos, sus características son: (1) El mix de financiamiento público-privado, (2) La oferta predominantemente privada; y (3) La participación de grupos consultivos.

El **AWBZ** entró en vigencia en el año 1968 y las contribuciones son obligatorias para todos los holandeses independientemente de su nivel de ingresos (para el 2004 el aporte es de 13,25% del ingreso). El esquema funciona como un sistema de reembolsos, y la cobertura es administrada por los Fondos de Salud, los Seguros Privados y la cobertura de los empleados públicos para sus afiliados. Existe a su vez un Colegio de los Seguros de Salud (College for Health Insurance) que se encarga de asignar los fondos a los distintos administradores y de fijar y autorizar los contratos entre los seguros y los prestadores.

Los **Fondos Nacionales de Salud** entraron en vigencia en 1966, son entidades sin fines de lucro que operan en un régimen de competencia. La afiliación es obligatoria para todo aquel trabajador con un ingreso de hasta 32,600 euros al año y trabajadores autónomos con un ingreso no superior a los 20,800 euros. Desde 1998 pueden afiliarse aquellas personas de 65 años o más que no tengan cobertura y con un ingreso inferior a los 20,750 euros. Un rasgo interesante es que no existen subsistemas diferenciados para trabajadores en actividad, jubilados y carenciados.

Los recursos de este esquema provienen de contribuciones salariales, que en 2004 se fijaron en 8% del salario (6,75% abonado por el empleador y el resto por el empleado). Para el caso de los jubilados es el 8% de su jubilación y el de los autónomos el 8% de su ingreso imponible. Otra fuente de recursos es el sector de los seguros privados, surgido a efectos de compensar la alta concentración de gente mayor de 65 años en el sector de los seguros de salud nacionales frente a los privados. Todas estas contribuciones van a un fondo general (AK) administrado por el Colegio de los Seguros de Salud, asignando los montos en función de una cápita mensual por beneficiario ajustada por factores de riesgo. Desde 1989, aquellas personas con cobertura de algún fondo deben abonar una suma adicional no relacionada con su nivel de ingreso, la cual es fijada por cada uno de los seguros de salud.

Aproximadamente el 64% de la población cuenta con cobertura de alguno de los Fondos Nacionales de Salud (Zfw), un 5% está asegurado por medio del esquema de seguro obligatorio de los trabajadores públicos, y el resto (30%) contratan un seguro privado. Adicionalmente, existe el AWBZ (Fondo de Costos Médicos Excepcionales) que provee de cobertura en caso de enfermedades largas y costosas a todo residente de Holanda. Cera de 1,5% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro.

Esta última contribución tiene dos objetivos: 1) generar competencia entre los seguros para lograr la contribución menor y 2) complementar los fondos que le son asignados.

Los seguros se manejan a partir de médicos de cabecera, que el afiliado elige libremente dentro de aquellos determinados por el Fondo, los cuales actúan como puerta de entrada al sistema. En general, son contratados para dar servicios a una población determinada y se les paga una cápita mensual.

Estos fondos se encuentran regulados por una serie de normas pro-competitivas que buscan reducir las fallas existentes en el mercado y el ente regulador encargado de su aplicación e implementación es el Consejo Supervisor de los seguros de salud.

Todos aquellos individuos que superen los ingresos estipulados para los Fondos de Salud deben recurrir a los seguros privados de salud. En este caso las tarifas a pagar dependen del nivel de servicios que desea el cliente y de la edad. A diferencia del caso anterior, los afiliados eligen libremente a sus proveedores de servicios de salud y luego se les reintegra el importe.

Los médicos generalistas son contratados para dar servicios a una población determinada y se les paga una cápita mensual. La mayoría de ellos negocian sus honorarios colectivamente mediante la asociación médica nacional. Los especialistas se encuentran por lo general en los hospitales y tienen acuerdos privados con estos. Los especialistas independientes negocian a través de su propia Asociación y perciben honorarios bajo la modalidad de pago por acto médico.

Los servicios hospitalarios se brindan en hospitales públicos (15%) y de entidades sin fines de lucro (85%) y están fuertemente regulados por el gobierno. Los hospitales con fines de lucro están prohibidos en Holanda y el pago es por presupuesto.

3.1.3- Sistemas de Salud en Estados Unidos y Canadá

A pesar de la proximidad geográfica, y cierta similitud en sus niveles de ingreso, la organización de los sistemas de salud de estos dos países difiere de manera significativa. Por un lado, el primero de ellos sigue un esquema basado en los lineamientos de mercado con escasa o nula participación estatal, mientras que el segundo mantiene un modelo similar al de la mayoría de los países europeos.

Estados Unidos, más que un sistema, tiene una multiplicidad de regímenes, con fuerte participación del sector privado entre los agentes de financiamiento y los prestadores médicos, y con participación gubernamental focalizada. Existen dos grandes programas públicos de alcance nacional: el Medicare (para personas mayores de 65 años, discapacitados y personas con insuficiencia renal crónica) y el Medicaid (para personas de bajos ingresos). Cuenta, asimismo, con un Plan de Salud para empleados públicos, el Federal Employees Health Benefit Plan (FEHBP), que da cobertura a todos los empleados del gobierno federal, estados y municipios. También existe el programa de salud de las FFAA para personal en actividad, retirado y veterano de guerra. Gran parte de la población tiene cobertura mediante seguros privados, comprados por el empleador o de manera conjunta entre empleado y empleador (el aporte es voluntario). Un grupo muy pequeño compra de bolsillo su propia cobertura privada.

El Medicare consta de dos tramos diferentes, cada uno con una financiación especial. La Parte "A" (seguro de internación hospitalaria) se financia con impuestos a la nómina salarial: 1,45% del aporte del trabajador y 1,45% de contribución patronal. La Parte "B" (servicios ambulatorios) se financia mediante impuestos generales, para cubrir el 75% de lo presupuestado y el 25% se financia mediante primas que abonan los beneficiarios.

El programa Medicaid se financia conjuntamente entre el gobierno federal y los gobiernos estatales. La fuente de financiamiento son impuestos generales ingresados por los respectivos gobiernos. Este esquema se repite para los empleados públicos y las FFAA.

La cobertura privada provista por los empleadores es financiada por éstos, aunque en algunos casos existen convenios en los que los trabajadores pagan una proporción (aportes voluntarios). Los montos varían de acuerdo a la escala y nivel de riesgo de la población cubierta. Indirectamente el Estado aporta al seguro privado, en tanto se permite a los empleadores deducir de impuestos parte de su desembolso.

En todos los casos, los coseguros y copagos son una fuente importante de financiamiento, representando entre el 20% y el 50% del costo de las prestaciones. Globalmente, el gasto de bolsillo representa el 14.5% del gasto en salud en los EEUU.

Durante los años '80 surgieron con fuerza iniciativas basadas en el modelo de managed care, mediante cartillas cerradas y prestaciones administradas (con puerta de entrada al sistema, tránsito ordenado de la demanda, modalidades de pago a prestadores incorporando incentivos y desalientos, etc.). Las entidades financiadoras de este tipo de servicios son las Health Maintenance Organizations (HMO). De esta manera, el mercado de seguros queda segmentado entre los seguros tradicionales y los basados en managed care. Ambos tipos operan en un régimen de competencia relativamente desregulada. Los Seguros médicos contratan libremente a sus profesionales, y las modalidades de pago varían, desde el tradicional pago por acto, al salario y la capitación. Muchas HMOs cuentan con servicios propios para toda la atención ambulatoria, en donde 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.

A pesar de sus abundantes recursos económicos y humanos, Estados Unidos ocupa una posición relativamente mediocre en la escala de sistemas de salud mundial. Su sistema, a pesar de ser el doble de costoso que el promedio mundial, ha fallado en proveer a sus ciudadanos de un sistema de salud eficiente, justo y accesible.

Por el contrario, el Sistema de Salud de Canadá es un esquema único y público que se encuentra política y administrativamente descentralizado. Está conformado por un conjunto de 13 subsistemas en donde cada provincia ejerce la jurisdicción completa de su esquema sanitario, aunque acatando los criterios nacionales fijados por ley. El rol del sector privado queda relegado a desarrollar aquellos servicios que no presta el gobierno, ya que la competencia público-privada está estrictamente prohibida.

El financiamiento proviene fundamentalmente de impuestos generales recaudados por el gobierno central y transferido a las jurisdicciones a través de la Dirección General de Transferencias para Salud y Programas Sociales, en forma similar a un financiamiento global. No obstante, cada territorio puede generar sus propios impuestos para cubrir los costos de sus sistemas. Es necesario remarcar que en los últimos años hay un avance de los gastos privados (out-of-pocket y seguros privados complementarios), pasando de un 23,8% en 1975 al 30,4% del gasto en salud en 1999.

Para obtener atención médica, el canadiense visita al médico o clínica de su elección, presentando la tarjeta de seguro médico otorgada por el gobierno de la provincia o territorio donde reside. La consulta es totalmente gratuita y no existen límites financieros en los servicios estipulados por el seguro médico. Por otro lado, existen numerosas opciones para adquirir una cobertura complementaria y cubrir prácticas excluidas como servicios dentales y oftalmológicos, entre otros. Con frecuencia dichos servicios están cubiertos por los planes de seguro médico que los empleadores ofrecen a sus trabajadores como parte de las prestaciones sociales. Los médicos generalmente trabajan por cuenta propia en consultorios privados y son remunerados por el gobierno por caso atendido, según tarifas negociadas entre la asociación médica local y el respectivo territorio o provincia. Paralelamente, más del 95% de los hospitales son entidades sin fines de lucro que reciben un presupuesto operativo anual, el restante 5% son instituciones que ofrecen tratamientos de largo plazo o servicios especializados, como ser centros para tratamiento de adicciones.

