



Tendencias en Reformas de Salud en Naciones de Ingreso Medio. Aportes para el caso Argentino

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira, Ph.D.¹

Diciembre 2006

¹ Ph. D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y CONICET. Este documento es producto del proyecto conjunto de investigación desarrollado por CEDES y CIPPEC con el apoyo de Laboratorios Roche. Se agradece especialmente la participación de Mariana Rodríguez en la elaboración del mismo. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción

Las reformas llevadas a cabo en los sistemas de salud de los países en desarrollo durante la década de los noventa continúan siendo objeto de debate a partir de los dispares resultados obtenidos. Este debate contribuye al desafío de diseñar e implementar nuevas medidas que permitan incrementar la eficiencia asignativa y la equidad en salud.

Desde la perspectiva argentina, las iniciativas de reforma se vincularon a la focalización de recursos o programas específicos que, aún siendo en cierta medida efectivos, reproducen la lógica segmentada del sistema, con limitada articulación y reducida capacidad para establecer una estrategia socialmente sustentable.

El debate sobre el papel del sector público en salud es relevante, no sólo en términos de los mecanismos y fuentes de financiamiento, sino también en cuanto a la capacidad institucional para establecer prioridades sectoriales y llevar a cabo reformas. En general se observa cierta correlación entre dicha habilidad y la efectividad financiera del gasto en salud. Por ello, este trabajo propone exceder el ámbito regional de comparaciones, y enfocar el análisis de sistemas y reformas en países de ingreso similar.

A diferencia del sector educación, donde la inversión se traduce en un incremento del stock de capital humano que induce el crecimiento económico; en sistemas de salud la relación de causalidad es inversa: el aumento de la riqueza provoca un incremento de la inversión en salud, favoreciendo en el tiempo una corriente virtuosa. Ello definió que sea adoptado el criterio de similar producto per capita para la inclusión de países al estudio.

2. Objetivo

Los estudios de salud comparados realizados entre países de América Latina permiten extraer algunas lecciones, aunque incompletas. El presente trabajo pretende contribuir a

cubrir ese déficit, incorporando en el análisis naciones de perfiles socioeconómicos similares a la Argentina. Los objetivos del trabajo pueden resumirse en:

i) Analizar patrones de comportamiento intra-sistemas en términos de gasto en salud como porcentaje del PBI y del gasto per capita; y la participación del gasto público y de bolsillo en el financiamiento de la salud.

ii) Identificar actores participantes en el sistema y los mecanismos de toma de decisiones en el contexto de una reforma.

iii) Plantear un marco de referencia para el análisis comparado, considerando la estructura de cada sistema de salud, sus implicancias en términos de equidad y aseguramiento; y los mecanismos de transferencia y absorción del riesgo (contratos) entre actores.

Dado el criterio adoptado para la determinación de los países a incorporar, surge una selección que incluye principalmente naciones de América Latina y el Caribe, y Europa del Este, Sudáfrica, y Arabia Saudita. La información fue tomada de las bases de datos del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, más una revisión de literatura sobre los procesos de reforma implementados en las últimas dos décadas en las naciones seleccionadas.

3. Financiamiento y Resultados en Salud

En el Cuadro 1 se presentan algunos indicadores socioeconómicos para el grupo seleccionado de naciones. Argentina se ubica en el octavo lugar entre los países más ricos de la muestra, pero constituye el de mayor PBI per capita entre los latinoamericanos.

Cuadro 1 – Indicadores Básicos

	Población (millones)	PBI Per capita (PPP)	Índice Gini	Tasa de Desempleo	Esperanza de Vida al Nacer	Tasa de Mortalidad Infantil	Gasto en salud per capita
	(1)	(1)	(1)	(4)	(2)	(3)	(5)
	2003	2003	2000-2003	2003-2005	2002	2004	2003
Rep Checa	10.2	15.650	25.4	7.9	75	4	1.302
Hungría	10.1	13.780	26.8	7.2	72	7	1.269
Eslovaquia	5.4	13.420	na	16.2	73	7	777
Arabia S.	22.5	12.850	na	na	73	22	578
Estonia	1.4	12.480	35.8	7.9	71	6	682
Polonia	38.2	11.450	34	17.8	74	7	745
Lituania	3.5	11.090	36	8.3	73	8	754
Argentina	38.4	10.920	52.2	16	74	16	1.067
Croacia	4.5	10.710	29	13	74	6	838
Sudáfrica	45.5	10.270	59.3	26.6	46	54	669
Letonia	2.3	10.130	37.7	8.9	70	9	678
Chile	15.8	9.810	57.1	8	76	8	707
Trin & Tob	1.3	9.450	Na	8	72	18	532
Costa Rica	4	9.040	46.5	7	78	11	616
México	102.3	8.950	49.7	3.3	74	23	582
Malasia	24.8	8.940	49.2	na	73	10	374
Rusia	143.4	8.920	39.9	8.1	66	13	551
Uruguay	3.4	7.980	44.6	13.1	75	12	824

Fuente: (1) World Bank; (2) World Health Report 2005; (3) Human Development Report; (4) Organización Internacional del Trabajo; (5) World Health Report 2006

De los dieciocho países considerados la mitad corresponde a Europa Central y Oriental, y la relación entre máximo y mínimo es aproximadamente de 2 a 1, con una media cercana al PBI per capita PPP argentino.

Sin embargo, se observan profundas diferencias en los niveles de desarrollo de los países: el índice Gini, medida de desigualdad en los ingresos, encuentra a Argentina entre los países con distribución más regresiva, compartiendo el grupo con Chile y Sudáfrica. En el extremo opuesto, las naciones de Europa del Este cuentan con mejores resultados.

A pesar de haber sufrido la transición hacia una economía de mercado, lograron incrementar su riqueza sin afectar dramáticamente la distribución del ingreso.

