

# Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina

Daniel Maceira, Ph.D.\*

2014



---

\* PH.D.en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. El presente trabajo se desarrolló gracias al aporte de la oficina regional de UNICEF para América Latina. Se agradece la colaboración de Marilina Urrutia en la elaboración de este informe, y los comentarios de Luisa Brumana, Enrique Delamónica, Joaquín González-Aleman y Enrique Paz. El autor guarda entera responsabilidad por las opiniones vertidas a lo largo de este documento. Correspondencia a [danielmaceira@ceDES.org](mailto:danielmaceira@ceDES.org)

## Índice

Resumen.....	3
1-Introducción.....	5
2- Antecedentes.....	6
3- Brechas Sanitarias, Gasto en Salud y Riqueza.....	9
4- Cuatro Cuadrantes en el Análisis de los Sistemas de Salud.....	16
5- Organización de los Sistemas de Salud Latinoamericanos.....	22
6- Conclusiones y Debate.....	75
7- Bibliografía.....	78

## Resumen

La fragmentación en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, y tienen su correlato a su interior entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica. Estas brechas regionales se asocian con diferencias en la capacidad de gasto de los Estados, como también en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan la gestión efectiva de los recursos disponibles. Los sistemas públicos, con reducida capacidad de respuesta relativa y mayor absorción de riesgo epidemiológico, coexisten con instituciones estatales o semi-estatales de seguridad social que, separadamente, brindan atención a las familias cuyos ingresos se asocian con empleos formales. Paralelamente, las poblaciones con mayor capacidad de pago asisten al sector privado, financiando seguros que permiten formalizar provisiones ante eventuales situaciones de enfermedad. Distribuciones de ingreso relativamente más homogéneas se observan normalmente en Estados institucionalmente más estables, con mayor capacidad tanto regulatoria, como de financiamiento y de prestación de servicios. Ello deja lugar a un sector privado especializado en altas tecnologías y estudios complementarios. En el extremo opuesto, países con mayor brecha distributiva exhiben sistemas públicos más limitados institucional y financieramente, facilitando el desarrollo de prestadores y aseguradores privados que capturan la capacidad de pago de los económicamente más solventes. Ello atenta contra su calidad de atención y abriendo la posibilidad de mayor fragmentación. Subsidios cruzados no deseados, doble cobertura teórica, inconsistencia entre paquetes ofrecidos a distintas poblaciones ante similares necesidades, son el producto de sistemas segmentados de salud. Este vínculo entre ingreso y distribución del mismo, como factores extra-sanitarios, interactúan con la organización de la estructura sectorial y con la capacidad del Estado de gastar y administrar recursos para el sector salud. Estos factores afectan los resultados del sistema, tanto en términos de calidad y cantidad de prestaciones y servicios brindados, como también en indicadores tradicionales: esperanza de vida, mortalidad infantil y al quinto año, entre otros.

El objetivo del presente documento es discutir, en el contexto latinoamericano, la relación entre resultados de salud, niveles de gasto, riqueza y distribución, y la organización de los sistemas sanitarios. A partir de la exposición de tales indicadores se propone un esquema de cuadrantes que vincula variables de contexto al sistema sanitario, con la interacción entre la participación pública en el sector y la respuesta de la sociedad, definiendo conjuntamente los resultados de salud de la población.

El marco de análisis parte de un documento previo (Maceira, 2001) que propone el abordaje de los sistemas de salud mediante dos dimensiones de estudio. Una de ellas, la dimensión horizontal, da cuenta de la segmentación del modelo sanitario entre subsistemas (público, de seguridad social y privado), en tanto la dimensión vertical permite visualizar las distintas funciones de un sistema de salud: financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios. Ambas, junto al marco regulatorio establecido por el Estado, descubre los mecanismos sectoriales de transferencia y absorción de riesgos financieros y epidemiológicos entre

subsistemas, y entre actores al interior de la cadena vertical del modelo sanitario. De este modo, queda expuesto que fallas de eficiencia y equidad en el nivel prestacional no son sólo inherentes a la estructura de oferta de servicios, sino que refleja debilidades en los criterios de financiamiento del sector, en la estrategia de aseguramiento de derechos y cobertura de prestaciones, y en los modos de gestión de recursos. Sobre estos ejes, se avanza en una exposición de los sistemas de salud latinoamericanos, para llevar a una discusión final sobre estrategias de reforma reciente.

## 1-Introducción

Los sistemas de salud de América Latina constituyen un reflejo de las brechas de equidad existentes entre países de la región, y que tienen su correlato al interior de los mismos entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica. Estas brechas son el resultado de diferencias tanto en la capacidad de gasto de los Estados latinoamericanos, como también en la organización de sus sistemas de salud, que condicionan una efectiva gestión de los recursos disponibles.

La característica fragmentación regional de los modelos sanitarios entre subsistemas es resultante de esta disparidad de ingresos. Los sistemas públicos, con reducida capacidad de respuesta relativa, coexisten con instituciones estatales o semi-estatales de seguridad social que, separadamente, brindan atención a las familias cuyos ingresos se asocian con empleos formales. Paralelamente, las poblaciones con mayor capacidad de pago asisten al sector privado, financiando seguros que permiten formalizar provisiones ante eventuales situaciones de enfermedad.

Distribuciones de ingreso relativamente más homogéneas se observan normalmente en Estados institucionalmente más estables, con mayor capacidad tanto regulatoria, como de financiamiento y de prestación de servicios. Ello deja lugar a un sector privado especializado en altas tecnologías y estudios complementarios. Del lado opuesto, países con mayor brecha en la distribución del ingreso exhiben sistemas públicos más limitados institucional y financieramente, facilitando el desarrollo de prestadores y aseguradores privados que capturan la capacidad de pago de los económicamente más solventes. Ello a su vez reduce la limita más el gasto del fondo público o social, atentando contra su calidad de atención y abriendo la posibilidad de mayor fragmentación. Subsidios cruzados no deseados, doble cobertura teórica, inconsistencia entre paquetes ofrecidos a distintas poblaciones ante similares necesidades, son el producto de sistemas segmentados de salud (Maceira, 1998, entre otros).

Este vínculo entre ingreso y distribución del mismo, como factores extra-sanitarios, interactúan con la organización de la estructura sectorial y con la capacidad del Estado de gastar y administrar recursos para el sector salud. Estos factores afectan los resultados del sistema, tanto en términos de calidad y cantidad de prestaciones y servicios brindados, como también en indicadores tradicionales: esperanza de vida, mortalidad infantil y al quinto año, entre otros.

El objetivo del presente documento es discutir, en el contexto latinoamericano, la relación entre resultados de salud, niveles de gasto, riqueza y distribución, y la organización de los sistemas sanitarios. Particularmente, se propone analizar los distintos mecanismos de organización del sistema, la participación del Estado en el gasto total del sector, y sus acciones recientes para aumentar el acceso y la equidad de los sistemas de salud.

Para ello, y luego de una breve discusión sobre antecedentes en la literatura de estudios de sistemas comparados de salud, el trabajo desarrolla un análisis de

estadísticas descriptivas sobre indicadores tradicionales de riqueza y distribución para compararlos con trazadoras de resultados en salud.

A partir de la exposición de tales indicadores se propone un esquema de cuadrantes que vincula variables de contexto al sistema sanitario, con la interacción entre la participación pública en el sector y la respuesta de la sociedad, definiendo conjuntamente los resultados de salud de la población. Sobre estos ejes, se avanza en la sección siguiente en una exposición de los sistemas de salud latinoamericanos bajo definiciones comunes, para llevar a una discusión final sobre estrategias de reforma reciente.

El marco de análisis parte de un documento previo (Maceira, 2001) que propone el abordaje de los sistemas de salud mediante dos dimensiones de estudio. Una de ellas, la dimensión horizontal, da cuenta de la segmentación del modelo sanitario entre subsistemas (público, de seguridad social y privado), en tanto la dimensión vertical permite visualizar las distintas funciones de un sistema de salud: financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios. Ambas, junto al marco regulatorio establecido por el Estado, descubre los mecanismos sectoriales de transferencia y absorción de riesgos financieros y epidemiológicos entre subsistemas, y entre actores al interior de la cadena vertical del modelo sanitario. De este modo, queda expuesto que fallas de eficiencia y equidad en el nivel prestacional no son sólo inherentes a la estructura de oferta de servicios, sino que refleja debilidades en los criterios de financiamiento del sector, en la estrategia de aseguramiento de derechos y cobertura de prestaciones, y en los modos de gestión de recursos.

A partir de ello, se desarrollarán una serie de figuras que faciliten la comparación intra región, discutiendo los modos en que las reformas sectoriales en América Latina han decidido abordar la cobertura de las brechas de acceso existentes al principio de la década.

## 2- Antecedentes

La literatura sobre sistemas comparados en salud, presenta distintas y variadas dimensiones para su análisis. Las mismas se extienden desde una visión eminentemente descriptiva sobre los grupos poblacionales atendidos, sus perfiles socio-sanitarios y necesidades percibidas, hasta análisis complejos sobre el menú de coberturas alternativas, sus sesgos en términos de acceso y fuentes de financiamiento, y sus implicancias como herramientas de política redistributiva.

La relevancia del análisis de los sistemas de salud desde una perspectiva organizacional se encuentra remarcada en el “Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño en los sistemas de salud” (WHO: 2000). El trabajo propone una definición de trabajo, estableciendo a un sistema de salud como “todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”, teniendo tres principales objetivos: (i) mejorar la salud de la población; (ii) responder a las expectativas de las personas; (iii) brindar protección financiera contra los costos de enfermedad. Dentro de este marco, el análisis de los mecanismos de aseguramiento y protección financiera en salud resultan centrales, y

la búsqueda de esquemas de comparación satisfactoria entre sistemas y modelos constituye una línea deseable de investigación.

Tradicionalmente, la producción sobre este particular fue originada en instituciones multilaterales se apoya en el análisis de las necesidades y las características de la población. Ellos proveen de fuentes estandarizadas de datos para la comparación de los sistemas de salud entre países y la caracterización de ellos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) por ejemplo, produce publicaciones periódicas informando sobre índices relevantes a la hora de evaluar sistemas (OPS: 2007), y establece perfiles por países con criterios homogéneos para analizar los sistemas de salud (OPS: 1998, y otros).

Un segundo grupo temático en el que se desarrolla la literatura refiere a la organización y financiamiento de los sistemas de salud. Los indicadores anteriormente analizados son base para este y otros enfoques, ya que sirven como fuente de información para la elaboración de indicadores comparados entre grupos. Dentro de este bloque, el análisis sistémico de los modelos de salud en América Latina, proveyendo una mirada desde una perspectiva de financiamiento, presentan dos estudios pioneros sobre gasto en salud comparado, producidos por la Escuela de Salud Pública de Harvard y el Banco Mundial (Govindaraj, Murray y Chellaraj: 1995), y por la Organización Panamericana de la Salud (Suárez et al., 1995). El objeto de ambos fue investigar la composición del gasto nacional en salud entre subsectores, en el contexto del informe del Banco Mundial 1993 “Invertir en salud”. Fundamentalmente, estos estudios permitieron abrir el debate metodológico sobre algunos factores relevantes para la determinación de la incidencia del gasto público sobre el total de las erogaciones en salud, el peso relativo de las instituciones de seguridad social y el papel desempeñado por el gasto de bolsillo. Paralelamente, se inicia el desarrollo de una línea de trabajo desde la microeconomía, vinculada con organización, incentivos institucionales y desempeño relativo de los sistemas de salud, con estudios comparados a nivel regional latinoamericano (BID, 1996, Maceira 1998, entre otros).

Una línea de trabajo complementaria descansa en la información proveniente de las encuestas de hogares, destinada al análisis del gasto en salud de las familias, y el impacto progresivo o regresivo del mismo dentro del ingreso familiar. El marco teórico de esta línea de literatura se origina en los trabajos de Becker et al (1972), y Lustig (2001) sobre mecanismos de protección social de las familias ante shocks de salud. A partir de este planteo se diseñaron metodologías e indicadores de medición uniforme entre países, y de donde surgen conceptos tales como umbrales de pobreza y gasto empobrecedor, entre otros (Falstaff et al.: 1992; O’Donnell et al., 2008; y Xu et al., 2003). Un correlato para el contexto latinoamericano se registra localmente a partir de Baeza y Packard (2006), y posteriormente Knaul et al, (2012).

Finalmente, existe un cuerpo de literatura en sistemas comparados de salud, asociado con reformas, abriéndose un amplio abanico de temáticas, vinculadas con evaluaciones puntuales de reformas financieras, tendencias en reformas y ejes tradicionales (separación de funciones, descentralización, public-private partnerships, entre otros), y la economía política de los cambios en sistemas de salud.

Suárez-Berenguela (2000) propone una taxonomía para el caso específico de Latinoamérica y el Caribe, a partir de la importancia relativa del rol de estado en los sistemas de salud nacionales: Sistema Nacional de Servicios de Salud, Sistema Nacional de Seguros de Salud y, por la elevada fragmentación presentada en los países de estudio, agrega el Sistema Mixto Nacional de Salud. En este último punto concuerda con Maceira (1996), que caracteriza a los sistemas latinoamericanos y caribeños según su estructura organizacional en cuatro bloques: (i) Modelo público integrado, donde se incluye al Caribe Inglés y Costa Rica, (ii) modelos segmentados típicos de la región, con dos estructura públicas paralelas a cargo del Ministerio de Salud nacional y el Instituto de Aseguramiento Social, y los (iii) público con subcontratos e (v) intensivo en contratos entre subsistemas, donde se ubican Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y posteriormente Colombia.

La cuestión central en gran parte de esta literatura es la necesidad de identificar a la función de aseguramiento, y particularmente de aseguramiento social en el sistema de salud, como el mecanismo que articula el financiamiento con las necesidades, buscando distribuir el riesgo de los gastos en salud a través de individuos o familias, más allá de la naturaleza de la administración financiera (Arhin-Tenkorang: 2001). Desde esta perspectiva, el gran desafío latinoamericano parte de considerar que en la mayoría de los modelos nacionales de salud se presentan características segmentadas o mixtas en la constitución de sus sistemas de aseguramiento social (Suárez-Berenguela: 2000, Maceira: 2001, y Carrin y James: 2004). Ello reduce la capacidad de asumir compromisos financieros y ampliar la capacidad, calidad y equidad de los derechos garantizados a la población. En esta dirección, Frenk y Londoño (1997) avanzan en una propuesta de reforma que ordene por funciones, y no por grupos sociales, la distribución de tareas en el sector salud.

Carrin y James (2004) realizan una propuesta para evaluar la performance de un seguro social de salud, basada en: (i) la recaudación de los recursos financieros, asignación y garantía de un paquete de beneficios específico, y (ii) el impacto final en las metas del sistema de salud (salud, equidad, capacidad de respuesta y equidad en el financiamiento). En la misma línea, Murray y Frenk (2000), ya establecían la importancia que sobre el desempeño sectorial tienen la rectoría, la financiación, la prestación de servicios y la generación de recursos.

Tal fragmentación requiere identificar funciones clave de control y seguimiento dentro del sistema de salud. Dentro de esta línea se encuentran las funciones definidas dentro de la dimensión vertical de los sistemas latinoamericanos mencionados previamente (Maceira, 2001) y los cinco control-knobs propuestos por Hsiao (2008): pago, financiamiento, organización, regulación y comportamiento. El término “control knob” describe áreas discretas de la estructura y de las funciones del sistema de salud que importan significativamente en el desempeño de aquél y que son expuestas a cambios ocasionados por las reformas en salud.

En la misma dirección, Kutzin (2008) sintetiza a las funciones del sistema de salud en: generación de recursos, distribución y compra, y entrega de los servicios; llamando objetivos intermedios de las políticas en salud a la calidad, la equidad en la utilización de recursos, eficiencia, transparencia y accountability. No obstante, la focalización en eficiencia, equidad o acceso, o en características estructurales del

sistema sólo evalúa variables “intermedias”, y no las que verdaderamente reflejan la performance: el status de salud, la satisfacción del ciudadano y protección contra el riesgo financiero. Estos indicadores deben contextualizarse culturalmente y en el marco del proceso político que lo origina (Roberts et al.: 2008).

Dentro de este contexto, la relación entre organización de los sistemas de salud, participación del Estado y prioridades de reforma refieren a los criterios utilizados por los gobiernos de las naciones latinoamericanas para reducir los efectos sobre la salud de la población ejercidas por las brechas de ingreso.

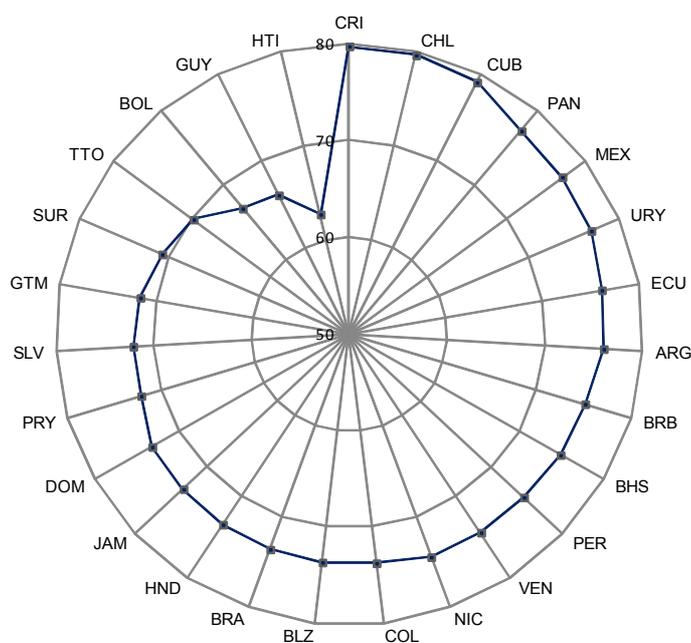
### 3- Brechas Sanitarias, Gasto en Salud y Riqueza

América Latina muestra brechas significativas en indicadores tradicionales del sistema de salud. Como se muestra en las siguientes dos Figuras, las diferencias entre esperanzas de vida y perfiles epidemiológicos reflejan una región con remarcables heterogeneidades.

La primera Figura presenta el indicador de esperanza de vida al nacer con un promedio de 73,63 años a nivel regional, ubicándose en su entorno naciones como Brasil, Colombia, Perú, Belize y Honduras. Sin embargo, se observa una diferencia de entre 13 y 17 años entre los resultados alcanzados en Costa Rica, Chile y Cuba, con 79 años, y aquellos obtenidos por Bolivia y Haití, con 67 y 63 años respectivamente.

**Figura 1**

**Esperanza de vida al nacer - Año 2012**



Fuente: World Development Indicators - World Bank, 2009.

Paralelamente, el análisis de años de vida perdidos por causa para el año 2010, presentados en la Figura 2, arroja un promedio regional de incidencia de enfermedades no transmisibles del 52,91%, con un mínimo en Haití (15,25%) y Guatemala (37,36%), y un extremo superior en Cuba y Uruguay, con 79,16% y 76,91% respectivamente.

Por otra parte, las enfermedades transmisibles (generalmente vinculadas con eventos evitables) representan el 28,91% de los años de vida perdidos en la carga de enfermedad para el promedio de la región. Sin embargo, tal incidencia muestra extremos significativos: en Cuba y Uruguay la incidencia porcentual de estas causas de muerte son del 8,45% y el 10,44%, respectivamente, en comparación con Haití y Bolivia, con 74,2% y 49,10% para cada caso. Ello establece una brecha entre extremos de aproximadamente 9 veces en la pérdida de días de vida por causas evitables al interior de la región.

Trece países cuentan con una incidencia de enfermedades transmisibles que supera el promedio regional, y en tres casos el peso relativo de este grupo de causas supera o iguala a aquel de las enfermedades cardíacas y tumorales.

Una gran proporción de las naciones latinoamericanas, adicionalmente, muestran un fenómeno de acumulación epidemiológica, concepto que revela la creciente relevancia de diagnósticos asociados con enfermedades no transmisibles, sin abandonar significancia las vidas perdidas vinculadas con enfermedades contagiosas.

Finalmente, se reconoce un peso creciente de muertes por lesiones, accidentes y violencia, de orígenes múltiples y con relativamente poca información e investigación disponible al respecto. La Figura 2 revela que el promedio regional asciende a 18,18%, con casos extremos en El Salvador, Venezuela y Colombia, donde ascienden a 36,05% y 31,27% y 28,28% de los años de vida perdidos, respectivamente.

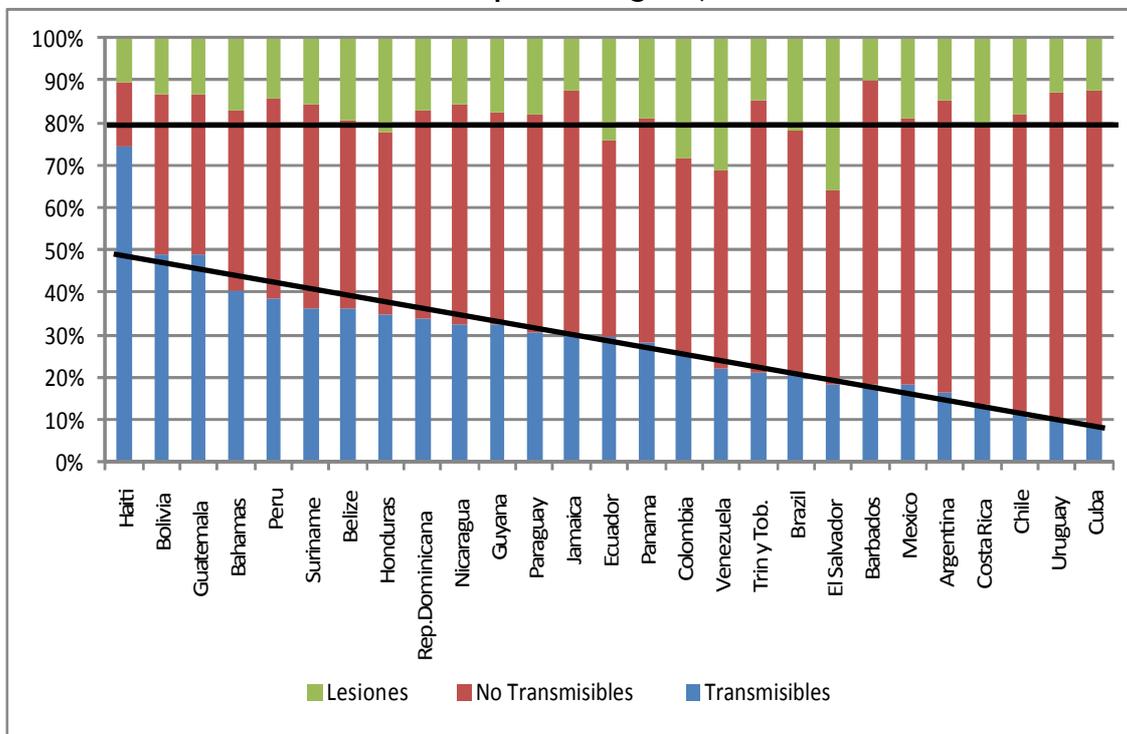
Como muestra la Figura, en general es posible identificar un vínculo inverso entre perfil epidemiológico rezagado (particularmente, alta proporción de años de vida perdidos debido a enfermedades transmisibles) y nivel de desarrollo económico de los países: naciones de ingresos medios-bajos y bajos cuentan con mayor peso de causas evitables en su carga epidemiológica, en tanto países relativamente más ricos se benefician con participaciones más bajas en este tipo de enfermedades.

Este vínculo entre nivel de riqueza económica relativa e indicadores de salud puede observarse en la Tabla 1, donde se exhibe a las naciones de América Latina, ordenadas en términos de sus indicadores de Producto Bruto Interno (PBI) per capita (expresados en dólares internacionales - PPP: *purchasing power parity*).

Las cuatro columnas siguientes reflejan para el período 2012 la capacidad financiera de cada uno de los sistemas de invertir en salud, a través de los indicadores de gasto total en salud per capita, también expresados en dólares internacionales; la participación de ese gasto dentro del PBI total; la proporción de ese gasto total desembolsado por instituciones públicas o semi-públicas (tales como institutos autárquicos de seguridad social en algunos países), y como complemento de esta última, el porcentaje del gasto total vinculado con desembolsos directos de las familias (gastos de bolsillo). Las últimas dos columnas muestran dos indicadores de salud tradicionales: uno vinculado con la condición de salud, tasa de mortalidad al

primer año, y un segundo indicador del sistema de salud: la tasa de inmunización en sarampión.

**Figura 2**  
**Perfiles Epidemiológicos, 2010**



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, webpage 2014

Diez naciones de América Latina y el Caribe cuentan con niveles de gasto que superan el promedio regional situado en 821 USD persona/año, encontrándose en general una asociación positiva entre riqueza económica y nivel de inversión en salud. Bahamas lidera la tabla con 2377 dólares por persona y por año, en tanto Brasil invierte 1109 dólares por igual período. Un segundo bloque, separa a las naciones de menor gasto relativo, en el entorno de los 460 dólares por persona y por año.

Los países más rezagados en términos de gastos anuales per capita son Bolivia con 305 dólares internacionales, Guyana con 223, y Haití con 84 dólares, aproximadamente diez veces menos al promedio regional y 28,3 veces por debajo del líder de gasto sanitario de América Latina y el Caribe.

Ello sin embargo no refleja necesariamente diferentes niveles de inversión como porcentaje del PBI. Como muestra la cuarta columna de la misma Tabla 1, naciones con distintos niveles de gasto per capita pueden exhibir similares participaciones del sector salud en el total del producto. Tal es el caso de Argentina, Cuba y Nicaragua, con una incidencia del sector de aproximadamente 8,6% sobre el total, todos ellos por encima del promedio regional del 7,07% del producto, aunque con indicadores de gasto per capita y resultados diferentes. En este caso son Costa Rica y Paraguay las

únicas dos naciones que superan el diez por ciento de su producto asociado con el sector salud.

**Tabla 1**  
**Indicadores Socioeconómicos y Sanitarios, circa 2012**

Países	PBI per cápita USD PPP <sup>1</sup>	Gasto salud per cápita USD PPP <sup>2</sup>	Gasto total en salud (%PBI) <sup>3</sup>	Gasto público en salud (%GTS) <sup>4</sup>	Gasto de bolsillo en salud (%GTS) <sup>5</sup>	Tasa de mortalidad infantil <sup>6</sup>	Inmunización contra sarampión (%)
Bahamas	31.324	2.377	7,52	46,07	29,11	13,9	90
Barbados	25.043	1.307	6,29	65,59	34,41	16,9	93
Trinidad y Tobago	19.911	1.450	5,44	50,37	41,96	18,4	92
Chile	18.182	1.606	7,18	48,59	32,15	7,8	91
Argentina	17.917	1.551	8,49	69,2	20,11	12,7	93
Uruguay	15.865	1.427	8,90	66,62	16,53	6,2	95
Panamá	15.468	1.260	7,59	68,62	24,8	15,9	97
México	15.344	1.062	6,15	51,81	44,08	13,9	98
Venezuela	13.480	628	4,65	33,69	63,69	13,1	86
Costa Rica	12.594	1.311	10,13	74,62	23,09	8,6	83
Suriname	12.472	521	5,88	57,02	10,12	18,5	85
Brazil	11.876	1.109	9,31	46,42	30,95	12,9	97
Cuba <sup>9</sup>	11.060	405	8,59	94,15	5,85	4,3	99
Colombia	10.697	723	6,83	75,78	14,76	15,1	88
Perú	10.596	555	5,07	58,92	35,72	14,1	96
Ecuador	9.682	652	6,40	44,84	51,38	19,8	98
Rep. Dominicana	9.547	553	5,42	50,92	38,71	22,8	79
Jamaica	8.916	461	5,93	54,87	28,93	14,4	88
Belize	8.598	458	5,81	64,9	24,49	15,7	98
Guyana	7.755	223	6,56	66,06	31,34	29	98
El Salvador	7.316	475	6,71	62,8	32,39	13,6	89
Paraguay	6.053	633	10,32	42,03	53,33	18,8	93
Guatemala	5.153	346	6,74	35,63	53,33	26,5	87
Bolivia	5.041	305	5,77	71,75	23,23	32,8	84
Honduras	4.744	354	8,60	50,31	45,55	19,4	99
Nicaragua	4.352	335	8,23	54,28	39,14	20,6	99
Haiti	1.260	84	6,44	22,83	34,80	56,5	59
<b>América Latina</b>	<b>11.861</b>	<b>821</b>	<b>7,07</b>	<b>56,62</b>	<b>32,74</b>	<b>17,9</b>	<b>90,89</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información del FMI (<sup>1</sup>), WHO (<sup>2,3,4,5</sup>), World Development Indicators, World Bank (<sup>6,7,8</sup>), The Economist (<sup>9</sup>).

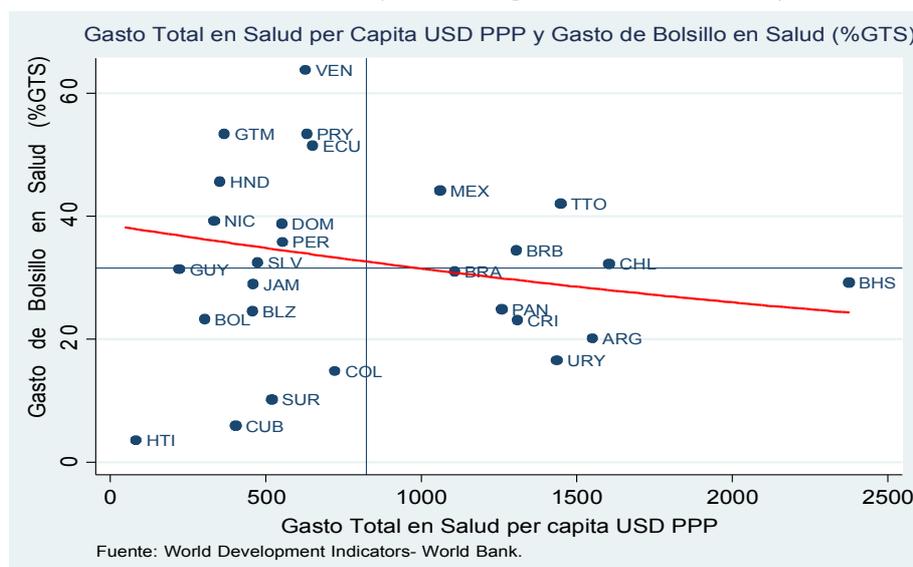
A pesar de ello, aunque con excepciones es posible identificar cierta correlación inversa entre ingreso, gasto en salud y resultados, medidos en términos de mortalidad infantil. Este patrón también revela excepciones: naciones con relativamente altos niveles de gasto en salud pueden no corresponderse con tasas de mortalidad infantil, al tiempo que naciones económicamente más rezagadas, con desembolsos en salud per capita menores, cuentan con resultados de salud más satisfactorios que los esperados. En este último caso, se observa el ejemplo de Cuba, cuya tasa de mortalidad infantil es de 4,3 por mil reporta un gasto similar al de Jamaica, con un indicador tres veces y media superior.

Paralelamente, el nivel de vacunación de la región muestra porcentajes satisfactorios, más allá de sus niveles de gasto e ingreso. Con escasas excepciones, la cobertura en sarampión muestra un promedio del 91%. Ello refleja una estrategia regional que ha priorizado esta intervención, más allá de indicadores de riqueza, capacidad de gasto y cambios institucionales.

Asimismo, la decisión de cuánto invertir en salud y en qué proporción participa el sector público en este financiamiento muestra una marcada correlación y así también con indicadores tradicionales de resultados sanitarios. En general, mayor participación pública equivale a menor incidencia del gasto en salud en los bolsillos de las familias, y por tanto, menor peso de la capacidad de pago sobre el uso de servicios<sup>1</sup>.

La Figura 3 permite observar una línea de tendencia moderadamente negativa entre el gasto total en salud (en dólares 2012 PPP) y la participación del gasto de bolsillo sobre ese gasto total. Ello sugiere que existe mayor tendencia hacia un sistema de mayor equidad relativa (menor gasto directo de las familias) en naciones relativamente más ricas.

**Figura 3**  
**Gasto Total en Salud per Capita (en dólares PPA)**  
**y Gasto de Bolsillo en Salud (en % del gasto total en salud) - Año 2012**



Los cuatro cuadrantes reflejan, en el sudeste, las naciones con mayor gasto total per cápita en salud y menor gasto de bolsillo, en comparación con el promedio regional, ubicándose Argentina, Costa Rica, Panamá y Uruguay, y las Bahamas, con Brasil y Chile en el límite superior de este intervalo. En tanto, en el cuadrante opuesto por el

<sup>1</sup> Más allá del gasto de bolsillo de los hogares, el financiamiento privado se constituye con las deducciones salariales para el pago de primas en seguros privados, y la incidencia de donaciones no-gubernamentales y la presencia de ONGs en la provisión de servicios gratuitos. Mayor peso de estas últimas instituciones reducen los desembolsos familiares, independientemente de la capacidad pública de financiamiento.

vértice se localizan los países de menor gasto total y mayor involucramiento directo de las familias. Tales tasas de participación del gasto de bolsillo sobre el total encuentran una marcada consistencia en el tiempo, reflejada en un índice de correlación de 0,997 entre los períodos comprendidos entre 2005 y 2012.

Simultáneamente, las dos Figuras siguientes reflejan la relación entre indicadores sanitarios y financieros para América Latina y el Caribe hacia finales de la última década. La primera de ellas (Figura 4) permite observar la asociación entre el gasto público en salud y la tasa de mortalidad infantil, en tanto que la siguiente (Figura 5) presenta el cruce entre el gasto total en salud per cápita y la variación en la tasa de mortalidad para menores de un año. La Figura 4 completa la asociación entre gastos en salud relativamente mayores al promedio y menor participación de los desembolsos de los hogares (mayor participación pública) con mejores indicadores sanitarios.

La Figura 5 permite observar durante el período 1993-2012 la variación en la tasa de mortalidad al quinto año y el cambio en gasto total en salud per cápita para un período similar (1995-2012), mostrando cuatro cuadrantes definidos por las medias de cada uno de los indicadores. Durante este espacio temporal de aproximadamente dos décadas, se verifica una caída promedio de la mortalidad latinoamericana al quinto año de aproximadamente un 45%, acompañado por un incremento en el gasto sectorial per cápita de más del 150%, medido en dólares constantes del 2012. La tendencia revela grandes diferencias con respecto al valor esperado de cada país. Ello puede atribuirse a dos factores dominantes y asociados entre sí: la marcada diferencia en ingresos entre naciones y su correlación con las capacidades de inversión en salud, y las brechas en perfiles epidemiológicos, mostrando que reducciones de similar magnitud en tasas de mortalidad requieren de erogaciones muy disímiles, dependiendo del nivel original del indicador.