En conclusión, estos esquemas se diferencian marcadamente de aquellos de América Latina –exceptuando por la alta participación privada en Estados Unidos- tanto en resultados como en los montos de egresos efectuados, resaltando la gran polaridad existente entre el mundo desarrollado y las naciones en desarrollo.

3.1.4- Sistemas de Salud en Europa Oriental

En la década de los noventa Europa Oriental enfrentó una transformación socioeconómica sin precedentes en su transición desde el socialismo hacia la construcción de economías de mercado. Durante la fase inicial de cambio, la política sanitaria tomó un lugar secundario detrás de asuntos tales como la estabilización macroeconómica, la liberalización, la privatización y los procesos de reforma. Los cambios en el sector salud en ciertos países de la región (como es el caso de la antigua Yugoslavia, Hungría y Polonia) se produjeron antes de la caída del Muro de Berlín, aunque en la mayoría no cobraron vigor sino hasta recientemente.

El monopolio estatal y la centralización burocrática, impulsó a los sistemas hacia una baja calidad en los servicios y a un lento desarrollo tecnológico. Si bien los ciudadanos gozaron de seguridad, solidaridad e igualdad, los sistemas no sobrevivieron los cambios en la región, y todos los países enfrentan desafíos producto de este legado.

Pese a que la cobertura para servicios médicos básicos se acerca al carácter universal, 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.

Recuadro 7: Sistemas de Salud en Transición. El Caso de la Federación Rusa

Hasta 1991 el Sistema de Salud de la Unión Soviética fue altamente centralizado, siendo el Ministerio de Salud de la URSS el responsable de la regulación, administración y distribución de los fondos. Actualmente, el sistema está descentralizado y dividido en tres niveles: Federal (responsable de la regulación y protección de todos los ciudadanos), Regional y Municipal.

El sistema se financia mediante 3 componentes: i) presupuestos federales y locales, ii) contribuciones patronales al seguro obligatorio de salud o voluntario (si se desea) y iii) ciudadanos que contratan seguros voluntarios o servicios mediante pagos de bolsillo. En 1991, 55% del financiamiento provenía de los presupuestos, sin embargo, se esperaba que esto bajara a un 30% a medida que los seguros obligatorios comenzaran a desarrollarse.

Una de las reformas del sistema de salud ruso fue la creación de un sistema de aseguramiento social obligatorio con el objetivo de solucionar la falta de financiamiento. Un elemento central de esta nueva estructura es la separación entre financiador y prestador con la intención de aumentar la eficiencia, calidad y equidad en el acceso a servicios.

El sistema de aseguramiento obligatorio establece un Fondo Federal Obligatorio (MHIF) y uno Regional (MHIFs). El propósito de este último es el de recolectar y administrar los recursos que provienen de dos fuentes: i) un impuesto del 3,6% al salario, abonado por el empleador, y ii) contribuciones de los gobiernos regionales por la gente sin trabajo (niños, pensionados, desempleados, etc.). A su vez, estas instituciones reparten estos fondos entre las compañías aseguradoras o grupos de MHIFs que luego contratan a los proveedores de servicios de salud en representación de sus beneficiarios.

Los proveedores privados no han tenido un desarrollo muy significativo hasta el momento, en parte porque se evitó la rápida privatización del sector basados en la idea de que los proveedores no deben convertirse en instituciones buscadoras de rentas, y que atenten contra la equidad y acceso al sistema.

La mayoría de los hospitales son de propiedad pública. Históricamente estas instituciones recibían presupuestos basados generalmente en el número de camas. Sin embargo, actualmente se está introduciendo un mecanismo de pago prospectivo basado en DRG, especialmente en las regiones donde hay mayor participación de compañías de seguros o grupos de MHIFs.

La mayoría de los médicos son empleados públicos y reciben como pago de sus servicios un salario. Dado el descontento generalizado entre los profesionales por la baja paga, generando de esta manera bajos niveles de eficiencia y calidad, se ha introducido el pago de bonos para aquellos que se esmeren en sus actividades. Los médicos que trabajan en el pequeño sector privado reciben un salario más una participación en las ganancias. Por último, los profesionales con consultorios privados reciben una paga por servicio.

El Fondo Federal supervisa y regula las operaciones de las 89 MHIFs regionales e implementa mecanismos de redistribución de recursos entre las regiones para evitar inequidades al interior del país, tarea para la cual recibe 0,2% del 3,6% del salario abonado por el empleador.

Otro elemento central del sistema de aseguramiento social obligatorio es el establecimiento del tercer pagador, aquel encargado de contratar los servicios de salud en representación de sus afiliados en base a capitas que recibe de las NHIFs. Estas instituciones pueden ser de dos tipos: i) compañías de seguros o ii) un conjunto de MHIFs regionales en caso de que no existan compañías aseguradoras en el área.

Las contribuciones obligatorias a la seguridad social financian la mayoría de los servicios de salud en Europa Oriental. El aporte, que se estima como un porcentaje de las ganancias, varía significativamente entre los países (3.4% Albania, 23.5% Hungría).

El presupuesto del gobierno central continúa jugando un rol importante a través del financiamiento de la salud pública, la investigación especializada, las instituciones clínicas, la educación médica y los déficits financieros del fondo de aseguramiento social.

De hecho, en varios países (entre ellos Hungría y Croacia), el Estado se encuentra legalmente obligado a cubrir cualquier déficit de los fondos de la seguridad social. Los gobiernos locales y provinciales también poseen grandes responsabilidades en el financiamiento de la salud, pese a que los recursos disponibles no siempre son proporcionales a los nuevos mandatos. El sector salud se encuentra lejos de quedar excluido de las fuertes tensiones entre los gobiernos locales y provinciales que son comunes en otros sectores.

El financiamiento privado, a través de seguros voluntarios y gastos de bolsillo -tanto legales como ilegales-, tiene lugar en casi todos los países de Europa Oriental. El seguro médico privado es más común en Eslovenia pero está incrementándose en varios países (entre ellos, Hungría y Polonia), aunque partiendo de bases muy reducidas.

En general, los países de Europa Oriental han separado el financiamiento de la provisión, con un fondo de aseguramiento social actuando como comprador, institucionalmente diferenciado de los proveedores. Los primeros en estructurarse de esta manera fueron Hungría y la República Checa. A comienzos de los noventa, Croacia, Macedonia y Eslovenia reemplazaron los fondos de aseguramiento social basados en la ocupación por un fondo de aseguramiento social nacional. El legado socialista se evidencia claramente en la provisión de los servicios sanitarios, en donde coexisten la escasez y el excedente. Los países relativamente más pobres de la región tienen más médicos y camas de hospital per capita que los países de la OECD, sin embargo, los pacientes deben soportar largas listas de espera para ser atendidos o realizar determinadas intervenciones.

La amplia mayoría de las instituciones proveedoras de servicios de salud continúa siendo propiedad pública, pese a que desde el período clásico los derechos de control se modificaron considerablemente. El mayor cambio se produjo en la práctica privada de médicos de atención primaria y dental, ya que la mayoría de los países la legalizaron a comienzos de los noventa, convirtiendo a los médicos de empleados estatales a profesionales auto-empleados, trabajando bajo contrato con el asegurador y el gobierno local, quien provee las instalaciones y el equipamiento. La privatización de los servicios dentales se extendió aún más y las farmacias en su amplia mayoría son privadas. Por el contrario, la atención por especialistas, provista por la práctica privada legal, es muy baja en la mayoría de los países, con algunas excepciones en Hungría y República Checa.

A fines de los noventa, muchos de los países se alejaron del histórico 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. En la Tabla 7 se pueden observar los principales mecanismos de pago utilizados por ciertos países de Europa Oriental, para la atención primaria, ambulatoria e internación.

Otra característica heredada del período socialista, es el desarrollo de una economía "informal" en el sector sanitario. Los profesionales de la salud tienen salarios desproporcionadamente bajos, ya que su nivel de ingreso es de 1.3 a 2 veces inferior al de otras actividades –por el contrario los médicos de los países de la OECD ganan de 2 a 4 veces más-. Dado esto, surgen pagos por debajo de la mesa, conocidos como "gratificaciones", que están generalizados en muchos países de la región. La incidencia y los efectos desmoralizantes de estas "gratificaciones" constituyen uno de los frenos principales en el desarrollo de una práctica médica honorable y de respetables relaciones

comerciales en el sector. Adicionalmente, de ser posible medir los alcances de este tipo de pagos semi-legales a los proveedores el peso del financiamiento privado sería mucho mayor al difundido oficialmente.

Tabla 7: Mecanismos de Pago en Europa Oriental, 1997

Países	Atención Primaria	Atención Ambulatoria	Internación
Albania	Capitación	Presupuesto global y salario A futuro: Pago por servicio	Presupuesto global y salario
Bulgaria	Presupuesto global y salario	Presupuesto global y salario	Presupuesto global y salario
Rep. Checa	Pago por servicio A futuro: capitación	Pago por servicio con reembolso completo de gastos en ciertos casos	Pago por servicio con reembolso completo de gastos en ciertos casos y pago por día. Desde 1997, presupuesto global
Croacia	Capitación y pago por servicio	Pago por servicio y salario	Pago por servicio
Hungría	Capitación	Pago por servicio	Pago en base a casos
Macedonia	Capitación	Presupuesto global y salario A futuro: Pago por servicio	Presupuesto global y salario. Planificado: pago en base a casos
Polonia	Presupuesto global y salario. Desde 1999, capitación y pago por servicio	Presupuesto global y salario. Desde 1999, capitación y pago por servicio	Presupuesto global y salario. Desde 1999, pago en base a casos
Rumania	Presupuesto global y salario. Desde 1999, capitación y pago por servicio	Presupuesto global y salario. Desde 1999, capitación y pago por servicio	Presupuesto global y salario. Desde 1999, pago en base a casos
Eslovaquia	Pago por servicio. Experimentalmente: combinado con capitación	Pago por servicio	Pago por día probable. Experimentalmente: pago en base a casos
Eslovenia	Capitación y pago por servicio	Pago por servicio	Pago por día y pago por servicio

Fuente: Kornai and Eggleston (2001)

Por lo visto, Europa Oriental es una región que enfrenta los desafíos de una transición hacia una economía de mercado y descentralizada. Sin embargo, 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. Si bien mantiene una alta participación estatal, los resultados y niveles de egresos se asemejan más a los de América Latina, que a aquellos de sus vecinos, Europa Occidental.