Con la excepción de Sudáfrica (46 años), y en menor medida Rusia (66), los niveles de esperanza de vida al nacer son similares, distribuyéndose en el entorno de los 71 -76 años. Costa Rica muestra el mejor desempeño, con 78 años.

Argentina posee un elevado nivel de gasto per capita en salud, ubicándose entre los países que más invierten en el

Cuadro 2 – Indicadores de Gasto y Oferta en Salud

	Gasto en salud per capita (1)	Médicos (cada 1000 hab) (1)	Gasto en Salud como % del PBI (1)	Gasto público como % del Gasto Total en Salud (2)	Gasto de Bolsillo en salud como % del gasto total (3)
	2003	2000-2004	2003	2002	2003
Rep Checa	1.302	3.5	7.5	91.4	10
Hungría	1.269	3	8.4	70.2	28
Eslovaquia	777	3	5.9	89.4	12
Arabia S.	578	1.3	4	77.1	25
Estonia	682	3	5.3	76.3	23
Polonia	745	3	6.5	72.4	30
Lituania	754	4	6.6	72.6	24
Argentina	1.067	3	8.9	50.2	51
Croacia	838	2.4	7.8	81.4	16
Sudáfrica	669	1	8.4	40.6	61
Letonia	678	3	6.4	64.1	49
Chile	707	1	6.1	45.1	51
Trin & Tob	532	na	3.9	37.3	62
Costa Rica	616	1	7.3	65.4	21
México	582	2	6.2	44.6	54
Malasia	374	1	3.8	53.8	42
Rusia	551	4	5.6	55.8	41
Uruguay	824	4	9.8	29	73

Fuente: (1) World Health Report 2006; (2) World Health Report 2005; (3) World Development Indicators

sector, luego de Republica Checa y Hungría.

Normalmente, mayor tamaño poblacional se asocia con mayores beneficios a escala y mayor sustentabilidad de los sistemas de “riesgo compartido”, reduciendo riesgos financieros. Este primer análisis refleja el resultado de la segmentación de fondos en el sistema de salud local.

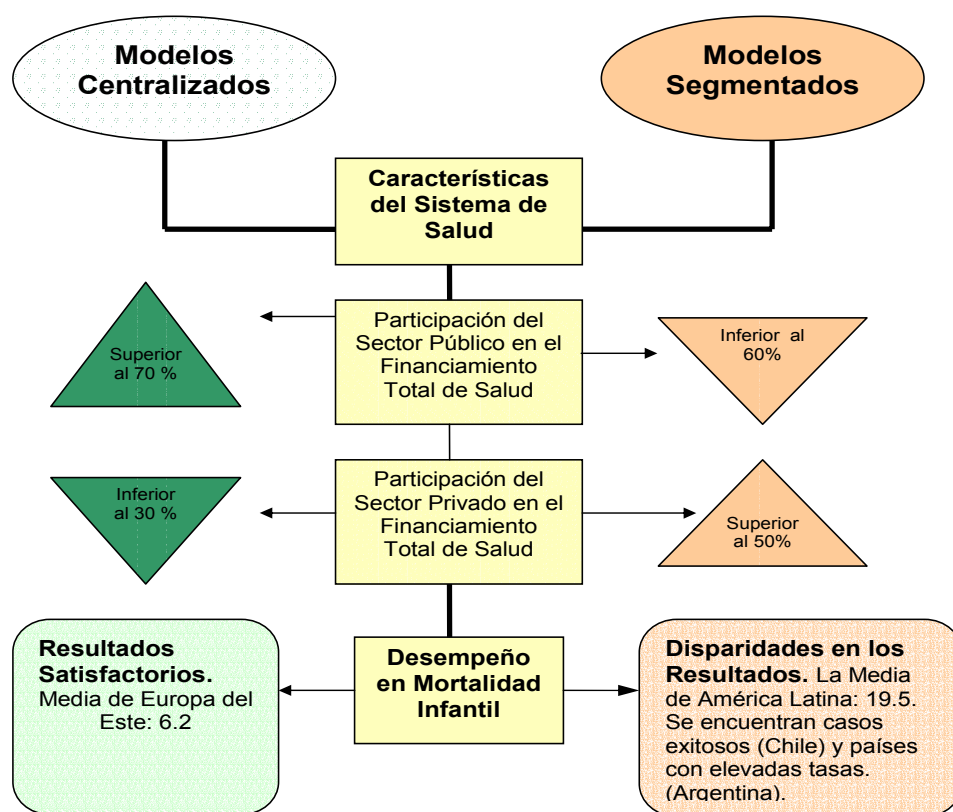
De comparar el indicador de mortalidad infantil y gasto en salud per capita se verifica un desempeño altamente ineficiente del sistema argentino: con niveles de ingreso similares, Argentina gasta entre un 20 y 30% más en salud que Polonia, Lituania y Croacia, con niveles de mortalidad superiores en más de dos veces. Este indicador de “eficiencia sistémica” es significativo, en

tanto Polonia cuenta con una población similar a la local, mientras las otras dos naciones albergan un número de habitantes significativamente menor (9 a 1 aproximadamente).

En el cuadro 2 se presentan algunos indicadores de gasto y oferta en salud, que permiten caracterizar los modelos de atención. No se observa una clara correlación entre el producto per capita y el gasto en salud, así como tampoco existen grandes diferencias en términos de gasto entre los países de América Latina y Europa de Este.

El Cuadro muestra uno de los indicadores clave que permite definir al sistema de salud: la participación del gasto público en el gasto total.

Cuadro 3 –Modelos de Salud Alternativos



Normalmente se observa una mayor participación del sector público en naciones más desarrolladas, y con menores brechas distributivas entre grupos sociales. La información relevada revela que existe una marcada diferencia entre los países de la muestra, reflejando separaciones a nivel regional.