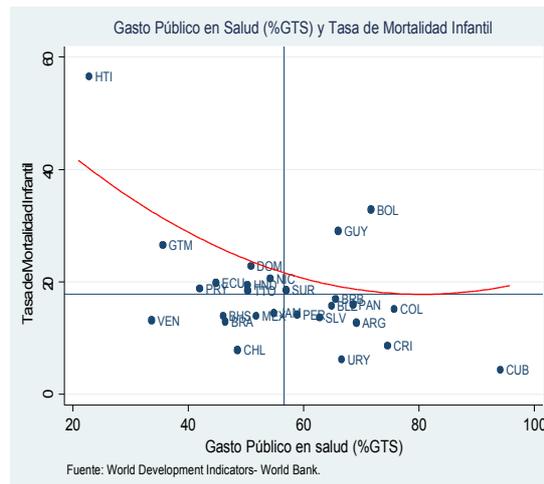
Desde esta perspectiva, el cuadrante situado en la región noroeste (arriba y a la izquierda) referiría a naciones de mayor eficiencia relativa, tal que mejores resultados de estática comparada en el lustro se lograron con inversiones relativamente menores al promedio regional. Esta "productividad" de la inversión deberse a dos efectos. El primero de ellos, un rezago relativo del país, tal que una inversión moderada permite logros superiores al promedio (Belize, Honduras, Haití, si se recurre a la información provista por la Tabla 1). Alternativamente, la eficiencia se asocia con una relativamente mayor efectividad del gasto en primera infancia (México, Argentina, Venezuela, Colombia).

En el cuadrante opuesto por el vértice se encuentran aquellas naciones con menor productividad relativa de su inversión. Ellos, nuevamente, pueden percibirse de dos modos: una falla asignativa o, alternativamente, un "límite tecnológico" en el gasto en salud. Este último surge en aquellos casos donde alcanzar una reducción de la mortalidad infantil es una empresa compleja dadas las condiciones existentes y los satisfactorios resultados ya alcanzados. En este cuadrante, y bajo alguna de estas premisas, se encuentran Cuba, El Salvador y Jamaica, entre otros.

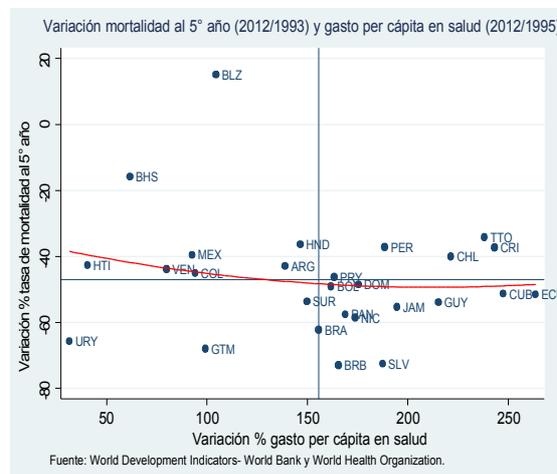
Este planteo revela la necesidad de identificar no sólo los montos asignados en el gasto en salud, sino los mecanismos mediante los cuales tales fondos son administrados a lo largo de la cadena vertical del sistema sanitario de cada país. Más

aún, ello justifica un debate sobre el papel desempeñado por el Estado latinoamericano a fin de abordar equitativamente las necesidades de salud de su población.

**Figura 4**  
Gasto Público en Salud (%gasto en salud) y Tasa de Mortalidad Infantil - Año 2012



**Figura 5**  
Variación Tasa de Mortalidad 5to Año y en Gasto en Salud per Capita -2005/9

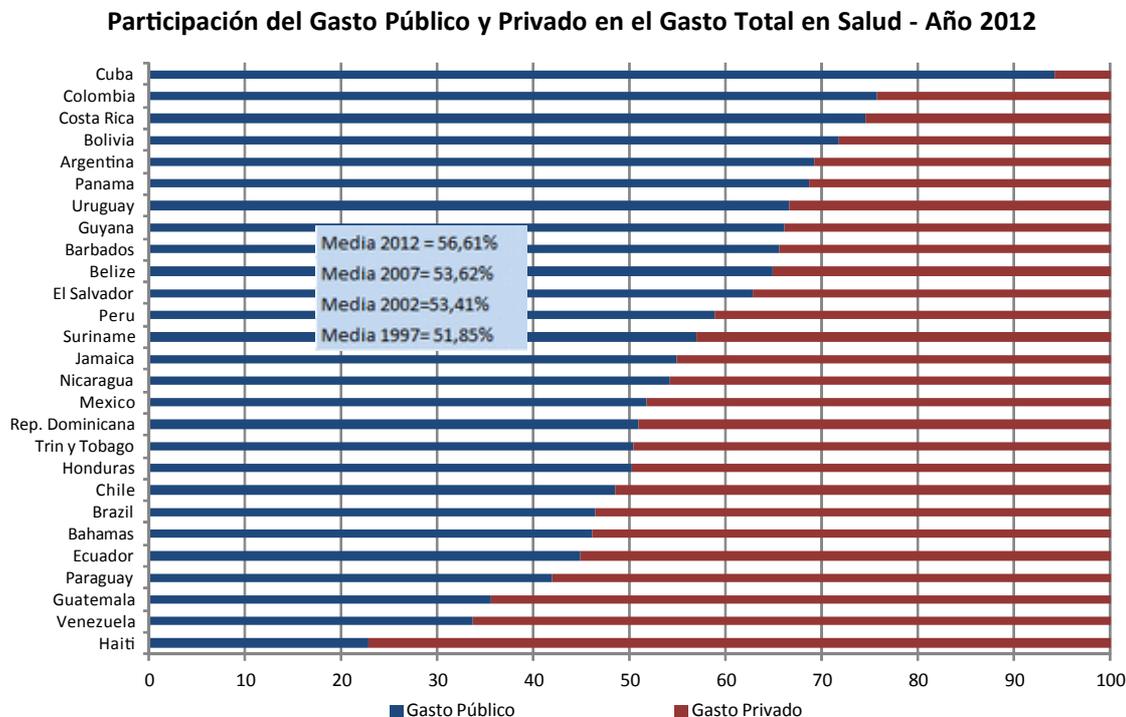


Fuente: World Development Indicators- World Bank.

De acuerdo a la información suministrada por la Figura siguiente, la participación del Estado en el financiamiento del sector salud de la región se ha incrementado levemente, pasando de constituir el 54% del total para 1995 a un 56,61% según la información de 2012. Asimismo, y a diferencia de los porcentajes observados hace una década, la asignación de fondos públicos o sociales al sector salud en algunas de las naciones de menor desarrollo económico relativo se ha incrementado, constituyéndose en un avance desde una perspectiva de equidad. Tal es el caso -

particularmente- de Bolivia, a los que se suman Guyana, Belize, El Salvador y Perú. A pesar de ello, varias de las naciones más necesitadas aún reflejan altos porcentajes del gasto en manos directas de las familias.

**Figura 6**



Fuente: World Development Indicators- World Bank.

#### 4- Cuatro Cuadrantes en el Análisis de los Sistemas de Salud

A partir del análisis de información presentado en la sección previa, se propone identificar un marco de discusión que vincule los determinantes económicos de los sistemas de salud, indicadores de desempeño y variables de conducta, tanto por parte de los usuarios como del Estado en su papel de garante de la salud de la población, desde una mirada financiera y de intervenciones de salud pública.

Para ello se escogen cuatro indicadores que representen cada uno de los aspectos mencionados (resultados de salud, contexto, conducta, y política pública), estableciendo una estructura conjunta de interpretación. En primer lugar, las Figuras siguientes (7, 8, 9 y 10) vinculan las variables escogidas para cada caso:

- Tasa de Mortalidad al 5to Año,
- Producto Bruto Interno per capita (expresado en dólares PPP 2012),
- Gasto Total en Salud per capita (expresado en dólares PPP 2012), y
- Participación del Sector Público en el Gasto Total en Salud (en % del total).

La primera Figura muestra la relación entre la tasa de mortalidad al quinto año y el PBI per capita expresado en dólares internacionales, un indicador tradicional de riqueza entre naciones. Como en las Figuras anteriores, los valores promedio de cada una de las variables a nivel regional definen cuatro cuadrantes. Se observa un vínculo inverso entre ambos indicadores, tal que a mayor ingreso promedio, la tasa de mortalidad es menor.

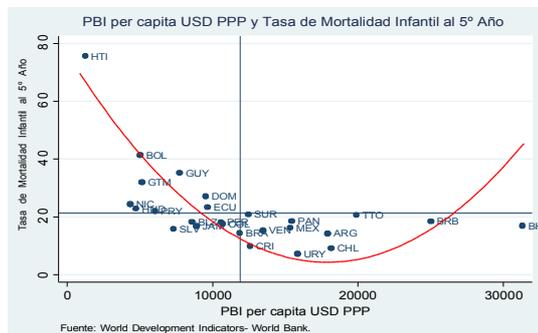
Se identifica marcadamente a Haití, la cual reporta resultados extremos en ambos indicadores, y que la ubican en una situación de emergencia relativa regional. En el otro extremo, las naciones del Caribe Inglés (Trinidad & Tobago, Bahamas y Barbados) muestran resultados por debajo de los esperados, modificando la pendiente negativa existente entre ambas variables, con indicadores de riqueza superiores al promedio y resultados de salud por debajo del esperado.

La Figura 8 refleja un vínculo progresivo y significativo entre los indicadores de riqueza y gasto en salud per capita, reforzando la dependencia de la inversión sanitaria de los niveles de ingreso del país.

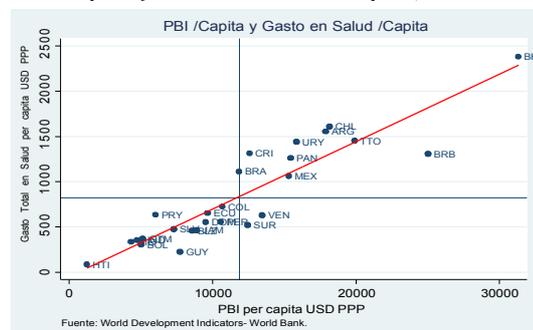
La tercera imagen de esta secuencia (Figura 9) permite observar una asociación inversa entre la participación del Estado en el gasto total en salud de un país y su indicador de mortalidad al quinto año de vida.

Este vínculo reproduce, en sentido inverso, la relación presentada previamente –Figura 4– entre la tasa de mortalidad infantil y el peso del gasto de bolsillo en salud en el total: naciones de menor desarrollo económico revelan limitaciones públicas para garantizar el derecho a la salud, aumentando la probabilidad de un sesgo sectorial inequitativo, dependiendo el acceso de los desembolsos de las familias.

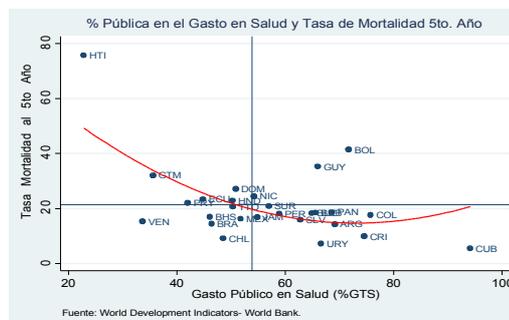
**Figura 7**  
PBI per Capita y Tasa de Mortalidad 5to año. 2012



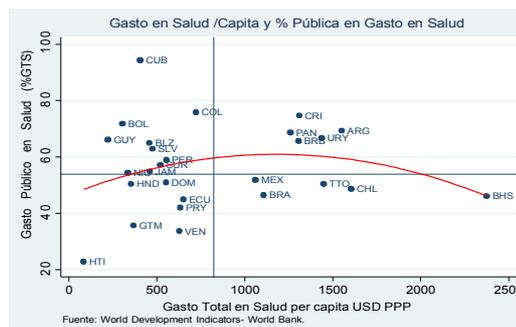
**Figura 8**  
PBI /Capita y Gasto en Salud /Capita, Año 2012



**Figura 9**  
% Pública en el Gasto en Salud y Tasa de Mortalidad 5to año. Año 2012



**Figura 10**  
Gasto en Salud /Capita y % Pública en Gasto en Salud. Año 2012

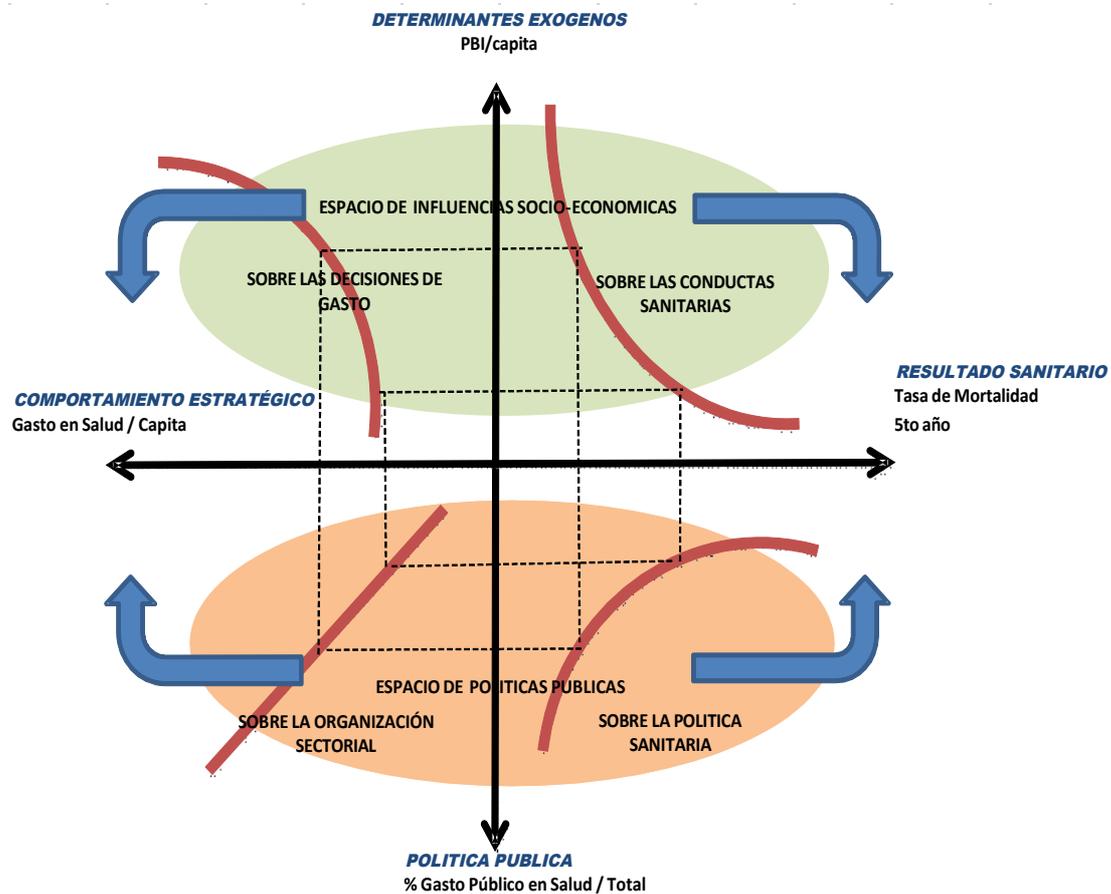


Finalmente, la Figura 10 presenta la relación entre la mencionada participación pública en salud y el gasto per capita sectorial. La tendencia sugiere que el involucramiento público se vincula positivamente con el desembolso per capita en salud hasta un valor cercano al promedio del ingreso regional, para luego reducirse. Sin embargo, y a diferencia de las otras tres Figuras, la correlación que la data propone entre ambas variables resulta menos evidente.

Organizadas estas relaciones en un esquema de cuatro cuadrantes, se alcanza la Figura 11 presentada a continuación.

**Figura 11**

**Cuadrantes de los Sistemas de Salud**



Los cuadrantes superiores vinculan al contexto socio-económico con el sistema de salud, a través de dos influencias. La primera de ellas (arriba, a la derecha) es aquella acción directa sobre los resultados de salud, y que permite mostrar a los determinantes sociales actuando sobre la calidad de vida. En el ejemplo, se refleja la relación entre riqueza per capita y mortalidad al quinto año, aunque es posible considerar otros indicadores que accionen en la misma dirección (indicadores

ambientales y de infraestructura, en el eje horizontal, y perfiles epidemiológicos en el eje vertical, por ejemplo)<sup>2</sup>.

La segunda influencia de los indicadores de contexto muestra las decisiones de intensidad y tipo de gasto en salud, reflejadas en el cuadrante noroeste de la Figura 11. Este cuadrante trabaja sobre el ámbito de las decisiones individuales del gasto y de sus limitantes. La literatura refiere a mecanismos de protección social en salud (Lustig, 2001, Becker et al., 1972, entre otros), como los instrumentos utilizados por la población para evitar gastos potencialmente catastróficos.

Estos instrumentos (auto-protección, ahorro, y mecanismos formales de aseguramiento) evidencian por una parte, la capacidad económica de las familias de hacer frente acciones de protección financiera en salud, y por otra parte, e interactuando con ella, las preferencias por asumir riesgos sanitarios. La información recogida en la región plantea un vínculo positivo y homogéneo entre capacidad y decisión de gasto a lo largo de los países de la región, más allá de los resultados sanitarios efectivamente alcanzados<sup>3</sup>.

Los cuadrantes inferiores de la Figura reflejan, por su parte, la acción de la política pública sobre el sistema de salud. Ella se encuentra representada por la participación del gasto público sobre el ejecutado total del sistema en el país, y sugiere no sólo una presencia financiera sino institucional sobre el sector, tanto en términos de regulación, como de financiamiento y de prestación directa de bienes o servicios. Desde esta perspectiva, el cuadrante sudeste procura capturar la perspectiva sanitarista asociada con funciones esenciales de salud pública y su impacto directo sobre los indicadores del sector.

En este caso, mayor participación pública en el diseño de intervenciones esenciales se asocia con la identificación de mecanismos idóneos de priorización de intervenciones y su impacto sobre indicadores sanitarios clave, como el de mortalidad al quinto año<sup>4</sup>. Análisis similares podrían ser aplicados a intervenciones específicas, tomando en tales casos indicadores e incidencia de la acción pública en programas particulares (medicamentos, vacunación, salud infantil o adolescente, indicadores de salud sexual y reproductiva).

---

<sup>2</sup> Las pendientes de este vínculo entre indicador de contexto y resultados de salud no necesariamente son homogéneos entre países. Para este caso particular, distintos países pueden tener diferentes elasticidades ingreso sobre un indicador de desempeño, lo que sugiere que vectores alternativos de condiciones básicas afectan de modos distintos a los resultados de salud. Asimismo, a igual nivel de ingreso la variación de la mortalidad en menores de cinco años puede estar influida por variables presentes en otros cuadrantes, o por cambios en otros determinantes (agua y saneamiento, por ejemplo), generando movimientos paralelos de la misma relación, aunque manteniendo la pendiente.

<sup>3</sup> A igual ingreso, las variaciones de gasto están explicadas por distintos mapas de decisiones privadas, gustos no homogéneos (alimentación, hábitos saludables), o cambios en consumo, entre otros factores. Tales diferencias afectan la pendiente de la relación ingreso/gasto per capita, suponiendo distintas necesidades y/o prioridades.

<sup>4</sup> Cambios en la pendiente de la curva puede ser interpretado como diferentes grados de efectividad de la política: cuán sensibles son los resultados a la medida de política implementada.

El cuarto cuadrante, ubicado en el área sudoeste de la Figura, propone vincular la estrategia pública en salud con el espacio de decisiones de los individuos, definido en este caso por el indicador de gasto en salud per capita.

En este cuadrante, la organización del sistema define la arena de interacción entre actores y establece los vínculos complementarios o sustitutivos entre el sector público (y de seguridad social) y los actores privados (seguros, prestadores y usuarios), comúnmente enmarcados en la “economía política” del sector y sus estructuras de gobernanza. Mecanismos de contratación, poderes de negociación dentro de escenarios de puja distributiva, diseño de normativas sobre coberturas y calidades de servicios, sesgos de prevención, modos de uso y producción/prescripción de servicios forman parte de las acciones desplegadas en este cuadrante.

El diseño de la Figura sugiere un vínculo determinístico entre ambas variables, que surge de la expansión hacia abajo y hacia la izquierda de las relaciones planteadas en los cuadrantes noroeste y sudeste, respectivamente. Este vínculo se representa con una tendencia de signo complementario entre variables, tal que mayor participación pública en el financiamiento del sistema de salud se vincula con mayores desembolsos totales per capita.

Sin embargo, los resultados de la Figura 10 muestran la diversidad de opciones posibles. Bajo distintos escenarios nacionales, gastos en salud similares llevan a resultados de salud diferentes, o iguales tasas de mortalidad infantil son producto de estructuras sectoriales heterogéneas. Ello refleja la relevancia de la organización del modelo sanitario en el desempeño sectorial más allá de la capacidad de financiamiento, y abre la oportunidad de abordar un debate sobre los distintos arreglos institucionales de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios de salud por subsistema y por país.

El mismo marco de análisis puede ser utilizado para considerar el impacto en la equidad sectorial de un determinado contexto socio-sanitario o de un vector de intervenciones de política sanitaria. Para ello se propone sustituir el indicador de producto bruto per capita por el índice de Gini, como medida de desigualdad en la distribución del ingreso.

Paralelamente, y para posibilitar el análisis de brechas de equidad, se intercambia el valor de gasto en salud per capita medido en dólares internacionales, por la relación entre el porcentaje del ingreso destinado a salud en el quinto quintil con respecto al primero. Las siguientes cuatro Figuras (12, 13, y 14) presentan estas relaciones para la región latinoamericana, que se traducen en un nuevo esquema de cuatro cuadrantes en la Figura 15.

Las primeras dos Figuras presentan la relación entre el índice de Gini, como medida de equidad en la distribución del ingreso y dos variables sectoriales: la tasa de mortalidad infantil al quinto año (Figura 12) y la brecha de gasto en salud entre quintiles de ingreso (Figura 13).

La Figura 12 marca la relación principalmente creciente entre el resultado de salud elegido y la inequidad: menos equitativa es la distribución de la renta al interior del país se vincula generalmente con un desempeño poco satisfactorio del indicador de salud.

Por su parte, la relación entre gastos de bolsillo en salud realizados por las familias de los quintiles más pobres en comparación con aquellas de los grupos económicamente más aventajados permite inferir mayor desprotección financiera en los grupos más necesitados. El mismo se comporta de modo similar al índice de Gini, reproduciendo sectorialmente el desvío de la situación de mayor equidad.

De modo encadenado, mayor participación del Estado en el gasto en salud llevaría a una reducción en los desembolsos de las familias, especialmente de aquellas con menores recursos. La Figura 14 permite apoyar tal argumento para el caso latinoamericano.

Indice de Gini y Mortalidad al 5to. Año

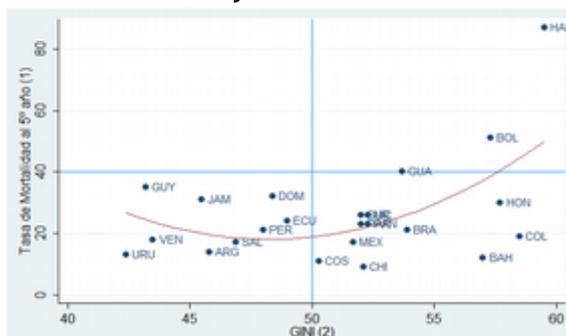


Figura 13

Indice de Gini y Brecha de Gasto entre Q1/Q5

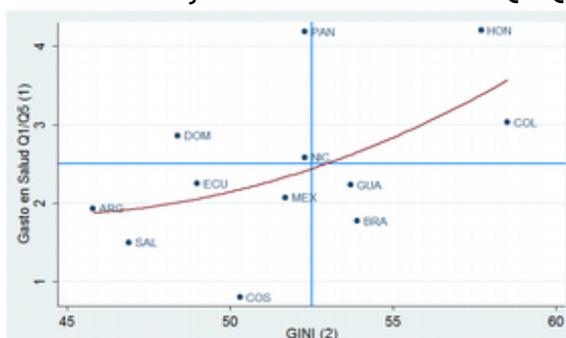
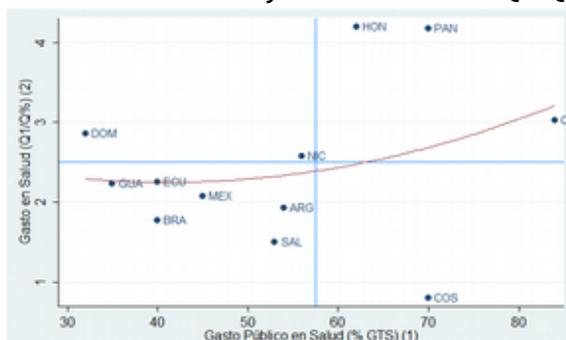


Figura 14

% Pública en Salud y Brecha de Gasto Q1/Q5



Fuente: World Development Indicators. The World Bank.

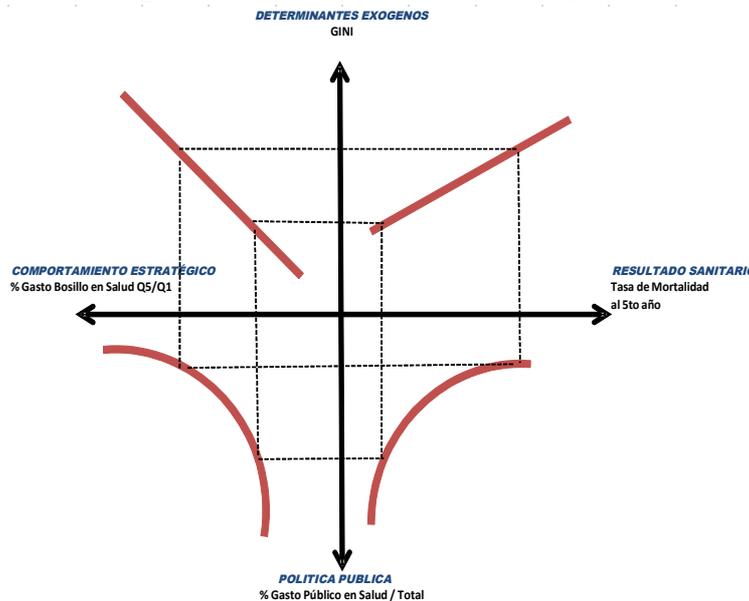
El vínculo entre la tasa de mortalidad al quinto año y la participación pública en el gasto en salud fue presentada en la Figura 9 en esta misma sección<sup>5</sup>.

La conjunción de estas Figuras en un esquema de cuatro cuadrantes reproduce, desde una perspectiva de equidad, el planteo anterior. Ella permite vincular las

<sup>5</sup> Las fuentes de información de las figuras 12, 13 y 14 son: World Development Report, 2009 e Índice de Desarrollo Humano, PNUD, 2012. El cociente entre Q1 y Q5 del gasto en salud con respecto al ingreso de las familias fue elaborado en base a encuestas de hogares: Brasil 1998; Guatemala y México 2000; República Dominicana 2001; Panamá 2003; Costa Rica, Honduras y Nicaragua 2004; Argentina 2005; El Salvador y Ecuador 2006; Ecuador 2008.

variables de contexto que condicionan socio-económicamente el desempeño del sistema de salud con decisiones y capacidades de pago de las familias. La Figura también facilita la asociación de ambos resultados (brecha de gasto entre grupos sociales e indicadores sanitarios) con la presencia estatal en los desembolsos sectoriales.

**Figura 15**  
**Ingreso, Resultados de Salud y Equidad**



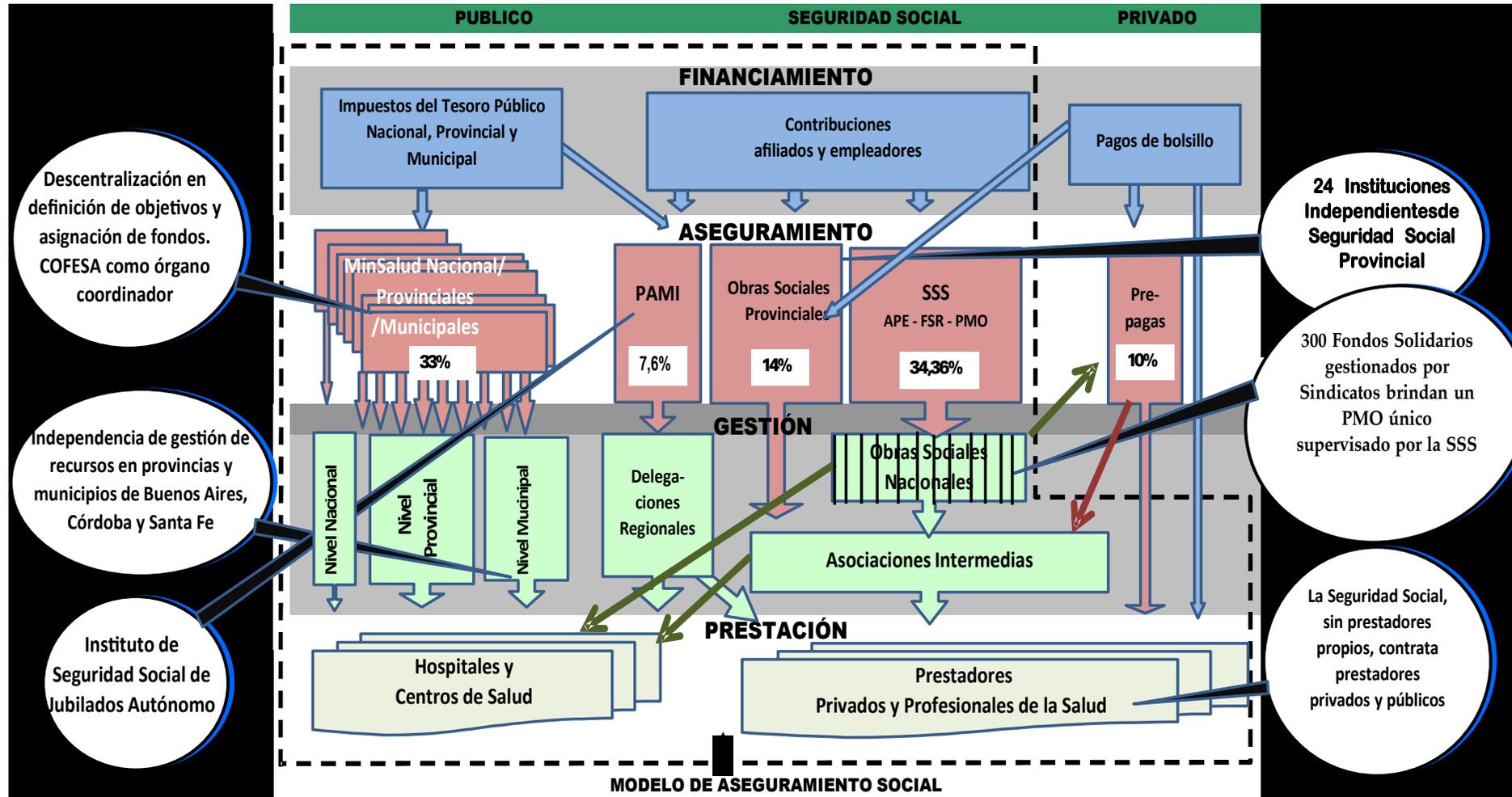
## 5- Organización de los Sistemas de Salud Latinoamericanos

Las Figuras 11 y 15 refuerzan la relevancia de la organización de los sistemas como espacio de política para alcanzar resultados de salud más equitativos y eficientes. Este argumento lleva al desarrollo a lo largo de esta sección de un análisis comprimido de las estructuras de organización, cobertura y reformas recientes de 26 países de América Latina y el Caribe. Para ello se utiliza como estructura la definición de dos dimensiones en la organización de los sistemas de salud, actualizando el marco desarrollado en Maceira (2001). La dimensión horizontal analiza la segmentación entre subsistemas, favoreciendo brechas de equidad y subsidios cruzados no deseados entre subsistemas y grupos poblacionales. Paralelamente, la dimensión vertical entre financiadores, aseguradores, gerenciadore y prestadores de servicios permite analizar transferencias de riesgo en la cadena sanitaria, y división de tareas.

**ARGENTINA** El sistema de salud argentino se caracteriza por un profundo nivel de descentralización no sólo en la gestión y prestación de servicios, sino también en sus mecanismos de financiamiento y aseguramiento que dan lugar a la cobertura del sector. El Ministerio de Salud de la Nación (MSN) es la institución rectora nacional a cargo del financiamiento de un grupo de programas federales (vacunas, medicamentos, atención primaria), que dan cuenta del 16% del gasto público total del país en salud. Sin embargo, no se encuentra bajo su órbita el financiamiento ni la gestión de la red pública de servicios (hospitales provinciales, regionales y municipales), como sus centros de salud asociados, todos ellos bajo jurisdicción y propiedad de los 24 Ministerios de Salud Provinciales (MSP) y de las Secretarías de Salud Municipales (SSM) de las provincias descentralizadas (Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe). Estas instituciones sub-nacionales son las encargadas de definir localmente las estrategias de acción provincial, las cuales son financiadas por recursos propios (presupuestos provinciales), con reducida participación presupuestaria del gobierno nacional, proveyendo amplia autonomía a las autoridades provinciales de salud. Los servicios dependientes de los Estados provinciales brindan cobertura gratuita al 34% de la población del país, particularmente a aquellos grupos de menores recursos, que no cuentan con empleo formal. Los presupuestos sub-nacionales financian los recursos humanos y de infraestructura, en tanto el MSN garantiza el acceso a medicamentos de atención primaria, insumos y coordinación de programas. El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el ámbito de reunión de las autoridades provinciales en salud, aunque sus resoluciones no revisten decisiones formales de política, sino lineamientos de acción sugeridos. Dentro de la órbita federal se encuentran dos instituciones autárquicas, dependientes funcionalmente del MSN: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organismos clave en el funcionamiento de las instituciones de aseguramiento social de Argentina. El PAMI es la caja de seguridad social de mayor cobertura del país (7%), encargada de garantizar la atención de los jubilados y pensionados. Su gestión es centralizada y opera mediante la contratación de prestadores individuales y hospitalarios, públicos y privados de todo el país. Por su parte, la SSS es el organismo rector de una red de 300 instituciones de seguridad social (Obras Sociales Nacionales-OSN), organizadas por rama de actividad productiva (comercio, construcción, etc.) en todo el país, que brindan cobertura de salud a sus titulares y familiares (35% de la población) mediante aportes patronales y contribuciones salariales. Tales contribuciones son transferidas a cada OSN previa deducción de recursos que alimentan la Administración de Programas Especiales (APE), que cumple con dos funciones: el reembolso de los tratamientos de alta complejidad incurridos por las OSN, y el gerenciamiento del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). El FSR tiene como finalidad garantizar solidariamente entre OSN el financiamiento de un Programa Médico Obligatorio (PMO), definido por la SSS y de amplia cobertura, mediante transferencias hacia OSN de menores recursos. Salvo excepciones, las OSN no cuentan con prestadores propios, por lo que recurren a la contratación de prestadores públicos y fundamentalmente privados organizados en instituciones intermedias (Asociaciones de Clínicas y Sanatorios).

Un tercer grupo de instituciones de seguridad social son las 24 Obras Sociales Provinciales (OSPr), que brindan cobertura amplia a los empleados públicos de cada provincia y sus familiares (14% de los argentinos), mediante contribuciones de los gobiernos provinciales en su papel de empleadores, y aportes salariales de los trabajadores. La prestación de servicios se canaliza mediante prestadores privados, gestionados por instituciones intermedias. Finalmente, un 10% de la población, mayoritariamente concentrada en los grupos de mayores ingresos, cuenta con cobertura de empresas privadas de medicina prepaga, bajo la órbita regulatoria de la SSS, y con la obligación de cubrir el PMO a sus beneficiarios. El pago de bolsillo de las familias se concentra en el abono de copagos, seguros voluntarios y la proporción de gastos en medicamentos no cubiertos por la afiliación a OSN, OSPr, PAMI o prepagas. Bibliografía consultada: Maceira, 2009<sup>a</sup>; Maceira, 2009<sup>b</sup>; Maceira, 2007<sup>b</sup>.