Recuadro 8: La OMS evalúa los Sistemas de Salud del Mundo

La OMS llevó a cabo el primer análisis conjunto de los sistemas de salud en el mundo mediante la utilización de cinco indicadores de desempeño para 191 países. De esta evaluación surge que Francia proporciona la mejor atención de la salud, seguida por Italia, Omán, Austria y Japón. En comparación, el sistema de salud de los Estados Unidos es el que gasta una mayor proporción de su producto, pero se ubica, según su desempeño, en el lugar 37 de 191 países. El Reino Unido, que egresa sólo el 6% del PBI en servicios de salud, se ubica en el lugar 18.

El sistema de evaluación de la OMS se basó en cinco indicadores: nivel global de salud de la población; desigualdades dentro de la población; capacidad de respuesta del sistema de salud (una combinación entre satisfacción del paciente y qué tan bien funciona el sistema); distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la gente con diferentes niveles socioeconómicos sobre qué tan bien son atendidos por el sistema de salud); y distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos).

De esta manera, el estudio determinó que Francia, Italia, España y Noruega son las cuatro naciones europeas mejor posicionadas ubicándose en los puestos 1, 2, 7 y 11. En América Latina en cambio resultaron ser Colombia, Chile, Costa Rica y Cuba en las posiciones 22, 33, 36 y 39 respectivamente. Adicionalmente, Argentina ocupa el lugar 75 y Estados Unidos el 37.

Asimismo, el informe califica a los sistemas de acuerdo con algunos de los diferentes componentes del índice de desempeño:

Capacidad de respuesta:

La capacidad de respuesta incluye dos componentes básicos: (a) respeto por las personas (incluyendo la dignidad, el derecho a la confidencialidad y la autonomía de los individuos y las familias para decidir acerca de su propia salud); y (b) la orientación al cliente (una atención expedita, el acceso a redes de apoyo social durante la atención, la calidad de las comodidades básicas y la elección del proveedor). Las naciones que cuentan con los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta son los Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo, Dinamarca, Alemania, Japón, Canadá, Noruega, los Países Bajos y Suecia. Hay que destacar que la capacidad de respuesta está fuertemente correlacionada con la disponibilidad de recursos.

Justicia de la contribución financiera:

La medición se basa en la fracción de la capacidad de gasto de un hogar (ingreso menos gastos de alimentación) que se destina a la atención a la salud (incluyendo pago de impuestos, seguridad social, seguros privados y pago de bolsillo). De acuerdo con ello, Colombia fue el país que se colocó a la cabeza en esta categoría, seguida por Luxemburgo, Bélgica, Djibouti, Dinamarca, Irlanda, Alemania, Noruega, Japón y Finlandia.

Brasil se ubica en los últimos lugares de este cuadro en razón de los elevados gastos de bolsillo que la población destina para cubrir la atención a la salud. El mismo razonamiento se aplica a la justicia en el financiamiento del sistema de salud de Perú y La Federación Rusa.

Nivel Global de Salud:

Para evaluar la salud general de la población y poder así juzgar en qué medida los objetivos del sistema son alcanzados, la OMS ha escogido la medida de esperanza de vida ajustada por discapacidad (DALE). La nación mejor ubicada es Japón con 74.5 años, seguida por Australia, Francia, Suecia y España. Argentina ocupa la posición 39 con 66.7 años ajustados por discapacidad, y Estados Unidos está en el puesto 24 con 70 años. Por último, existen 32 países en los que se estima que la esperanza de vida ajustada por discapacidad es menor a 40 años producto de las grandes epidemias de VIH/SIDA, entre otras causas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2000) "Health Systems: Improving Performance" The World Health Report 2000.

4- Participación del Sector Público-Privado en el Sistema de Salud

La información presentada en las secciones anteriores parece revelar la siguiente relación: la participación del sector público en el sistema de salud es más significativa cuanto mayor es el nivel de ingreso del país. Así, se observa que, salvo algunas excepciones (Estados Unidos, Suiza y Holanda), la mayoría de las naciones del mundo desarrollado poseen esquemas sanitarios con fuerte presencia estatal en la organización, provisión y financiamiento de los servicios. Por el contrario, en América Latina 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. Es decir, se confirma que el sector privado se desarrolla a la sombra de la falta de efectividad

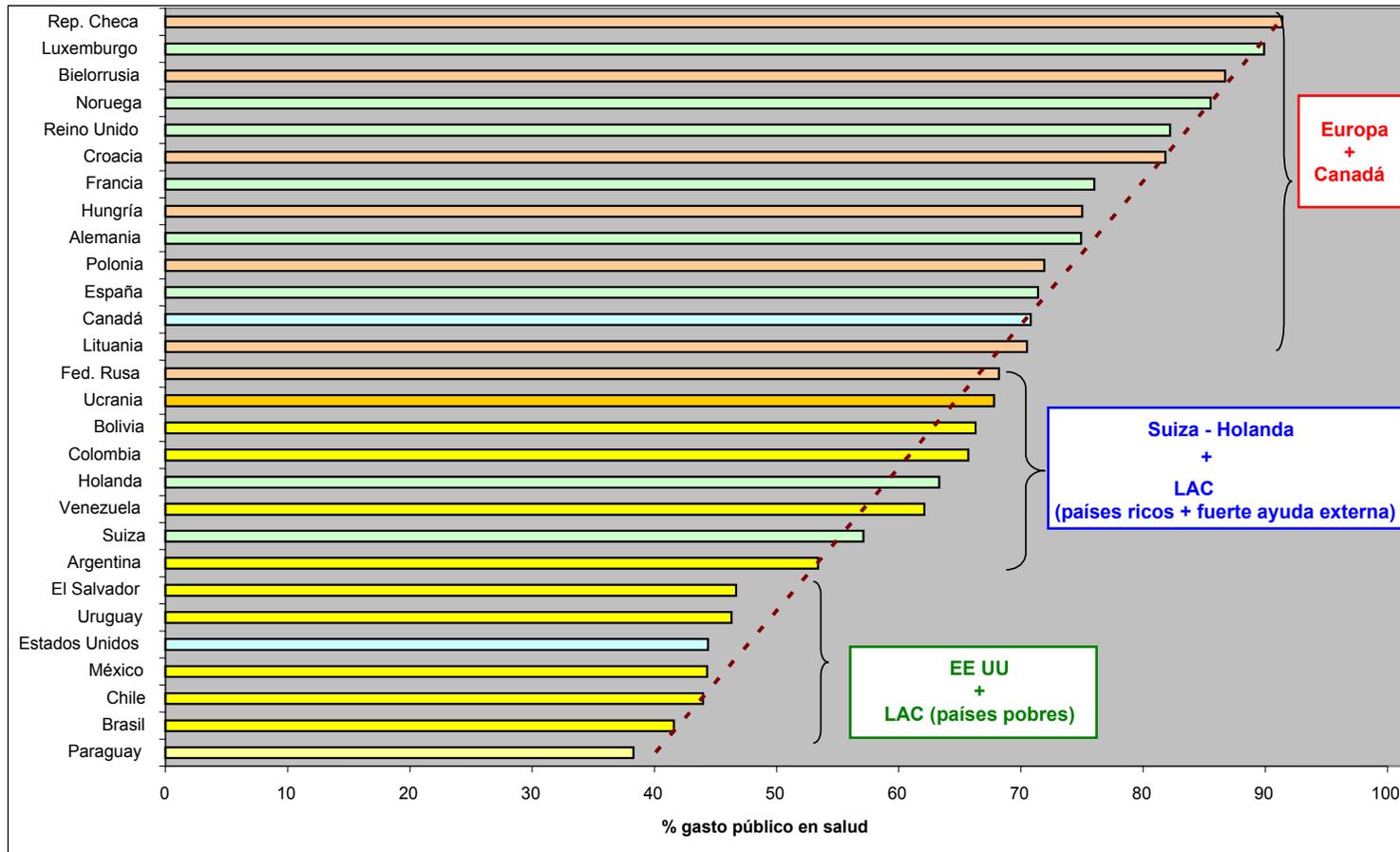
del sector público, y que cuanto mayor es la falta de calidad y efectividad pública, superior es el gasto de bolsillo.

El Gráfico 4 muestra para algunos países de las distintas regiones consideradas el porcentaje de gasto público en salud sobre la totalidad de gasto en el sector. Podemos observar que las primeras 13 naciones tienen una participación estatal en el nivel de egresos superior al 70% y que las mismas pertenecen a Europa Occidental y Oriental. A continuación, se ubica un segundo grupo de países conformados por las dos naciones con amplia intervención privada en Europa Occidental (Suiza y Holanda), Europa Oriental y las regiones más ricas de América Latina o aquellas con fuerte ayuda externa en el sector salud, con una representatividad del gasto público de entre el 50% y 70%. Por último, se ubican Estados Unidos y las naciones más empobrecidas de Latinoamérica, con porcentajes que no superan el 45%. Este gráfico corrobora la hipótesis que asocia riqueza, capacidad institucional y el involucramiento público en salud.