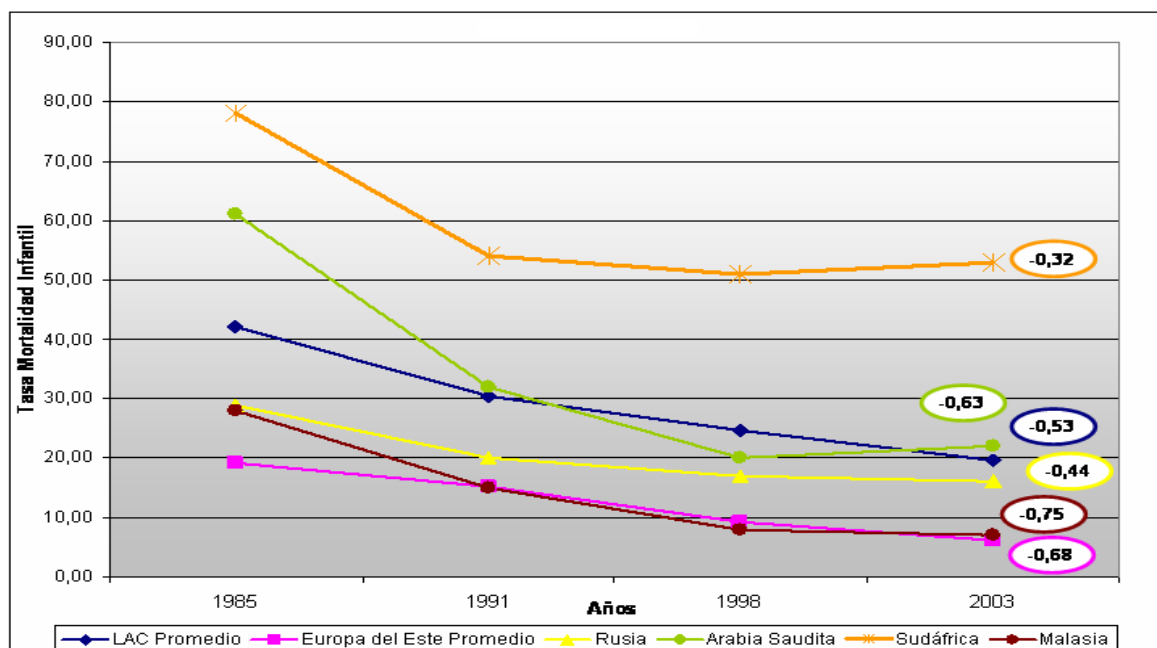
Las reformas llevadas a cabo en los sistemas de salud de los países de Europa del Este tienden a la descentralización (división de funciones e incorporación del sector privado) y a la implementación de una estructura de aseguramiento social. A pesar de ello, el sector público continúa manteniendo una importante participación en el financiamiento de la salud.

Contrariamente, la participación del gasto de bolsillo es marginal dentro del gasto total. En contraposición, el sector público en América Latina posee una participación inferior en el gasto

total, lo que genera que gran parte del gasto sea financiado directamente por los hogares. Ello se asocia con el modelo de organización presente en los países de las distintas regiones. Mientras que las naciones de Europa del Este parten de un sistema centralizado en torno al sector público, los países latinoamericanos poseen modelos segmentados, desintegrados horizontalmente. Las únicas excepciones las constituyen Costa Rica y Trinidad y Tobago, cuyos modelos de salud se asemejan al de los países europeos, con seguros únicos públicos o coordinación institucional.

Aquellas naciones cuyo sector público tiene una importante participación en el financiamiento de la salud presentan una reducida participación del gasto de bolsillo. En cambio, los países con un débil sector público, financian gran parte del gasto de la salud privadamente, aumentando la brecha de acceso entre grupos sociales.

Gráfico 1 - Evolución de la Tasa de Mortalidad



Fuente: Human Development Report 2005; World Development Report, World Health Organization.

En materia de oferta sanitaria, el indicador de cantidad de médicos cada mil habitantes muestra que los países europeos cuentan con valores superiores al del resto de la muestra. Ello probablemente se vea vinculado con el mecanismo de incentivos resultante del método de asignación de recursos (presupuestos históricos) utilizado durante el régimen socialista, que heredaron grandes establecimientos con elevada capacidad ociosa (tanto en cantidad de médicos como en camas hospitalarias). En este particular, Argentina presenta valores similares a los países de Europa del Este.

Al comparar los indicadores de desempeño y los niveles de gasto en salud, se verifica que existe una correlación positiva entre la participación del gasto público en el gasto total y resultados satisfactorios en mortalidad infantil. Asimismo, estos países presentan una baja participación del gasto de bolsillo. No se observa una correlación positiva entre los resultados en salud y los niveles de gasto per capita: no necesariamente mayor gasto en salud implica mejores resultados.

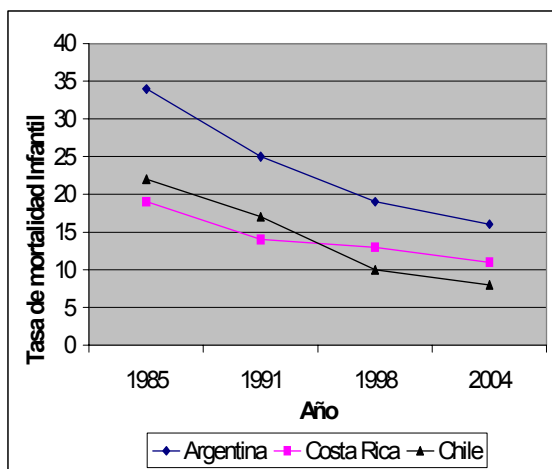
3. Marco Socio – Sanitario

El Gráfico 1 muestra la evolución de la Tasa de Mortalidad infantil por regiones. Durante el período 1985-2003 Europa del Este y Malasia logran una reducción del 68% y 75%, respectivamente. Por otro lado, Rusia y Arabia Saudita son las naciones de desempeño menos satisfactorio.