## ARGENTINA



**BARBADOS** El Ministerio de Salud es la institución nacional encargada de definir políticas, estrategias sectoriales, regulaciones y normas del sector, centralizando las acciones de administración y financiamiento, sin delegación en autoridades sanitarias locales.

Cuenta con dos secretarías: la Secretaría Permanente, que actúa como responsable administrativo del ministerio, y el Oficial Médico en Jefe, a cargo de las tareas técnicas específicas del sector. Este formato surge del Acta de Servicios de Salud de 1969, a partir de la cual se asignan las atribuciones y tareas de cada funcionario. Legislación posterior complementa el desarrollo de actividades y funciones, estableciendo la presencia de una cobertura de salud universal para toda la población del país, incluyendo acceso a servicios y medicamentos a precios accesibles.

A partir de ello, el gobierno es responsable de la provisión de servicios a nivel primario, secundario y terciario, para todos los habitantes de Barbados en forma mayoritariamente gratuita, expandiendo la cobertura materno-infantil a un sistema más amplio de cuidados de la salud en establecimientos propios en todo el país. Los recursos sanitarios públicos se concentran en soportar los niveles de atención hospitalarios, con poca incidencia de acciones de prevención y atención ambulatoria de la enfermedad.

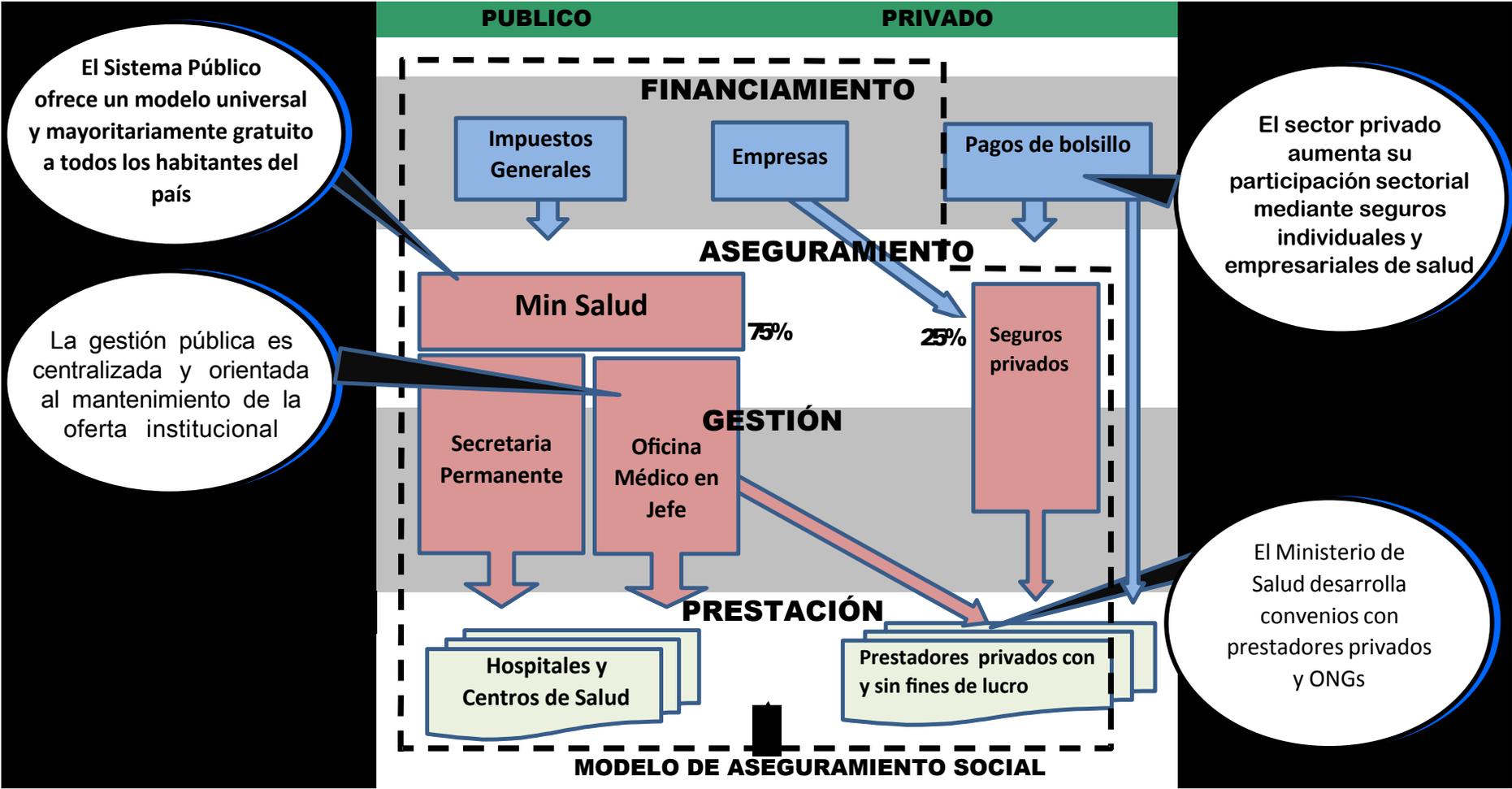
El financiamiento del sector se basa en impuestos recogidos por el gobierno e incluido en el presupuesto anual del país. Sin embargo, es posible el consumo de servicios privados mediante pagos de bolsillo a prestadores, o la contratación de seguros de salud particulares o empresariales (con aportes salariales y patronales), que incluyen copagos de bolsillo como complemento de las primas desembolsadas. Se estima que un cuarto de la población de Barbados cuenta con un seguro de estas características.

Históricamente, el sector público ha sido el financiador más relevante del sistema, aunque el crecimiento del sistema privado ha generado un cambio de tendencia hacia los inicios del siglo, mostrando una participación privada creciente, superior al 30%.

Tal participación privada no se circunscribe al ámbito de la prestación individual y el aseguramiento, involucrando al sub-sistema público. Durante los últimos años el Ministerio de Salud ha iniciado una política de ampliación de cobertura mediante el financiamiento de programas o servicios contratados con el sector privado. Entre ellos se encuentran el programa de cuidados alternativos para la tercera edad, mediante la contratación de geriátricos privados para reducir la congestión en establecimientos propios. Más recientemente, se celebró un convenio con la Heart and Stroke Foundation para brindar rehabilitación cardíaca, y con el Children's Development Center para la atención infantil. Programas complementarios para el tratamiento por abuso de drogas han llevado al desarrollo de asociaciones público-privadas con ONGs radicadas en el país.

Bibliografía consultada: OPS, 2007<sup>e</sup>; OPS, 2007<sup>f</sup>; OPS 2008<sup>f</sup>.

# BARBADOS



**BELICE** El Ministerio de Salud (MS) de Belice lidera el sistema de salud, desarrollando políticas, procedimientos y normas, y brindando servicios de salud. Ello se lleva a cabo mediante las Unidades de Análisis de Política y Planeamiento, y de la Unidad de Acreditación y Licencias.

La prestación pública de servicios se financia mediante el sistema impositivo nacional. El mismo participa del presupuesto anual del país, y es elevado por el Ministerio de Salud Nacional en nombre de las cuatro Regiones Sanitarias (RS) y áreas programáticas. Las RS fueron creadas por el Plan Nacional de Salud 1996-2000 para reorganizar el sistema prestacional del modelo público, existiendo un gerente sanitario regional responsable de la gestión del sistema y la prestación de servicios en cada región geográfica. Sin embargo, los distritos tienen poco control aún sobre los principales programas de salud pública, que funcionan de una manera centralizada.

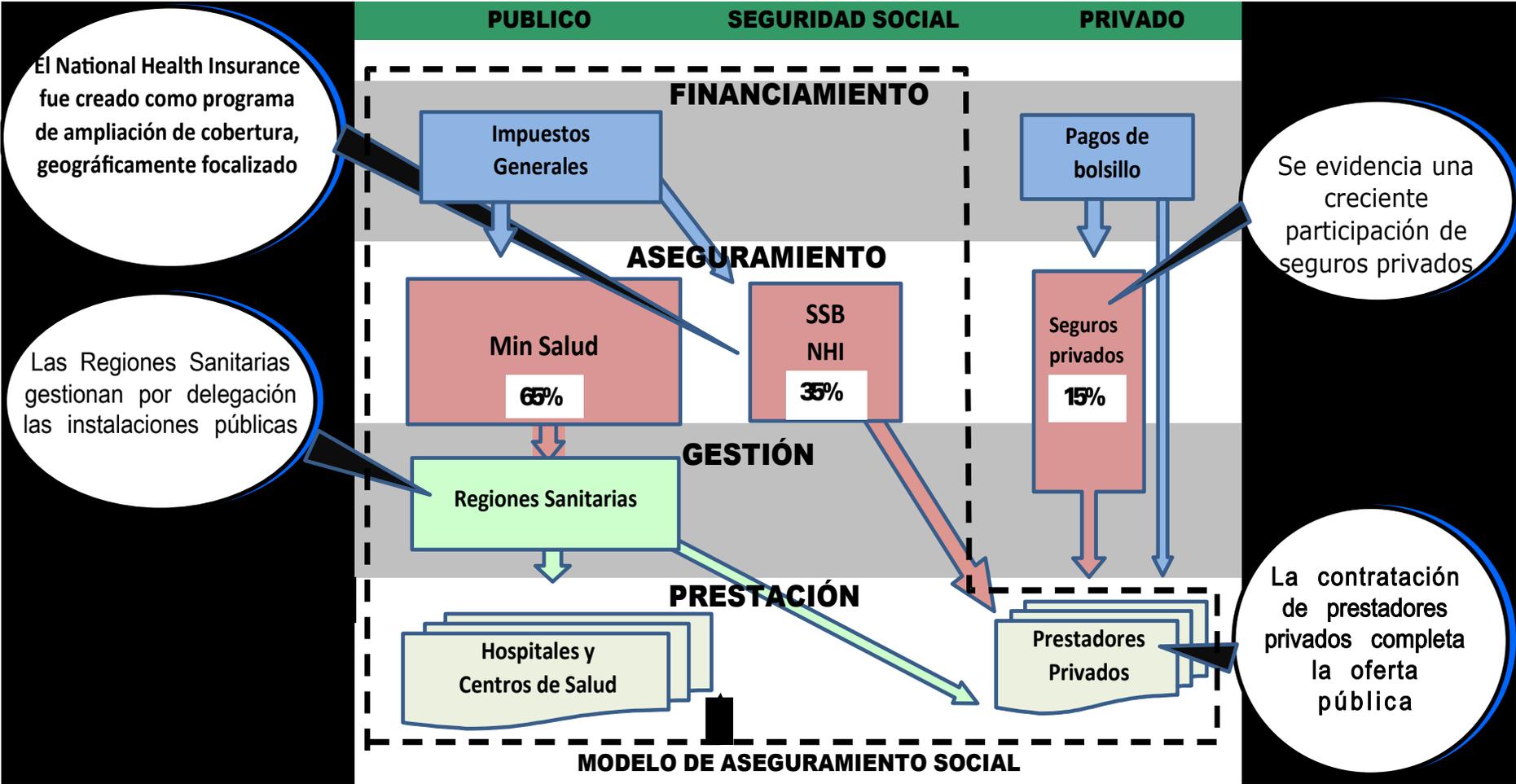
Los servicios de salud se realizan mediante una red de instituciones propias y la contratación de prestadores privados. Si bien en general el sistema de salud pública es gratuito, se ha estimulado el cobro de honorarios para servicios de hospitalización y exámenes complementarios, los que difieren entre instituciones, con escaso peso presupuestario.

La creación en los 2000 del Seguro Nacional de Salud (NHI, en inglés), dentro del Social Security Board (SSB) del MS, tiene como fin la contratación de servicios públicos y privados para ampliar cobertura. Ello se gestiona a través de la definición de un paquete básico de servicios de atención primaria en el sur del país y de la ciudad capital, habitada por población de bajos recursos, que representa un tercio del país. Más allá de ello se encuentra la cobertura de enfermedades o accidentes vinculados con el ámbito laboral, provistos por el SSB.

El sistema de salud de Belice se completa con un sector privado atomizado, donde conviven prestadores de distintos niveles de atención, financiados mediante pagos de bolsillo por prestación, con creciente relevancia en el financiamiento del sector. Durante las últimas tres décadas, la participación de los seguros privados ha ido tomando al 15% de la población beliceña de mayor capacidad adquisitiva. Este tipo de seguros se caracteriza por cubrir prestaciones recibidas en el extranjero.

Bibliografía consultada: Briceño, R., 2008; Rivas Loría, 2002; OPS, 2007<sup>e</sup>; OPS, 2007<sup>f</sup>; OPS, 2009<sup>d</sup>.

# BELICE

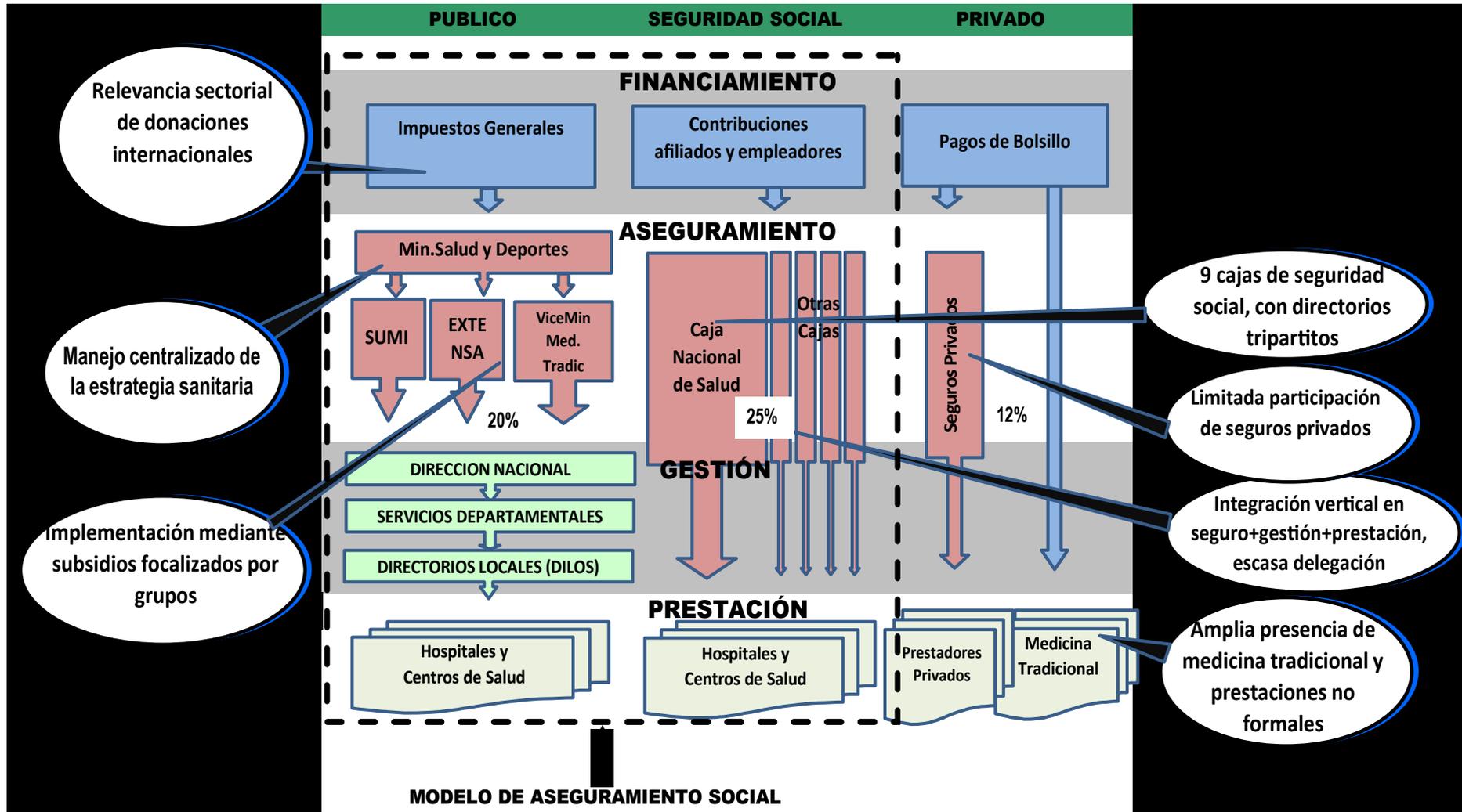


**BOLIVIA** El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) de Bolivia establece cuatro ámbitos de acción: el nacional, correspondiente al MSD; los Servicios Departamentales (SEDES), dependientes de Prefecturas; los Directorios Locales de Salud (DILOS), y los establecimientos de salud y brigadas móviles a nivel operativo. La estrategia del MSD se vincula a la cobertura de aproximadamente el 30% de la población con recursos financieros del Tesoro Nacional originados en recaudaciones tributarias, con aportes de donaciones internacionales. El subsector de medicina tradicional, representado oficialmente desde 2006 por el Vice-Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, atiende a 10% de los bolivianos, la mayoría residentes rurales. En los '90s Bolivia inicia una estrategia de ampliación de cobertura de salud basada en esquemas de subsidios específicos por grupos sociales administrados desde el MSD. En 1996 se implementó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), ampliándose en 1998 el número de prestaciones otorgadas: el Seguro Básico de Salud (SBS). En 2003 el SBS se transformó en el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), base del actual seguro público gratuito. Los beneficiarios del SUMI son los menores de cinco años y las mujeres en edad reproductiva.

A partir de la ley de Participación Popular de 1998, se inicia un proceso de descentralización de gestión y financiamiento hacia prefecturas y municipios, con desafíos de implementación. Las responsabilidades entre entes sub-nacionales facilitaban la presencia de subsidios cruzados y pérdida de recursos debido a fallas de coordinación entre niveles de gobierno. Recientemente, el MS propone avanzar en la articulación de redes de servicios en base a una mirada de salud colectiva, bajo un enfoque de interculturalidad. Bajo este marco, el actual seguro público de salud, se financia con fondos públicos per capita asignados a los municipios, que reembolsan a los prestadores de acuerdo con tarifas establecidas por el MSD. Paralelamente, el Programa EXTENSA brinda cobertura en áreas rurales, mediante brigadas móviles de salud (BRISAS) que trabajan de manera coordinada con los agentes comunitarios de salud (ASISTES) en las comunidades aisladas para abatir barreras culturales que reducen el acceso de la población indígena. El MSD también ofrece atención a población sin empleo informal a través del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), con recursos municipales y provenientes del Impuesto a los Hidrocarburos (IDH).

Los empleados del sector formal cuentan con el Seguro Social Obligatorio (SSO), administrado por las Cajas de Seguridad Social, coordinadas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), y financiadas por los aportes del gobierno como contratante, los aportes de los trabajadores del sector formal, y las contribuciones de los empleadores. En conjunto, ofrecen un seguro de riesgo común y cubren las prestaciones derivadas de los riesgos profesionales (enfermedad y accidentes), como de invalidez y muerte. La Caja Nacional de Salud (CNS) es la institución de seguridad social de mayor cobertura de Bolivia, con aproximadamente el 90% de la población afiliada al sub-sistema. El sector se completa con las Cajas de Petroleros, de las Bancas Privadas y Públicas, la Caja de Caminos, la Caja Boliviana de Fomento (CORDES), la Caja del Seguro Militar, y ocho Cajas Universitarias. El gobierno central nombra a sus autoridades, y sus presupuestos forman parte del consolidado Nacional. En el caso de la CNS, 50% de los beneficiarios son empleados públicos o familiares. Las instituciones propias de prestación de servicios operan bajo presupuestos fijos, y las modalidades de contratación capitada de oferta privada es excepcional, dirigida a tratamientos de alta complejidad. Cada una de las cajas cuenta con una gestión autónoma, recaudando sus aportes, administrando sus recursos centralizadamente. El sector privado reúne un tercio del gasto en salud y al 10% de la población, y está constituido por compañías de seguros y prestadores con y sin fines de lucro, sobre la base de pagos directos de bolsillo, o contratos del MSD. 30% de la población no accede a servicios institucionales, acudiendo a la medicina tradicional con cargo directo a sus ingresos. Bibliografía consultada: INE, 2010; INASES, (2010<sup>a</sup>), INASES, (2010<sup>b</sup>); Ledo, et al, 2011; Maceira, 2004; Ministerio de Salud y Deportes, 2010; Narváez, et al, 2004; OPS, 2007<sup>a</sup>.

## BOLIVIA

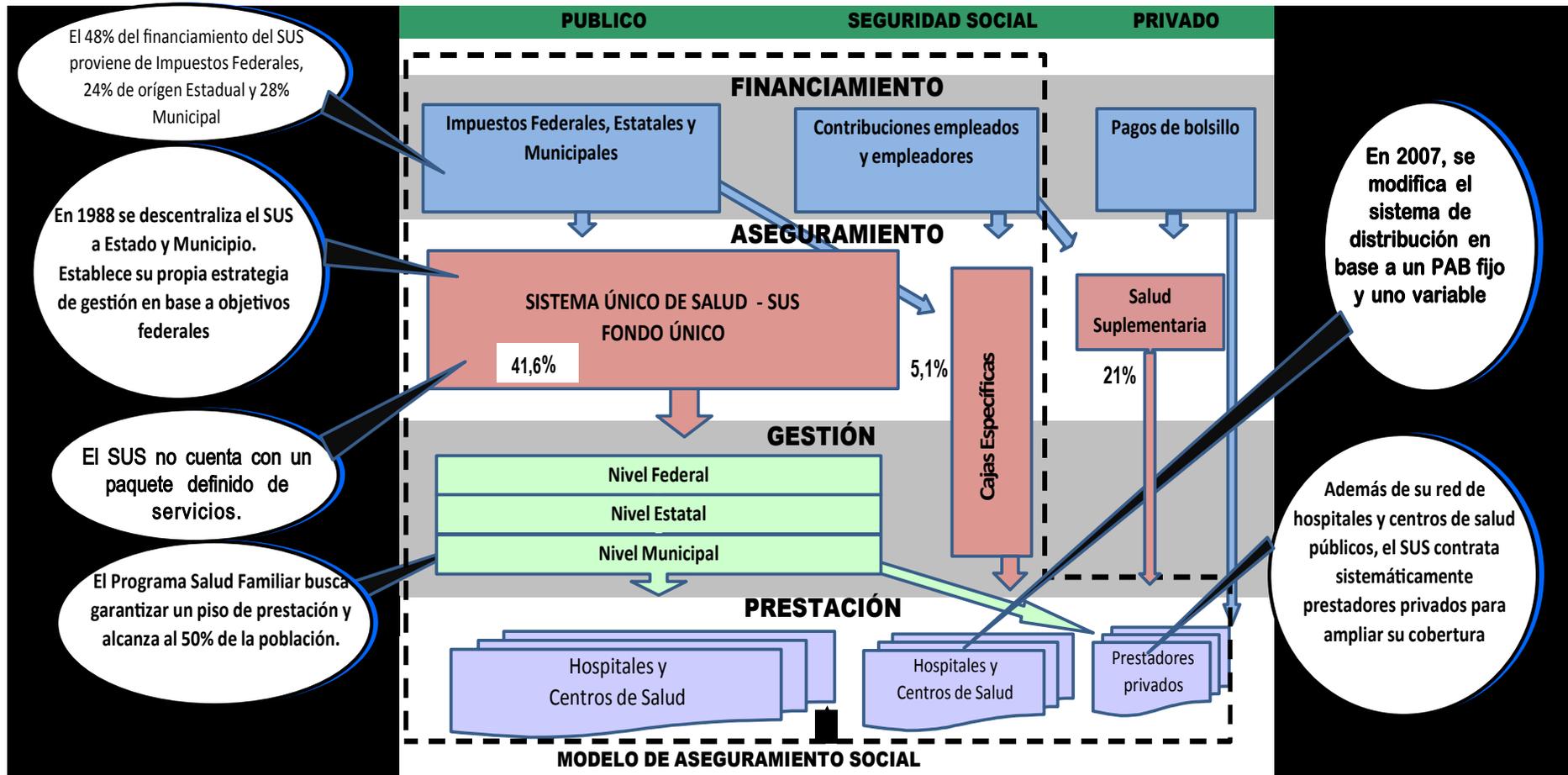


**BRASIL** El sistema de salud de Brasil se articula a partir del Sistema Único de Salud (SUS), orientado desde su creación a ampliar la cobertura de salud en un país de gran escala poblacional y con profundas brechas distributivas. La Constitución de 1988 descentralizó los servicios del SUS hacia los estados y sus municipios, manteniendo el Ministerio de Salud federal (MS) su rol de administrador nacional del SUS. El gobierno federal está encargado de definir prioridades nacionales, monitorear los resultados y participar en el financiamiento tripartito (federación, estados y municipios). Desde 2003, y dentro del MS, el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC) formula las acciones de regulación federal hasta los niveles estatal y municipal. El SUS está conformado por subsistemas a nivel de cada estado y cada municipio, donde estos últimos tienen la responsabilidad primordial en la provisión de servicios sanitarios para sus respectivas poblaciones. En los estados, la dirección del SUS está a cargo de las secretarías de salud de los gobiernos estatales. Más allá del modelo de acceso universal dependiente del sector público (SUS), existe un modelo restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados. El financiamiento público del modelo de salud de Brasil representa cerca del 48% del gasto total en salud, y proviene de los impuestos generales de las tres esferas de gobierno, depositados en cuentas especiales (Fondos de Salud) de cada nivel, a partir de los cuales se transfirieren recursos entre ellos. Ingresos provenientes de contribuciones patronales y salariales no son utilizados para financiar el SUS. Cada uno de los niveles de la administración debe destinar un mínimo de 15% de su presupuesto al gasto en salud, con una creciente participación en el tiempo de los niveles sub-nacionales.

El Pacto por la Salud (2007) presentó cambios significativos en los mecanismos de transferencia de fondos a estados y municipios, existiendo cinco categorías de financiamiento. En primer lugar, el piso de atención básica (PAB): dividido en PAB fijo, capita mensual transferida automáticamente a cada Fondo de Estado desde el FNS en función de su población; y PAB variable, vinculado a la adhesión estadual a ciertas acciones específicas. A ello se le agregan diferentes bloques de financiamiento por tramo de atención: atención ambulatoria y de media y alta complejidad; vigilancia epidemiológica; asistencia farmacéutica, y Apoyo a la gestión. El PAB se constituyó en el primer instrumento de reducción de desigualdades en el sector salud, mediante transferencias de recursos homogéneas en base a población. Se aplica complementariamente el Programa de Salud de la Familia (PSF), mediante el cual se ofrece servicios de atención básica con un equipo multidisciplinario a población definida. Para el 2005, el programa creado en 1993 se implementaba en 4.986 municipios, con 24.600 equipos en funciones, cubriendo en la actualidad un 50% de la población del país. Si bien el SUS fue creado como un fondo excluyente, subsiste un sector privado que ofrece atención a la salud a una proporción de la población cercana al 25%. Se estima que sólo 28,6% de la población es usuaria exclusiva del SUS, 61,5% son usuarios no exclusivos y 8,7% no son usuarios.

El sector privado ofrece, por un lado, un conjunto amplio de prestadores (centros, sanatorios, profesionales), a los cuales se accede de modo particular, mediante el pago de bolsillo por prestación, a través de la red de convenios de asistencia médico-hospitalaria del SUS que involucra instituciones no-públicas en su plan de cobertura, o mediante esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria (SAMS) que se financia con recursos de las familias que se afilian voluntariamente, o de las empresas (Planes Auto-administrados). A pesar de la gratuidad y universalidad de la cobertura del SUS, aproximadamente 21% de los brasileños tienen un seguro privado (Ministerio da Saúde 2008), producto de las brechas en calidad e ingreso entre prestadores y regiones. En el sudeste, un 32% tienen seguros privados, en tanto que en los estados del norte y noreste, no alcanzan el 9%. Bibliografía consultada: Barros, et al, 1996; lunes, et al, 2007; IBGE 2006; OPS, 2008<sup>a</sup>; Piola, et al, 2005; Tolentino Silva, 2009.

**BRASIL**



El 48% del financiamiento del SUS proviene de Impuestos Federales, 24% de origen Estadual y 28% Municipal

En 1988 se descentraliza el SUS a Estado y Municipio. Establece su propia estrategia de gestión en base a objetivos federales

El SUS no cuenta con un paquete definido de servicios.

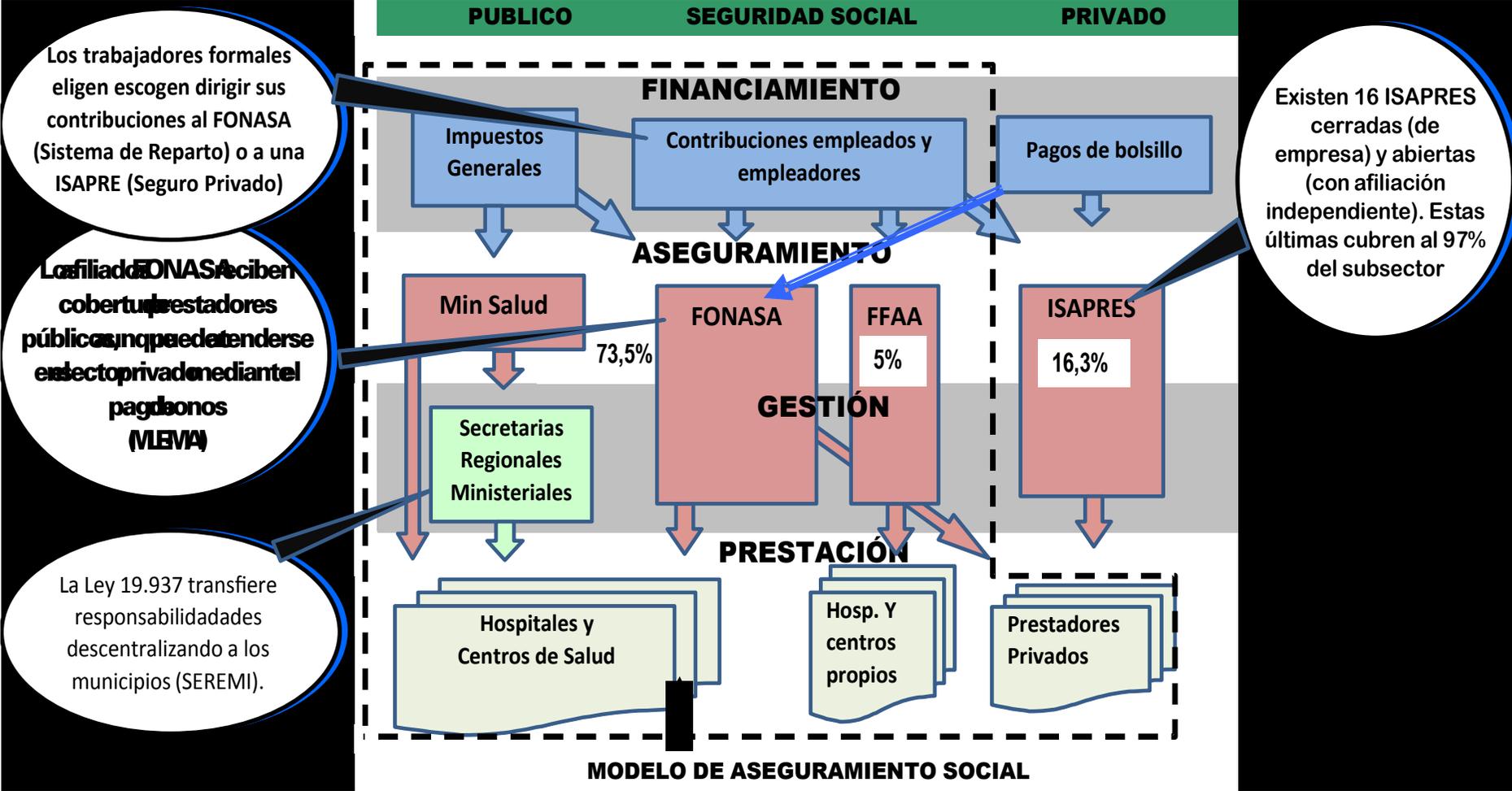
El Programa Salud Familiar busca garantizar un piso de prestación y alcanza al 50% de la población.

En 2007, se modifica el sistema de distribución en base a un PAB fijo y uno variable

Además de su red de hospitales y centros de salud públicos, el SUS contrata sistemáticamente prestadores privados para ampliar su cobertura

**CHILE** El modelo de salud chileno fue pionero en combinar esquemas de subsidio a la oferta mediante la estructura pública tradicional, con subsidios a la demanda, organizados a partir de seguros sociales y privados. El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria, a cargo de la rectoría del sistema, y la fijación de políticas. Las regiones cuentan con representaciones, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, con crecientes niveles de delegación de tareas. Asimismo, la Superintendencia de Salud controla a las ISAPRES y al FONASA, y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud. La provisión de salud en el subsector público es responsabilidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mediante Redes Asistenciales propias. En los '90s se incorporaron cambios en los mecanismos de asignación de recursos dentro del sistema público de salud, tales como descentralización financiera, capitas de atención primaria y pagos vinculados a desempeño y recuperación de costos. El sistema público de salud se financia con aportes impositivos del tesoro nacional, tributos municipales y comunales. El sistema de seguridad social FONASA, y las ISAPRE cuentan con la cotización obligatoria de la población trabajadora en relación de dependencia. El esquema se completa con los pagos voluntarios a ISAPREs de los trabajadores independientes, los bonos y aranceles fijados por el sistema de seguros a los hospitales públicos y privados, y los aportes directos del Estado al FONASA por aquellos grupos de menores recursos y sin capacidad propia de contribución (Grupo A), lo que constituye un 45% de sus ingresos. Los trabajadores activos y pasivos que cotizan al sistema de salud lo hacen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en cuyo caso la atención se concentra en el sistema público, o tienen como destino una Institución de Salud Preventiva (ISAPRE). El FONASA es una institución pública autárquica y descentralizada, que administra el fondo público como un esquema de reparto, con iguales beneficios independientemente de la contribución y la escala familiar. Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, mediante una contribución del Estado. con la contribución previsional se garantiza el piso común de atención (Modalidad de Atención Institucional, MAI), pudiendo optarse por la Modalidad de Libre Elección (MLE), previo pago de bonos escalonados por niveles de ingreso, con acceso a establecimientos privados (Grupos B, C y D). En 2006, FONASA tenía una cobertura del 76,9% de la población, presentando una mayor proporción de afiliadas mujeres y ancianos que el sistema privado. En 2006, un 5,1% de la población no contaba con cobertura alguna. Existen paralelamente dos sistemas de previsión autónomos para las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) y los Carabineros (DIPRECA), que dan cobertura a alrededor de un 5% de la población y funcionan como sistemas cerrados (en materia de financiamiento y aseguramiento) cuentan con red propia de prestadores, interactuando mediante convenios con el sistema nacional público y privado. El seguro privado de las ISAPRE opera en base a aportes individuales, existiendo instituciones con capacidad de inscripción de voluntarios (ISAPRE abierta). Estas empresas presentan planes poco atractivos para los individuos de mayor riesgo, permitiendo una selección adversa contra FONASA. Los prestadores contratados son las clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público de libre elección (MLE). Si bien no existen mecanismos de transferencia de recursos entre las ISAPRE y el FONASA, fue diseñado un Fondo de Compensación Inter-Isapre, que permite la existencia de subsidios cruzados dentro del sistema privado, principalmente para compensar la cobertura de enfermedades garantizadas por el GES. Durante la última década, el sistema de salud chileno ha incorporado legislación orientada a formalizar un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y Calidad en un conjunto de 66 (originalmente 25) patologías priorizados de la salud, en un plan universal de Salud (ex AUGÉ), recibiendo incentivos por cumplimiento (entrega una Cobertura Financiera Adicional, CFA), y facilitando la definición de copagos por grupo FONASA, hasta un tope máximo de garantía de cobertura financiera. Bibliografía consultada: Bitrán et al, 2004; Drago, 2006; Gattini et al, 2010; Ministerio de Salud 2010; Sciaraffia, 2007.