Complementariamente, los Gráficos 5, 6 y 7 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. Se percibe que en las tres figuras, sin excepción, existe una marcada relación entre ingreso y gasto.

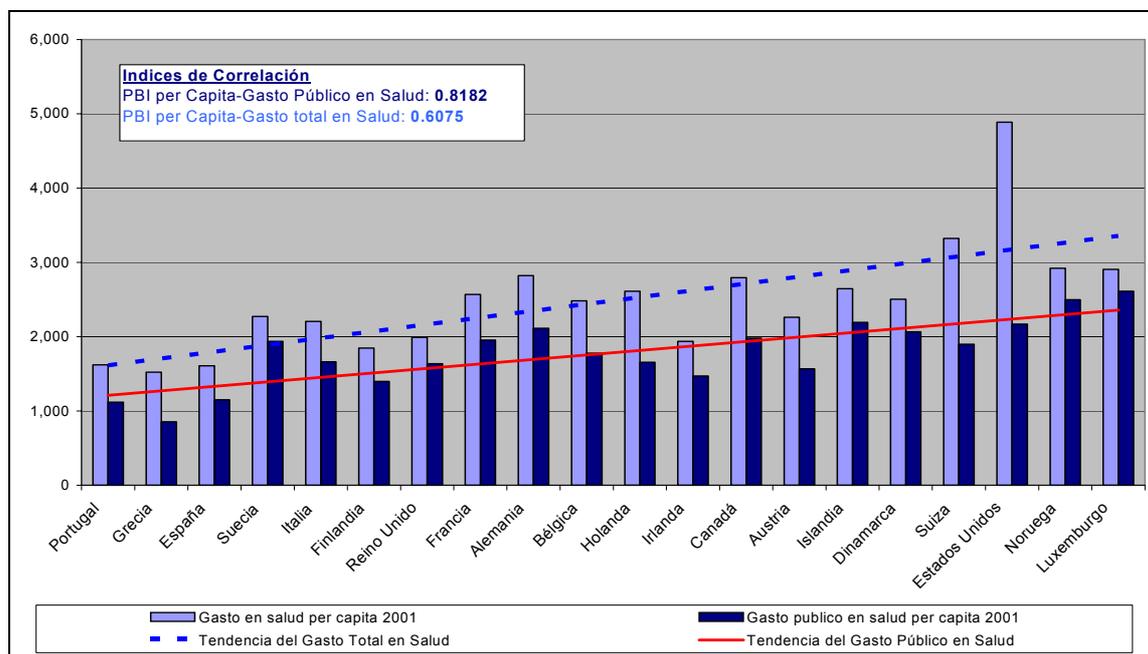
Analizando el caso de los países desarrollados pueden establecerse tres conclusiones principales. La primera de ellas es la homogeneidad relativa en niveles de gasto total y público entre países, aspecto no replicable en los dos casos siguientes. El índice de correlación entre el PBI per capita y el gasto en salud es positivo y de 0.6075, corroborando la hipótesis planteada. Por último, la correlación entre PBI y gasto público es altamente significativa, llegando a 0.8182, reforzando la visión que países desarrollados poseen una red de instituciones con capacidad de intervenir en escenarios signados por problemas de “falla de mercado”.

Gráfico 4: Porcentaje del Gasto Público en Salud sobre el Total



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

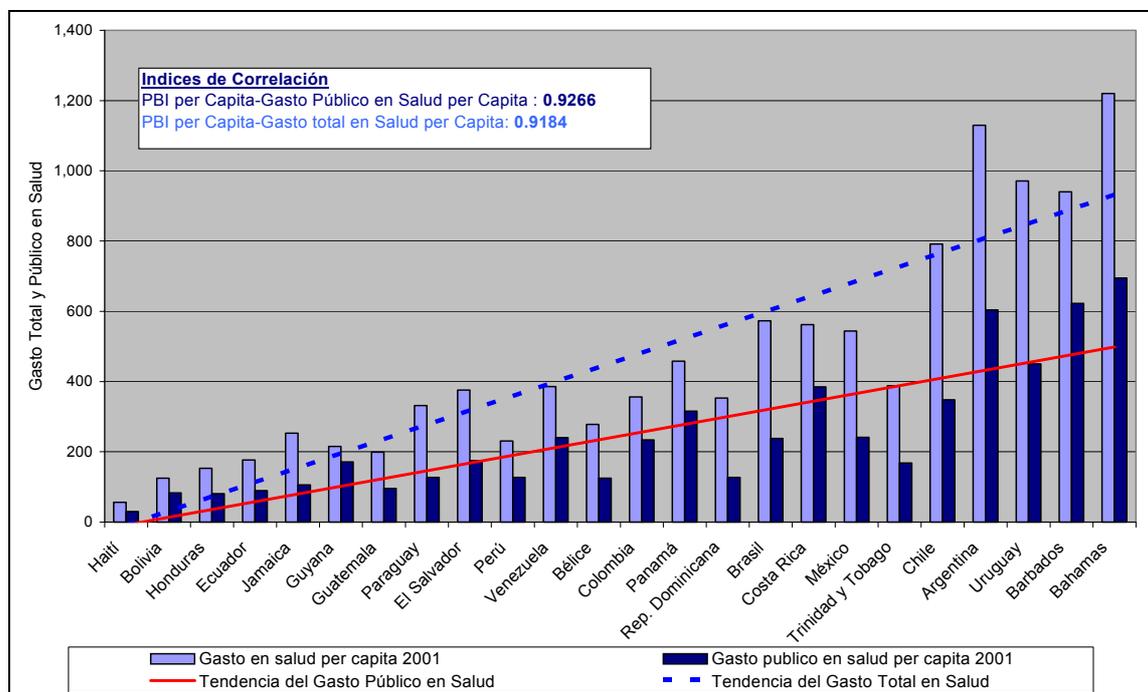
Gráfico 5: Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá, Gasto Total y Público en Salud per capita 2001



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

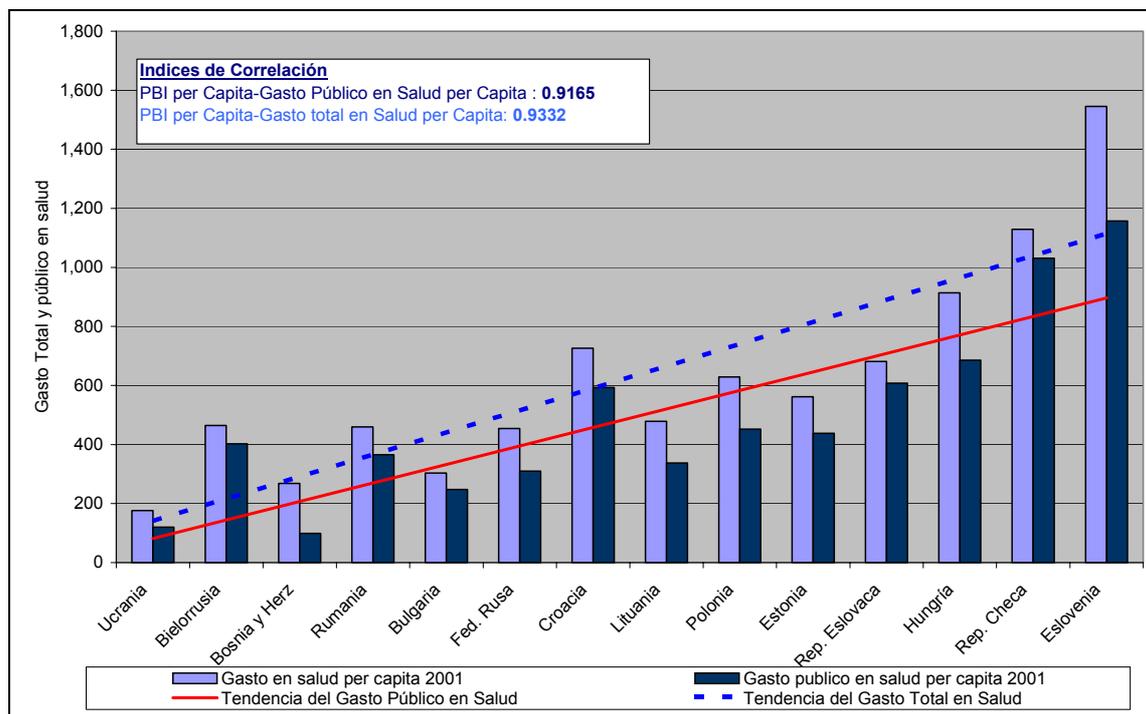
Gráfico 6: América Latina y El Caribe, Gasto Total y Público en Salud per capita 2001