América Latina logra una disminución en la mortalidad infantil de un 53%. Sin embargo, al interior de esta región se presentan grandes diferencias. Argentina, México y Uruguay obtienen los resultados relativamente menos alentadores durante el período analizado, en tanto Costa Rica y Chile presentan tasas similares a la de los países de Europa del Este.

En el Gráfico 2 se considera la evolución en Argentina, Chile y Costa Rica. Chile logra un continuo descenso en ese indicador en todo el período, mientras que Costa Rica se estabiliza a partir del año 1991 en un nivel muy bajo.

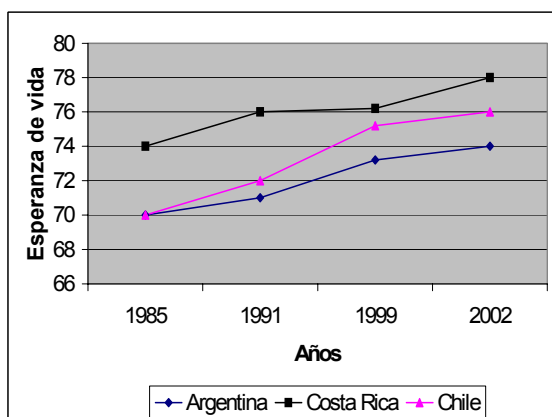
Gráfico 2 - Evolución de Tasa de Mortalidad Infantil en Argentina, Chile y Costa Rica



Fuente: Human Development Report, World Development report, World Health Organization

En contraposición, Argentina parte de una tasa de mortalidad infantil muy alta en el año 1985, logrando disminuir dicho nivel a 16 en el año 2004. Con una reducción del 63% el caso chileno supera el desempeño argentino, que reduce este indicador en 53% (partiendo de un valor 30% mayor) y el costarricense (disminución del 42%).

Gráfico 3 – Evolución de Esperanza de vida en Argentina, Chile y Costa Rica



Fuente: Human Development Report; Organización Panamericana de la Salud

En términos de Esperanza de vida, y como se observa en el Gráfico 3, Costa Rica obtiene excelentes resultados, con valores similares a los países desarrollados. Por otro lado, la evolución de la misma en Chile y Argentina presenta un comportamiento heterogéneo. Mientras que Chile logra reducir la brecha con Costa Rica a dos años (incrementando los años de esperanza de vida a 76 años), Argentina continúa manteniendo una diferencia de 4 años con el país líder.

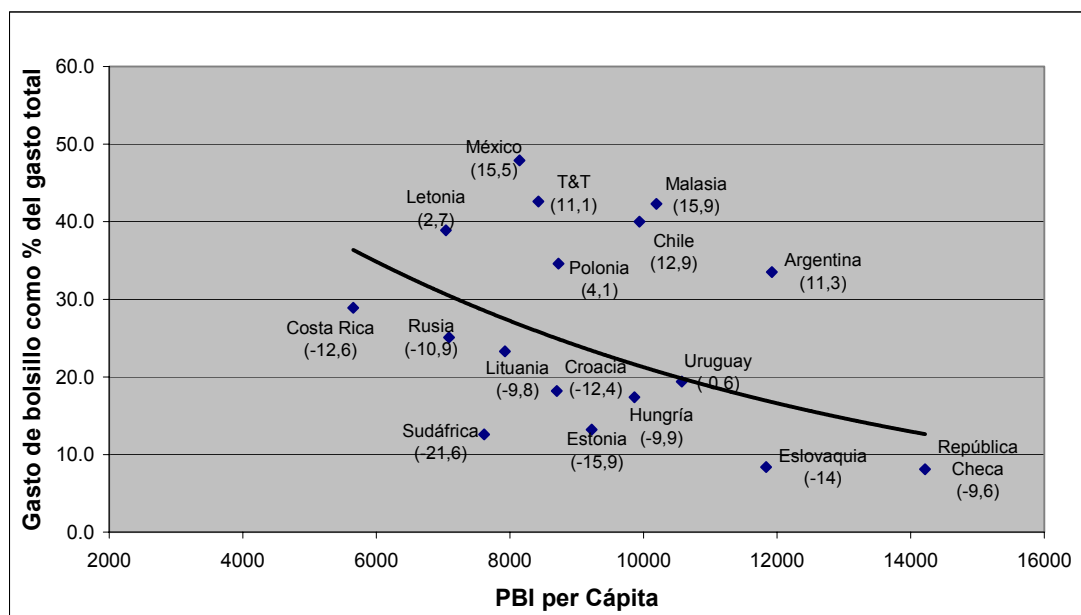
Estos ejemplos muestran cómo el sistema público de salud chileno, a pesar de la dualidad de su organización ha logrado mejoras sustanciales en sus indicadores promedio nacionales, en tanto el modelo costarricense, a pesar de su éxito de eficiencia asignativa, requiere de nuevo impulso.

En el gráfico 4 se observa la relación entre el PBI per capita y la participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud. La comparación de dichas variables permite establecer un patrón de comportamiento del gasto, que es una de las principales características de la organización de los sistemas de salud. Ello establece una clara diferencia entre los países de América Latina y Europa del Este. Los países de Europa del Este se encuentran por debajo de la línea de tendencia, lo que indica que el gasto de bolsillo es menor que el esperado dado su nivel de ingreso per capita.