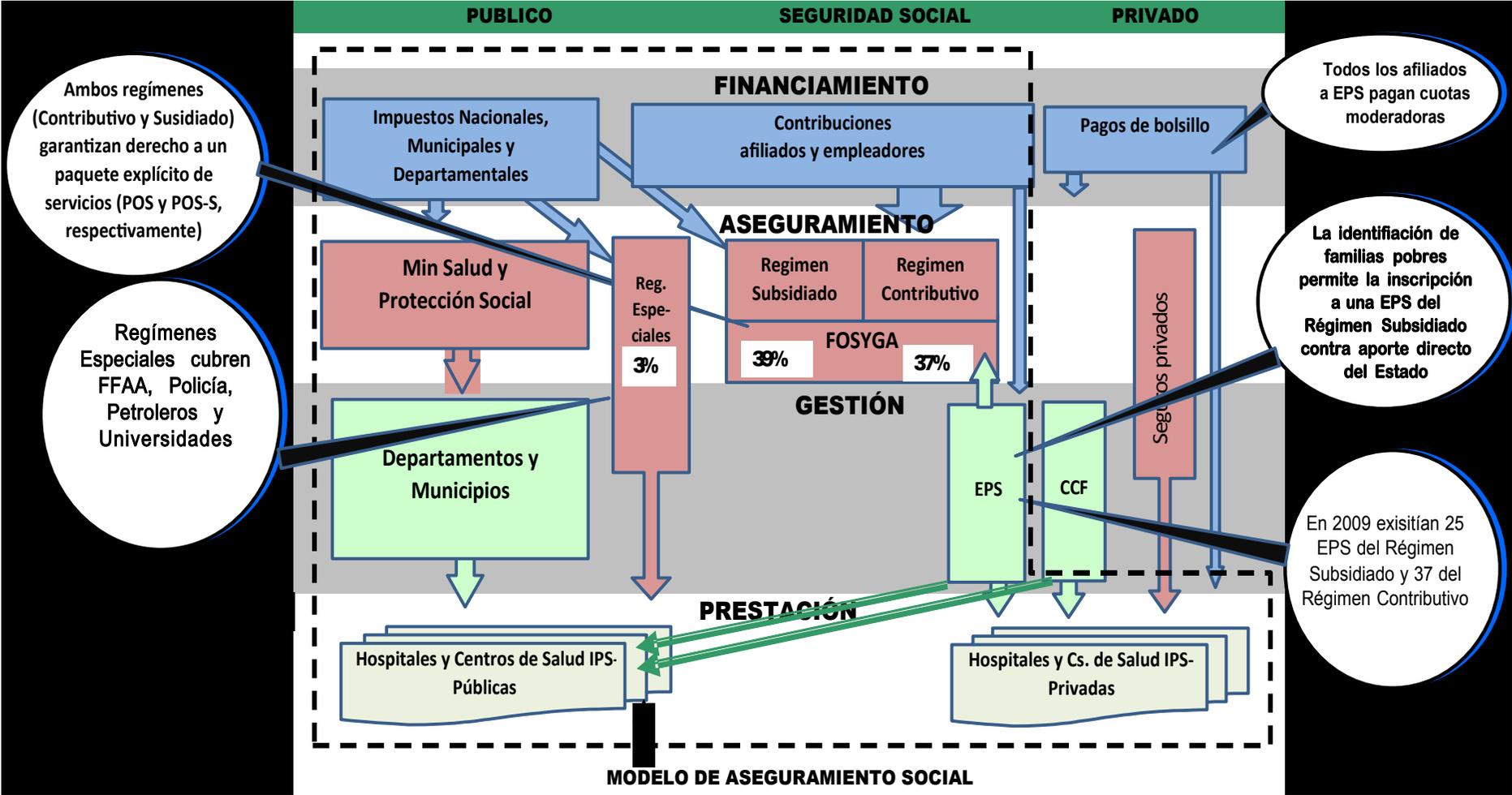
# CHILE



**COLOMBIA** La reforma del sistema de salud de Colombia, mediante la Ley 100 de 1993, permitió la incorporación de conceptos clave para la discusión de las iniciativas de cambio en la organización sanitaria de América Latina, reforzando la creación de un modo de aseguramiento social en base a un paquete explícito de servicios, el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este modelo se coordina con una estructura de subsidio a la oferta, encabezada por el esquema tradicional público, cuya cabeza es el Vice Ministerio de Salud, que forma parte del Ministerio de Protección Social. Esta institución es la autoridad rectora del sector, que descentraliza en los departamentos la responsabilidad de gestionar los recursos estatales, hospitales y centros de atención, y que constituyen parte de la oferta del sistema de seguridad social. A partir de 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha sido reemplazado en su papel de regulador por la Comisión de Regulación en Salud (CRES). En tanto, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) es responsable de las actividades de inspección, vigilancia y control de los actores del SGSSS. Los departamentos y municipios cuentan con direcciones locales de salud se concentran de la vigilancia del sistema de salud de sus respectivas jurisdicciones. Financiado por contribuciones salariales y patronales de trabajadores formales, el esquema de seguridad social cuenta con dos modalidades: el régimen contributivo y el subsidiado, este último receptor de una canasta reducida (POS-S) de servicios. Las contribuciones previsionales son recibidas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades privadas que administran los fondos de los contribuyentes que las eligen, depositando en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) las diferencias entre los aportes y las primas que financian el POS-contributivo de los aportantes. En 2009 existían 37 EPS del régimen contributivo, 25 EPS del régimen subsidiado y 22 Cajas de Compensación Familiar que efectúan la misma labor de aseguradoras, con la función de organizar la afiliación de las personas y de administrar los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud (POS). El régimen subsidiado orientado a la población de menores recursos, opera con base en un subsidio cruzado del régimen contributivo a lo que se suman fondos fiscales procedentes de impuestos generales. El ingreso a este régimen requiere que sus beneficiarios sean escogidos mediante un Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), donde se categorizan las personas en seis niveles, siendo el nivel 1 el de mayor pobreza. Quienes se ubiquen en niveles 1 y 2 de esta evaluación, se encuentran cubiertos por el régimen subsidiado y deben inscribirse de manera libre a una EPS de ese régimen.

El Sistema de Seguridad Social en Salud originado en la Ley 100 y modificado mediante la Ley 1122 de 2007, ha separado las funciones de aseguramiento, administración de recursos financieros y prestación de servicios. Las EPS del régimen contributivo o subsidiado contratan la prestación de los servicios de salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que pueden ser de naturaleza pública o privada, abonando sus servicios bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios. Más allá de ello, los afiliados del modo Contributivo abonan cuotas moderadoras. El régimen contributivo cubre acciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y medicamentos. Para el régimen subsidiado se excluyen las acciones de segundo y tercer nivel, con excepción de la atención de niños menores de un año y mujeres embarazadas. En 2010 las coberturas fueron de 39.7% RC y 51.4% RS de la población total, sólo 4.3% de la población permanecía fuera del sistema de seguridad social en salud. En paralelo, siguen existiendo Regímenes Especiales (RE) que afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas. El sector exclusivamente privado es utilizado por la población de mayores ingresos como mecanismo de doble aseguramiento o consulta particular. Alternativamente, familias que carecen de cobertura o no tienen acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo. Bibliografía consultada: Castaño, et al, 2001; Flórez, et al, 2008; Giedion, et al, 2007; Guerrero et al, 2011.

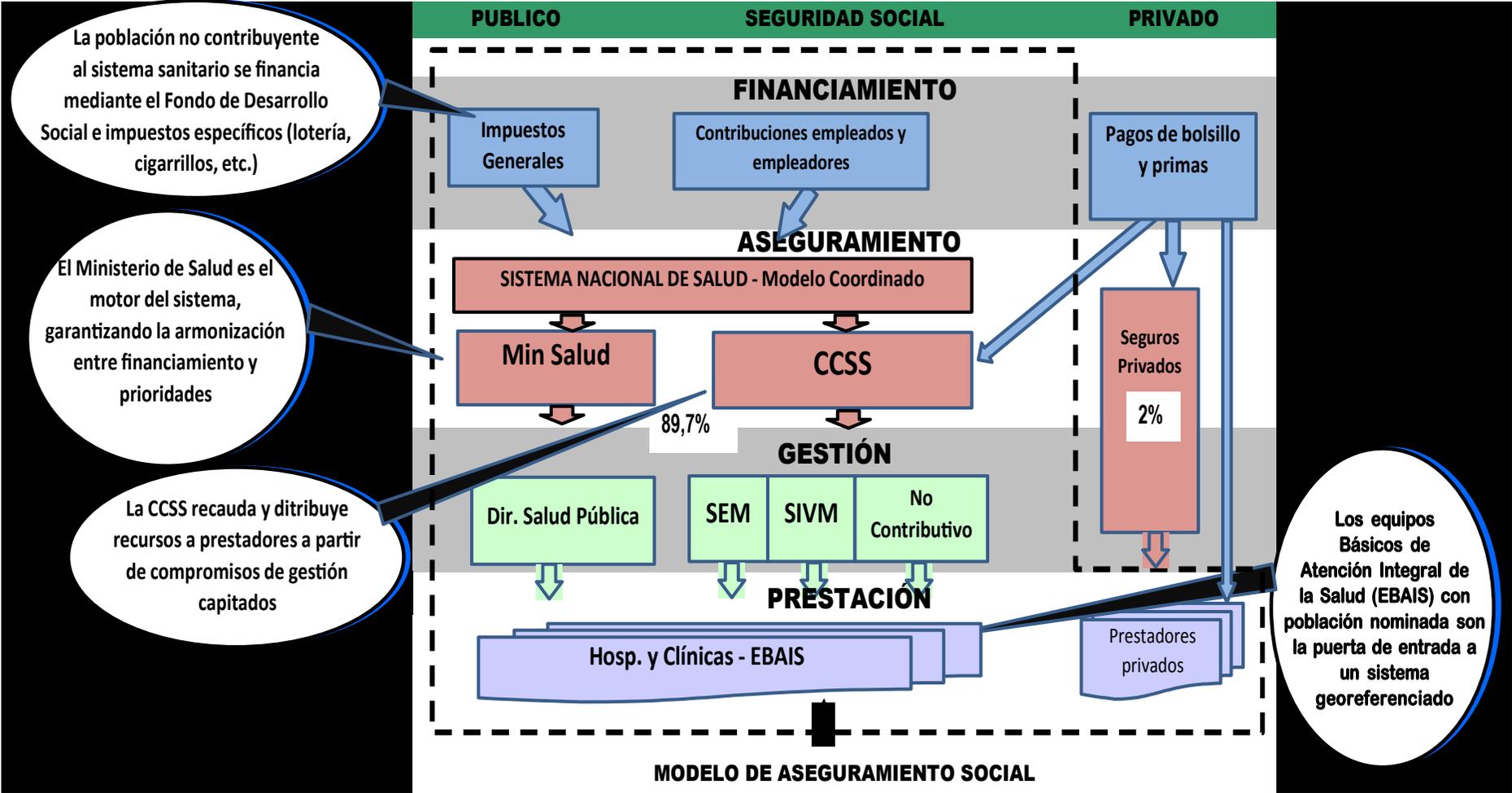
COLOMBIA



**COSTA RICA** El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado, donde el primero de ellos logra la coordinación de los dos grandes actores sectoriales: el Ministerio de Salud (MS), rector del modelo sanitario, y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios de salud. El modelo de salud de Costa Rica ha sido durante muchos años la única experiencia regional de seguro universal con cobertura amplia para toda la población más allá de su capacidad de pago, organizada mediante redes locales de atención con referencia nacional. Desde los '60s Costa Rica universalizó la cobertura de los servicios de salud, consolidándose con el traslado de todos los hospitales a la CCSS. Durante los '80s se crearon diversas modalidades para el aseguramiento de la población no asalariada, con vinculación del MS, pasando luego a ser administrado directamente por la CCSS. A partir de los '90s el MS se concentra en las funciones de rectoría, transfiriéndose a la CCSS los programas de atención primaria, inmunizaciones, etc. Desde entonces, el Sistema Nacional de Salud es el "conjunto de entes públicos y privados, interrelacionados entre sí, que tienen entre sus actividades primordiales, la provisión de bienes y servicios, (...) destinados explícitamente a la protección y mejoramiento del estado de salud de la población, independientemente de que tengan o no un fin lucrativo." (Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Decreto No. 34510-S, 2008). El Ministerio de Salud (MS) cuenta con una dirección en salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en el nivel regional y local, encargado de la vigilancia y control epidemiológicos. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad (SEM), el seguro de invalidez, vejez y muerte (SIVM), y un régimen no contributivo que brinda cobertura a aquellos sin capacidad de pago por su condición de pobreza o discapacidad. El Estado aporta recursos del Tesoro al sistema de salud mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, así como con cargas específicas a las actividades de lotería electrónica y la venta de cigarrillos y licores. Adicionalmente al MS y la CCSS estas instituciones se agrega el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), encargada del suministro de agua y la disposición de aguas negras y pluviales; la Universidad de Costa Rica (UCR); y el INS, que administra los seguros de riesgos profesionales y accidentes de tránsito.

La CCSS organiza una red nacional de servicios de salud, compuesta por tres niveles de atención y siete regiones programáticas. En el primer nivel, actúan los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), constituidos por un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria, con responsabilidades de promoción, prevención, curación de menor complejidad. El segundo nivel brinda servicios de consulta especializada, internación, en tanto el tercer nivel provee atención especializada a través de 3 hospitales nacionales generales y 5 hospitales nacionales especializados. A partir de 1997, la CCSS distribuye recursos mediante capitas complementarias de los presupuestos históricos basados en compromisos de gestión, estableciendo metas de desempeño anuales de EBAIS, clínicas y hospitales. Hasta la década de los noventa, el sector privado no ha contado con gran desarrollo en Costa Rica. Sin embargo, el incremento de costos y la flexibilización en el mercado laboral, entre otros elementos, derivó en una caída de la capacidad de gasto público, por lo que la participación del sector privado se encuentra en crecimiento. Según la ENGAS (2006), 31% de la población adquirió servicios de salud en el sector privado al menos una vez al año, independientemente de su afiliación al CCSS. Producto de ello, se identifican servicios clínicas, y médicos privados, hospitales, y cooperativas (organizaciones sin fines de lucro contratados por la CCSS), financiados directamente por pagos de bolsillo. Sólo 2% de los hogares cuentan con un seguro privado provisto por cinco compañías aseguradoras. Bibliografía consultada: Encuesta Nacional de Salud, 2006; Ministerio de Salud, 2002; Muiser 2007; OPS, 2009<sup>a</sup>; Sáenz et al, 2011

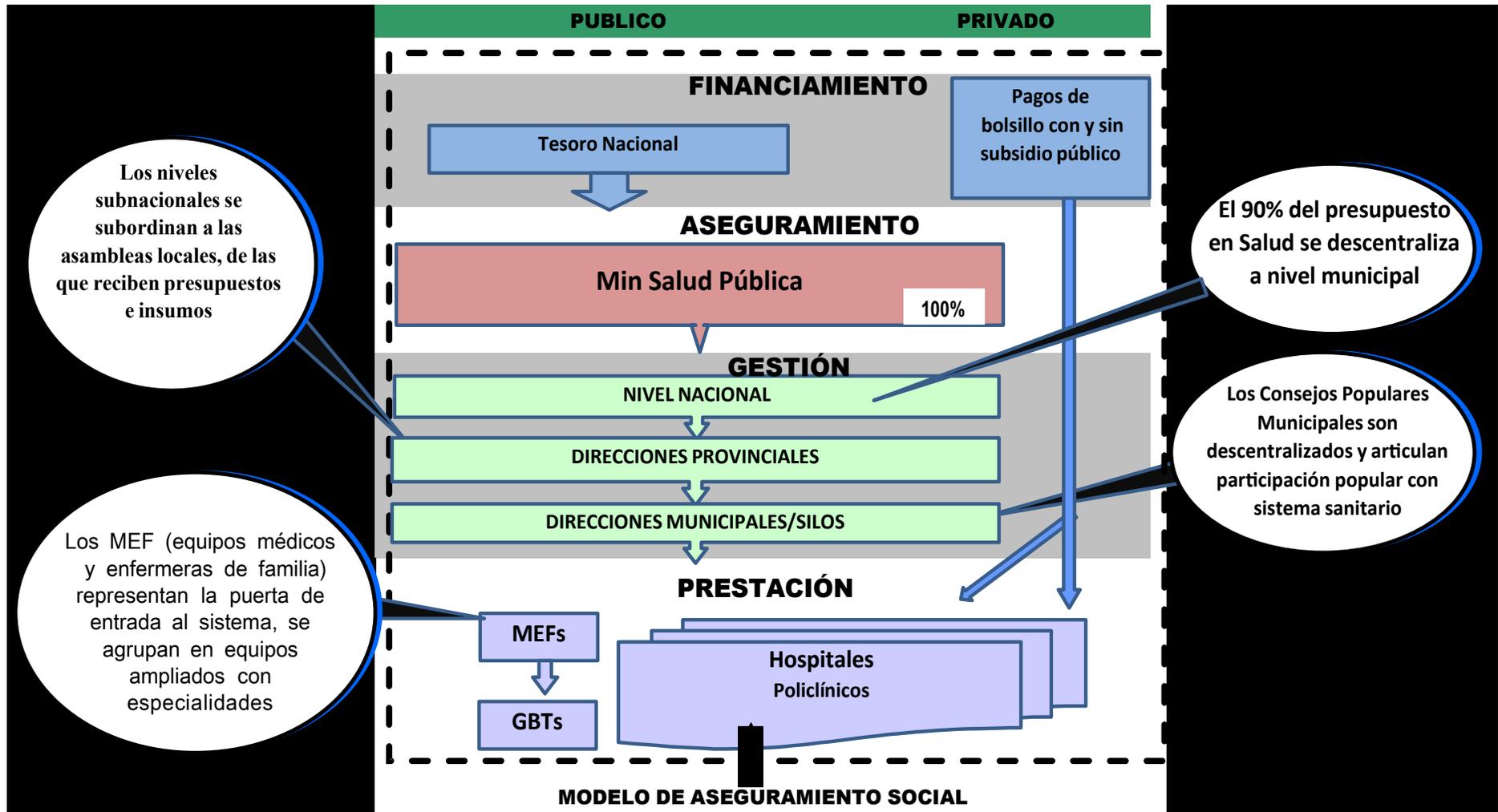
### COSTA RICA



**CUBA** La naturaleza de la estructura política de Cuba establece que el Estado regule, financie y preste servicios de salud para toda la población, constituyendo un Sistema Nacional de Salud (SNS) integrado verticalmente (entre funciones) y horizontalmente (para toda la población). Nacido a partir de la Revolución de 1959, el SNS provee el acceso gratuito y el uso de los servicios de salud universal para todos los habitantes del país, con resultados particularmente exitosos para el promedio regional. El SNS cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal), El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud (MINSAP) órgano rector del sistema. De él dependen funcionalmente los centros universitarios y los institutos de asistencia médica especializada. Las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud se subordinan administrativa y financieramente a las Asambleas Provinciales (y Municipales) del Poder Popular, quienes proveen soporte administrativo y presupuestario. De las Direcciones dependen los Hospitales Provinciales e Intermunicipales, Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, y la red de Farmacias en el caso de las provincias, y los Policlínicos, Hospitales Municipales, Locales y Rurales, y las Unidades y Centros Municipales a nivel local. Cada provincia conforma sistemas locales de salud (SILOS) en sus municipios. El sistema cubano se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno, que son concentrados por el Ministerio de Salud Pública, que administra los servicios en todos los niveles, distribuyéndolos entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas provinciales y municipales. El gasto en salud en Cuba Pasó de representar 6.3% del PIB en 2001 a la cifra actual de casi 12%. Asimismo, se han diseñado métodos para captar fondos externos, tales como la venta de productos farmacéuticos, atención de salud para pacientes extranjeros y asistencia técnica prestada por especialistas cubanos en el exterior. Se reporta que el sistema nacional de salud cubre a toda la población del país, excepto a los miembros de las fuerzas armadas, personal de seguridad interna y alta dirigencia política que son atendidos en una red hospitalaria separada. Toda la población tiene acceso a la atención de salud incluyendo la de alta tecnología y complejidad, aunque se reportan listas de espera y problemas de suministros de insumos y equipos no operativos

El estado es el principal prestador de servicios, a través de instalaciones sanitarias propias y personal de salud asalariado. El mecanismo de pago es por salario vinculado a carga horaria y rango jerárquico. El alto grado de socialización y el compromiso hacia el servicio comunitario con énfasis en la prevención se complementa con el control que se ejerce, mediante las organizaciones sociales y comunitarias, sobre las actividades del personal de salud. La prestación se enfoca en la atención primaria de salud (APS) basada en un esquema de médico y enfermera de la familia (MEF). El modelo aplica un enfoque amplio, desde la promoción hasta la rehabilitación. Cada consultorio de MEF sirve a 600-700 habitantes, y la combinación de entre 15 y 20 consultorios componen un Grupo Básico de Trabajo (GBT), donde se incorporan especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, un psicólogo, un estomatólogo, una supervisora de enfermería, una trabajadora social, un estadístico y un técnico en higiene y epidemiología. Los GBT constituyen la instancia de coordinación del consultorio con el policlínico. En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional. Los desafíos que enfrenta el sistema de salud cubano, a diferencia de muchos de los países de las Américas, no radican en brechas de acceso entre sectores asegurados y no asegurados, sino en la contención de los factores de riesgo que tienen una participación importante en la generación de un perfil de enfermedades crónicas que demandan servicios médicos especializados y de alto costo. Como respuesta, se intensificó el uso de la medicina natural y tradicional, se implementaron un conjunto de programas específicos por grupos poblacionales, particularmente los Equipos Integrales de Atención al Adulto Mayor a lo largo de todo el país. Bibliografía consultada: Cercone, 2006; Domínguez Alonso, 2008; Domínguez Alonso, E. et al, 2011; Mesa-Lago, C., 2005; OPS, 2001<sup>a</sup>.

CUBA



**ECUADOR** El sistema de salud del Ecuador reproduce las características segmentadas del modelo sanitario latinoamericano, con integración vertical en las funciones de cada subsector, y diferenciales de acceso y calidad entre sus diferentes componentes horizontales. El sector público en salud en Ecuador involucra a una serie de instituciones, entre las que se destacan: el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), y los servicios de salud de las municipalidades. Dentro de este grupo se encuentran las instituciones de seguridad social, tales como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con un 16-20% de cobertura, y de donde depende el Seguro Social Campesino (SSC) para el 6% de la población; el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA); y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno, respectivamente, y con 5% de la población total dependiente entre ambos.

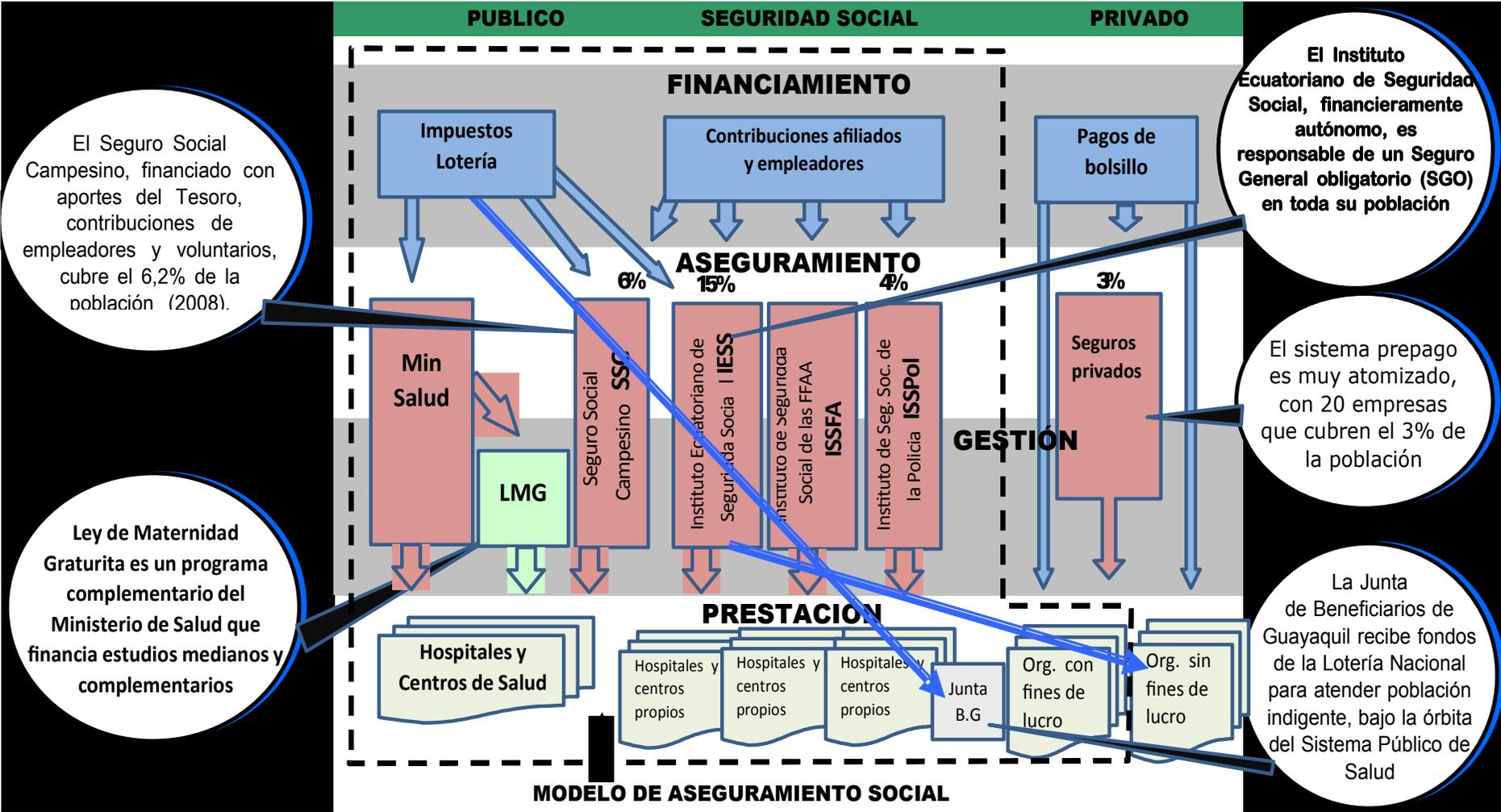
El Ministerio de Salud (MSP), organismo rector del sistema, ofrece servicios de atención para la salud en instalaciones propias a la población no cubierta por la seguridad social, que asciende al 76% de los ecuatorianos, y el Ministerio de Bienestar Social y las municipalidades cuentan con establecimientos de salud que asisten a estos mismos grupos como parte de sus programas sociales. Según la Ley de Maternidad Gratuita de 1994, todas las mujeres tienen derecho a atención a la salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, la atención de salud a los recién nacidos y a los menores de cinco años, siendo desde 2007 parte regular de la acción del MSP. Complementariamente, y durante la última década se han instituido los Equipos Básicos de Salud (EBAS), que trabajan a nivel comunitario con un enfoque de promoción y prevención, para 2007 existían 1702 EBAS en todas las provincias del país. De acuerdo a las recientes encuestas de hogares, 26% de la población no cuenta con atención de salud, a pesar de los esfuerzos de coordinación desarrollados desde el CONASA a partir de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), que garantiza el acceso a un conjunto de prestaciones básicas para toda la población. El financiamiento de las entidades públicas del SNS proviene de aportes del presupuesto general del Estado.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es una entidad pública descentralizada y autónoma financiera y presupuestariamente, que brinda con instituciones de su propiedad un Seguro General Obligatorio (SGO) en todo el territorio nacional a los trabajadores formales y los hijos de las afiliadas durante el primer año de vida, los jubilados y las viudas. Según la Ley de Seguridad Social (2001), el Seguro General Obligatorio (SGO) del IESS tiene como fuentes de financiamiento las contribuciones estatales, patronales y salariales de su población objetivo. Esta misma ley señala que los servicios de salud y las prestaciones del SSC se financian con recursos provenientes de: aportes estatales, salariales y patronales, las contribuciones de los seguros públicos y privados que forman parte del Sistema Nacional de Seguridad Social (SNSS), y aportes de las familias beneficiarias del Seguro.

El sector privado está integrado por entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, y empresas de medicina prepagada) y por organizaciones sin fines de lucro, entre las que se destacan la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), de amplia influencia prestacional, y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA). La Junta de Beneficencia de Guayaquil funciona con base en una tabla de tarifas que establece un precio especial para los pacientes de escasos recursos y se otorga el servicio sin costo a pacientes indigentes. Sus ingresos provienen de la Lotería Nacional y de donaciones. Finalmente, 19 empresas de medicina prepaga cubren a menos del 3% de la población de ingresos medios y altos, fundamentalmente.

Bibliografía consultada: CONASA, 2008; Giedion et al, 2010; Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, 2010; OPS, 2008<sup>b</sup>; Lucio et al, 2011.

# ECUADOR



**EL SALVADOR** El sistema de salud de El Salvador reproduce la organización característica de la región, con particularidades en términos de mecanismos de implementación y resultados durante la última década. El sector se encuentra liderado por el MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social), a cargo del Sistema Nacional de Salud creado en el 2007, y organizado en tres niveles: superior, regional y local. En el primero se ubica la Secretaría de Estado, entidad rectora de salud, que controla la gestión de los recursos asignados. El nivel sub-nacional está conformado por las Direcciones Regionales, asiento administrativo de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), y responsables del control de la gestión de los hospitales. El nivel local se encuentra constituido por la red operativa de los SIBASI: los hospitales y centros públicos. El modelo basado en la estructura de la oferta no define un paquete específico de prestaciones a cubrir. El financiamiento del MSPAS procede de recursos del gobierno central, y el Programa de Recuperación de Costos, proveniente del pago de “cuotas voluntarias” de los usuarios que utilizan las instalaciones del sistema público, particularmente en hospitales de segundo y tercer nivel, constituyéndose en una fuente de tensión sectorial.

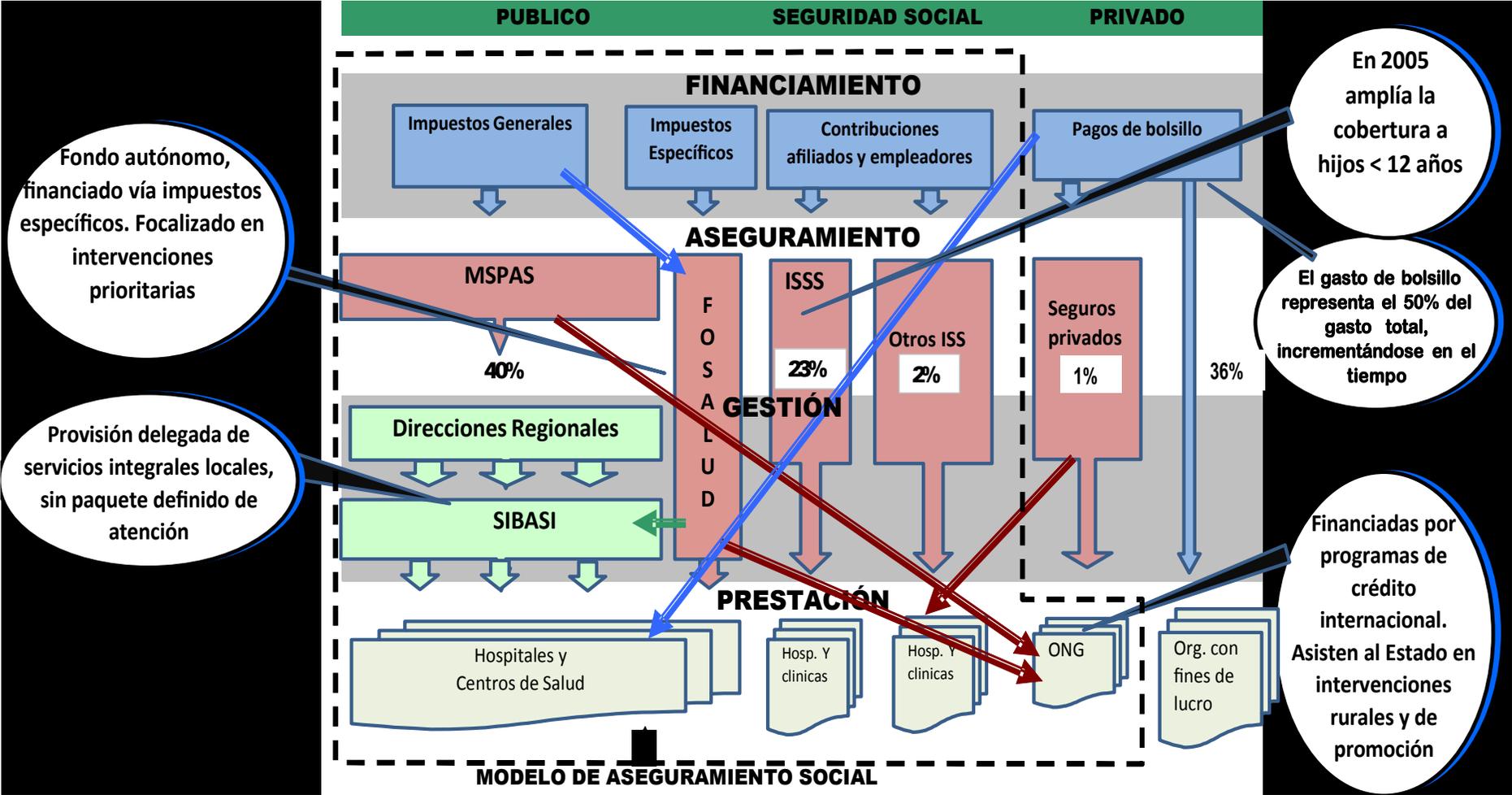
En 2004 se crea el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), institución autónoma financiera y presupuestariamente, vinculada al MSPAS. Su objetivo es desarrollar programas especiales que incrementen la cobertura de las necesidades básicas de servicios de salud e insumos de la población. Sus recursos provienen en parte de impuestos contenidos en la Ley Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas, la Ley de Impuesto sobre Productos del Tabaco y Ley de Gravámenes Relacionados con el Control y Regulación de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y Artículos Similares.

El ISSS (Instituto Salvadoreño de Seguro Social) es una entidad autónoma vinculada al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, encargada de garantizar cobertura de salud y pensiones a la población dependiente de un empleo formal. El Seguro Social cubre los riesgos de enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, maternidad, invalidez, vejez, muerte, y cesantía involuntaria de sus trabajadores y -con restricciones- de sus familiares. Su financiamiento proviene de aportes patronales, contribuciones salariales y transferencias directas del Estado Nacional. Existen asimismo una serie de instituciones de seguridad social de menor cobertura poblacional, tales como el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), de creación en el 2003, destinada a brindar servicios a los maestros, cónyuges a hijos hasta los 21 años, mediante contratación a prestadores privados y públicos; y la Sanidad Militar, responsable de los programas sanitarios dirigidos a la Fuerza Armada, y de la cual depende una serie de centros hospitalarios y unidades de atención, financiados por transferencias del Tesoro Nacional y de la venta de servicios.