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

Gráfico 7: Europa Oriental, Gasto Total y Público en Salud per capita 2001



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

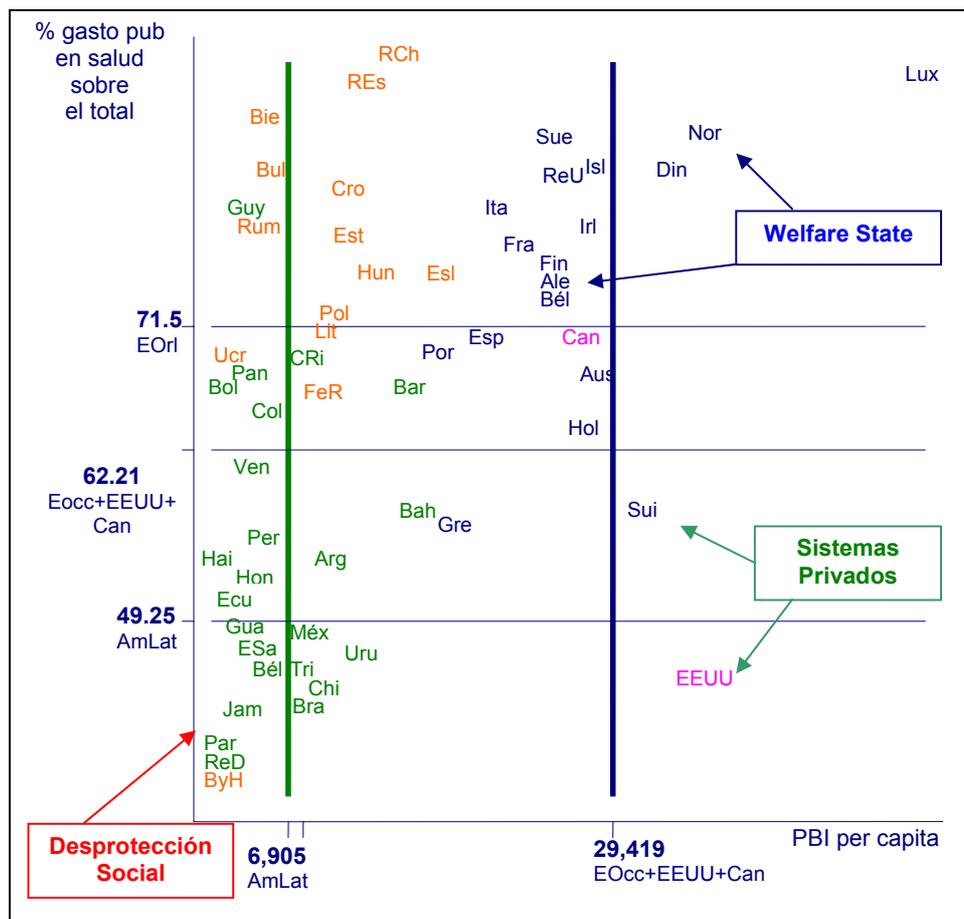
Nota: Los países están ordenados de manera ascendente por el PBI per cápita ajustado por PPP 2001

El Gráfico 6, correspondiente a 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.

Complementariamente, se observa mayor heterogeneidad al interior de la región latinoamericana en términos de ingresos e indicadores socioeconómicos, que aquella encontrada en Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá. Esta heterogeneidad afecta marcadamente no sólo el financiamiento del sector, sino su estructura dual de prestación.

Por último, Europa Oriental tiene un comportamiento similar al de América Latina en cuanto a sus coeficientes de correlación. Sin embargo, la participación del sector público en salud se asemeja más a aquella encontrada en las naciones desarrolladas – ver Gráfico 4-. 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.

Gráfico 8: Participación del Gasto Público y PBI per Capita 2001



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

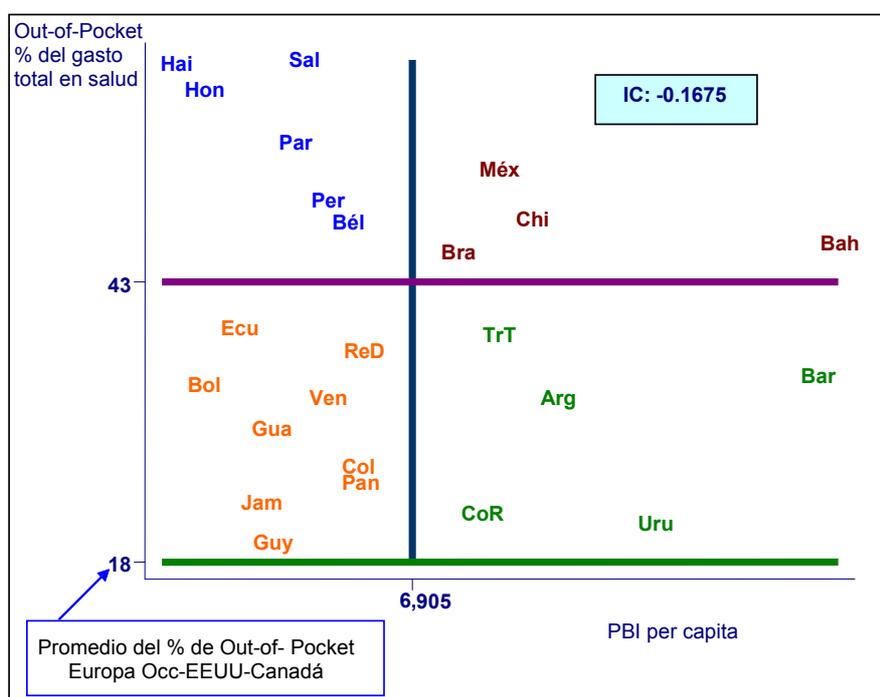
Adicionalmente, el Gráfico 8 presenta para los todos los países analizados un mapa que ubica todos los pares de gasto público, como participación en el total, y el PBI per capita. Considerando las medias ponderadas de las dos variables para las distintas regiones estudiadas, es posible delimitar el grupo de tres grupos de naciones con características muy dispares. Por un lado, países con estructura de *Welfare State* (Europa Occidental), representado por aquellos que cuentan con un porcentaje de participación del Estado superior al de Europa Oriental y un nivel de ingreso que ronda la media del mundo desarrollado. Posteriormente, se encuentran los sistemas ricos y con baja presencia del sector público (Suiza y Estados Unidos), y por último, aquellas naciones desprotegidas (todas pertenecientes a América Latina) con bajo desarrollo estatal y nivel de ingreso.

Esta figura nos permite corroborar que a mayor nivel de ingreso existe un Estado con más capacidad de intervenir y corregir las fallas de mercado. De hecho, los países de Europa Occidental y Canadá son los que más presencia estatal tiene en términos de sus indicadores de gasto público en salud, mientras que América Latina desarrolla un sector privado para saldar las demandas que su sector público, con crónicas restricciones presupuestarias. Por último, se percibe la importancia de los contextos históricos y culturales en los cuales se desarrollan los Sistemas de Salud. El caso paradigmático de esto resulta ser Europa Oriental, que aún mantiene una alta participación del sector público en el financiamiento y provisión de los servicios de salud. El sector privado se

desarrolla entonces a partir de la falta de efectividad del sector público, y a mayor limitación pública, mayor el gasto de bolsillo. En los casos que este fenómeno ocurre, el sector privado toma la forma de visitas a médicos particulares con pagos en especies, consultas en farmacias o curanderos. Estas alternativas posibilitan el uso de proveedores privados por parte de grupos de bajos recursos y explican porque en las naciones con mayores niveles de pobreza, la participación del gasto privado sobre el total de gasto en salud es elevada.

Para completar el argumento previo, los Gráficos 9 y 10 presentan el nivel de PBI per capita y el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total de salud¹ para América Latina y Europa Occidental, junto a Europa Oriental, Estados Unidos y Canadá.

Gráfico 9: América Latina: PBI per capita y Out-of-Pocket como % del Gasto Total en Salud



Fuente: The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance

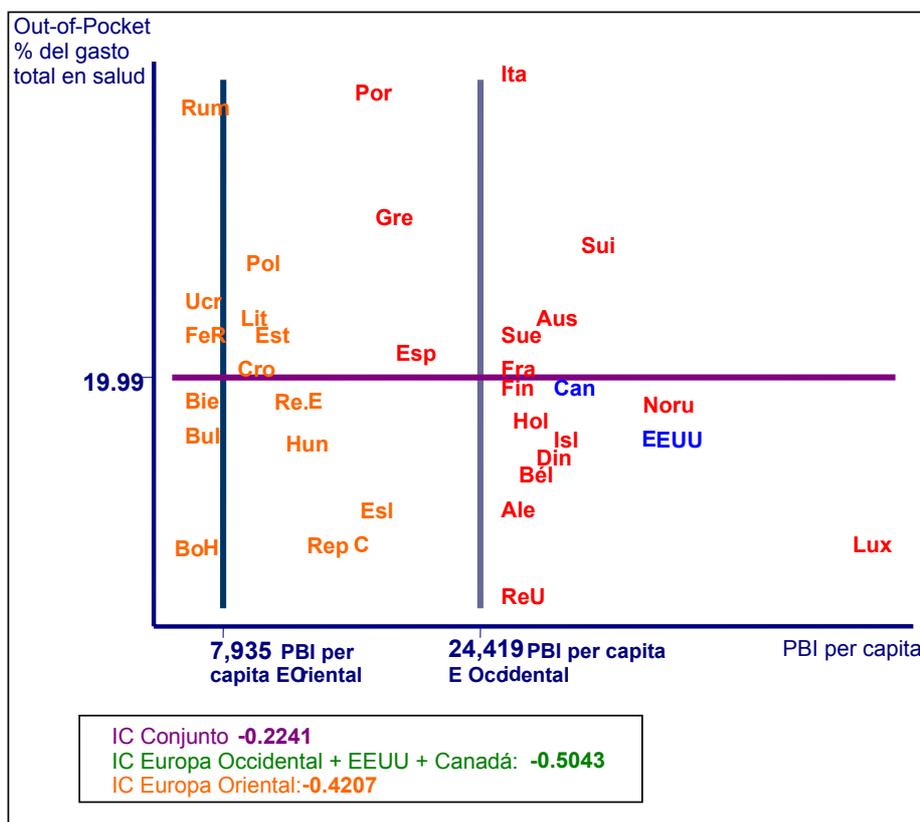
En el Gráfico 9 es posible identificar, en primer lugar, que todos los países latinoamericanos tienen una participación de gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud superior a la de los países desarrollados. Comparando los promedios regionales se establece que América Latina presenta un porcentaje 41% superior al de Europa Occidental, Estados Unidos y Canadá en conjunto.