Paralelamente, en la mayoría de los países latinoamericanos la participación del gasto de bolsillo es mayor a la media, lo que se corresponde con una relativamente débil participación del sector público en la financiación de la salud.

Como se mencionara, en los países más ricos se observan elevadas participaciones del sector público en el gasto total en salud. En este caso, debido a que no existen grandes diferencias entre los niveles de producto

Gráfico 4 – PBI per capita y Gasto de Bolsillo. Año 1998



Fuente: World Development Report 200/2001; World Development Indicators

per capita de las naciones analizadas, las diferencias se dan a nivel regional, lo cual es consistente con los distintos modelos de salud presentes en los analizados países.

5. Iniciativas de Reforma

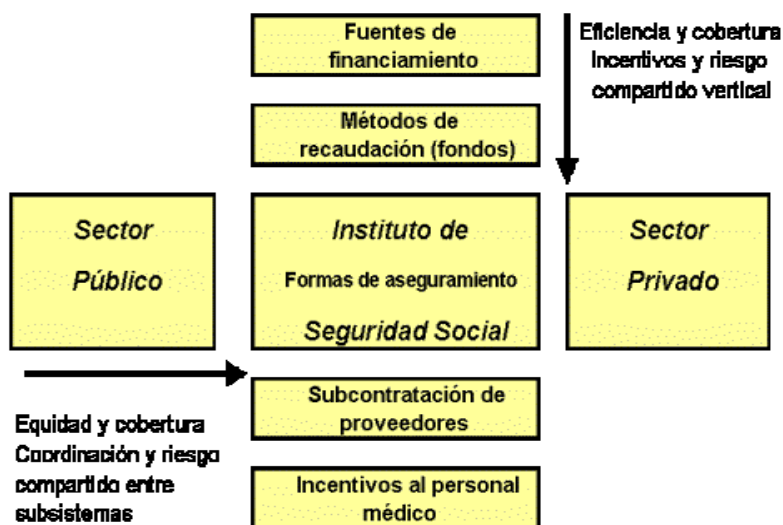
Marco Teórico

El estudio de los sistemas de salud se propone estructurar en torno a dos dimensiones de análisis, una horizontal y otra vertical (Cuadro 4, Maceira 2001). Desde la óptica de la dimensión horizontal se analizan los mecanismos de coordinación, estableciendo las relaciones entre los subsistemas público, privado y de aseguramiento social. Desde la dimensión vertical se observan los mecanismos de transferencia y absorción de riesgo financiero al interior de cada subsistema, determinándose las funciones de cada sector y la asignación

de los fondos (definición de un paquete de servicios, estructura de pagos) y los mecanismos de incentivos generados con esa estructura en el nivel de provisión.

Existen dos modelos bien diferenciados dentro los sistemas de salud: Centralizado y Segmentado, ya sea este integrado verticalmente o estructurado mediante contratos. En el primero, característico de los ex países socialistas, la responsabilidad de la organización, financiación y prestación descansaba en el sector público. Por otro lado, en la mayoría de los países latinoamericanos se desarrollaron modelos segmentados, con una clara división en la población objetivo entre subsistemas (público, privado y seguridad social), afectando la equidad y la eficiencia asignativa. Un esquema simplificado de sistemas, actores y financiamiento se presenta en el Cuadro 5.

Cuadro 4- Dimensión Vertical y Horizontal



Fuente: Maceira (2001)

Desde la dimensión horizontal se pueden analizar los problemas de coordinación entre los subsistemas, que surgen por la división de funciones. En cambio, desde la perspectiva de la dimensión vertical se plantean los problemas asociados con la transferencia y absorción de riesgo entre los actores, así como también los mecanismos de incentivos generados en la estructura de contratos.

Modelo Comparado de Reforma

El análisis de las reformas iniciadas en las naciones de la muestra establece ciertos paralelos que permiten identificar experiencias para el aprendizaje mutuo, como así también una marcada convergencia a un modelo mixto de provisión, con financiamiento regulado. Un resumen de reformas y mecanismos verticales de articulación se sintetiza en el Cuadro 6.

La presencia de un sistema público centralizado y de amplia cobertura, como en el caso de las naciones del Este y Centro de Europa, se enfrentan con un desafío: mantener un umbral de calidad de sus servicios, lo que requiere mayor

inversión en el sector, o dar paso al desarrollo de un sector privado que opere con un diferencial de calidad, ofreciendo servicios o seguros complementarios. A fin de evitar que esta incorporación afecte la eficiencia de los esquemas de aseguramiento o la equidad en la provisión, es necesario desarrollar salvaguardas regulatorias. Los esquemas de aseguramiento social con fuentes de recolección de fondos y estrategia de cobertura tutelados por el sector público constituye la salida diseñada por estos países para enfrentar esta problemática. De acuerdo a la estructura de la oferta previa a la reforma, cada nación optó por esquemas de participación privada de distinto nivel de profundidad. En algunos casos, como se observa en los países bálticos y otras naciones de menor escala poblacional, el nivel de descentralización y separación de funciones fue extremadamente amplio, llegando a la tercerización de servicios hospitalarios. En otras naciones de mayor escala, la tendencia fue más tenue, manteniendo en manos públicas ciertas funciones asociadas con la cobertura de gastos catastróficos, como en los casos polaco y checo.