El subsector privado incluye entidades lucrativas y no lucrativas, predominando un esquema atomizado de contratación y pago por prestación en una red de profesionales y sanatorios privados, más allá de las contrataciones del subsector público. La presencia de seguros privados de salud es limitada. Por su parte, El Salvador ha desarrollado, al igual que otras naciones centroamericanas, esquemas sistemáticos de contratación de ONGs para ampliar la cobertura de población rural y de bajos recursos con financiamiento público proveniente del crédito internacional. Ofrecen servicios médicos y preventivos y servicios de hospitalización en la capital, siendo el principal hospital de este tipo el hospital Pro-Familia. Como consecuencia de las limitaciones de la cobertura pública salvadoreña el gasto de bolsillo es elevado, representando la mitad del gasto total en salud, y reflejando una tendencia creciente.

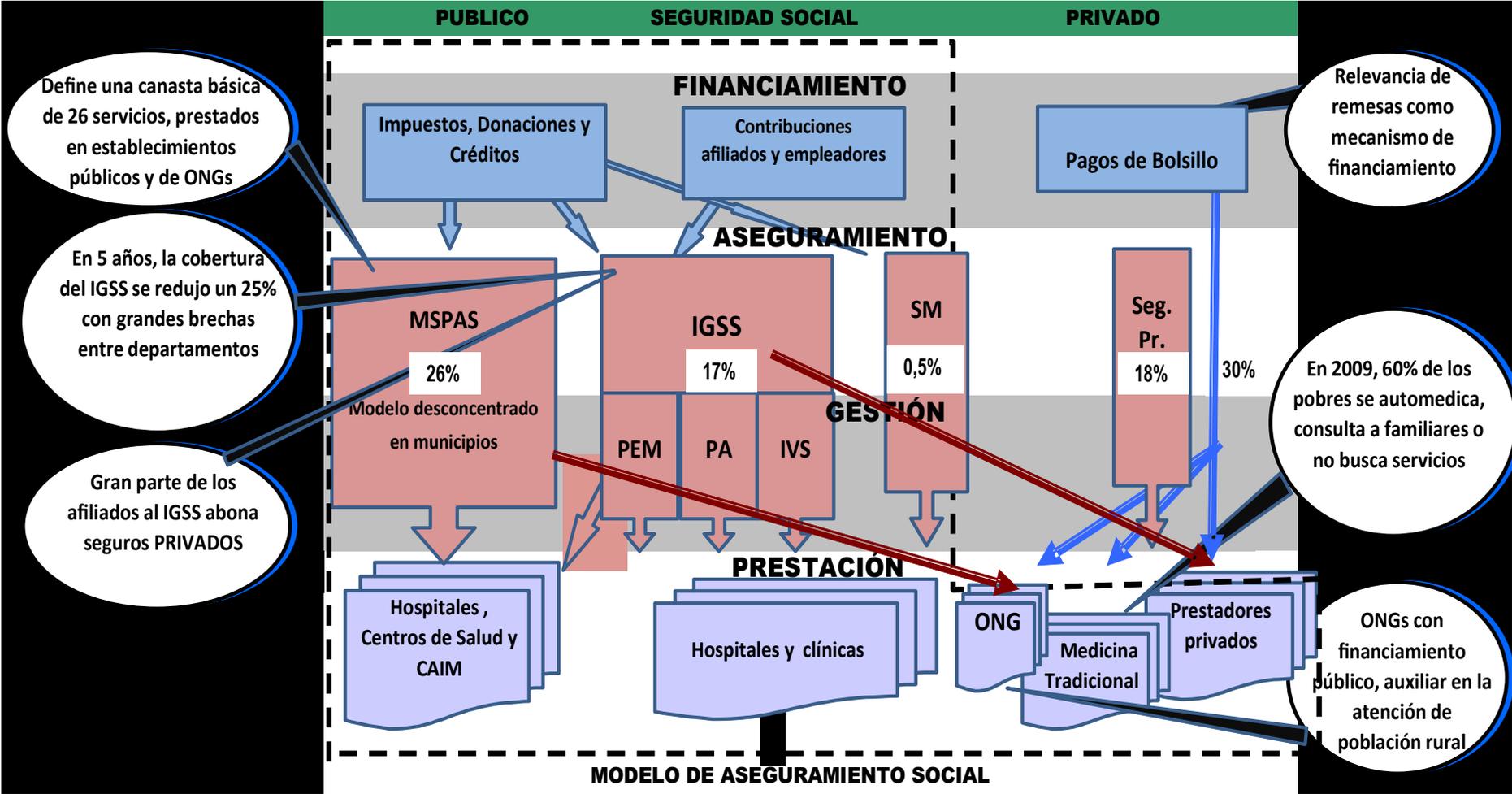
Bibliografía consultada: Acosta et al, 2011; ISSS, 2004; OPS, 2006.

### EL SALVADOR



**GUATEMALA** El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector de la salud en el país. Sin embargo, la segmentación sectorial limita su capacidad de regulación. En 2002, la Ley General de Descentralización y el Código Municipal delegaron en las Municipalidades la tarea de control sanitario y la administración de los servicios públicos de salud. El subsistema público es financiado por ingresos fiscales del Estado, más donaciones internacionales y, en menor medida, de cuotas de recupero en prestadores públicos, lo que aporta un 20% de los fondos sectoriales. Más allá de sostener la prestación de servicios en la red pública (Puestos de Salud y Centros de Atención Primaria), el MSPAS realiza asignaciones de fondos destinados a contratar por capitas a ONGs cuya función es proveer de servicios básicos de promoción y prevención en áreas rurales y alejadas de las grandes ciudades. Esta modalidad funciona mediante la definición de una canasta básica de intervenciones, principalmente en atención materno-infantil. Los servicios de segundo nivel son proporcionados por Centros de Salud y Centros de Atención Integral Materno-Infantil (CAIMI). El tercer nivel son servicios prestados por los centros hospitalarios distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional. El IGSS ofrece protección sanitaria a 18% de la población vinculada con el empleo formal, siendo la cobertura efectiva total conjunta del IGSS y el MSPAS del 48%, gracias al Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos (PECSB). A él se suman Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y el Ministerio de Gobernación, con influencia sobre 0,5% de los guatemaltecos. El IGSS es una institución autónoma del MSPAS, dirigida por su Junta Directiva. Se financia con contribuciones de los empleadores, los trabajadores afiliados y el Estado, y brinda cobertura a los trabajadores asalariados y sus familias (incluyendo niños/as hasta los cinco años). Existen barreras al ingreso a los servicios del IGSS, ajustándose a los programas desarrollados por la institución en cada departamento, concentrándose en zonas urbanas con mayor presencia de empleo formal. Esta disparidad se refleja asimismo en la cobertura de población originaria: en un país de amplio ascendente maya, solamente el 18% de los asegurados es indígena. El Instituto opera fundamentalmente con tres programas: el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS), el programa de Accidentes (PA), y el programa de Enfermedad y Maternidad (PEM). Las prestaciones se concentran en las instalaciones propias del IGSS y por su personal médico. Más allá de ello, el IGSS ha establecido convenios con el MSPAS y con médicos particulares como proveedores para casos específicos. Sin embargo, la población afiliada al IGSS utiliza hospitales privados en una misma proporción que los hospitales propios del IGSS, verificándose doble cobertura con seguros privados. Los prestadores con fines de lucro actúan a partir de consultas individuales, brindando atención al 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 8%, concentrados en grupos de altos ingresos y residentes en zonas urbanas. Organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas sin fines de lucro tienen importante presencia en zonas rurales, ofreciendo planes de prevención y atención en dispensarios, centros de salud y hospitales. De acuerdo al Ministerio de Salud, un tercio de los guatemaltecos utilizan la medicina tradicional indígena y aunque opera en el marco de estructuras comunitarias también funciona con base en pagos de bolsillo. La encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI, 2000) identificó que ante una necesidad de salud, 60% de la población de los estratos más pobres utiliza la automedicación, consulta a un familiar o no hace nada por resolver el problema. A partir de ello, el 65% del gasto total en salud corresponde a desembolsos directos de las familias, del cual gran parte se dirige a la compra de medicamentos, lo que refleja la informalidad del sector sanitario y la tendencia a auto-medicación. En 2001 la Ley de Desarrollo Social definió la Política de Desarrollo Social y Población, y dio paso a una serie de iniciativas destinadas a grupos poblacionales específicos: se crearon establecimientos para atender emergencias obstétricas en lugares en riesgo, se creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva, y se extendió la cobertura de los regímenes de maternidad y enfermedad común provistos por la seguridad social a cuatro provincias. Bibliografía consultada: Becerril-Montekio et al., 2011<sup>c</sup>; Flores, 2008; OPS, 2007<sup>p</sup>.

# GUATEMALA



**GUYANA** El Ministerio de Salud (MS) es la autoridad sectorial, teniendo a su cargo las acciones de planeamiento, gerenciamiento de recursos y regulación de prestadores públicos y privados del país. La autoridad ministerial se encuentra asistida por una Secretaría Permanente y un Oficial Médico en Jefe, con responsabilidades administrativas y técnicas, respectivamente. Los recursos monetarios provienen de ingresos del Tesoro a nivel nacional en un 65% aproximadamente, con una incidencia de recupero de costos que no alcanza el 0.5% del presupuesto público sectorial.

La responsabilidad en la prestación de servicios públicos se realiza a través de la gestión de comités regionales democráticos, Regional Democratic Councils, que reciben sus fondos del Ministerio de Gobierno Local a través del MS, quien provee asistencia en recursos humanos y tecnología, reservándose el desarrollo de programas verticales. En 2005 se promulga la Ley de Autoridades Regionales y la del MS, estableciendo las responsabilidades de cada uno.

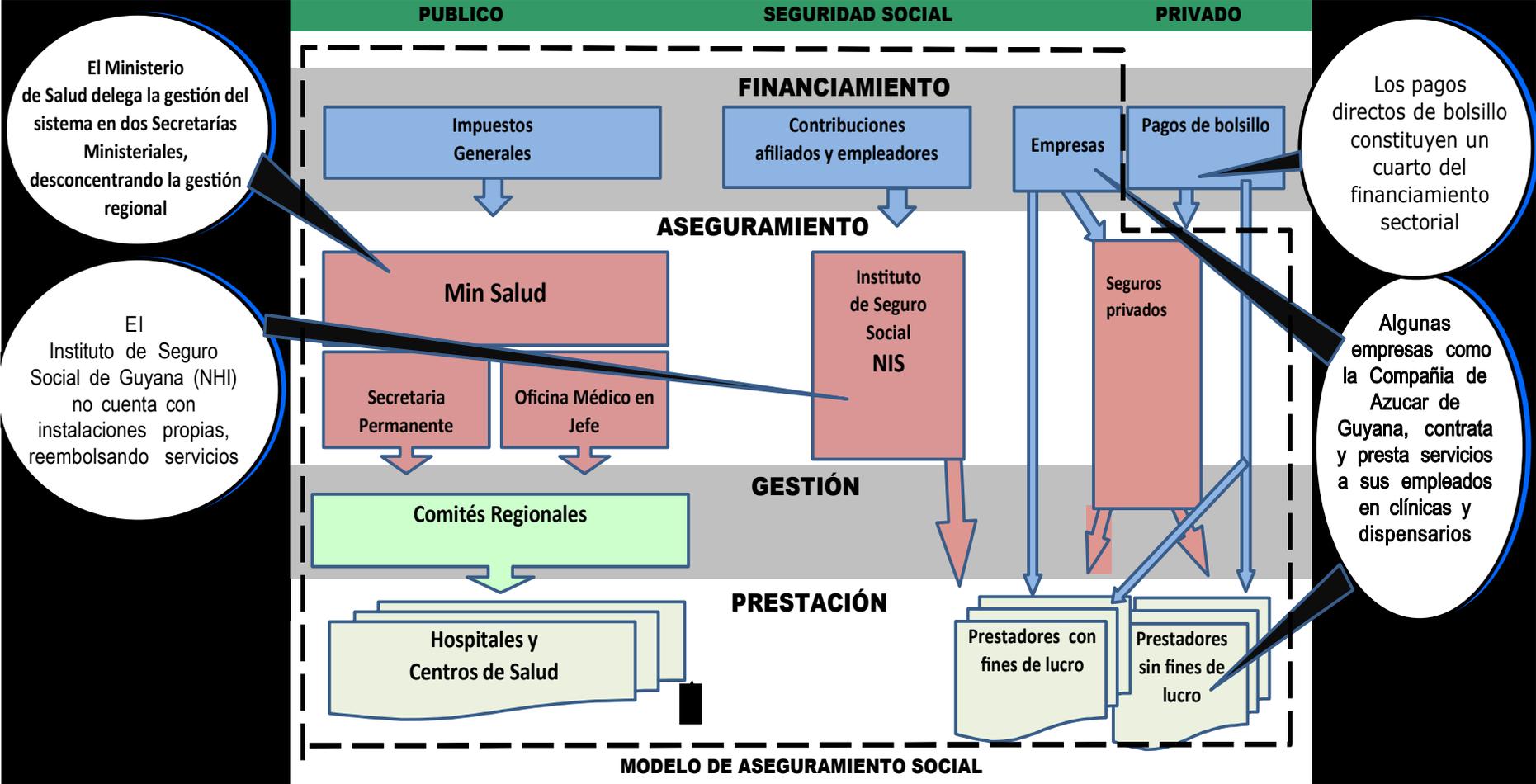
El país se encuentra dividido en diez regiones administrativas, en tanto el sistema de salud establece cinco niveles de atención, que se extienden desde postas sanitarias y centros de salud, a hospitales distritales, regionales y nacionales de referencia, coordinados con el nivel central mediante un Regional Health Officer cada una. La estructura de referencia y contra-referencia en el sistema de asistencia pública se ha desarrollado a partir de las barreras geográficas existentes en el país. Sin embargo, limitaciones en la capacitación y actualización del personal, la falta de equipamiento e insumos frecuentemente dirige a la población a centros de complejidad mayor, generando fallas en la asignación de recursos.

Guyana cuenta asimismo con un sistema nacional de aseguramiento (NIS, en inglés), que actúa como un seguro social obligatorio para empleados públicos y privados, no cubriendo dependientes familiares, ni población subsidiada, con una cobertura de aproximadamente 18% de la población, con frecuente doble afiliación con seguros privados. El sistema ofrece un grupo de beneficios en caso de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo, así como servicios de pensiones y discapacidad. La cobertura de consultas, hospitalización, cirugía, medicamentos y tratamiento en el exterior se realiza mediante devolución de gastos pagados por el paciente, no contando con instalaciones propias.

El sector privado está representado en Guyana por una red de diez hospitales con fines de lucro, clínicas, ONGs y profesionales independientes, mayoritariamente en áreas urbanas, que brindan servicios contra pagos por prestación, con un rápido desarrollo durante las últimas décadas. Algunas empresas como la Guyana Sugar Corporation (GUYSUCO) utilizan mecanismos de cobertura de salud de sus empleados y personal mediante clínicas propias o desembolsos directos a prestadores, en tanto menos del 1% de los recursos corresponden a la compra de seguros privados de salud, según datos del año 1997. Los pagos de bolsillo de las familias representan un cuarto de los fondos de salud del país, concentrándose más de la mitad del mismo en la compra de medicamentos.

Bibliografía consultada: OPS, 2007<sup>e</sup>; OPS, 2007<sup>f</sup>; OPS/OMS, 2003.

### GUYANA



**HAITÍ** El sistema de la salud se encuentra organizado básicamente en dos sectores, público y privado, donde el Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP) es la autoridad rectora del país, con 35% de la infraestructura sectorial.

El MSPP cuenta con un nivel central con escasa capacidad operativa y regulatoria, dirigido por un Ministro y un Director General, de los que dependen una serie de oficinas que ejecutan programas verticales. Se agregan nueve niveles departamentales de salud, y unidades de salud comunitaria (USC). Las limitaciones estructurales del país hacen que el sistema público opere con extrema autonomía, sin una visión sistémica de redes de atención.

El financiamiento de este sub-sector descansa masivamente en la cooperación externa, que da cuenta del 56,7% de los recursos, la mayoría no reembolsables, proveniente de la Unión Europea, USAID, Japón, Francia, España, y otras instituciones multilaterales.

En Haití existe un Sistema de Seguridad Social que provee ciertos beneficios a sus contribuyentes, un pequeño número de 45,000 trabajadores públicos dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales. Desde 1999 cuentan con seguros médicos y de accidentes (a través de las agencias de accidentes ocupacionales, enfermedad y maternidad, y de vejez), aunque sus prestaciones no son diferenciadas del sector público.

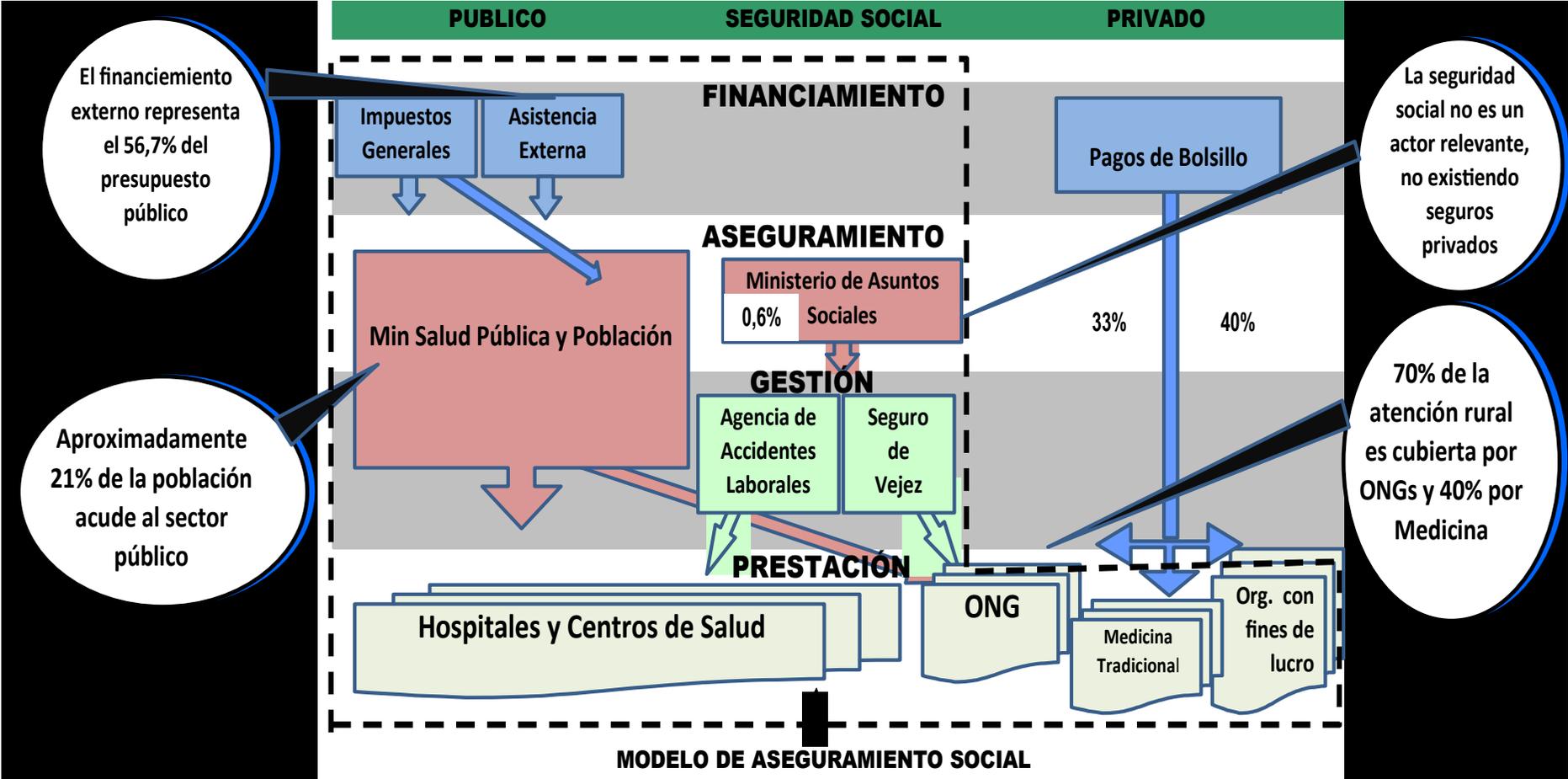
La información disponible sobre la cobertura sanitaria de la población en Haití es escasa, y poco confiable. Referido al acceso a atención primaria, se observa que para el año 2000, 21% asistía a instalaciones públicas de baja calidad, en tanto la cobertura del seguro social era marginal y cercana al 0,6%, y 38% recurría a proveedores privados (porcentaje que se eleva a 70% en zonas rurales), sin presencia de seguros particulares.

Sobre las características de tales proveedores, no existe un registro definido sobre su disponibilidad en Haití, aunque se conoce de la presencia de una amplia variedad de ONGs e instituciones vinculadas a Iglesias de diferentes credos, y financiadas por ayuda internacional directamente o a través del MSPP. Se estima que el 40% de la población utiliza medicina tradicional, especialmente en áreas rurales y de menores ingresos.

Debido a esta crítica situación, en 2004 se diseñó un paquete básico que planeaba extender la cobertura a población priorizada: 350.000 madres y niños (4% de la población) con criterios geográficos y demográficos definidos. El paquete incluía salud materno-infantil, control de ciertas enfermedades transmisibles, nociones de educación, promoción y emergencias, e intervenciones curativas tradicionales. Su oferta prestación se encontraba a cargo de ONGs y otros proveedores públicos y privados que recibirían un pago capitado por parte del Ministerio. Sin embargo, la falta de información disponible sobre la disposición de la población y el avance de la crisis económica y política reciente llevó a la interrupción de la iniciativa.

Bibliografía consultada: IDB, 2003; Cercone, 2006; Mesa Lago, 2005; PAHO 2003.

# HAITÍ



**HONDURAS** La Secretaría de Salud (SS) es la instancia rectora del sistema hondureño, con la asistencia del Consejo Nacional de la Salud (CONSALUD), para la coordinación del sector, y el Consejo Consultivo de la Calidad (CONCASS) entre otros. El presupuesto de la SS recibe recursos del Tesoro Nacional principalmente, con fondos adicionales de donaciones y alivio de la deuda nacional.

La estructura sanitaria del país se divide en tres niveles: el primero incluye centros de salud rurales (CESAR), centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO), clínicas materno infantiles (CMI) y clínicas periféricas de emergencia (CLIPER). El segundo, involucra a los hospitales departamentales y hospitales regionales de referencia, y el tercero, se encuentra formado por los hospitales nacionales. La SS está organizada administrativamente en 18 regiones departamentales y dos metropolitanas, brindando servicios ambulatorios y de internación en sus propias instalaciones, sin un paquete definido de servicios. Se calcula que 45% de la población acude a la SS como primera fuente de atención, y 17% de los hondureños no cuenta con acceso regular a servicios de salud.

Por su parte, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una institución descentralizada, administrada por una Junta Directiva, y brinda cobertura a los trabajadores formales, servicios de maternidad para los/as beneficiarios indirectos, y atención a los niños y niñas hasta los 11 años de edad. Sus recursos provienen de aportes de empleadores, contribuciones salariales y fondos del Estado. El IHSS implementa sus acciones de salud a través de varios programas, entre los cuales se destacan el REM (Régimen de Enfermedad y Maternidad) y el RIVM (Invalidez, vejez y muerte). Su cobertura responde a un 18% de la población. Dispone de instalaciones propias para el segundo y tercer nivel, particularmente en las dos grandes ciudades del país, por lo que contrata gran parte de sus prestaciones con médicos de primer nivel y sanatorios privados y públicos.

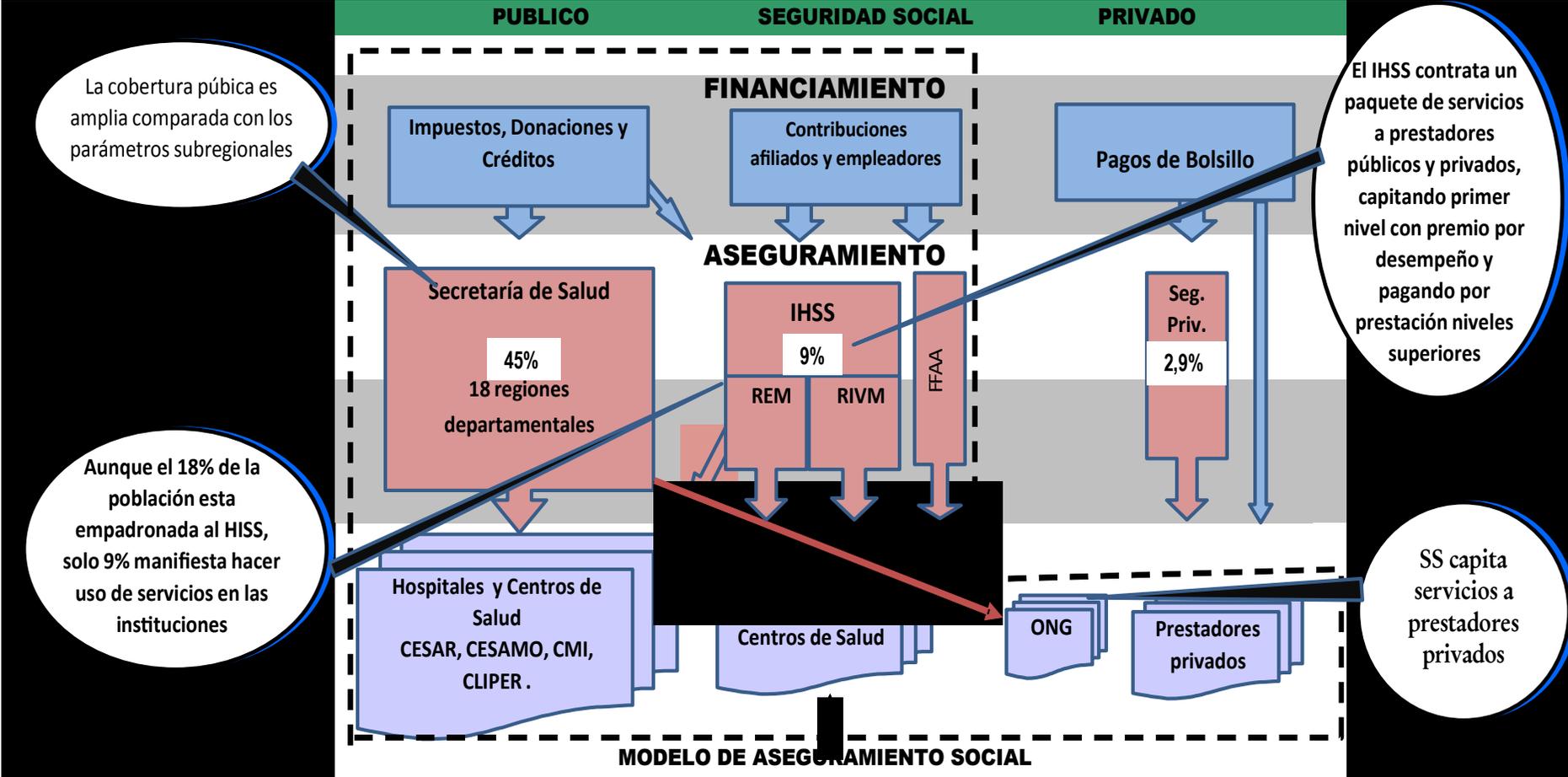
En 2003 se inició el programa “Sistemas Locales de Seguridad Social” (SILOSS), orientado a extender la cobertura sanitaria al interior del país. El mismo se articula mediante contratos del IHSS con servicios públicos y privados, capitados con incentivos en el primer nivel de atención, y con pagos por prestación para niveles subsiguientes. El primer nivel se define a través de Equipos de Salud Familiar (ESAF) por cada 5,000 derechohabientes, donde cada ESAF está constituido por un médico, una enfermera, un auxiliar, un promotor de salud y un asistente técnico (a cargo del reclutamiento de afiliados).

Instituciones complementarias del sistema público hondureño son la Secretaría de Defensa con el Hospital Militar y el Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia, que contribuye al sistema de salud con programas de atención primaria. El Programa de transferencias condicionadas “Asignaciones Familiares” (PRAF) ejecuta el programa Bono Solidario en Salud Materno Infantil, concentrándose en embarazadas y niños/as.

El sector privado con fines de lucro se financia con pagos de bolsillo y mediante la venta de seguros de salud. Existen once aseguradoras de salud, con participación creciente, reguladas por la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS). Estos seguros voluntarios financian prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral de acuerdo a contratos individuales o colectivos. Su cobertura es de aproximadamente el 3% de la población, concentrándose en aquellos grupos de mayores recursos. Finalmente, Los prestadores privados sin fines de lucro, ONGs y congregaciones religiosas financian sus actividades con donaciones internas y externas.

Bibliografía consultada: Bermúdez-Madriz, et al, 2011; ENDS, 2006; OPS, 2009<sup>c</sup>; Rodríguez Herrera, 2006<sup>a</sup>; Sojo, et al, 2009.

# HONDURAS



**JAMAICA** El sistema jamaicano de aseguramiento social en salud se define a partir de un modelo de cobertura universal, organizado a través de un sistema único dependiente del Ministerio de Salud (MS), originado en la Public Health Services Act y el British National Health Service. El MS recibe los fondos del Ministerio de Finanzas, que se obtienen a través de impuestos directos de firmas e individuos, e impuestos indirectos (lotería, tabaco, alcohol). Asimismo, 20% proviene de donaciones y 14% de mecanismos de recuperación de costos (abonos), para el período fiscal 2004-2005.

Como en otras naciones del Caribe inglés, Jamaica no cuenta con un instituto de seguridad social, de modo que la solidaridad del sistema de aseguramiento social depende del grado de progresividad o regresividad del esquema impositivo y de los mecanismos de asignación de fondos para los cuidados de salud. El modelo no ofrece un paquete básico de atención definido, ni tampoco cuenta con criterios de priorización de pacientes en función de niveles de ingreso, sexo o geografía.

La prestación de servicios públicos se organiza a través de una red de establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria compuesta por 24 hospitales, incluido el Hospital de la Universidad de las Indias Occidentales. Estas instituciones dependen de cuatro regiones subordinadas cada una de ellas a autoridades sanitarias descentralizadas, las Autoridades Sanitarias Regionales (RHA en inglés), de acuerdo a la Ley Nacional de Servicios de Salud en 1997. El pago de salarios así como la política de inversiones, depende directamente del MS, en tanto que los responsables regionales cuentan con potestad para asignar fondos entre hospitales y adquirir medicamentos. El nivel regional está facultado para contratar servicios a terceros, aunque esta modalidad de cooperación público-privada no es frecuente. Existe una estructura de abonos hospitalarios generalizada, con el objetivo de alcanzar un piso del presupuesto hospitalario.

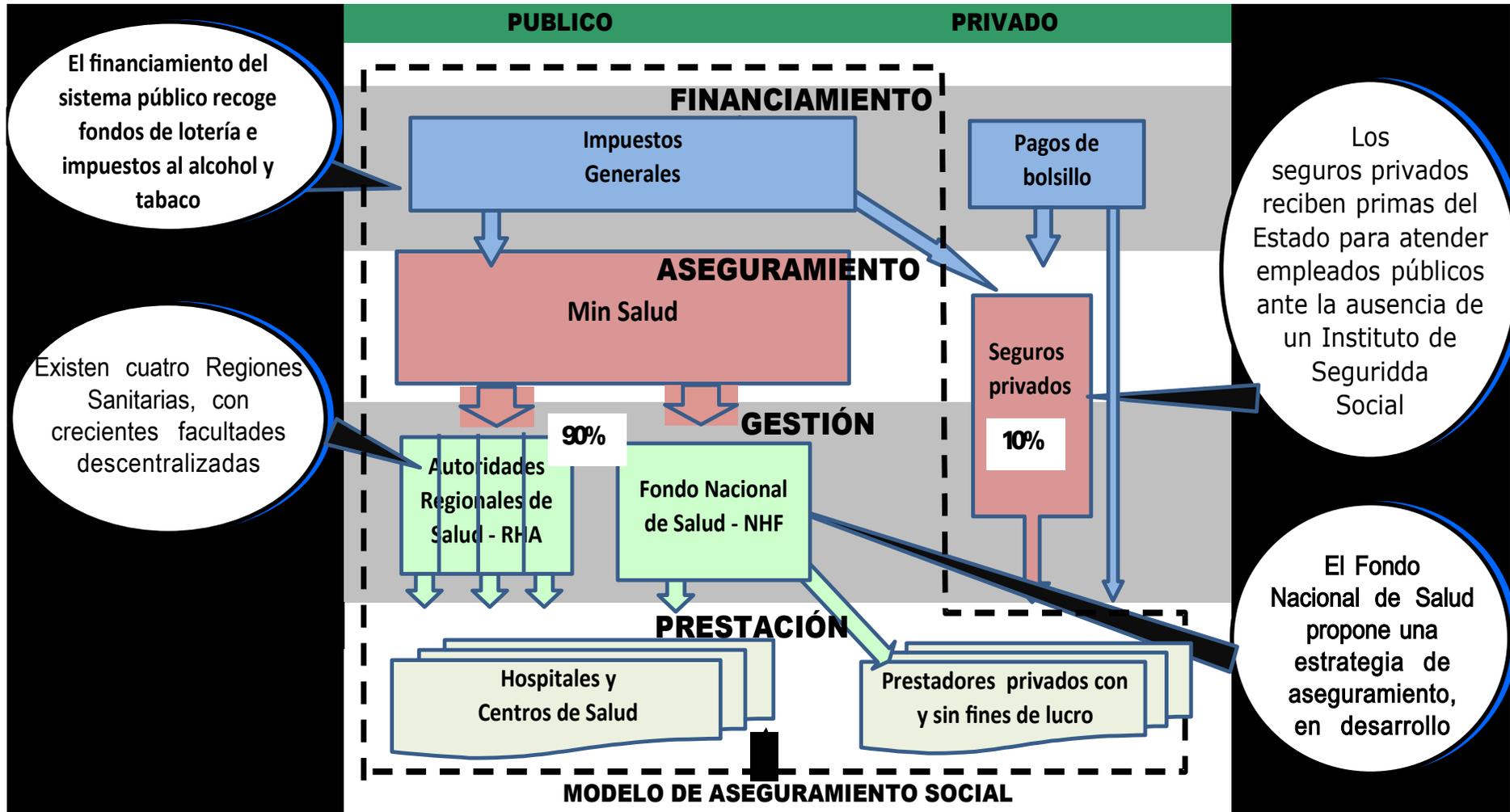
En 2002 se crea un organismo público autónomo financiado por el Tesoro nacional, el Fondo Nacional de Salud (NHF), con el fin de instaurar un Seguro Nacional. El mismo se articuló mediante una serie de iniciativas, entre ellas brindar ayuda para la compra de medicamentos recetados de enfermedades crónicas, y proporcionar ayuda a organizaciones del sector público y privado para proyectos sanitarios, particularmente vinculados con la promoción y prevención de la salud.

Paralelamente, Jamaica cuenta con un creciente sistema de seguros privados independientes, donde Blue Cross de Jamaica es la empresa líder que cuenta, entre otras firmas adheridas, con el Estado nacional que abona las primas de los empleados públicos del país. Las compañías de seguros reciben recursos de fondos específicos (generados por contribuciones de empleados públicos, empresas de teléfonos y de cemento, entre otros), y de contribuciones de firmas pequeñas y medianas. Las primas son utilizadas para abonar servicios de salud, contratando por prestación médicos y hospitales públicos y privados. La cobertura total de este subsistema es de un 10% de la población del país.

