



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

---

**Daniel Maceira, Ph.D.<sup>1</sup>**

**Diciembre 2006**

---

<sup>1</sup> 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](mailto: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.

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, a los que se suman 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.

En la siguiente sección se realiza un análisis descriptivo, que nos permitirá obtener la evolución de los principales indicadores de resultados de los sistemas de salud, la comparación de las variables macroeconómicas y de distribución del ingreso, y las asociadas a la organización y financiamiento del sistema de salud. En la tercera sección, se establecerá un marco teórico de análisis, que permita estudiar las características propias de los procesos de reforma de cada nación y obtener ciertas recomendaciones de política para la reforma del sistema de salud en Argentina.

La cuarta sección presenta un análisis comparado de los sistemas seleccionados y las reformas iniciadas en cada caso, presentando las particularidades de cada una, para luego cerrar el documento con algunas reflexiones de política pública.

## **2. Financiamiento y Resultados en Salud**

### **2.1 Financiamiento**

El análisis comparado de los sistemas de salud incluye a varios países de América Latina y el Caribe con ingreso per capita similar a Argentina: Chile, Uruguay, Trinidad y Tobago, Costa Rica y México. Entre los países de Europa del Este y Central se encuentran Estonia, Letonia, Republica Checa, Polonia, Lituania, Eslovaquia, Hungría y Croacia. El análisis se completa con Arabia Saudita y Sudáfrica. Las distintas regiones presentan características socioeconómicas y de organización y desempeño en el área de salud muy heterogéneas.

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, aunque constituye el de mayor PBI per capita entre los latinoamericanos. 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 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.

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

**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
<b>Rep Checa</b>	10.2	15.650	25.4	7.9	75	4	1.302
<b>Hungría</b>	10.1	13.780	26.8	7.2	72	7	1.269
<b>Eslovaquia</b>	5.4	13.420	na	16.2	73	7	777
<b>Arabia S.</b>	22.5	12.850	na	na	73	22	578
<b>Estonia</b>	1.4	12.480	35.8	7.9	71	6	682
<b>Polonia</b>	38.2	11.450	34	17.8	74	7	745
<b>Lituania</b>	3.5	11.090	36	8.3	73	8	754
<b>Argentina</b>	38.4	10.920	52.2	16	74	16	1.067
<b>Croacia</b>	4.5	10.710	29	13	74	6	838
<b>Sudáfrica</b>	45.5	10.270	59.3	26.6	46	54	669
<b>Letonia</b>	2.3	10.130	37.7	8.9	70	9	678
<b>Chile</b>	15.8	9.810	57.1	8	76	8	707
<b>Trin &amp; Tob</b>	1.3	9.450	Na	8	72	18	532
<b>Costa Rica</b>	4	9.040	46.5	7	78	11	616
<b>México</b>	102.3	8.950	49.7	3.3	74	23	582
<b>Malasia</b>	24.8	8.940	49.2	na	73	10	374
<b>Rusia</b>	143.4	8.920	39.9	8.1	66	13	551
<b>Uruguay</b>	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 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.

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

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 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
<b>Argentina</b>	<b>1.067</b>	<b>3</b>	<b>8.9</b>	<b>50.2</b>	<b>51</b>
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