La heterogeneidad entre las naciones de la región también se verifica en este rubro. Tomado en cuenta los promedios del PBI per cápita y del out-of-pocket como porcentaje del gasto total en salud -43%- se agrupa a los países en cuatro categorías: (1) alta inequidad y bajo nivel de ingreso, representando el conjunto más perjudicado, (2) alta inequidad y PBI per capita superior a la media regional, (3) bajo nivel de ingreso pero más

¹ El porcentaje del gasto de bolsillo sobre el total del gasto en salud corresponde a estimaciones efectuadas para el año 1997y publicadas en "The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance"

equidad en la carga del financiamiento de la salud; y (4) países con alto PBI y baja participación del gasto de bolsillo, representando el grupo mejor posicionado del territorio latinoamericano.

Gráfico 10: Europa, Estados Unidos y Canadá: PBI per capita y Out-of-Pocket como % del Gasto Total en Salud



Fuente: The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance

El Gráfico 10, finalmente presenta los mismos datos que la figura anterior pero para las naciones de Europa Oriental, Occidental, Estados Unidos y Canadá en conjunto. Estas regiones pueden caracterizarse por tener una amplia participación del gasto público en el financiamiento (*Welfare State*) o un sistema de aseguramiento social, con seguros de conducción sindical o privados, basados en las contribuciones salariales. Sin embargo, en términos del porcentaje de gasto de bolsillo sobre el total de gasto en salud, las naciones muestran un comportamiento bastante heterogéneo, y como en el caso anterior, podemos delinear 4 grupos: (1) el menos equitativo, formado por aquellas naciones con ingreso inferiores al promedio de Europa Occidental y participación del out-of-pocket por encima de la media, (2) los sistemas de salud más costos con ambas variables por encima de los promedio regionales, (3) países en busca de equidad, ubicados cerca del origen; y (4) sistemas equitativos, caracterizados por altos ingresos y bajo nivel de out-of-pocket.

Esta heterogeneidad entre las distintas naciones se observa a partir del índice de correlación, que es negativo pero poco significativo. No obstante, al considerar las regiones por separado, la asociación de las variables graficadas se vuelve más relevante, llegando a -0.5043 y -0.4207 para el mundo desarrollado y las ex economías socialistas,

respectivamente. Esto lleva nuevamente a conjeturar sobre la mayor disparidad existente al interior de Europa Oriental y la situación a futuro de sus sistemas de salud.

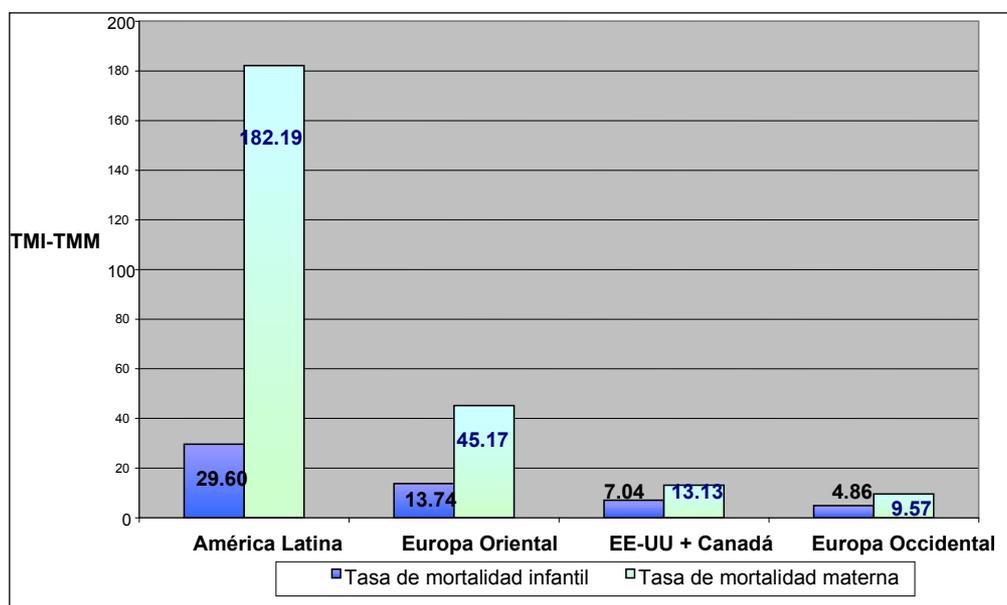
5- Desempeño de los Sistemas de Salud

En los capítulos anteriores notamos como el contexto socioeconómico e histórico determinaba la estructura de organización, financiamiento y provisión de los sistemas de salud. Unido a esto, percibimos la gran diversidad existente en términos de resultados sanitarios entre países, producto de la relación presente entre indicadores de salud y niveles de ingreso promedio de cada nación.

Dados estos hechos estilizados, buscaremos analizar como la estructura organizacional de los Sistemas de Salud, asociada a su perfil socioeconómico, determina los resultados del área. A estos efectos se utilizan tres indicadores como parámetros para la evaluación: la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y la expectativa de vida.

El Gráfico 11 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 sobrevida 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.

Gráfico 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

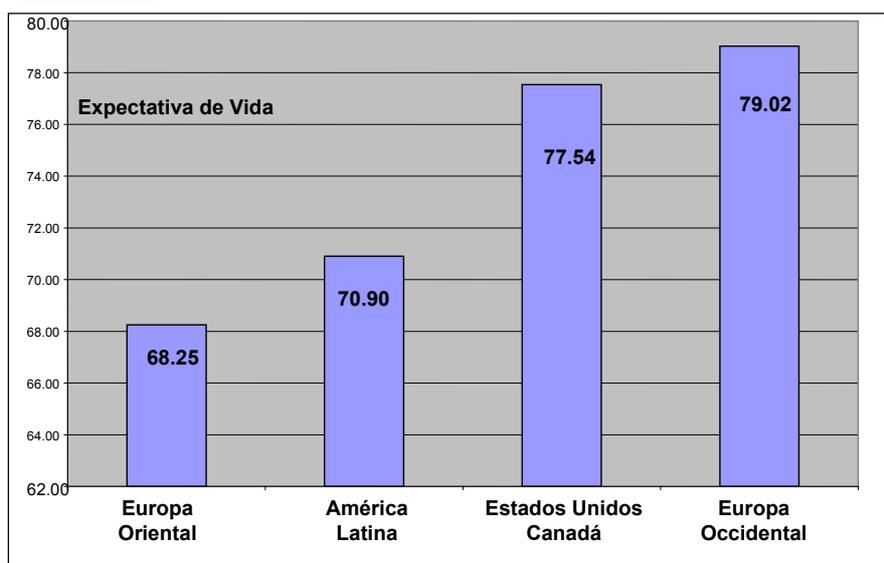
Nota:

1. La tasa de mortalidad infantil es cada 1.000 nacimientos
2. La tasa de mortalidad materna es cada 100.000 nacimientos

El Gráfico 12 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.

Gráfico 12: Esperanza de Vida. Promedios Ponderados por Regiones.



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

El estudio previo se confirma a partir del análisis de regresiones para explicar la tasa de mortalidad infantil.

La primera regresión (Tabla 8) muestra que las variables explicativas son significativas al 5% o al 1% con un grado de ajuste de 0.5634. El nivel de ingreso y el número de médicos cada 10.000 habitantes se acompañan por coeficientes negativos, en tanto que la variable que da cuenta de las diferencias por región también es negativa, estableciendo que los países de Europa Oriental tienen una menor tasa de mortalidad promedio que las categorías base, dentro de las que se incluye a América Latina.

Alternativamente, la segunda regresión excluye el PBI per capita como variable explicativa y agrega el nivel de gasto público en salud, repitiendo los niveles de ajuste y significatividad anteriores.

Tabla 8: Determinantes de la Mortalidad Infantil

Variable Dependiente	Tasa de Mortalidad Infantil	
R cuadrado	0.5634	
Variable Independiente	Coeficiente	Desvío estandar
PBI per Capita*	-0.0008984	0.0002049
Médicos**	-3.698824	1.761406
Dummy por Región (1)**	-10.35325	4.123405
Constante	40.70228	3.802499

Variable Dependiente	Tasa de Mortalidad Infantil	
R cuadrado	0.5489	
Variable Independiente	Coeficiente	Desvío estandar
Gasto Público en Salud per capita*	-0.0112506	0.0027933
Médicos**	-4.262345	1.741946
Dummy por Región (1)**	-9.425553	4.142057
Constante	38.30752	3.6948

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

Notas:

1. La Dummy por región vale 1 si el país pertenece a Europa Oriental
2. * significativa al 1% **significativa al 5%

Recuadro 9: Inequidades relacionadas con el ingreso en el uso de los servicios médicos en 21 países de la OECD

La equidad en el acceso a los servicios de salud es un pilar en todas las políticas destinadas al sector en los países de la OECD, lo que ha permitido una cobertura prácticamente universal en la mayoría de estas naciones. En este contexto surge la pregunta de hasta que punto este grupo de países ha logrado el objetivo de asegurar igual acceso y utilización de servicios para igual nivel de necesidad, independientemente de otras características como el ingreso, el lugar de residencia, la etnia, etc.

Para responder a este planteo Van Doorslaer, Masseria y "The OECD Health Equity Research Group" analizan 21 países focalizándose en el criterio de "equidad horizontal", es decir, que individuos en iguales condiciones de necesidad tengan iguales tasas de uso de los servicios de salud, testando posibles desvíos de esta norma por niveles de ingreso.

En una primera aproximación estudian las tasas de uso de las consultas médicas en las que observan una tendencia favorable hacia los grupos de menores ingresos. Sin embargo, al estandarizar estas tasas por niveles de necesidad surgen inequidades, aunque no muy altas, a nivel horizontal. Ello implica que tanto la probabilidad como la frecuencia de visitas a un médico crece a medida que aumenta el nivel de ingreso independientemente de la necesidad. Las inequidades en las tasas de uso son más altas en Estados Unidos, México, Finlandia, Portugal y Suecia.