La presencia del sector privado se completa con la prestación de servicios personales o institucionales, donde participan organizaciones no gubernamentales, unos 2.000 médicos particulares, clínicas y ocho hospitales privados. Gran parte del cuidado ambulatorio se realiza en el área privada del sistema.

Bibliografía consultada: Maceira, 2001; OPS, 2001<sup>b</sup>; OPS, 2007<sup>e</sup>; OPS, 2007<sup>f</sup>.

# JAMAICA



**MÉXICO** El sistema de salud de México se encuentra organizado a través de un sector público y un sector privado: El primero cuenta con dos sub-sectores, uno dependiente del directamente del Ministerio de Salud (MS) y financiado mediante recursos fiscales, y un subsector de seguridad social organizado en institutos vinculados con el empleo formal, cuyos recursos surgen de contribuciones salariales y patronales (en ocasiones el mismo gobierno como empleador).

Entre los actores de la seguridad social se destacan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR). Ellos brindan servicios a los trabajadores formales y sus familias en estructuras de gestión y prestación propias e integradas, de primer, segundo y tercer nivel, sin ajustarse a un paquete definido de servicios.

Paralelamente, entre los instrumentos utilizados por el Estado mexicano para brindar cobertura a la población sin seguridad social se encuentran: la Secretaría de Salud (SSa) -en su rol de rectoría y planificación estratégica del sector-, los Servicios Estatales de Salud (SESA), el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), y el Seguro Popular de Salud (SPS). La SSa y los SESA se financian mayoritariamente con recursos del gobierno federal, gobiernos estatales y cuotas de recuperación abonadas por los usuarios. Estas instituciones cuentan con personal e instalaciones propias, incluidas en los presupuestos federales y estatales, concentrándose en el cuidado de la población sin cobertura. Por su parte, el IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, y brinda servicios ambulatorios y materno-infantiles en instalaciones del IMSS de primer y segundo nivel a población rural sin acceso a servicios públicos.

A partir de 2004, con la reforma al sistema de salud, la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y del Seguro Popular en Salud (SPS) se diseñó un mecanismo para asegurar voluntariamente a la población mediante una canasta de prestaciones, cofinanciado por aportes federales y estatales, y un pago anticipado en función del ingreso.

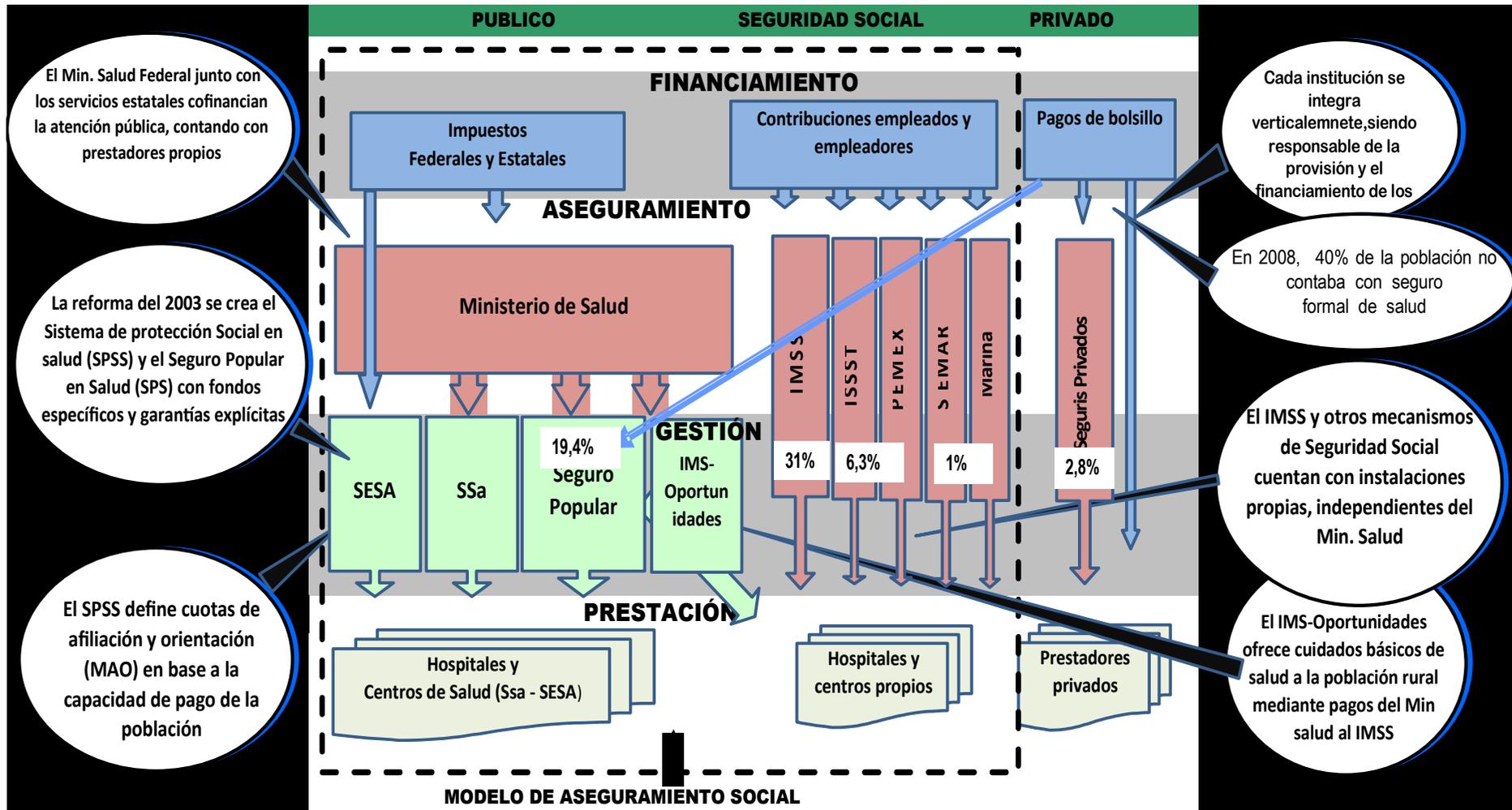
La población objetivo del SPS la constituyen personas de bajos recursos sin empleo, cuentapropistas, y que no se encuentran beneficiados por ninguna institución de seguridad social. Previamente, los 2.5 millones de familias no aseguradas pertenecientes a los segmentos más pobres recibían únicamente intervenciones de salud comunitaria y preventiva básica mediante el programa de “combate a la pobreza” denominado Oportunidades. A partir del 2004, las familias afiliadas al SPSS tienen acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan las necesidades de salud. Las instalaciones utilizadas son aquellas de la SSa, los SESA y la contratación de proveedores privados. El SPSS, mediante Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) evalúa a las familias que lo solicitan y determinan la cuota familiar a cubrir según su condición económica, ingresando en el registro del programa.

Para el año 2008, y según la encuesta de hogares ENIGH 2008, 40% de la población no estaba asegurada, mientras que el 60% reportaba tener algún tipo de seguro. De los asegurados, 52.3% estaba cubierto por el IMSS (31.2% del total), 10.6% por el ISSSTE (6.3%), 32.5% por el SPS (19.4%), 4.7% por otros seguros (2.8%).

El sector privado, por su parte presta servicios a la población con mayor capacidad de pago, financiándose mediante primas de seguros médicos y la remuneración al momento de recepción de servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados.

Bibliografía consultada: Frenk J, et al., 2007; Gómez Dantés, et al, 2008; Knaul, et al, 2005; Knaul, et al, 2010; Secretaría de Salud, 2010.

# MÉXICO

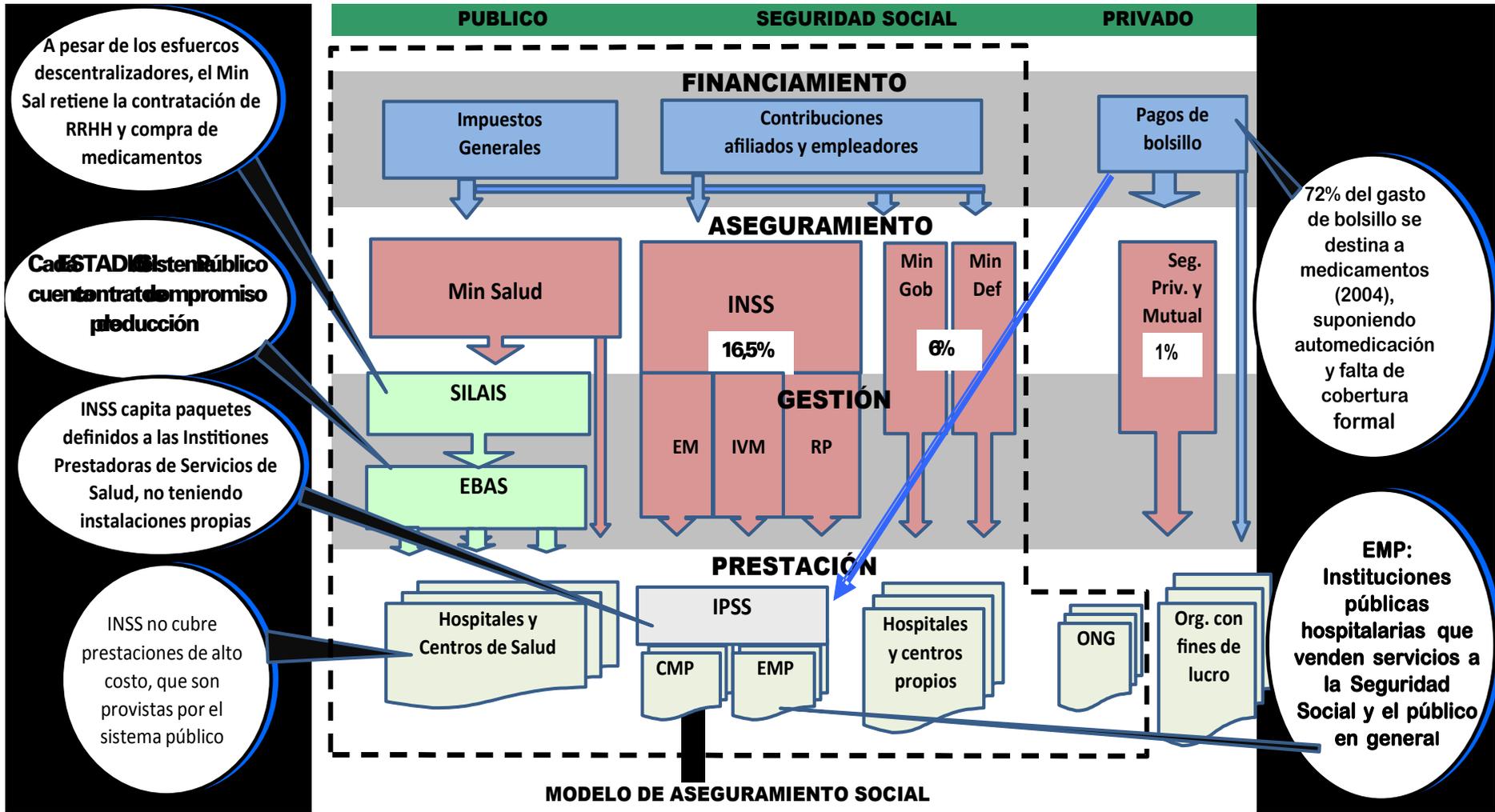


**NICARAGUA** El Ministerio de Salud (MINSa), órgano rector del sector, diseña planes y programas, regula y coordina el accionar de otros actores, y dirige directamente la ejecución de la política de salud del Estado. Conjuntamente con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), y los servicios médicos del Ministerio de Gobernación (MIGOB) y Defensa (MIDEF), constituye las instituciones públicas de salud nicaragüense. A partir de los '90s el MINSa articula la gestión sectorial a través de 17 SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud), encargados de la gestión descentralizada en departamentos y municipios. Conjuntamente con los EBA (Equipo Básico de Atención), los SILAIS definen necesidades financieras de cada municipio, y se establecen compromisos de gestión con los hospitales, en sintonía con los Planes Locales de cada jurisdicción. Para el 2008 se previó el paso de los hospitales públicos a manos del SILAIS, dejando de percibir sus presupuestos directamente del MINSa. Adicionalmente se consolida un sistema comunitario de atención conformado por redes de brigadistas, parteras y trabajadores voluntarios que utilizan como centros de atención las denominadas "casas base" y "casas maternas", con protagonismo en la estrategia del Plan Nacional de Salud. Según la Política Nacional de Salud 2008 (PNS), 35% de la población rural aún no tiene acceso a ningún servicio público. Por su parte el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) administra tres programas: el Régimen Integral, que comprende los Seguros de Enfermedad y Maternidad (EM), el de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el de Riesgos Profesionales (RP). A ellos acceden trabajadores del sector formal, privado y público, cónyuges en estado de pre y postparto e hijos de hasta 12 años. La afiliación es obligatoria y se concentra principalmente en zonas urbanas, con grandes brechas entre regiones, abarcando el 16,5% de la población del país. Otros fondos públicos de seguridad social basados en el empleo, son los dependientes del Ministerio de Gobierno y de Defensa, con un 6% de cobertura entre ambos.

El financiamiento del sector público proviene de impuestos generales dirigidos al Tesoro Nacional, la venta de servicios al INSS y con recursos de cooperación internacional canalizados principalmente a través de FONSALUD, mientras que el INSS se financia de manera tripartita: aportes del Estado, los empleadores y aportes salariales. El Sistema Nacional Único de Salud se gestiona a partir de un Conjunto de Prestaciones de Salud (CPS), brindado por las clínicas y hospitales propios del MINSa, el MIDEF y el MIGOB, para cada uno de sus grupos poblacionales objetivo. Los establecimientos del MINSa se organizan en forma de red mediante puestos y centros de salud familiar, hospitales y policlínicos, y servicios nacionales de tercer nivel. El INSS no cuenta con instalaciones propias, contratando servicios capitados con Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS) del sector público y privado (Clínicas de Medicina Previsional -CMP, y Empresas de Medicina Previsional -EMP-), y organizaciones con y sin fines de lucro. El 20% de las EMP existentes en el país pertenecen al MINSa. El INSS estableció una canasta básica de servicios sin cobertura integral, de modo que para los eventos de alto costo y enfermedades crónicas sus afiliados recurren a las instalaciones del gobierno, o a la compra de servicios privados. Para el período 2000-2004 el gasto de los Hogares ha sido 50.2% del gasto total en salud, con un peso significativo de los costos de automedicación. El sector privado cuenta con hospitales, clínicas y organismos no gubernamentales (ONGs), algunas de ellas establecidas como Empresas Médicas Previsionales, contratados por el INSS, a las cuales pueden adherir sus asegurados. Existen asimismo algunas mutuales y micro financieras que afilian trabajadores cuentapropistas, y planes de seguro de salud privado con fines de lucro con escasa cobertura. A partir de 2007, el Gobierno definió el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MSFC), a fin de fortalecer la acción preventiva, el enfoque familiar y el trabajo extramuros. La introducción de la "política de gratuidad" en enero del mismo año se alinea con tal iniciativa.

Bibliografía consultada: Maceira et al, 2004; Mathauer, I. et al., 2009, Muiser, et al, 2011; OPS, 2008<sup>c</sup>.

# NICARAGUA



**PANAMÁ** El sistema de salud panameño ofrece un esquema dual, característico de las naciones latinoamericanas. De acuerdo a la información provista por el Banco Interamericano de Desarrollo, el 34% de la población recurre al sistema público de salud, en tanto que 66% cuenta con cobertura teórica de la Caja de Seguro Social (CSS), porcentaje elevado para el promedio regional. A pesar de numerosos intentos de coordinación, siguen existiendo bolsones de subsidio cruzado entre subsistemas, con limitadas estructuras de acción conjunta entre ambos. Aproximadamente un tercio del gasto en salud proviene de los bolsillos de los ciudadanos. Si bien el Ministerio de Salud (MS) representa el rol de regulación y vigilancia del sistema y oferta servicios en todo el país mediante catorce regiones sanitarias en provincias y comarcas, el MS y la CSS diseñan programas, financian intervenciones y proveen sus servicios separadamente. El origen de los recursos gestionados por el MS proviene del Tesoro Nacional. En tanto, la Caja de Seguro Social provee servicios de atención directa a la población beneficiaria, mayormente trabajadores formales, sus familias y afiliados voluntarios, para lo cual cuenta con un presupuesto aprobado por la Junta Directiva de esa entidad.

Tanto el MS como la CSS cuentan con una red propia de prestadores de servicios en los tres niveles de atención, que manejan centralizadamente, con limitado grado de desconcentración. Excepcionalmente, la CSS compra servicios de salud a terceros, tanto al MS como a proveedores del sector privado mediante pagos por servicio. Asimismo, los hospitales públicos frecuentemente reciben población asegurada de la CSS, con limitado éxito en los mecanismos de recupero de costos. En los casos que resultan exitosos, tales fondos son administrados directamente por las regiones o los hospitales públicos prestadores. En esta dirección, en 1998 ambas instituciones inauguraron el primer hospital integrado con financiamiento de ambas instituciones (Hospital San Miguel Arcángel).

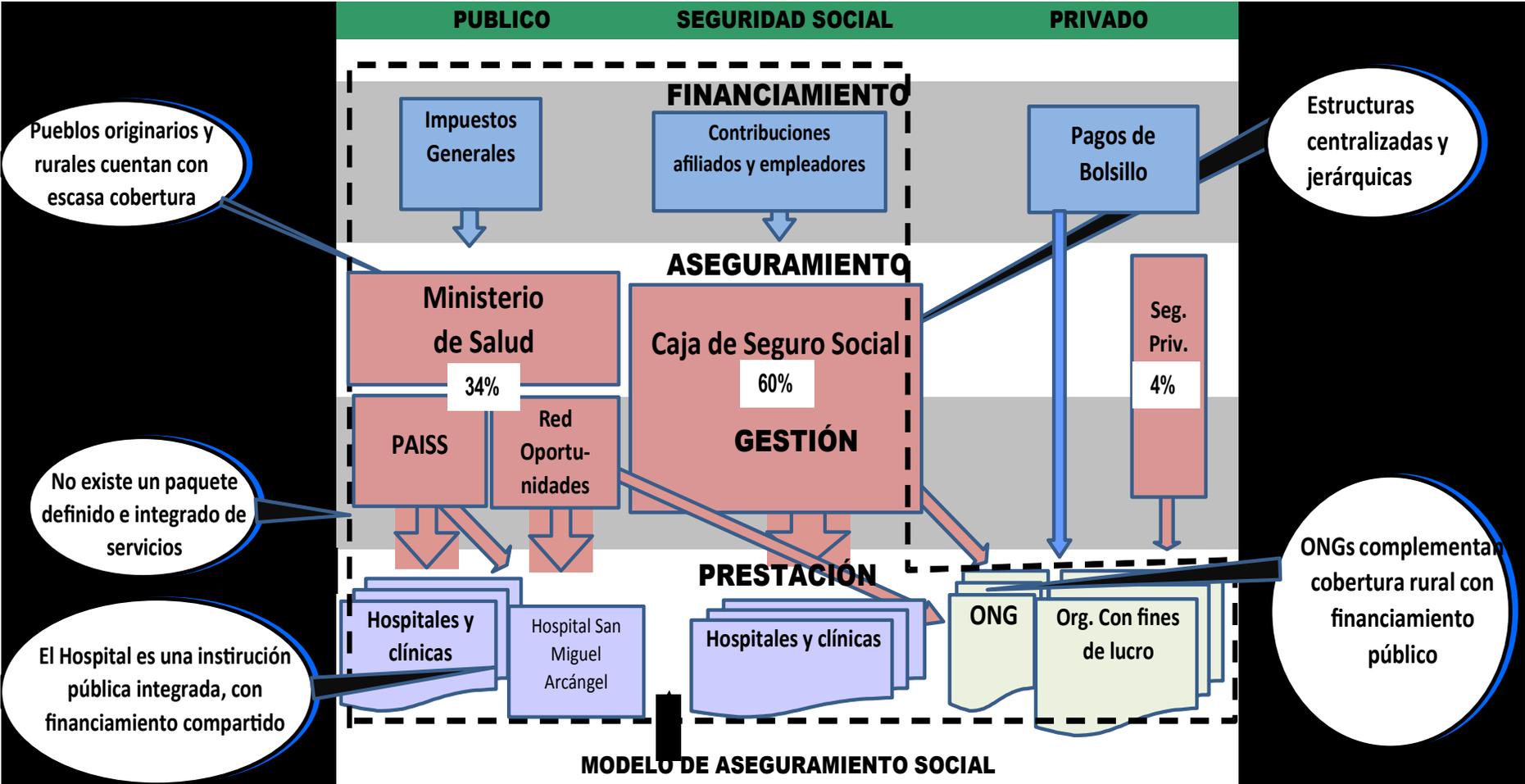
El MS diseña Planes de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS), con actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación, implementados a nivel local mediante ferias de salud (institucionales y con personal del MINSA). Paralelamente, el Sistema de Protección Social-Red de Oportunidades atiende los problemas de salud de comunidades rurales o distantes, mediante la convocatoria de ONGs u Organizaciones Extra Institucionales (OE), en áreas donde la oferta del MS es limitada o inexistente. Frecuentemente, la población objetivo de estas iniciativas la constituye las poblaciones indígenas, donde no existen referencias estadísticas completas sobre la cobertura y acceso a servicios.

El sector privado se compone principalmente de prestadores directos (instituciones hospitalarias y profesionales), con pagos por prestación, y entidades financiadoras o prepagos, que cubren un 4% de la población. Finalmente, la Autoridad del Canal de Panamá (ACP) financia y provee un Programa de Seguridad y Salud Ocupacional para los trabajadores que trabajan en sus instalaciones.

Durante los últimos años, se plantea la necesidad de una reforma que avance hacia un sistema único de salud, y mayor desconcentración de funciones a nivel local. Los convenios o contratos entre el MS y sus propios establecimientos definen los requerimientos y responsabilidades de las regiones y hospitales en el marco del proceso de descentralización del Gobierno Nacional. Paralelamente, el MS se ha abocado al desarrollo de programas de atención básica en poblaciones priorizadas, con resultados auspiciosos. Tal es el caso del Sistema de Protección Social y el Programa Red de Oportunidades, iniciado en el 2006, basado en transferencias condicionadas a controles materno-infantiles, servicios preventivos y nutricionales, fundamentalmente.

Bibliografía consultada: Becerril Montekio, et al., 2008<sup>b</sup>; Maceira, 2008<sup>b</sup>; Ministerio de Salud Panamá, 2009; OPS, 2007<sup>c</sup>.

# PANAMÁ

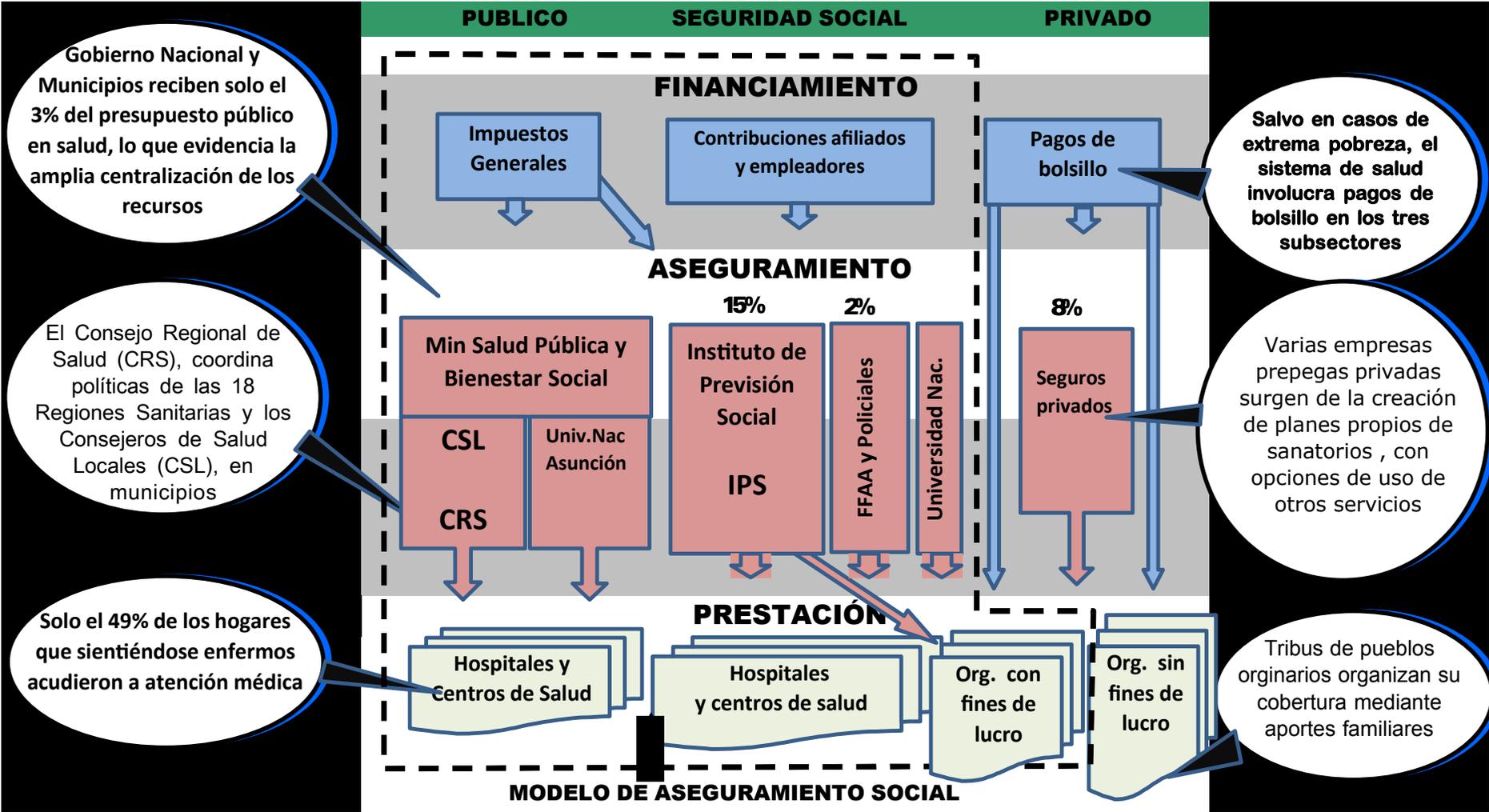


**PARAGUAY** El sistema de salud en Paraguay está compuesto por tres subsectores: el público, la seguridad social y el privado. Cada subsistema cuenta con una fuerte integración vertical entre las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión, no existiendo articulación entre subsectores, lo que lleva a superposición de tareas. El subsector público se compone del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) que presta servicios de salud preventiva y curativa, en el primer, segundo y tercer nivel de complejidad a toda la población paraguaya. También pertenece a este subsistema la Sanidad Policial y Militar, que provee servicios básicos y especializados a sus empleados activos, los retirados y sus familiares. Por su parte, la Universidad Nacional de Asunción, a través de los hospitales públicos dependientes de la Facultad de Medicina. El MSPyBS es el rector del sistema de salud, aunque comparte la responsabilidad de autoridad sanitaria con la Superintendencia de Salud (SS), creada en 1996 dentro del Sistema Nacional de Salud, dando apoyo al Consejo Nacional de Salud sobre asignación y uso de recursos, auditoría y el control técnico de las entidades prestadoras. Paralelamente, el Consejo Regional de Salud, a cargo del Secretario de Salud de cada una de las 18 gobernaciones, es la instancia coordinadora con las políticas nacionales, y articula con los Consejos de Salud Locales. Con el proceso de descentralización iniciado hace más de una década se definieron los roles que corresponden a cada actor del sistema, transfiriéndose propiedad de los centros y hospitales y los recursos para financiarlos a las municipalidades, manteniendo el MSPyBS el pago de los salarios a los trabajadores de la salud. Sin embargo, la brecha entre regiones dificulta la implementación de los Acuerdos de Descentralización. El subsistema público se financia a través de impuestos generales, créditos y aranceles por prestación de servicios en establecimientos públicos. Un estudio reciente del Banco Mundial señala que sólo la mitad de la población que requirió de servicios de salud tuvo acceso a ella. Por ello, desde 2001 se ha promulgado una serie de resoluciones tendientes a fomentar la gratuidad para embarazadas y menores de diez años, mediante el otorgamiento de medicamentos y vacunas.

La Seguridad Social opera a través del Instituto de Previsión Social (IPS) ofreciendo cobertura a los trabajadores formales del sector privado, a los docentes, a jubilados y a empleados domésticos (aproximadamente un 17% de los paraguayos). La seguridad social es de afiliación obligatoria, con aportes de empleadores y empleados. Existe un carné familiar en manos del titular, donde se asienta el grupo familiar que tiene acceso a los servicios. El IPS ofrece un paquete de servicios integral en instalaciones propias, y en caso de no poder cumplir con ello, recurre a la subcontratación del sector privado, con financiamiento de recursos propios.

Por su parte el subsector privado comprende a instituciones sin y con fines de lucro. El primero cuenta con ONGs que prestan servicios a aquellos sin cobertura, como la Cruz Roja Paraguaya. Por su parte, existe en el seno de colonias y tribus tradicionales de la nación distintos sistemas de mutuales, donde los integrantes de las mismas aportan un porcentaje de su ingreso familiar, permitiendo cubrir los costos de consultas, internaciones y medicamentos. Paralelamente, el subsector privado con fines de lucro está integrado por empresas de medicina prepaga, aseguradoras, hospitales, clínicas, sanatorios y farmacias. El aseguramiento privado comprende las empresas de medicina prepaga que dan cobertura a un 10% de la población, y ofrecen un paquete extendido de servicios para quien celebre un contrato con las empresas. Las firmas de medicina prepagas cuentan con establecimientos propios o subcontratan a otros establecimientos privados mediante el pago de un paquete de servicios. La mayoría de los sanatorios privados ofrecen sus centros asistenciales teniendo el prepago como actividad secundaria, ofreciendo planes cerrados (con servicios propios exclusivos), planes abiertos (el asociado puede recurrir a los servicios médicos de libre elección) y planes mixtos con distinta mezcla de ambos. Bibliografía consultada: CEPAL-WK-Kellogs Foundation, 2006; Maceira, 2007a; MSPBS-OPS/PMS, 2010; OPS, 2008<sup>d</sup>.

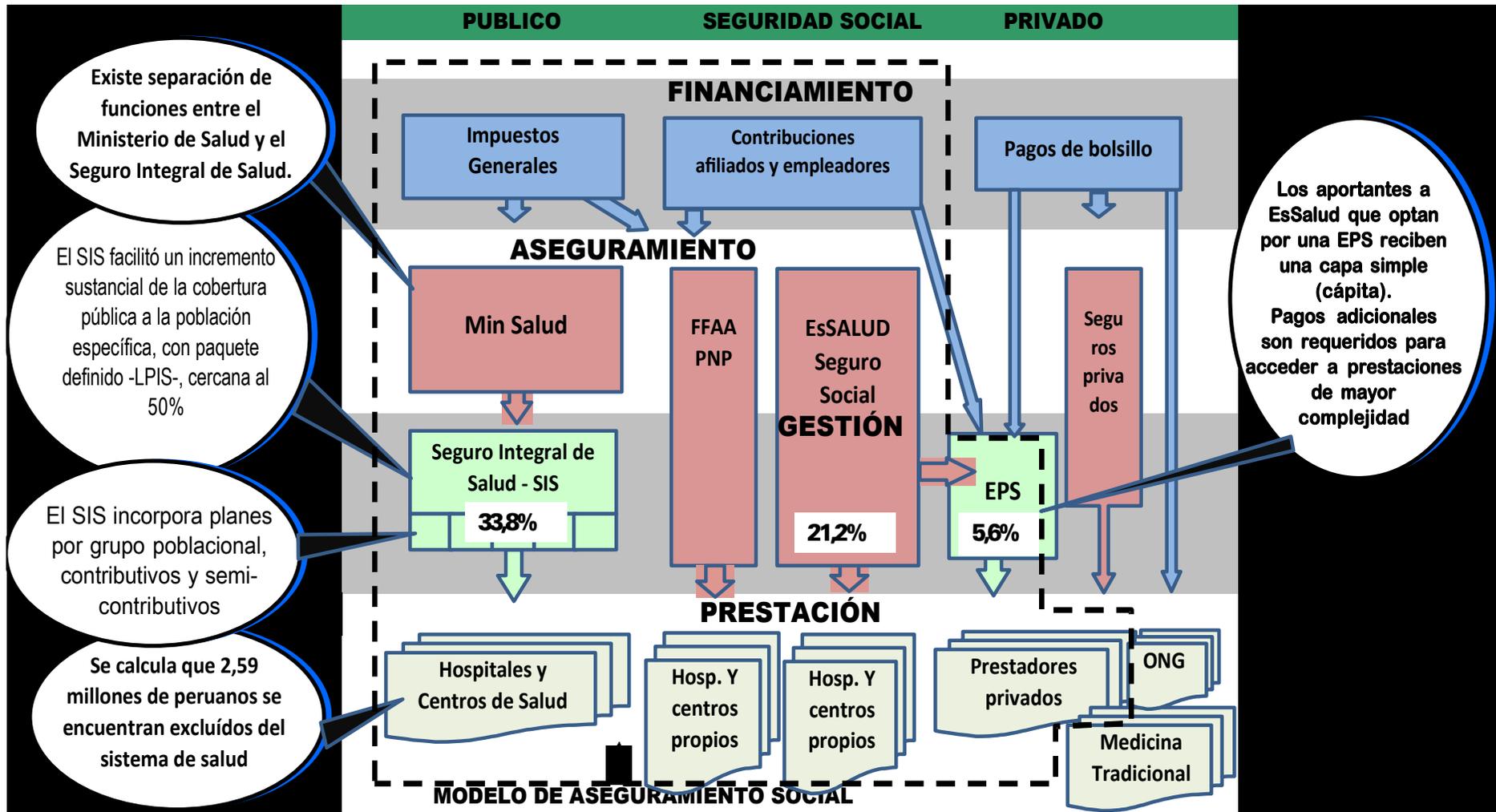
# PARAGUAY



**PERÚ** La Ley General de Salud (LGS) define al MINSa como el actor a cargo de la dirección y gestión de la política nacional de salud. Asimismo establece una serie de órganos desconcentrados de regulación sanitaria, entre los cuales se destaca la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Servicios (SEPS), que a partir de la Ley de Aseguramiento Universal, deberá convertirse en la SUNASA. Para la prestación de servicios de salud, el sector de aseguramiento social se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. En el sub-sector público, el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio de una cuota de recuperación de montos variables, y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS) subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza, a través de la red del Ministerio de Salud (MINSa). El SIS se financia con recursos del presupuesto general, teniendo una cobertura estimada para el sistema MINSa de 58% para 2008. El mismo fue creado el año 2001 con la Ley N.º 27657 como un organismo público descentralizado adscrito al MINSa, con la misión administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud. El SIS fue el resultado de la integración de dos iniciativas anteriores: el Seguro Materno-Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG). Posteriormente se agregaron prestaciones de salud para los adultos en estado de pobreza sin seguro de salud en situación de emergencia. En 2007 el SIS inició un proceso de reorganización ampliando la cobertura al conjunto de la población no asegurada, mediante dos componentes: el subsidiado, para la población pobre (quintiles 1 y 2), y el semi-subsidiado para la población con limitada capacidad de pago (quintil 3), oficializando un Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS). A partir de 2005 se descentraliza el sistema público, organizado a partir de la ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud

EsSALUD, por su parte, es la institución de seguridad social del Perú, que brinda cobertura a los trabajadores formales, sus familias y a los jubilados del sistema, aproximadamente el 20% de la población, principalmente localizados en centros urbanos. Su cobertura de salud se financia con aportes patronales y contribuciones de trabajadores activos. Este régimen contributivo es obligatorio para todos los trabajadores asalariados, pudiendo sin embargo elegir entre la gestión de sus fondos por parte de EsSALUD, o mediante una Empresa Prestadora de Salud (EPS), quien recibe las contribuciones y administra los recursos. Cuando el asegurado elige acceder a los servicios propios de EsSALUD (tanto ambulatorios como de internación), la totalidad de las contribuciones se asignan a esa institución, pero en el caso de optar por servicios mixtos (EsSALUD y EPS), el financiamiento se distribuye en aproximadamente un 60% para EsSALUD y el restante para la EPS. Generalmente, las EPS se orientan a las enfermedades de capa simple (primer nivel y baja complejidad), en tanto que EsSALUD se concentra en las de capa compleja. EsSALUD es el proveedor de la mayoría de los servicios de salud de quienes no optan por una EPS, aunque compran a su vez servicios a tales prestadores privados. Sin embargo, las EPS han incorporado servicios de capa compleja, a los que sus afiliados acceden mediante un pago adicional del bolsillo de los afiliados o de sus empleadores. Por su parte, las fuerzas armadas y policiales (FFAAP) y sus familias cuentan con una red propia de establecimientos de salud, financiados principalmente con recursos del gobierno. Más allá de las EPS, el sector privado cuenta con aseguradoras y clínicas privadas, centros médicos y policlínicos, como también prestadores de medicina tradicional: curanderos, hueseros, shamanes y parteras, entre otros. Asimismo, el sector privado sin fines de lucro brinda servicios de primer nivel de atención. Los hogares continúan siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. No obstante se observa un importante incremento del financiamiento del Gobierno con recursos del tesoro público, de 25,2% a 30,7%, del total. A pesar de los avances alcanzados, entre 10 a 20% de la población peruana se encuentra excluida del sistema de salud. Bibliografía consultada: Alcalde Rabanal et al., 2010; Becerril Montekio, et al., 2008<sup>a</sup>; ENAHO 2009; Velásquez et al, 2009.