**Tendencias en Reformas de Salud en Naciones de Ingresos Medios.
Aportes para el caso Argentino.**

Cuadro 5 – Sistemas de salud previos a la reforma

	Modelo	Subsector	Actores	Financiamiento
Argentina	Segmentado, Integración vertical por subsistema	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Descentralizado (provincias, municipios) Obras Sociales provinciales y municipales. PAMI: seguro de vejez Seguro (prepagas), Prestaciones Individuales y contratadas por Obras Sociales, contratación directa prepagas	Rentas Generales (nacionales y provinciales) Contribuciones salariales y patronales Gasto de Bolsillo: Copagos
Chile	Segmentado, Integración vertical por subsistema	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Desconcentrado Fondo Nacional de Salud (FONASA) Seguros: ISAPRES, prestaciones individuales	Impuestos generales Contribuciones salariales y patronales Gasto de Bolsillo: Copagos; Contribuciones Salariales y patronales
Costa Rica	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Modelo Coordinado Ministerio de Salud y CCSS Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Seguros Complementarios limitados	Impuestos generales Contribuciones salariales y patronales Gasto de Bolsillo
Eslovaquia	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
Estonia	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
Hungría	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
Letonia	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
Lituania	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
México	Segmentado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y Seguros Sociales Menors Atomizado: seguros complementarios limitados	Rentas Generales Contribuciones salariales y patronales Gasto de Bolsillo: Copagos
Polonia	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
República Checa	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Informal / Escasamente Desarrollado	Rentas Generales. Presupuesto Histórico na Pagos Complementarios Informales
Sudafrica		Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado Limitado, seguros por empresas Atomizado: gran presencia de ONGs	Impuestos generales; Donaciones na Gasto de Bolsillo: contratación directa de servicios
Trinidad y Tobago	Público Integrado	Sector Público Seguridad Social Sector Privado	Centralizado na Atomizado	Impuestos Generales na Gasto de Bolsillo

En todos los modelos de reforma estudiados, la entrada del sector privado promovió: (i) formalizar una práctica no institucionalizada, asociada con la prestación y cobro de servicios ambulatorios por parte de médicos públicos, y (ii) planificar modos de asociación público-privado que minimicen los potenciales efectos adversos sobre la equidad, a fin de mantener los resultados de salud logrados previamente.

Los efectos de tales iniciativas fueron la descentralización, es decir la división de funciones al interior del sector público, con participación privada, conjuntamente con la implementación de un seguro social. El sistema tiende a una estructura integrada verticalmente en control, aunque no necesariamente en propiedad, con mecanismos de contratos que intentan alinear los intereses de las partes.

Las naciones de América Latina con esquemas similares (el caso coordinado de Costa Rica, o el modelo británico existente en casos latinoamericanos estudiados, y Trinidad y Tobago), encuentran los mismos desafíos planteados en Europa Oriental, y han desarrollado, en mayor o menor medida, políticas con igual dirección.

Un esquema segmentado de provisión y financiamiento, como en los casos latinoamericanos estudiados, y en mayor proporción Sudáfrica, se enfrenta con un desafío desde la perspectiva de la eficiencia de los mecanismos de riesgo compartido: en tanto que un esquema de aseguramiento se aleja de un seguro universal (cobertura para toda la población), se segmentan los fondos disponibles para financiar las necesidades de salud, provocando esquemas asociados con capacidad de pago (selección de riesgo), paquetes de servicios diferenciales, y estructuras deficientes para afrontar gastos catastróficos en salud.

En la medida que coexistan subsistemas asociados con niveles de ingreso, el subsector público tiende a focalizarse en

las poblaciones de menores recursos, mayor riesgo sanitario y menor habilidad de pago.

Ello, por construcción, debilita la capacidad operativa del subsector, retrayendo la calidad promedio de los servicios prestados. El sector privado, que debe ofrecer un umbral de calidad superior al público para desarrollar un mercado de atención propio, opera "by default", avanzando sobre las debilidades de la red pública, con un costo sobre la equidad del sistema.

Las reformas en estas naciones buscaron reestructurar los sistemas de seguridad social, de forma tal de aumentar la transparencia en el uso de fondos y un mayor control sobre la cantidad y calidad de las prestaciones. El objetivo es reducir los niveles de inequidad entre las aseguradoras aumentando la solidaridad del sistema.

En ambos casos, Segmentado o Centralizado, la reforma definió un Programa Básico, que incluye un mínimo de servicios obligatorios cubierto por el seguro social. El incentivo a la participación del sector privado se focaliza en otorgar un papel importante en el área de prestaciones y, en algunos casos, la administración de los fondos. De esta manera, se profundiza la división de funciones entre actores.