Para profundizar el análisis dividen las tasas de consultas entre aquellas de médicos generalistas y especialistas. En la mayoría de los países, las visitas a los médicos generalistas tienen una distribución más equitativa entre grupos de ingreso y el coeficiente de equidad horizontal muestra una tendencia *pro-pobres*. Esto es el caso que se presenta en los países de Irlanda, Bélgica, España, Reino Unido, Holanda, Grecia e Italia.

Al considerar las consultas a médicos especialistas el panorama es muy diferente. En todos los países con información disponible, sin excepciones, luego de controlar por necesidad, los ricos tenían mayor probabilidad y frecuencia de consultar a un especialista que los humildes. Las inequidades en favor de los más pudientes son especialmente importantes en esta clase de consultas y se destacan en los países de Portugal, Finlandia e Irlanda.

Otras variables incorporadas al estudio sobre determinantes de las tasas de uso fueron el nivel de educación, la región, la condición de actividad y la cobertura de salud. Todas estas resultaron significativas para explicar una distribución *pro-ricos*.

Fuente: Van Doorslaer, Masseria y OECD Health Equity Research Group (2004) "Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", OECD Health Working Papers, número 14.

Por último y con el objetivo de determinar el desempeño de los diversos sistemas de salud del mundo, la Tabla 9 muestra para cada país la tasa de mortalidad infantil real y la estimada a partir de una regresión que considera como variables explicativas el logaritmo natural del PBI y una dummy por región². Se observa que los tres primeros países –Haití, Bolivia y Brasil-, pertenecientes a América Latina, tienen una tasa real diez puntos o más por encima de la esperada dado su nivel de recursos y la región geográfica a la que pertenecen. Este resultado sugiere la ausencia de efectividad y capacidad de respuesta de los sistemas de salud de estas tres naciones latinoamericanas.

Posteriormente la tabla identifica a aquellas naciones cuya tasa real es superior a la esperada entre diez y cero puntos porcentuales. Curiosamente, muchos de los países que se ubican en esta área del cuadro pertenecen al mundo desarrollado, incluyéndose Estados Unidos (que ocupa la sexta posición), Luxemburgo, Noruega, Suiza, Irlanda, Dinamarca, Canadá, Austria, Holanda, Reino Unido y Bélgica. Este hecho puede ser el resultado de partir de niveles suficientemente bajos de la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, naciones como Islandia, Suecia y Finlandia con tasas más bajas, muestran desempeños superiores a los esperados. Dentro de este agrupamiento se ubican, asimismo, cinco naciones latinoamericanas y siete de Europa Oriental.

El tercer grupo contiene a todas aquellas naciones cuyas tasas reales son mejores a las esperadas, dado su nivel económico y la región geográfica a la que pertenecen. En el extremo de esta tabla también se ubican países latinoamericanos, destacándose en particular, Jamaica, Costa Rica –ambos con un sistema de salud público integrado- y Ecuador, con una mortalidad infantil 17 puntos promedio por debajo de la estimada.

A fin de asociar desempeño y gastos en los distintos Sistemas de Salud, la Tabla 10 presenta en dólares per capita el monto gastado por mortalidad infantil prevenida. La metodología de cálculo de este indicador consistió en dos etapas: 1) se restó a la tasa de mortalidad infantil más alta de las naciones consideradas en este estudio - correspondiente a Haití- la tasa de mortalidad infantil de cada país; y 2) se dividió el coeficiente obtenido por el gasto total en salud per capita.

La Tabla 10 muestra que los diez primeros países, en su mayoría pertenecientes a América Latina, gastan un promedio de 0.32 dólares por mortalidad infantil prevenida, mientras que en el extremo opuesto, compuesto por naciones de Europa Occidental, Canadá y Estados Unidos, 0.03 dólares, es decir un 90% menos. Como consecuencia de lo anterior se revela el siguiente argumento: a mayor nivel de ingresos, menor es el costo por mortalidad prevenida. De hecho el índice de correlación entre la variable analizada y el PBI per capita es negativo y significativo, llegando a -0.78. Esta realidad muestra la ineficiencia de los sistemas sanitarios de los países en desarrollo, no sólo en términos absolutos (USD por indicador), sino también por el hecho que en naciones más pobres, las causas de muerte en menores de un año suelen ser menos onerosas de evitar.

² De esta regresión se excluye la cantidad de médicos por no contar con información disponible para todos los países.

Tabla 9: Tasa de Mortalidad Infantil Real y Estimada

Países	Tasa de Mortalidad Infantil Real	Tasa de Mortalidad Infantil Estimada	Real-Estimada
Haití	91.82	49.84	41.98
Bolivia	62.88	43.81	19.07
Brasil	37.12	25.37	11.75
Guatemala	45.01	35.41	9.60
Guyana	44.76	35.83	8.93
Estados Unidos	7.24	0.06	7.18
Eslovenia	4.98	0.00	4.98
Hungría	9.39	4.89	4.50
Barbados	17.25	13.11	4.14
Luxemburgo	4.13	0.00	4.13
Noruega	3.8	0.00	3.80
Suiza	4.94	1.91	3.03
Bélice	33.24	30.28	2.96
Rep. Eslovaca	8.47	5.69	2.78
Fed. Rusa	15.52	12.82	2.70
Irlanda	6.24	3.65	2.59
Dinamarca	5.39	2.86	2.53
Rumania	18.7	16.31	2.39
México	24.68	22.74	1.94
Bahamas	14.62	12.70	1.92
Rep. Dominicana	30.51	28.76	1.75
Estonia	8.82	7.16	1.66
Canadá	5.14	3.63	1.51
Austria	4.81	3.54	1.27
Rep. Checa	4.13	2.90	1.23
Holanda	5.15	3.98	1.17
Reino Unido	5.96	4.94	1.02
Bélgica	4.85	4.05	0.80
Perú	31.82	31.99	-0.17
Francia	4.52	4.75	-0.23
Alemania	4.36	4.73	-0.37
Italia	4.88	5.29	-0.41
Lituania	8.64	9.06	-0.42
Islandia	2.68	3.34	-0.66
Polonia	7.97	8.66	-0.69
Bulgaria	13.63	14.97	-1.34
Finlandia	3.59	5.21	-1.62
Croacia	7.3	9.26	-1.96
Suecia	3.44	5.44	-2.00
Bosnia y Herzegovina	15.13	17.61	-2.48
Uruguay	13.82	17.27	-3.45
Argentina	16.77	20.32	-3.55
España	4.49	8.71	-4.22
Grecia	6.06	10.56	-4.50
Trinidad y Tobago	17.97	22.48	-4.51
Ucrania	16.19	21.16	-4.97
El Salvador	27.67	32.78	-5.11
Portugal	5.62	11.36	-5.74
Colombia	21.92	28.76	-6.84
Honduras	35.4	42.79	-7.39
Paraguay	25.78	33.21	-7.43
Chile	13.52	21.58	-8.06
Bielorrusia	10.29	18.97	-8.68
Panamá	18.95	28.76	-9.81
Venezuela	18.61	31.08	-12.47
Ecuador	26.07	38.86	-12.79
Costa Rica	9.57	23.28	-13.71
Jamaica	12.54	36.84	-24.30

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

**Tabla 10: Dólar per capita gastado
por Mortalidad Infantil Prevenida.
IC PBI-DMIP = -0.7810**

Países	TMI Diferencia	Dólar per capita por mortalidad infantil prevenida
Ucrania	75.63	0.43
Ecuador	65.75	0.37
Honduras	56.42	0.37
Jamaica	79.28	0.31
Bosnia y Herzegovina	76.69	0.29
Perú	60.00	0.26
Bulgaria	78.19	0.26
Guatemala	46.81	0.24
Bolivia	28.94	0.23
Guyana	47.06	0.22
Bélice	58.58	0.21
Paraguay	66.04	0.20
Colombia	69.90	0.20
Trinidad y Tobago	73.85	0.19
Venezuela	73.21	0.19
Bielorrusia	81.53	0.18
Lituania	83.18	0.17
Rep. Dominicana	61.31	0.17
El Salvador	64.15	0.17
Fed. Rusa	76.30	0.17
Panamá	72.87	0.16
Rumania	73.12	0.16
Estonia	83.00	0.15
Costa Rica	82.25	0.15
Polonia	83.85	0.13
México	67.14	0.12
Rep. Eslovaca	83.35	0.12
Croacia	84.52	0.12
Chile	78.30	0.10
Brasil	54.70	0.10
Hungría	82.43	0.09
Uruguay	78.00	0.08
Barbados	74.57	0.08
Rep. Checa	87.69	0.08
Argentina	75.05	0.07
Bahamas	77.20	0.06
Grecia	85.76	0.06
Eslovenia	86.84	0.06
España	87.33	0.05
Portugal	86.20	0.05
Finlandia	88.23	0.05
Irlanda	85.58	0.04
Reino Unido	85.85	0.04
Italia	86.94	0.04
Suecia	88.38	0.04
Austria	87.01	0.04
Bélgica	86.97	0.04
Dinamarca	86.43	0.03
Francia	87.30	0.03
Islandia	89.14	0.03
Holanda	86.66	0.03
Canadá	86.68	0.03
Alemania	87.46	0.03
Luxemburgo	87.69	0.03
Noruega	88.02	0.03
Suiza	86.88	0.03
Estados Unidos	84.58	0.02
Haití	0.00	0.00

Fuente: World Development Report 2004, WB / The World Health Report 2004, WHO
Nota: La tasa de mortalidad Infantil más alta corresponde a Haití