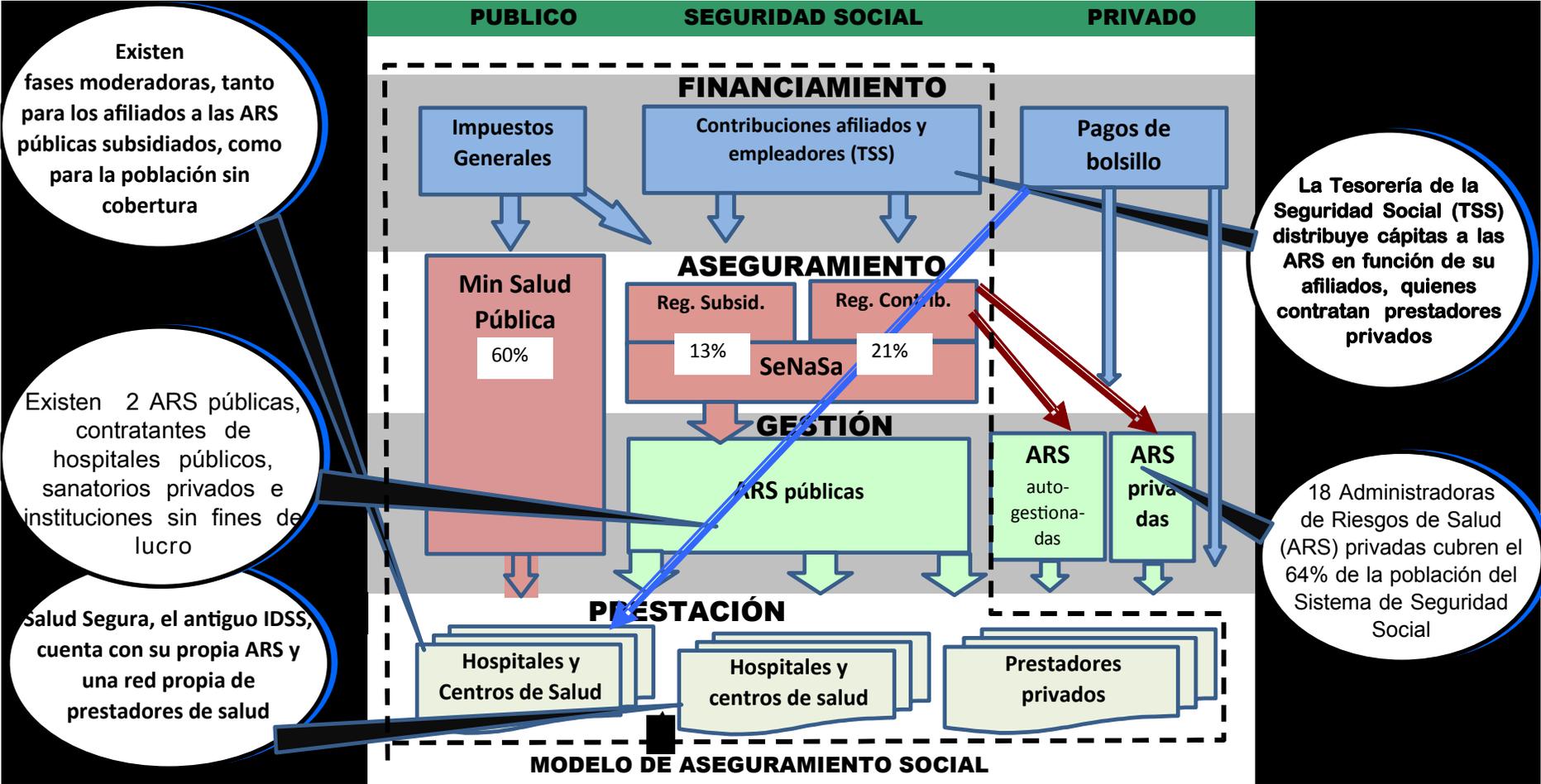
# PERÚ



**REPÚBLICA DOMINICANA** El sistema de salud dominicano cuenta con un sector público y uno privado. Sus principales actores son el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Consejo Nacional de Salud (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública. El sector privado comprende a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las ONGs del área. A partir de la Ley 42-01 (Ley General de Salud) y la Ley 87-01 (Ley de creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social - SDSS), la rectoría del sistema descansa en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), presidida por un Consejo Nacional de Salud (CNS). La SESPAS desconcentra tareas en las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) que dan seguimiento a las políticas a nivel sub-nacional. Las Direcciones Regionales de Salud son las responsables de la gestión de las Redes de servicios de salud. El MSP recibe fondos de origen fiscal, con los cuales se sostiene la red de prestadores, a la cual acude la población de menores recursos, que paga una cuota de recuperó contra la recepción de servicios. El sistema tiene tres regímenes de seguridad social: contributivo, contributivo subsidiado (en proceso de implementación) y subsidiado. El régimen contributivo se financia con contribuciones salariales y patronales sobre los ingresos, mensualmente depositadas a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), a quien se informa la ARS a la que adscribirse cada empleado. La TSS paga una capitación mensual a las ARS, según el número de titulares y sus dependientes (generalmente hijos menores de 18 años). En el régimen subsidiado (para personas con escasa o nula capacidad de pago) los aportes per capita al SENASA son entregados por el Estado a la TSS, el fondo único de este subsistema. Estos recursos provienen de impuestos generales, a lo que se suman las cuotas de recuperación. El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), de quien depende el TSS, administra el Seguro Familiar de Salud, su financiamiento, y define el contenido obligatorio del paquete de servicios. El sistema cuenta con una serie de administradoras de los recursos del sistema de salud (ARS) que reciben del TSS las capitas de las familias que las eligen, y gestionan su prestación en redes de servicios. Las ARS pueden ser privadas o públicas. La principal ARS pública, el SENASA, paga a los prestadores los servicios acordados, contratando en ocasiones prestadores privados sin fines de lucro para cubrir el Plan Básico de Salud. El SENASA también afilia a parte de los empleados del gobierno dominicano y a trabajadores contributivos del sector privado que la seleccionan como ARS. Tanto los afiliados al SENASA como la población no asegurada recurren a los servicios públicos de la red de la SESPAS. De las ARS públicas, la principal se origina de la reestructuración del antiguo Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), de la cual surgió la ARS y una red de sus propios proveedores (PSS). El Seguro Familiar de Salud (SFS) del SDSS, definido por la Ley de Seguridad Social incluye los dos regímenes de financiamiento, contributivo y subsidiado, donde éstos últimos incluye a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes. El SFS garantiza un Plan Básico de Salud (PBS), conformado por un conjunto de servicios básicos e integrales en vigencia desde 2006, con diferencias de calidad en la prestación para los dos regímenes. Por su parte, las ARS privadas sólo afilian población contributiva y venden planes privados de seguros de salud. Los servicios se brindan mediante prestadores privados y sin fines de lucro. A 2008, existían 27 entidades de administración de riesgo, 18 de ellas privadas, con 64% de la cobertura del sub-sistema. Finalmente, hay un grupo de la población que tiene capacidad de pago y adquiere servicios de salud en establecimientos privados mediante pagos de bolsillo. Para 2009, 34% de la población estaba afiliada al nuevo sistema de seguridad social (el doble que en 1996), donde 61% a través del régimen contributivo y 39% del régimen subsidiado (13% de la población nacional). A pesar de los esfuerzos de reforma, el gasto de bolsillo sigue siendo elevado, especialmente en medicamentos.

Bibliografía consultada: OPS, 2007<sup>d</sup>; Rathe et al, 2011; Rathe, M., 2007.

# REPÚBLICA DOMINICANA

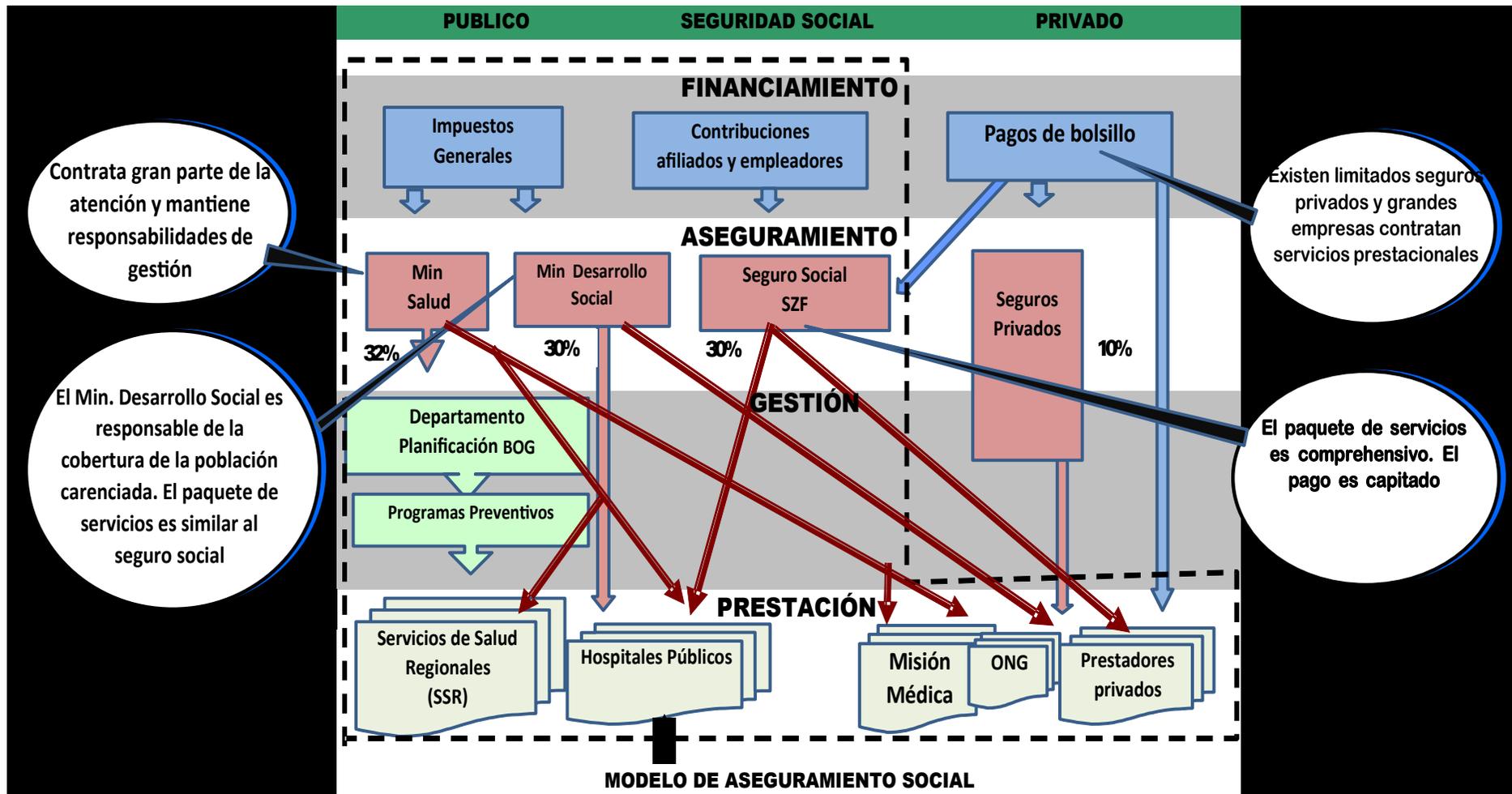


**SURINAME** El Ministerio de Salud Pública (MS), el Seguro Nacional de Salud (SZF, en holandés), y el Ministerio de Asuntos Sociales (SOZAVO), y son las agencias más importantes del sistema de salud de Surinam. En contraste con otras naciones latinoamericanas, el MS de Surinam tiene responsabilidades menores en la provisión directa de servicios. La separación entre financiamiento y provisión hace que los hospitales públicos y las redes de atención primaria propia (Servicios Regionales de Salud -SRS) y contratada (Medical Mission, Youth Dental Service) no dependan de la autoridad ministerial, que sólo revisa y aprueba sus presupuestos, dando relevancia a los Departamentos de Asuntos Legales y de Planificación en la acción ministerial. Asimismo el MS tiene jurisdicción directa sobre el Hospital Psiquiátrico y el Servicio Dermatológico. Los hospitales públicos en Surinam operan con gran autonomía, contando con personal administrativo y técnico, cobrando en base a pagos por prestación a los diferentes mecanismos de financiamiento existentes. Los servicios regionales de salud (SRS) son los encargados de proveer atención primaria a la población de menores ingresos que reside en áreas costeras urbanas, aunque en ocasiones reciben contrataciones del seguro social (SZF). Los SRS cuentan con tres tipos de instalaciones, con las que dan cobertura a un 32% de la población: centros de atención médica, clínicas (atención ambulatoria con espacio de internación limitado), y puestos de salud, para poblaciones reducidas. Los servicios ofrecidos por los SRS a los beneficiarios del SOZAVO son similares a los cubiertos por el SZF, y aunque la atención es gratuita, se identifican copagos por tratamiento de internación hospitalaria. Complementariamente, la Misión Médica es una ONG organizada por tres instituciones religiosas que proveen conjuntamente servicios de salud gratuitos a poblaciones distantes en el interior de Surinam, que operan bajo la contratación ministerial. El Ministerio de Asuntos Sociales, SOZAVO, es responsable del apoyo financiero para el grupo de población de menores recursos, estimado en un 30% de la población. Desarrolla los programas verticales, y se encuentra a cargo de la certificación de elegibilidad de aquellos que reciben los servicios subsidiados, orientados a la población de menores recursos económicos que encuentran cobertura en la red de centros SRS y hospitales públicos.

Nacido en 1981, el SZF asegura obligatoriamente a los funcionarios públicos y sus familias, más asegurados voluntarios, lo que constituye el 30% de la población del país. Se financia mediante aportes salariales y contribuciones del Estado, siendo complementado por recursos del Tesoro. El SZF es dirigido por una junta que define las políticas institucionales, con representación del MS y de los Ministerios de Finanzas y Comercio, a los que se agregan aquellos del sindicato de trabajadores públicos y de la confederación de trabajadores del país. El paquete de servicios cubierto es amplio, incluyendo prestaciones preventivas y curativas. La cobertura ambulatoria se realiza mediante médicos de familia que reciben *capitas* por población a cargo, en tanto que 37% de los gastos del SZF corresponden a reembolsos a hospitales. La atención hospitalaria a pacientes es prestada por cinco hospitales; tres públicos y dos privados, compartiendo estructuras tarifarias similares entre financiadores (SOZAVO, SZF, y seguros privados). Adicionalmente, los hospitales públicos son naturales receptores de pacientes sin capacidad de pago.

Gran parte de las empresas del país, como las compañías de bauxita, eligen generar sus propias provisiones para enfrentar requerimientos financieros vinculados con la salud de sus empleados y familiares, contando con clínicas o consultorios propios, o contratando médicos particulares y hospitales privados. Otras empresas y/o individuos buscan cobertura con seguros privados. Muchas ONG son reconocidas por el gobierno para la prestación de servicios específicos de atención de salud, más allá de la Misión Médica. Tal es el caso de la Fundación para la Planificación de la Familia (Stichting Lobi), especializada en el campo de la salud reproductiva. Bibliografía consultada: Eichler, 1999; Suriname, Ministry of Public Health (2004); OPS, 2002.

## SURINAME



**TRINIDAD Y TOBAGO** El sistema de salud de Trinidad y Tobago se corresponde con una nación geográfica y poblacionalmente pequeña, heredera de un modelo de seguro universal público. La información disponible refleja también una inversión significativa en salud, medida en dólares per cápita, aunque con indicadores sanitarios tradicionales (tasa de mortalidad para menores de cinco años) extremadamente elevados que se mantienen sistemáticamente en el tiempo, a pesar de los esfuerzos financieros realizados. Ello abre un debate sobre la efectividad de la estrategia abordada, o la calidad de la información internacionalmente difundida.

El país organiza su sistema de salud a través del Ministerio de Salud (MS), órgano responsable de la gestión y la prestación de servicios. Del Ministerio dependen una serie de instituciones, que incluyen hospitales, centros de salud, médicos de condados y laboratorios. Si bien los hospitales refieren directamente a la autoridad ministerial, la administración de centros de salud y policlínicos se encuentran bajo la jurisdicción de las oficinas médicas de los condados que reportan al MS. A partir de la promulgación de la Ley de Autoridades Regionales de Salud (ARS), las funciones de supervisión, evaluación y control de la prestación de servicios de salud pública dejan de ser responsabilidad directa del Ministerio de Salud. Paralelamente, el MS supervisa la concesión de licencias a los establecimientos privados.

El financiamiento del sistema sanitario se apoya en mecanismos de tributación general, y sus servicios son gratuitos para los ciudadanos. Los recursos son asignados a cuatro ARS mediante presupuestos anuales remitidos a la autoridad sanitaria nacional, a partir de los cuales se definen compromisos de gestión.

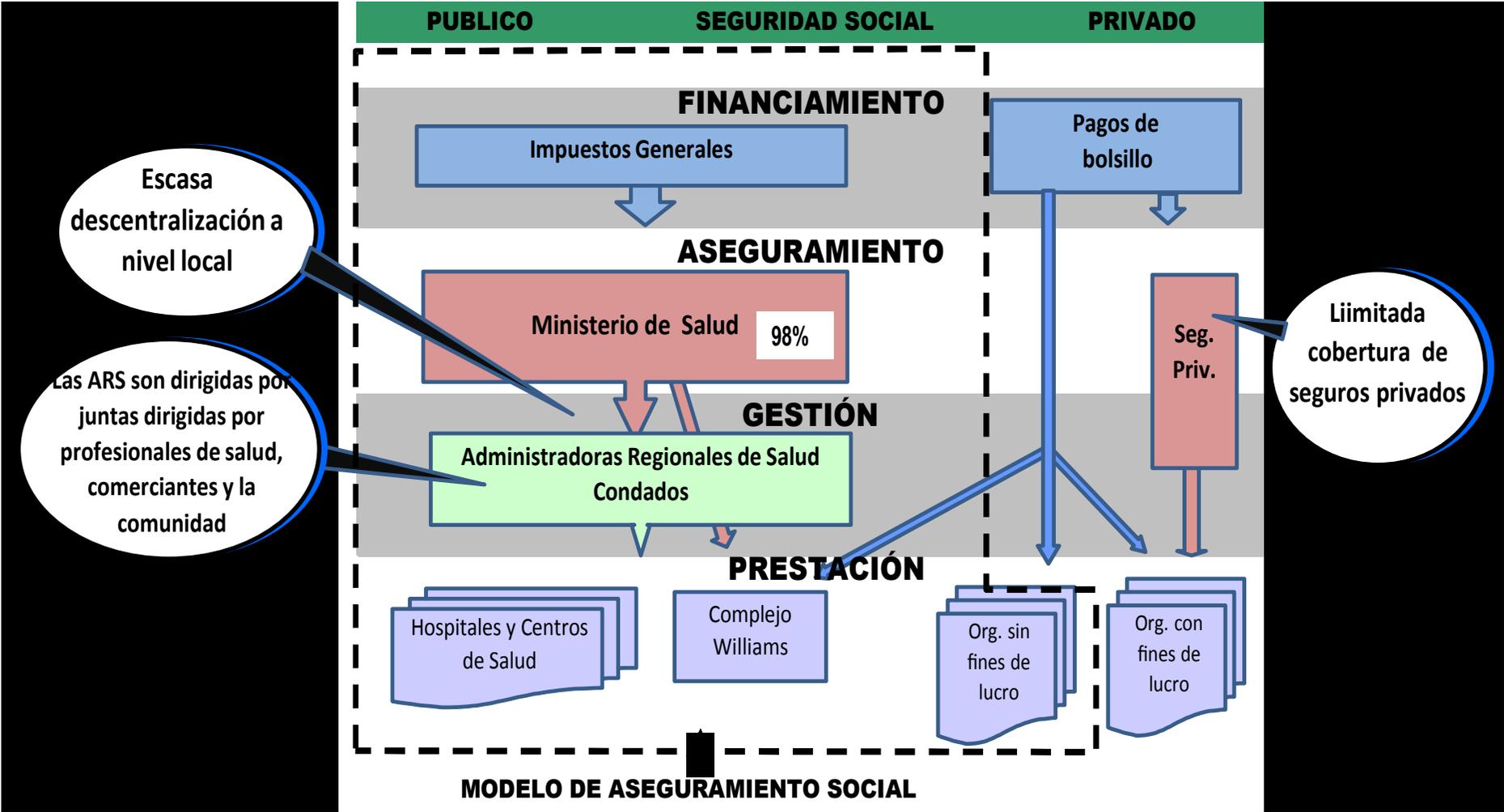
No existe un sistema de seguros públicos o instituciones de seguridad social vinculadas al empleo formal en Trinidad y Tobago, como tampoco un paquete explícito de servicios. Sin embargo, se trabaja actualmente en la implementación de un Servicio Nacional de Salud - anunciado a principios del 2000- que garantice un mínimo conjunto de prestaciones complementarias a las brindadas por el actual Programa de Asistencia de Enfermedades Crónicas (CDAP). Los servicios de salud se ofrecen sin costo mediante prestadores públicos, con la excepción de que algunos servicios tarifados proporcionados en el Complejo de Servicios Médicos Eric Williams.

El sector privado de salud es relativamente pequeño, e incluye profesionales de la salud y hospitales, laboratorios y hogares de adultos mayores, ubicados principalmente en los grandes centros urbanos. El financiamiento del subsector descansa en aranceles y pagos directos de los usuarios, de los seguros médicos privados regulados por el Banco Central, o por pagos del Gobierno en caso de referencia de pacientes del sector público.

El Programa de Reforma del Sector Salud, ha definido el rol del Ministerio de Salud como ente creador de políticas, planificador, regulador y comprador de servicios. Para avanzar en esta dirección, el Gobierno ha dotado a la institución ministerial de una nueva estructura, que ha entrado en vigencia en el 2002. Esta reforma busca mayor énfasis en prevención y promoción, aumentando el alcance de los servicios comunitarios, y organizar mecanismos integrados de referencia. Como parte de la iniciativa, se propuso la descentralización en el proceso de prestación de servicios en las ARS, con estructuras propias de gestión de recursos.

Bibliografía consultada: Cercone, 2006; OPS, 2008<sup>e</sup>, World Bank Development indicators, 2009.

# TRINIDAD Y TOBAGO



**URUGUAY** La Ley 18.211 de enero de 2008 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, basado en el Seguro Nacional de Salud (SNS) como resultado de un proceso iniciado en el año 2005. El objetivo estratégico de la reforma fue reducir la segmentación del modelo uruguayo de financiamiento y prestación, que impedía la coordinación eficiente de recursos.

En la actualidad, el SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con un Directorio de trabajadores, usuarios y prestadores. El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex DISSE Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad), con financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), originados en aportes salariales y patronales. Quedan incluidos en el FONASA los trabajadores privados y públicos del sector formal, y sus dependientes hasta los 18 años de edad. Los contribuyentes eligen una institución administradora de sus contribuciones, y reciben prestaciones contratadas por las mismas en la red del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estas instituciones administradoras son la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para el caso de servicios públicos, o alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), como prestadores integrales. Las IAMCs se originaron durante el régimen anterior como mutuales sin fines de lucro, con capacidad prestacional propia o contratando clínicas, sanatorios o profesionales del sector privado. Las mutuales se encuentran generalmente especializadas geográficamente a nivel de departamento, con gran presencia en Montevideo, la capital del país.

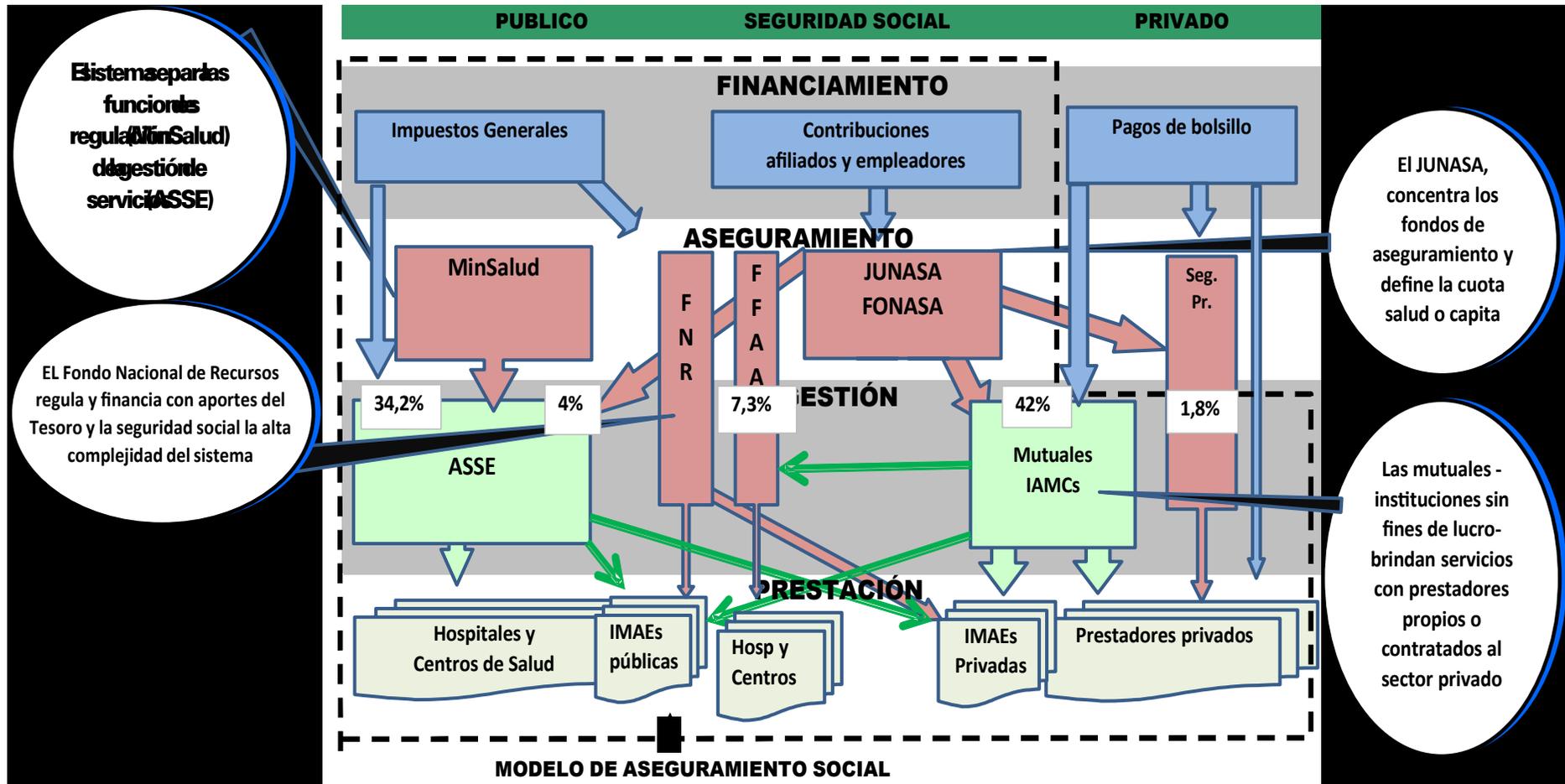
La JUNASA como administrador del SNS, establece contratos de gestión con los prestadores integrales, abonando una “cuota salud” por beneficiario a la institución pública o privada elegida por el aportante. Dicha cuota se encuentra compuesta por dos componentes: una capita común, fijada por el JUNASA, corregida por sexo y edad de los beneficiarios, y un premio por el cumplimiento de metas asistenciales. Los contratos asimismo establecen obligaciones asistenciales e informativas, sujetos a sanciones por incumplimiento. Paralelamente, la población con empleo informal y desempleados reciben sus cuidados en la red de prestadores públicos.

El financiamiento del sistema se origina en impuestos que alimentan la red de instituciones y prestadores públicos (MSP, Intendencias Municipales de Montevideo -IMM-, y del interior del país, y ASSE). Asimismo, los aportes públicos financian instituciones de seguridad social específicas no integradas al nuevo sistema, tales como Sanidad Militar y, la Dirección Nacional de Sanidad Policial. Los aportes públicos impositivos y surgidos de contribuciones obligatorias, financian el Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución encargada de regular y administrar los recursos para los tratamientos de alta complejidad de la totalidad del sistema de salud uruguayo. La prestación de los mismos se efectúa en instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE), públicas o privadas. Finalmente, existen cuotas a seguros privados complementarios y empresas de emergencias móviles, pagos de bolsillo y copagos complementarios a las cuotas de seguridad social.

En la actualidad, se verifica un aumento de los recursos sectoriales vinculados con el incremento en las tasas de contribución laboral, y una redistribución de recursos hacia las instituciones dependientes de la JUNASA. Al mismo tiempo, se reduce el gasto de bolsillo de los hogares.

Bibliografía consultada: Aran et al, 2011; Ministerio de Salud Pública Uruguay, DES-OPS, 2010; OPS 2008<sup>e</sup>.

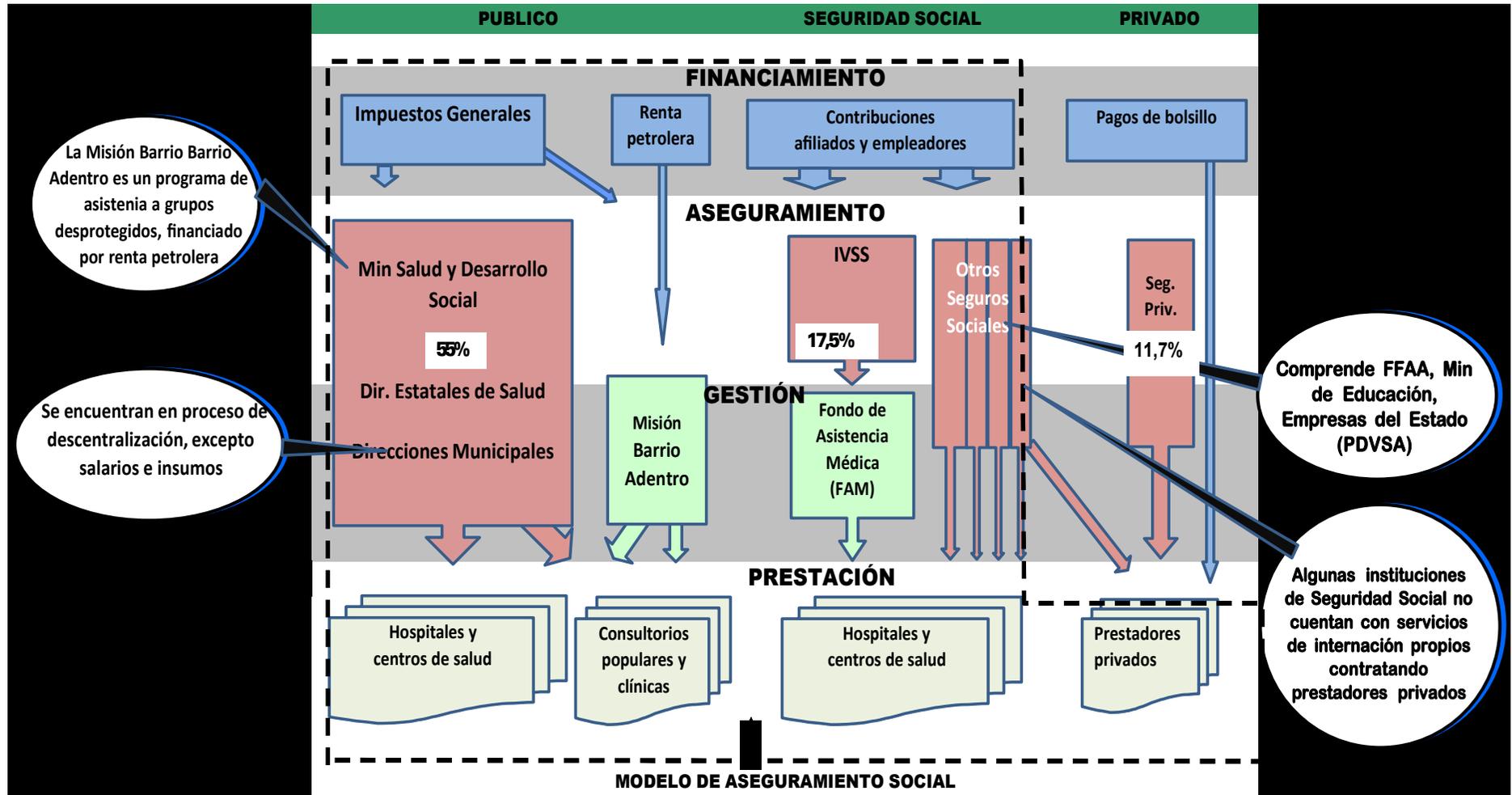
# URUGUAY



**VENEZUELA** El sistema de salud de Venezuela se encuentra conformado por una dimensión horizontal estructurada por un sector estatal, dividido entre el subsector público y el de seguridad social, y un sector privado. Verticalmente, cada subsistema posee una estructura propia de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios. El sector público está constituido por el ViceMinisterio de Salud (VMS) -dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social- y 23 Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social (instancias descentralizadas del VMS). Estas ejecutan las políticas nacionales de salud, asignan los recursos de los niveles nacional y estatal, y prestan los servicios a través de los establecimientos públicos que reciben financiamiento del Estado. Las Direcciones Municipales de Salud y Desarrollo Social tienen similares atribuciones a nivel local. Su financiamiento proviene del gobierno central (presupuesto nacional y el situado constitucional -asignación a las gobernaciones), y de los estados y municipios, prestando servicios con su propia red ambulatoria y de hospitales. Más recientemente se incorpora el programa Barrio Adentro, que recibe recursos financieros extraordinarios provenientes de la renta petrolera, y atiende a la población de menores ingresos. Como resultado de la reversión de la descentralización de los servicios de salud hospitalarios, la asignación de recursos a los estados se ha visto limitada. Según una Encuesta de Hogares de Venezuela para 2005, 68% de los venezolanos no cuenta con ningún seguro de salud, el IVSS cubre a 17.5% y los seguros privados atienden al 11.7% del país. Para el primer grupo Venezuela ha desarrollado el Programa Barrio Adentro, iniciativa desarrollada desde 2003 en las comunidades mediante consultorios populares planteando la implementación de un Modelo de Atención Integral. El plan se lleva a cabo con equipos de salud conformado por un médico, una enfermera y un promotor de salud y brinda servicios de prevención, promoción y atención primaria. Estos equipos, con fuerte colaboración cubana, cuentan con centros de diagnósticos (CDI) y atención de especialidades y cirugía ambulatoria (Barrios Adentro II). Este Programa ha aumentado significativamente la cobertura, aunque también constituye un desafío de coordinación con la red pública existente. El subsector de la seguridad social contributiva está compuesto por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), y otras instituciones relativamente menores: el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), y seguros particulares de empresas, como Petróleos de Venezuela (PDVSA). EL IVSS es una entidad autónoma que se financia con las cotizaciones patronales y de los trabajadores y aportes del gobierno. Cuenta con una red propia de servicios ambulatorios y hospitales, autónomos del VMS. El IVSS cuenta con el Fondo de Asistencia Médica (FAM) que financia los gastos sanitarios de sus beneficiarios (trabajadores y familiares que viven en regiones o ciudades donde existen servicios ambulatorios u hospitalarios del IVSS). Este esquema se replica en las otras instituciones de seguridad social, aunque en algunos casos, la red prestacional surge de contrataciones con el sector privado (PDVSA, por ejemplo). El sector privado está constituido por prestadores de servicios y compañías aseguradoras de salud y medicina prepagada, atomizados en términos de prestación y pagos. Históricamente, un 62% de los recursos sanitarios son absorbidos por la autoridad ministerial, en tanto el programa de salud del IVSS recibe un 25%. Los fondos del VMS se distribuyen entre departamentos y municipios para el pago de la nómina y el financiamiento de los gastos operativos de hospitales y centros sanitarios. A partir de 1999, en que se aprobó la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el VMS propuso la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). La iniciativa del SPNS considera la integración de recursos del MS y los organismos de seguridad social (IVSS, IPASME, PDVSA, entre otros) a fin de evitar subsidios cruzados horizontales, aunque aún no se ha creado el fondo encargado de implementar esa tarea. A pesar de ello, aún no se ha promulgado la Ley Orgánica de Salud (LOS) correspondiente.