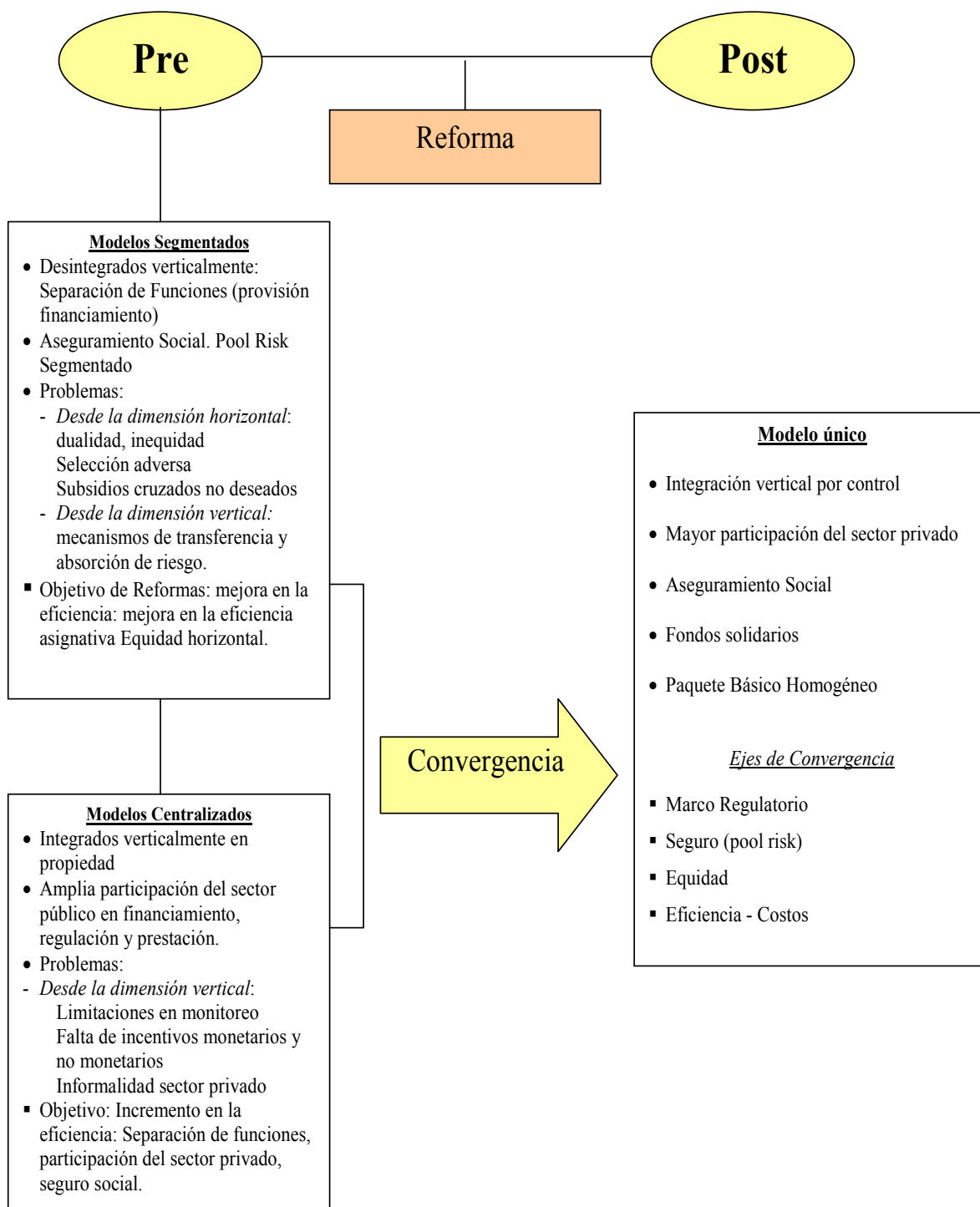
Las Reformas llevadas a cabo durante los noventa en los sistemas de salud centralizados y segmentados conducen a la convergencia de modelos; es decir a la existencia de un único modelo de salud. La división de funciones entre los subsistemas muestra la presencia de una estructura de aseguramiento social que permite dar sostenibilidad financiera y establece los mecanismos de incentivos en base a la transferencia y absorción de riesgos financieros y sanitarios. Tales relaciones contractuales requieren de un eficaz marco regulatorio que garantice el acceso y la equidad en las prestaciones