**Tabla 11: Dólar per capita gastado
por Año de Vida Esperado.
IC PBI-DAVE = -0.6705**

Países	Dólar per Capita por año de Vida Esperado
Haití	0.89
Bolivia	0.51
Nicaragua	0.44
Honduras	0.44
Ecuador	0.40
Ucrania	0.38
Cuba	0.34
Guatemala	0.33
Perú	0.30
Guyana	0.30
Jamaica	0.29
Bosnia y Herzegovina	0.27
Bélice	0.25
Bulgaria	0.24
Paraguay	0.22
Colombia	0.20
Rep. Dominicana	0.19
Venezuela	0.19
El Salvador	0.19
Trinidad y Tobago	0.18
Surinam	0.17
Panamá	0.16
Rumania	0.16
Lituania	0.15
Bielorrusia	0.15
Fed. Rusa	0.14
Costa Rica	0.14
México	0.14
Estonia	0.13
Brasil	0.12
Polonia	0.12
Rep. Eslovaca	0.11
Croacia	0.10
Chile	0.10
Hungría	0.08
Barbados	0.08
Uruguay	0.08
Rep. Checa	0.07
Argentina	0.07
Bahamas	0.06
Grecia	0.05
Eslovenia	0.05
España	0.05
Portugal	0.05
Finlandia	0.04
Irlanda	0.04
Reino Unido	0.04
Italia	0.04
Suecia	0.04
Austria	0.04
Bélgica	0.03
Francia	0.03
Dinamarca	0.03
Islandia	0.03
Holanda	0.03
Canadá	0.03
Alemania	0.03
Luxemburgo	0.03
Noruega	0.03
Suiza	0.02
Estados Unidos	0.02

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

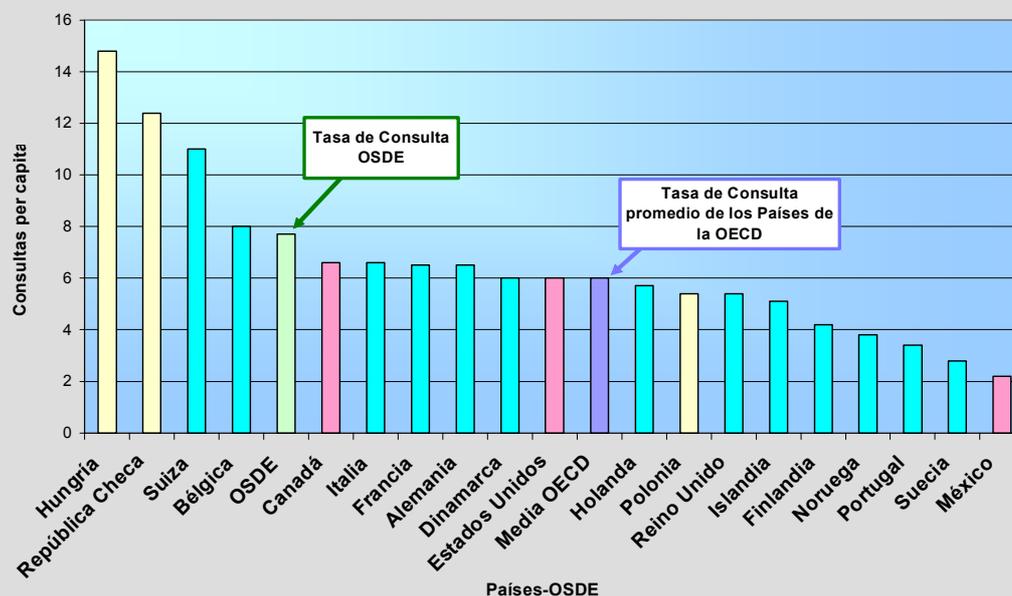
Desde una perspectiva similar, la Tabla 11 analiza la efectividad del gasto en salud a partir del indicador de expectativa de vida. El nuevo costo unitario surge de dividir la esperanza de vida por el gasto total per capita en salud. El mayor valor se presenta nuevamente en Haití, con 0.89 dólares por año, contra los 0.02 de Estados Unidos, que se encuentra en el otro extremo del cuadro. Los diez primeros países, todos pertenecientes a América Latina, tienen un promedio de 0.38 dólares por año de vida esperado, mientras que los diez últimos poseen una media de 0.028, representando un costo 92% menor.

De igual modo que con la brecha de la mortalidad infantil, se encuentra una relación negativa entre nivel de ingreso y gasto por año de vida esperado, con un índice de correlación entre esta variable y el PBI per capita de -0.6705: 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 en estos países están asociados con enfermedades fácilmente prevenibles y curables a bajo costo.

Recuadro 10: Tasa de consultas para países de Europa, América y OSDE

El Gráfico a continuación presenta el nivel de consultas per capita para algunas naciones de Europa Occidental, Oriental, América y OSDE. En ella podemos observar que Hungría es la nación con mayor nivel con casi 15 consultas por persona, seguida por la República Checa con 12.4 y Suiza con 11. En el extremo opuesto, se ubican Portugal, Suecia y México con 3.4, 2.8 y 2.2 respectivamente.

Comparando estos datos con las tasas de uso de OSDE, percibimos que la misma ocupa el 5 lugar en términos de utilización. Adicionalmente, la institución tiene dos consultas más por persona que el promedio de los países de la OECD y Estados Unidos –ambos con medias de 6–, mostrando el alto nivel de uso de los servicios que ofrece la organización a sus beneficiarios.



Fuente: OECD Health Data 2000 (Paris: OECD, 2000)

6- 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 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.

7- 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).
- Baris, E. (1998) “Reforming Health Care in Canada: Current Issues”, en Salud Pública de México, vol. 40, n° 3, mayo-junio.
- Bertens, F. y Bultman, J. (2003) “Health Insurance Systems in The Netherlands”, EU Observatory.
- Bureau of Labor Education (2001) “The U.S. Health Care System: Best in the World, or just the Most Expensive?”, University of Maine, Estados Unidos.
- 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.
- Collini, L., Grant, K. y Greengross, P. (2000) “Historia y Desarrollo del Servicio Nacional de Sanidad del Reino Unido 1948-199”, Health Systems resource Center, UK Department for International Development.
- de Bold, A. (2001), “El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense”.
- 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: Luxembourg”, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.
- European Observatory on Health Care Systems (2000) “Health Care Systems in Transition: Norway”, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.
- European Observatory on Health Care Systems (2000) “Health Care Systems in Transition: Switzerland”, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.
- Frei y Hunsche (2001) “The Swiss Health Care System”, Health Care System in Europe, HEPAC 2:76-78.
- Gandolfo, J. (1994) “El Sistema de Salud Chileno”, en Boletín de la escuela de Medicina, número 23, Universidad Católica de Chile.
- Green D. y Irvine, B. (2001) “Health Care in France and Germany: Lessons for de UK”, Institute for the Study of Civil Society, London.
- Güendel, Ludwig y Juan Diego Trejos, (1994) “Reformas Recientes en el Sector Salud de Costa Rica”, CEPAL - Serie Reformas de Política Pública.
- 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 n° 1.
- Irvine, B. y Ferguson, S. (2002) “Background Briefing: The Canadian Health Care System”, Civitas.
- 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.
- Kuttner, R. (1999), “The American Health Care System. Employer-Sponsored Health Coverage”, The New England Journal of Medicine, Vol. 340 n° 3.

- Kuttener, R. (1999), *"The American Health Care System. Health Insurance Coverage"*, The New England Journal of Medicine, Vol. 340 n° 2.
- Lessof, S. y Tragakes, E. (2003) *"Health Care Systems in Transition: Russian Federation"*, Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 5(3).
- Maceira, D. (2003), *"Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos"*, mimeo, Buenos Aires, Argentina.
- Maceira, D. y colaboradores (2002), *"Financiamiento y equidad en un sistema descentralizado: El caso argentino"*, mimeo.
- 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.
- Maceira, D. (1996) *"Fragmentación e Incentivos en los Servicios de Salud de Latinoamérica y el Caribe."* Documento de Trabajo No.335, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, EEUU.
- Ministry of Health, Welfare and Support Netherlands (2004) *"Health Insurance in The Netherlands"*, International Publication Series Health, Welfare and Support n°15.
- Mörer-Funk, A. (2002) *"El Sistema de Salud en la República Federal de Alemania. Hechos, Problemas y Propuestas de Reforma"*, Instituto Goethe, Inter Naciones.
- OPS (2001), *"Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Brasil"*, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- OPS (1998), *"La Salud de las Américas"*, Publicación Científica n°569, Volumen I y II
- Organización Mundial de la Salud (2000) *"Health Systems: Improving Performance"* The World Health Report 2000.
- Paris, V., Polton, D., Sandier, S y Thomson, S. (2002) *"Health Care Systems in eight Countries: Trends and Challenges"*, European Observatory on Health Care Systems, London School of Economics and Political Science Hub, London, UK.
- Naciones Unidas (1999) *"Informe sobre Desarrollo Humano 1999"* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Ediciones Mundi-Prensa, Madrid.
- Reinhartz, D. (2001) *"La Regulación del Financiamiento en el Sistema de Salud Canadiense"*, Santiago, Chile.
- Van Der Noord, P., Hagen, T. e Iversen, T. (1998) *"The Norwegian Health Care System"* Economic Survey, OECD.
- Van der Wilk, E., Achterberg, P., Mac Gillavry, E., Zwakhals, L. y Van Linden, F. (2004) *"How do we do? Health in The EU from a Dutch Perspective"*, The Hague.
- Van Doorslaer, E, Masseria, C. y OECD Health Equity Research Group (2004) *"Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries"*, OECD Health Working Papers, número 14.
- Vargas González J, Sarmiento Gómez, A. (1997) *"La Descentralización de los Servicios de Salud en Colombia"*, Serie Reformas de Política Pública N° 51.
- World Bank (2004) *"Making Service Work for Poor People"*, The World Development Report 2004.