Bibliografía consultada: Alvarado et al, 2008; Bonvecchio, 2008; Bonvecchio et al. 2011; EHCD, 2005; Ministerio de Salud, 2006.

VENEZUELA



## 6- Conclusiones y Debate

El presente trabajo examina el vínculo entre los determinantes sociales de la salud, las acciones desplegadas por el Estado y los resultados del sector, aportando un marco para el debate de sistemas nacionales de salud.

El esquema propuesto utiliza una estructura de cuatro cuadrantes que ubica a los resultados de salud en el espacio de interacción del contexto socio-económico, con profunda incidencia en la determinación de resultados, y la estrategia de política sanitaria. Esta última permite operar en el establecimiento de prioridades de intervención, a la vez que ejerce funciones de docencia y regulación sobre las conductas privadas de los actores del sector. Ello, fundamentalmente, permite identificar un espacio de interacción dentro del sistema que impulsa o limita movimientos hacia la mayor eficiencia social en el uso de recursos, condicionada por la organización de los sistemas de salud, sus estructuras de fragmentación o coordinación, y las características de sus espacios de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios.

Asimismo, la estructura presentada facilita una aproximación desde la perspectiva de equidad al enfoque sistémico sectorial, donde la distribución del ingreso y los límites del Estado al desarrollo de políticas comprensivas de salud, transfieren riesgos financieros y epidemiológicos a las familias, condicionando el acceso. A partir de ello, el documento propone un estudio comparado de la organización de los sistemas latinoamericanos bajo las dimensiones propuestas (Maceira, 2001), que revela diferentes arreglos institucionales a lo largo de la región.

Un primer corte observable a partir de este ejercicio, es la presencia de mecanismos de recolección de fondos vinculados al mercado de trabajo, presente en gran parte de los países de la región, en contraposición con sistemas públicos integrados de salud. Dentro de este segundo grupo, las naciones del Caribe inglés junto a Cuba exhiben modelos de cuidado de la salud de cobertura universal, donde el Estado asume y logra cumplir un papel protagónico. En este sentido, Brasil avanza en la búsqueda de un modelo nacional que permita mayor acceso y reduzca las restricciones distributivas de una nación de gran escala poblacional y diversidad de necesidades y perfiles sanitarios. Entre ambos sistemas se ubica el modelo de Costa Rica, donde las estructuras del Ministerio de Salud y de la Seguridad Social coordinan tareas, brindando cobertura uniforme a su población.

Sin embargo, al interior de los países que descansan en organizaciones de seguridad social, es posible hallar estrategias diferenciadas. La primera de ellas mantiene la tradición segmentada del sector salud latinoamericano, que asocia una clase social de ingresos medios y altos, fundamentalmente urbana y con empleo formal, con instituciones de seguridad social relativamente autónomas en la gestión de sus recursos en salud. Sus recursos por beneficiario son marcadamente superiores a los invertidos por el Estado en aquellas dependientes del Ministerio de Salud, concentradas en brindar servicios a quienes no cuentan con ingresos suficientes para acceder al sector privado. Este último, generalmente atomizado, está compuesto tanto por profesionales independientes como por exponentes de la medicina tradicional, cohabitando desde estructuras crecientes de seguros privados que refieren a mayor

capacidad de provisión ante necesidades de salud, hasta consultas directas a la farmacia ante el episodio de enfermedad.

La particularidad identificada en las reformas regionales de la última década muestra la presencia de dos estrategias alternativas de abordaje. La primera avanza en el establecimiento de esquemas más robustos de seguros sociales nacionales de salud, incluyendo estructuras de incentivos a prestadores, mayor precisión en la definición de roles en gestión y prestación de recursos, en la búsqueda de modelos únicos de cobertura universal y mecanismos de subsidios cruzados entre contingentes con distintos ingresos. Con particularidades, Uruguay, Perú y República Dominicana avanzan en tal dirección, donde se encuentran los casos de Colombia a partir de la reforma de los noventa, Chile mediante la consolidación de garantías de prestación y un fondo nacional sectorial, y Argentina, con particularidades asociadas con una estructura atomizada de fondos de aseguramiento social y un profundo federalismo en la recolección y uso de recursos. En todos ellos se verifica una marcada definición de los roles de aseguramiento social, que descansa en instituciones públicas o sociales, y la estructuración de esquemas de delegación y subcontratación vertical en la gestión y prestación de servicios entre subsectores públicos y privados.

Una segunda estrategia sectorial durante la última década concentra sus esfuerzos en lograr mayor cobertura proponiendo programas y subsidios a partir de la identificación de grupos poblacionales prioritarios (por ingreso, geografía, etnia, edad). Algunos de ellos cobran escala masiva y se encuentran gestionados mediante la autoridad pública, como el Seguro Popular en México o las iniciativas redefinidas o de aplicación reciente como en Bolivia y Panamá, respectivamente. En otros casos, se recurre a asociaciones público-privadas, especialmente dirigidas a brindar paquetes básicos de atención primaria en espacios rurales, como El Salvador y Guatemala.

Sólo algunos países mantienen modelos tradicionales de segmentación sin haber incorporado mecanismos de priorización de beneficiarios o consolidación de modelos de aseguramiento. En todos los casos, sin embargo, se observan movimientos hacia la descentralización o desconcentración de servicios hacia niveles sub-nacionales. Ello es producto de una mayor democratización en la toma de decisiones, por un lado, como también en la necesidad de articular respuestas regionales ante las necesidades provenientes de los mayores costos en tratamientos relacionados con cambios y acumulación de perfiles epidemiológicos, que exigen mejoras en la gestión de recursos.

Los nuevos escenarios nacionales en los sistemas de salud permiten identificar un tercer corte posible para comparar sistemas de salud. El mismo se relaciona con la definición de grupos de prestaciones que proveen garantías de derechos a sus beneficiarios en los sistemas sociales de aseguramiento, aunque no existen criterios uniformes a lo largo de la región. En esta dirección, es posible encontrar sistemas con paquetes básicos definidos en primer y segundo nivel de atención (Colombia), la estructuración de garantías al tratamiento de patologías seleccionadas en base al perfil epidemiológico del país (Chile), o la generación de mecanismos específicos de financiamiento de enfermedades de alto costo y la estructuración de programas amplios de atención (Argentina, Uruguay). Las reformas vinculadas al logro de mayor acceso a grupos

prioritarios también reconocen la definición de paquetes, ya sean asociados con programas materno-infantiles, como los que proveen garantía de intervenciones básicas en áreas rurales.

Del análisis de los sistemas de salud regionales surge claramente la necesidad identificar los vínculos entre subsistemas que permita la garantía al acceso de servicios desde una perspectiva de equidad horizontal, donde la capacidad de pago no limite el acceso. Es entonces que la eficacia de los mismos no sólo descansa en la definición de prioridades sanitarias y su disponibilidad de oferta prestacional. Requiere asimismo de un esquema organizado de absorción y transferencia de riesgo entre grupos, que permita un resultado financieramente eficaz, procurando atención adecuada al menor costo.

En este contexto, el concepto de eficiencia asignativa social en un sistema de salud se alinea con el de equidad, en la medida que cualquier inversión adicional de fondos debería realizarse en aquellas intervenciones donde el valor de la utilidad marginal es mayor. Eficiencia asignativa y equidad, por tanto, son planteos complementarios en un esquema de priorización en un sistema de salud.

Los mecanismos de aseguramiento, y particularmente aquellas de aseguramiento social, toman como objeto de análisis el modo en que se articulan estos dos elementos. Ellos refieren al sistema de recaudación y asignación de recursos para el consumo de bienes y servicios utilizados en un marco de incertidumbre. Del éxito de tales mecanismos es posible extraer enseñanzas sobre la cobertura (absoluta y entre grupos) del sistema de salud, su capacidad financiera para atender las necesidades reveladas por la población y aquellas que hacen al esquema de prioridades de política pública de las autoridades sanitarias. También de ellos se extraen enseñanzas sobre la capacidad del Estado para articular intereses y preferencias de diferentes sectores sociales, y su habilidad institucional para hacer frente a los requerimientos regulatorios propios de sistemas donde las fallas de mercado, más allá de las prioridades políticas de la hora, requieren de mecanismos de intervención.

Dentro de este marco, un indicador de éxito de un sistema de aseguramiento es provisto por el nivel de gasto en salud de los hogares, en tanto muestra la capacidad de tales mecanismos de brindar protección financiera a su población. Ello ocurre en tanto la cobertura sanitaria gratuita de la población con escasos recursos económicos permite destinar los ingresos del hogar hacia el consumo de otros bienes y servicios, constituyendo un “ingreso no monetario” complementario. Asimismo, el gasto de bolsillo captura la eficiencia del sistema de contención del riesgo moral en aquellos grupos con capacidad financiera y posibilidad de demanda excesiva. De allí la relevancia de caracterizar tanto los mecanismos de recolección y asignación presupuestaria de fondos, como los criterios de identificación de prioridades de gasto.

Finalmente, el análisis comparado permite valorar los desafíos de gobernabilidad de los sistemas de salud en América Latina, y la necesidad de desarrollar modelos regulatorios que se ajusten a las particularidades del mapa de actores de cada país.

## 7- Bibliografía

Acosta, M.; Sáenz, M.R.; Gutiérrez, B. y Bermúdez, J.L. (2011):"Sistema de Salud de El Salvador", *Salud Pública Mex*, nº 53, vol. 2: 188-196.

Agudelo Calderón, C.A.; Cardona Botero, J.; Ortega Bolaños, J.; Robledo Martínez, R. (2011):"The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems", *Ciência & Saúde Coletiva*, nº 16, vol. 6: 2817-2828.

Alcalde Rabanal, J.E. y Nigenda López, G. (2010):"Financiamiento de la salud y gasto de los hogares. El sistema de salud y la protección financiera en el Perú", Informe preliminar.

Alcalde Rabanal, J.E.; Lazo González, O. y Nigenda, G. (2011)"Sistema de salud de Perú", *Salud Publica Mex*, nº 53 vol. 2: 243-254.

Alvarado, C.A.; Martínezb, M.E.; Vivas Martínez, S.; Gutiérrez, N.J. y Metzgere, W. (2008):"Cambio social y política de salud en Venezuela. Reformas Progresistas en Salud", *Medicina Social*, nº 2, vol.3: 113-129.

Aran, D.; Laca, H. (2011):"Sistema de salud de Uruguay", *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2:265-274.

Arrau, F. (2010):"Conceptualización del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Eje de la actual Reforma a la Salud", *Unidad de Apoyo al Proceso Legislativo, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*.

Arhin-Tenkorang, D. (2001). "Health Insurance for the Informal Sector in Africa." H. D. Paper. Washington, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Baeza, C. and T. Packard (2006). "Beyond Survival. Protecting Household from health shocks in Latin America." Washington, Standford University Press - The World Bank.

Banco Interamericano de Desarrollo (1996) Informe de Progreso Económico y Social, "Cómo Organizar con Éxito los Servicios Sociales.", Johns Hopkins University Press, Washington DC.

Barón Leguizamón, G. (2007):"Cuentas de Salud en Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento", *Ministerio de la Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud*, Bogotá.

Barros, M. E.; Piola, S.F. y Vianna, S. M. (1996):"Política de saúde no Brasil: Diagnóstico e perspectivas", Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPA), Texto para discussão, nº 401, Brasília.

Becerril Montekio, V.; Valenzuela, A. y Velázquez, A. (2008<sup>a</sup>):"Sistema de salud de Perú". *Observatorio de la salud América Latina y el Caribe*, versión preliminar.

Becerril Monteiko, V.; Muiser, J.; Sáenz Madrigal, R. y Vindas, A. (2008<sup>b</sup>):"Sistema de Salud de Panamá", *Observatorio de la Salud América Latina y el Caribe*, versión preliminar.

Becerril Monteiko, V. y López Dávila, L. (2011<sup>c</sup>):"Sistema de Salud de Guatemala", *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 197-208.

Becker G. and Ehrlich I. (1972), Market insurance, self insurance and self protection. *Journal of Political Economy*; 80(4).

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Bermúdez Madriz, J.L.; Sáenz M.R.; Muiser, J. y Acosta, M. (2011):“Sistema de Salud de Honduras”, nº53, vol. 2: 209-219.

Bitrán y Asociados - MINSAL, (2004):”Métodos de pago para el Plan AUGE y para las demás atenciones financiadas por el sistema público de salud en Chile”, Santiago de Chile.

Bitrán, R. (2006):”Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica”, *CEPAL, Documento de Proyecto*, Santiago de Chile.

Bonvecchio, A. y Becerril Montekio, V. (2008):”Sistema de Salud de Venezuela”, *Observatorio de la Salud América Latina y el Caribe*, versión preliminar.

Bonvecchi, A.; Becerril Montekio, V.; Carriedo Lutzenkirchen, A. y Landaeta Jiménez, M. (2011):”Sistema de salud de Venezuela”, *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 275-286.

Briseño, R. (2008):“Gasto Privado en Salud en Centroamérica”, *Ponencia preparada para el Informe Estado de la Región*, Nicaragua.

Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), (2004):“*Encuesta de Gastos e Ingresos de los Hogares (EIGH)*”, San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), (2007):“*Anuario estadístico 2007*”, San José, Costa Rica.

Caja de Seguro Social (2009):”*Anuario estadístico*”, Panamá.

Carrin, G. y C. James (2004). “Reaching universal coverage Reaching via social health insurance: key design features in the transition period”. *Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation*. WHO, Geneva.

Castaño, R.A.; Arbelaez, J.J.; Giedion, U. y Morales, L.G. (2001):”Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud”, *CEPAL, Serie financiamiento de desarrollo*, nº 108, Santiago de Chile.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (2007):”*Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana (ENDESA)*”, Santo Domingo, República Dominicana.

Cercone, J. (2006):”Análisis de situación y estado de los sistemas de salud de países del Caribe”, *CEPAL, Financiamiento del Desarrollo*, nº 185.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - WK-Kellogs Foundation, (2006):”*Experiencias en Innovación Social. Ciclo 2005-2006*”, *Programa Comunitario de Salud- Salud Responsabilidad de Todos*, Departamento de Itapúa, Paraguay

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2006):”*La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*”, Montevideo, Uruguay.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2007):”*Panorama Social de América Latina*”, *División de Desarrollo Social y División de Estadística y Proyecciones Económicas*.

Consejo Nacional de Salud (CONASA) - Comisión de Financiamiento (2008):”*Observatorio del financiamiento al sector salud*”, Ecuador.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), (2006):“*Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)*”, El Salvador.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2009):“*Encuesta Permanente de Hogares*”, Asunción, Paraguay.

Domínguez Alonso, E. (2008):“*Mapa del sistema de salud de Cuba*”. *Observatorio de la Salud América Latina y el Caribe*, versión preliminar.

Domínguez Alonso, E. y Zacca, E. (2011):“*Sistema de salud de Cuba*”, *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 168-176.

Drago, M. (2006):“*La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*”, *CEPAL Serie Políticas Sociales*, nº 121, Santiago de Chile.

Eichler, R. y Amanh, F. (1999):“*Suriname: Health Sector Assessment*”, *Inter-American Development Bank*.

Flores, W. (2008):“*El Sistema de Salud en Guatemala, ¿Así... funcionamos?*”. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*.

Flórez; C.E.; Giedion, U. y Pardo, R. (2008):“*Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud. El Gasto Catastrófico y Empobrecedor en salud en Colombia*”, *CEDE, Facultad de Economía Universidad de Los Andes*.

Frenk J, Londoño JL. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud. *Boletín Salud y Gerencia*. 1997;(15):6-28.

Frenk, J.; González Pier, E.; Gómez Dantés. O.; Ledezma M.A. y Knaul F.M. (2007):“*Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*, *Salud Pública Mex*, nº 49, vol. I: 23-36.

Gaiger Silveira, F.; Guerreiro Osório, R. y Piola, S.F. (2001):“*Os gastos das famílias com saúde*”, *Ciência & Saúde Coletiva*, nº 7, vol.4: 719-731.

Gattini, C. y Alvarez Leiva, J. (2010):“*Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*”, *Serie Técnica de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01, Organización Panamericana de la Salud*.

Giedion, U.; Villar, M. y Ávila, A. (2010):“*Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel de los Seguros Privados*”. *Instituto de Ciencias del Seguro, Fundación MAPFRE*, Madrid España.

Giedion, U.; Ávila, A.; Flórez, C.E. y Pardo, R. (2007):“*Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud. El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera*”, <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Colombia%20sistemico.pdf>

Gómez Dantés, O.; Becerril Monteiko, V.; Sesma, S. y Coria Soto, I. (2008):“*Mapa del Sistema de Salud de México*”, *Observatorio de la Salud América Latina y el Caribe*, versión preliminar.

Gómez Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril Monteiko, V.; Knaul, F.M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011):“*Sistema de salud de México*”, *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 220-232.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Govindaraj, R., C.J.L. Murray y D. Chellaraj (1995). "Health Expenditures in Latin America", World Bank Technical Paper Nro. 274.

Guerrero, R.C.; Gallego A.; Becerril Montekio, V.; Vásquez, J. (2011): "Sistema de salud de Colombia", *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 144-155.

Hsiao, W.C. and P.R. Shaw (2008) "Social Health Insurance for Developing Nations." Washington DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Informe sobre Desarrollo Humano (IDH), (2011): "Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos", *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*, Nueva York, Estados Unidos.

Institut Haitien de Statistique et d'Informatique (IHSI), (2003): "Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti (ECVH)", Haití.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2005): "Información de asistencia médico sanitaria", Brasilia.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2006): "Anuário Estatístico do Brasil", Brasilia

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2008): "Encuesta de presupuestos familiares (POF)", Brasilia.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), (2009): "Boletín de población protegida", Departamento Actuarial y Estadístico, Guatemala.

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), (2009): "Reportes de Facturación", Informática y Gerencia de Afiliación, Honduras.

Instituto Nacional de Estadística (INE), (2000): "Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)", Guatemala.

Instituto Nacional de Estadística (INE), (2004): "Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)", Honduras.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE), (2010): "Gestión 2010", Estado Plurinacional de Bolivia.

Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (ENEI), (2008): "Encuesta Nacional de Hogares 2008", Lima; Perú.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), (2004): "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)", San José, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), (2006): "Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)", Quito, Ecuador.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), (2009): "Anuario estadístico", Panamá.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), (2003): "Encuesta de Niveles de Vida", Panamá.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2000): "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)", México.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

- Instituto Nacional de Seguro de Salud (INASES), (2010<sup>a</sup>):"Anuario Gerencial", Estado Plurinacional de Bolivia.
- Instituto Nacional de Seguro de Salud (INASES), (2010<sup>b</sup>):"Anuario Seguros de Salud", Estado Plurinacional de Bolivia.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), (2010):"Anuario estadístico", Nicaragua.
- Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), (2004):"Acuerdo del Consejo Ejecutivo del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social", El Salvador.
- Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), (2010<sup>a</sup>):"Anuario estadístico", El Salvador.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), (2010<sup>b</sup>):"Memoria de Labores 2009", El Salvador.
- Inter-América Development Bank (2003):"Program for Operation and Rationalization of the Health Sector", *Hait, Loan 1009/SF-HA*, Washington, DC.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2014): webpage.
- lunes, R.F.; Sarti, F.M.; Coelho Campino, A.C. y Sierra, R. (2007):"Assessing financial protection and equity under the Brazilian national health care system", en <http://www.funhsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Brasil%20sistemico.pdf>
- Knaul, F.M. and Frenk, J. (2005):"Health Insurance In Mexico. Achieving universal coverage through Structural reform", *Health Affairs*, n° 24, vol. 6:1467-1476.
- Kutzin, J. (2008). "Health financing policy: a guide for decision-makers". WHO.
- Ledo, C. y Soria, R. (2011):"Sistema de salud de Bolivia", *Salud Publica Mex*, n° 53, vol. 2: 109-119.
- Lucio, R.; Villacrés, N. y Henríquez, R. (2011):"Sistema de salud de Ecuador", *Salud Publica Mex*, n° 53, vol. 2: 177-187.
- Lustig, N. (2001), *Shielding the poor. Social protection in the Developing World*. Washington DC: Brookings Institution Press.
- 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, Diciembre.
- Maceira, D. (1998) "Distribución de Ingresos y Mix Público-Privado en la Provisión de Servicios de Salud: El Caso Latinoamericano.", Documento de Trabajo No.391, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, Noviembre.
- Maceira, D. (2001):"Dimensiones Horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de America Latina y el Caribe", *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*", *Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID)*. No.2.
- Maceira, D. (2003):"Seguros Sociales de Salud en el Cono Sur: Experiencias y Desafíos", *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Maceira, D. (2004): "Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia: Aportes para una Estrategia de Seguimiento y Evaluación", *Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina de Sectores Sociales*.

Maceira, D. (2006<sup>a</sup>): "Tendencias en Reforma de Salud en naciones de Ingreso Medio. Aporte para el caso Argentino", *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*.

Maceira, D., (2006<sup>b</sup>): "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Flood, C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", *Editorial La Colmena*, Buenos Aires, Argentina.

Maceira, D. (2007a): "Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa", *Euosocial - IRD*.

Maceira, D. (2007b): "Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina", en <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Argentina%20sistemico.pdf>

Maceira, D. (2008<sup>a</sup>): "Actores y reformas en salud en América Latina", *Banco Interamericano de Desarrollo, División de Programas de Desarrollo Social*, Nota Técnica de Saúde nº 1.

Maceira, D. (2008<sup>b</sup>): "Experiencias Latinoamericanas de Financiamiento basado en Resultados en el Sector Salud. El caso de Panamá". *Banco Mundial, División de Sectores Sociales para América Latina y el Caribe*.

Maceira, D. (2009<sup>a</sup>): "Mecanismos de Protección Financiera en Salud en Argentina", mimeo *CEDES*.

Maceira, D. (2009<sup>b</sup>): "Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina", *Documento de Trabajo*, nº 23, CIPPEC, Buenos Aires.

Maceira, D. y Apella, I. (2004): "Notas sobre el Sistema de Salud de Nicaragua", *borrador elaborado como parte del Proyecto de Mecanismos de Contratación Pública de ONGs en América Latina*, de *PHRplus*.

Mathauer, I.; Cavagnero, E.; Vivas, G.; Carrin, G. y Gomez, A. (2009): "Evaluación Institucional del Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense y Propuestas para Mejorar y Fortalecerlo. Una trayectoria hacia la cobertura universal", *OMS-OPS*.

Mesa Lago, C. (2005): "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social", *CEPAL, Documentos de Proyectos*.

Mesa Lago, C. (2009): "El sistema de salud como amortiguador de los efectos de la crisis en América Latina: el caso de la República Dominicana", *Seguro Nacional de Salud (SENASA) - Fundación Democracia y Desarrollo (FUNGLODE)*, Santo Domingo.

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2010): "Registros institucionales del IESS, ISSFA e ISSPOL", Quito, Ecuador.

Ministere de la Sante Publique et de la Population (2007): "Rapport Annuel 2004", Haití.

Ministerio de Desarrollo Social (2009): "Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)", Gobierno de Chile.

Ministerio de Protección Social (2007): "Encuesta Nacional de Salud año 2007", República de Colombia.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

- Ministerio de Salud (2002): "Análisis sectorial de salud: Costa Rica 2002", San José, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2008): "Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2005", Lima, Perú.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2003-2005): "Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003 y 2005", República Argentina.
- Ministerio de Salud, Gobierno Bolivariano de Venezuela (2006): "Estrategia de Cooperación de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con Venezuela 2007-2010", OPS.
- Ministerio de Salud (2010): "Objetivos Estratégicos en salud", Chile.
- Ministerio de Salud Panamá (2009): "Políticas y Estrategias de Salud 2005-2009: Objetivos, Políticas, Lineamientos y Estrategias de Salud", Panamá.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador (2009-2010): "Informe de Labores", El Salvador.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2007): "Exclusión Social en Salud Paraguay: Análisis a nivel Nacional y Regional", OPS/OMS, Asunción, Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010): "Indicadores Básicos de Salud 2010", Asunción, Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010): "Cuentas Satélites de Salud Paraguay", Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Asunción, Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública República de Cuba (2011): "Anuario Estadístico de Salud 2010", Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, La Habana, Cuba.
- Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay - División Economía de la Salud (2010): "Cuentas Nacionales de Salud Uruguay", Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud y Deportes (2010): "Ejecución Presupuestaria Gestión 2010", Dirección General Asuntos Administrativos, Presupuesto, Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministry of Public Health The Republic of Suriname (2004): "Health Care: a Joint Responsibility", Health Sector Plan 2004-2008, Suriname, final version.
- Muiser, J. y Vargas, J.F. (2007): "Health Care Financing and Social Protection in Latin America", *The design of the Costa Rican health financing system in view of financial risk protection*, en <http://www.funсалud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Costa%20Rica%20Sistemico.pdf>
- Muiser, J.; Sáenz, M.R. y Bermúdez, J.L. (2011): "Sistema de salud de Nicaragua", *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 233-242.
- Murray, C.J.L. y J. Frenk (2000). "A framework for assessing the performance of health systems". *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6).

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Narváez, R. y Saric, D. (2004): "Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia", Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/*Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)*.

O'Donnell, O., E. van Doorslaer, et al. (2008) "Who pays for health care in Asia?". *Journal of Health Economics*, 27(2):460-475.

Organización Panamericana de la Salud, (1998) Informe de las Américas. Volúmen I.

Organización Panamericana de la Salud, (2001<sup>a</sup>): "*Perfil de Sistemas y Servicios de Salud Cuba*", segunda edición.

Organización Panamericana de la Salud (2001<sup>b</sup>): "*Health System and Service Profile of Jamaica*", 2<sup>nd</sup> edition.

Organización Panamericana de la Salud, (2002): "*Perfil de Sistemas y Servicios de Salud Suriname*", primera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2003): "*Profile of the health service system Haiti*", second edition.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2003): "*Health Sector Analysis Guyana*", unedited draft version.

Organización Panamericana de la Salud (2006): "*Perfil del Sistema de Salud El Salvador 2005-2009: monitoreo y análisis de los procesos de cambio*", Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>a</sup>): "*Perfil del Sistema de Salud Bolivia: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*", Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>b</sup>): "*Perfil del Sistema de Salud Guatemala: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*", Washigton D., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>c</sup>): "*Perfil del Sistema de Salud Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*", Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>d</sup>): "*Perfil del Sistema de Salud República Dominicana: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*", Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>e</sup>): "*Salud en las Américas*", *Publicación Científica y Técnica*, n° 622, vol I- Regional.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>f</sup>): "*Salud en las Américas*", *Publicación Científica y Técnica*, n° 622, vol II - Países.

Organización Panamericana de la Salud (2007<sup>g</sup>). "La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial". OPS, Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2008<sup>a</sup>): "*Perfil del Sistema de Salud Brasil: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*", Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2008<sup>b</sup>): "*Perfil del Sistema de Salud Ecuador: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*", Washigton D.C., tercera edición.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Organización Panamericana de la Salud (2008<sup>c</sup>):“*Perfil del Sistema de Salud Nicaragua: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2008<sup>d</sup>):“*Perfil del Sistema de Salud Paraguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2008<sup>e</sup>):“*Perfil de los Sistemas de Salud Trinidad y Tobago: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2008<sup>f</sup>):“*Health System Profile Barbados: monitoring and analyzing health systems change/reform*”, Washigton D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2009<sup>a</sup>):“*Perfil del Sistema de Salud Costa Rica: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2009<sup>b</sup>):“*Perfil del Sistema de Salud Colombia: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2009<sup>c</sup>):“*Perfil del Sistema de Salud Honduras: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C., tercera edición.

Organización Panamericana de la Salud (2009<sup>d</sup>):“*Health System Profile Belice: monitoring and analyzing health systems change/reform*”, Washigton D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2009<sup>e</sup>):“*Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*”, Washigton D.C., tercera edición.

Piola, R. y Servo (2005):“*Gasto em Saúde*”, *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPA)*, Brasil.

Pinto, D. y Muñoz, A.L. (2010):“*Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011-2014*”, *Banco Interamericano De desarrollo, División de Protección Social y Salud*, IDB-TN-246.

Rathe, M. (2001):“*La Reforma de Salud y la Seguridad Social*”, *PUCCMM - PID - RES - USAID*, Santo Domingo, R.D.

Rathe, M. (2007):“*Protección Financiera en salud de la República Dominicana*”*La Reforma de Salud y la Seguridad Social*”, en [http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/ Working %20paper%20/Rep%20Dominicana%20sistemico.pdf](http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%20/Rep%20Dominicana%20sistemico.pdf).

Rathe, M. y Moliné, A. (2009):“*Mapa de Salud de la República Dominicana*”, *Observatorio de la Salud de la República Dominicana, Fundación Plenitud/Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Carso de la Salud, México*.

Rathe, M. y Moliné, A. (2011):“*Sistema de salud de República Dominicana*”, *Salud Publica Mex*, nº 53, vol. 2: 255-264.

Rivas, J.; Rabanal, A. y Nigenda López, G. (s/d):“*Financiamiento de Salud y Gastos de los Hogares. El sistema de salud y la protección financiera en el Perú*”, mimeo.

Rivas Loría, P.; Infante, A. y Pedroza, J. (2002):“*Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina*”, *Análisis comparativo en RSS, OPS*, segunda edición.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

- Rivas Loría, P.; Infante, A. y Pedroza, J. (2002): "Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana", *Análisis comparativo en RSS, OPS*, segunda edición.
- Rivas Loría, P. (2002): "Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión del Caribe de Habla Inglesa", *Análisis comparativo en RSS, OPS*, primera edición.
- Roberts, M.J., W. Hsiao, P. Berman y M.R. Reich (2008). "Getting Health Reform Right: a guide to improving performance and equity." Oxford University Press, Nueva York.
- Rodríguez Herrera, A. (2006<sup>a</sup>): "La Reforma de Salud en Honduras", *CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo*, n° 174, Santiago de Chile.
- Rodríguez Herrera, A. (2006<sup>b</sup>): "La Reforma de Salud en Nicaragua", *CEPAL, Documento de Proyecto*, Santiago de Chile.
- Sáenz, M.; Acosta, M.; Muiser J.; y Bermúdez J.L. (2011): "Sistema de Salud de Costa Rica", *Salud Publica Mex*, n° 53, vol. 2: 156-167.
- Secretaría de Salud (2010): "Rendición de Cuentas en Salud 2009", *Gobierno Federal de México*, primera edición.
- Seguro Nacional de Salud (2007): "Boletín Informativo SENASA", n° 2, año 3, Santo Domingo, República Dominicana.
- Seguro nacional de Salud (SeNaSa), (2010): "Gestión 2010", Santo Domingo, República Dominicana.
- Sciaraffia, V. (2007): "Caracterización del Sistema de Salud Chileno", en <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Chile%20sistemico.pdf>
- Sojo, A. Editora (2009): "Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales", *CEPAL, Serie Seminario y Conferencias*, Santiago de Chile.
- Suárez, R., P. Henderson, E. Barillas y C. Vieira (1995). "Gasto en Salud y financiamiento: América Latina y el Caribe. Desafíos para la década de los noventa". Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.
- Suárez-Berenguela, R.M. (2000). "Health System Inequalities and Inequities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implications." *Equity in Health in Latin America and the Caribbean (World Bank EquiLAC Project) Investments in Health Equity and Poverty Project (PAHO/UNDP IHEP Project)*.
- Superintendencia de Salud (2010): "Boletín Estadístico año 2010 de Isapres", Gobierno de Chile.
- The World Bank, "World Development Indicators".
- Tolentino Silva, M. (2009): "Sistema Único de Salud: La experiencia Brasileña en la universalización del acceso a la salud". *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, n° 26, vol. 2: 251-57.
- Universidad de Costa Rica (UCR) (2006): "Encuesta Nacional de Salud", San José, Costa Rica.

## Documentos de Trabajo CEDES 122/2014

Urcullo, G.; Muñoz, R. y Bitrán, R. (2008): "Identification of Priority Research Questions in LAC within the Areas of Health Financing, Human Resources for Health and the Role of the Non-State Sector", *Bitrán y Asociados*, final Report.

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (2002). "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98."

Velásquez, W.L. y Ponce, C. (2009): "La ley marco de aseguramiento universal en salud en El Perú: análisis de beneficios y sistematización del Proceso desde su concepción hasta su promulgación", *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, nº 26, vol. 2: 207-17.

World Bank, (1993) Investing in Health. World Development Report.

World Health Organization (2000) "Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño en los sistemas de salud."

Xu, K., J. Klavus et al (2003). "Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical, and Technical Challenges." Chap. 39. en Murray C.J.L. y D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*