**Tendencias en Reformas de Salud en Naciones de Ingresos Medios.
Aportes para el caso Argentino.**

Cuadro 6 - Reforma

Pais	Financiamiento	Aseguramiento	Prestadores	Regulación
Argentina	Impuestos generales: s/c Transferencias en especie: Fondos Federales (medicamentos, equipamiento) Contribuciones salariales y patronales: s/c	Obras Sociales Nacionales: libre opción entre fondos y creación del Programa Médico Obligatorio (PMO). Obras Sociales Provinciales: s/c Medicina Prepaga: mayor concentración	Público: presupuesto fijo: s/c Autogestión hospitalaria Privado: cambios pautas de financiamiento de la seguridad social (cápitales / módulos).	Ministerio de Salud y Superintendencia de servicios de salud: deficiente, limitada innovación.
Chile	Impuestos generales: s/c Programas específicos (PROAME) Contribuciones salariales y patronales: s/c Gasto de Bolsillo: Copagos: s/c	Fondo Nacional de Salud (FONASA): s/c Aseguradoras Privadas (ISAPRES): s/c	Público: Hospitales públicos capitados por FONASA Prestaciones a ISAPRES: Pago por prestación o presupuesto fijo.	Ministerio de Salud.
Costa Rica	Impuestos generales: s/c Contribuciones salariales y patronales: s/c Incremento Copagos	Fallas de Coordinación entre Ministerio de Salud y CCSS Creación de Aseguradoras Privadas	Público: Hospitales. Presupuesto por partidas Privado: Atención Primaria. Capitada Atención Ambulatoria. Medicina Mixta; Medicina de empresas	Ministerio de Salud. Fallas de regulación en dirección y conducción
Eslovaquia	Impuestos generales: s/c Implementación de Seguro Social por contribuciones salariales y patronales Formalización de los copagos	Creación de: * <u>Aseguradoras regionales públicas.</u> Compañía General de Seguros de Salud y Compañía Común de Seguros de Salud. * <u>Aseguradoras privadas</u> * <u>Seguro privado complementario.</u>	Público: Fuente de Atención Terciaria: Hospitales: pagos por Grupos de diagnóstico (DGR) Privado: a cargo de atención Primaria capitada y Servicios ambulatorios sistema de pagos por puntos por servicio.	Ministerio de Salud: determinación del tipo y precio de las prestaciones del Programa Básico y aprobación del presupuesto de las aseguradoras públicas.
Estonia	Impuestos generales: s/c Implementación de Seguro Social por contribuciones salariales y patronales Formalización de los copagos	Creación de: * Fondo de Seguro de Salud (EHIF)	Provisión Privatizada: Hospitales; pago por día; atención primaria: capitada o pago por servicio Especialistas: pago por caso	Ministerio de Salud: determina junto con el Fondo de Seguro Social el tipo de prestaciones incluidas en el seguro; Lista de precios para copagos y regulación de las aseguradoras regionales
Hungría	Impuestos generales: s/c. Coordinado por Oficina Nacional de Impuestos Implementación de Seguro Social por contribuciones salariales y patronales Formalización de los copagos	Creación de: * Administración Nacional de Seguros de Salud (NHIFA). * Seguro privado complementario	NHIFA contrata prestadores públicos con Hospitales públicos: Sistema de puntos por módulo o pago por día (enfermedades crónicas). Privado: Atención Primaria. Capitada Especialista: sistema de puntos por servicio.	Gobierno Nacional. A través de la aprobación del presupuesto de NHIFA.
Letonia	Impuestos generales: s/c. Coordinado por Agencia Nacional de Seguros de Salud (SACHIA) Formalización de los copagos	Creación de: * Aseguradoras Regionales * Aseguradoras privadas	Público: Atención Hospitalaria: pagos por suma fija de acuerdo al establecimiento / pagos por día Privado: Atención Primaria. Capitada o capita mixta (el generalista absorbe el riesgo de derivación).	Parlamento determina el presupuesto de la Agencia de Seguro Social, quien administra y contrata servicios.
Lituania	Impuestos generales: s/c Implementación de Seguro Social por contribuciones salariales y patronales Formalización de los copagos	Creación de: * Aseguradora Nacional de Salud (nacional) * Aseguradoras regionales públicas * Seguro privado voluntario	Público: Hospitales: pago por caso Atención primaria: salario o capita, dependiendo del hospital Servicios ambulatorios: pago por caso	* Ministerio de Salud: determinación del precio de las prestaciones brindadas por organismos públicos, del precio de referencia de las prestaciones brindadas por privados y del precio de los medicamentos. * Consejo de Supervisión del Seguro de Salud: regulación de las aseguradoras
México	Rentas Generales: s/c Contribuciones salariales y patronales: s/c Gasto de Bolsillo: Copagos: s/c	Instituto Mexicano de Seguridad Social: s/c Crecimiento de Aseguramiento privado	Autogestión hospitalaria limitada	* Dirección de evaluación y seguimiento del Ministerio de Salud. Deficiente monitoreo al Instituto Mexicano de Seguridad Social. No existe regulación del Seguro Privado.
Polonia	Impuestos generales: s/c Implementación de Seguro Social por contribuciones salariales y patronales. Coordinado por Agencia Nacional de Aseguramiento (ZUS) y Agencia Nacional de Aseguramiento social Agrícola (KRUS) Formalización de los copagos	Creación de: * Aseguradoras Regionales * Aseguradora privada.	Privado: Atención Primaria. Capita Especialista: pagos por servicio. hospitales: pago por día o por admisión, dependiendo de la aseguradora. Público (autogestión hospitalaria): Pagos por puntos.	* Ministerio de Salud: política nacional de salud, control de fondos de atención terciaria y regulador de todo el sistema * Asociación Nacional de Aseguradoras: regulación de los fondos. * Oficina de Regulación de Seguros: responsable de asegurar el acceso y calidad en las prestaciones
República Checa	Impuestos generales: s/c Implementación de Seguro Social por contribuciones salariales y patronales Formalización de los copagos	Creación de: * Aseguradora de Salud General (GHIF) * Aseguradoras privadas (solo ofrecen las prestaciones básicas).	Público: Hospitales. Pago por prestación Privado: Atención primaria: capita Especialistas. Pago por servicio.	Ministerio de Salud. Aprobación de los resultados de las negociaciones entre prestadores y aseguradoras, para el establecimiento del tipo y valor de los servicios incluidos en el seguro social.
Sudafrica	Impuestos Generales; Donaciones: s/c Gasto de Bolsillo: Copagos: s/c	Aseguramiento Privado Fragmentado: s/c	Prestadores Privados Atomizados: s/c	Marco regulatorio en la estructura de Seguro Privado Voluntario, basado en empleo
Trinidad y Tobago	Impuestos Generales: s/c Gasto de Bolsillo: Copagos: s/c	Aseguramiento privado: planes ofrecidos por los empleadores	Público: Hospitales: presupuesto fijo: s/c Profesionales: salario: s/c	Ministerio de Salud: gestión, planificación, formulación de políticas y evaluación. Otorga las licencias a los prestadores privados.

Cuadro 7 – Convergencia de Modelos



5. Referencias Bibliográficas:

Chawla, M.; Berman, P.; Windak, A.; Kulis, M. (2001) *"The Changing Face of the Health Care Providers Market: A case study from Poland"*. The World Bank.

Chawla, M.; Pazitny, P (2005) *"Fiscal Challenges in the Health Sector in Hungary"*. The World Bank.

Dávila, E.; Guijarro, M. (2000). "Evolución y Reforma del Sistema de Salud de México". Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL.

European Observatory on Health Care Systems (2000) *"Health Care Systems in Transition: Lithuania"*, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.

European Observatory on Health Care Systems (2001) *"Health Care Systems in Transition: Latvia"*, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.

European Observatory on Health Care Systems (2004) *"Health Care Systems in Transition: Slovakia"*, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.

European Observatory on Health Care Systems (2005) *"Health Care Systems in Transition: Czech Republic"*, Health Care in Transition, Copenhagen, Dinamarca.

Maceira, D., (2001), *"Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe"*, Iniciativa Reforma en el Sector Salud.

Maceira, D., (2006), *"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.

Organización Mundial del Trabajo, Indicadores de desempleo.

Pan-American Health Organization (1998). Health in the Americas, Washington, D.C.

Titelman, D. (2000) "Reformas al Sistema de Salud en Chile: desafíos pendientes". Serie Financiamiento del Desarrollo

World Bank, Human Development Indicators

World Bank, World Development Indicators

World Health Organization. Europe. "Health System Financing in Estonia", HSF Working Document. Health System Financing Programme. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization 2005, World Health Report

World Health Organization 2006, World Health Report