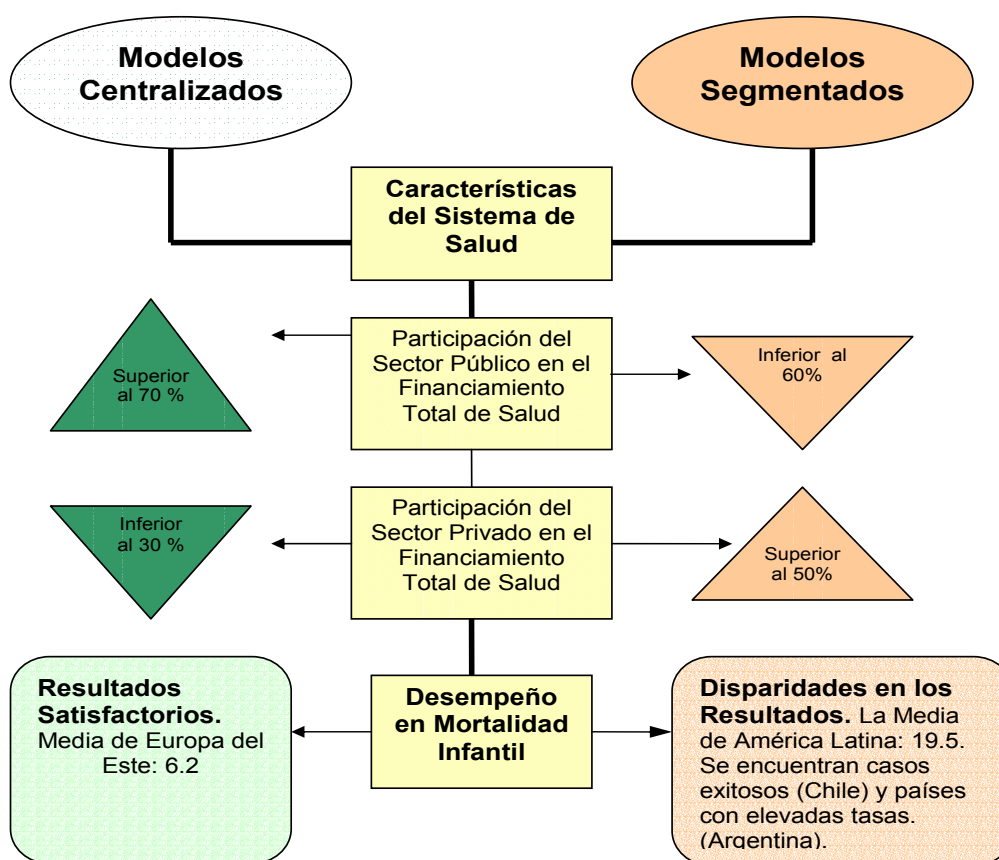
Normalmente se observa una mayor participación del sector público en naciones más desarrolladas, y con menores brechas distributivas entre grupos sociales. La información relevada revela que existe una marcada diferencia entre los países de la muestra, reflejando separaciones a nivel regional.

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

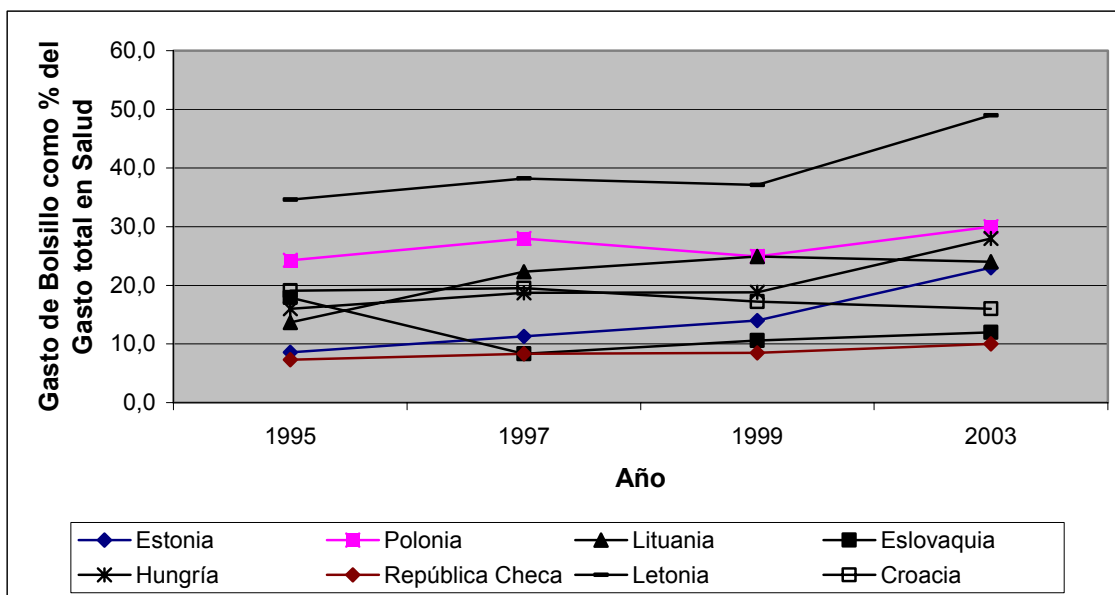
el gasto total, lo que genera que gran parte del gasto sea financiado directamente por los hogares. Ello se asocia con el modelo de organización presente en los países de las distintas regiones. Mientras que las naciones de Europa del Este parten de un sistema centralizado en torno al sector público, 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.

**Figura 1 – Modelos de Salud Alternativos**



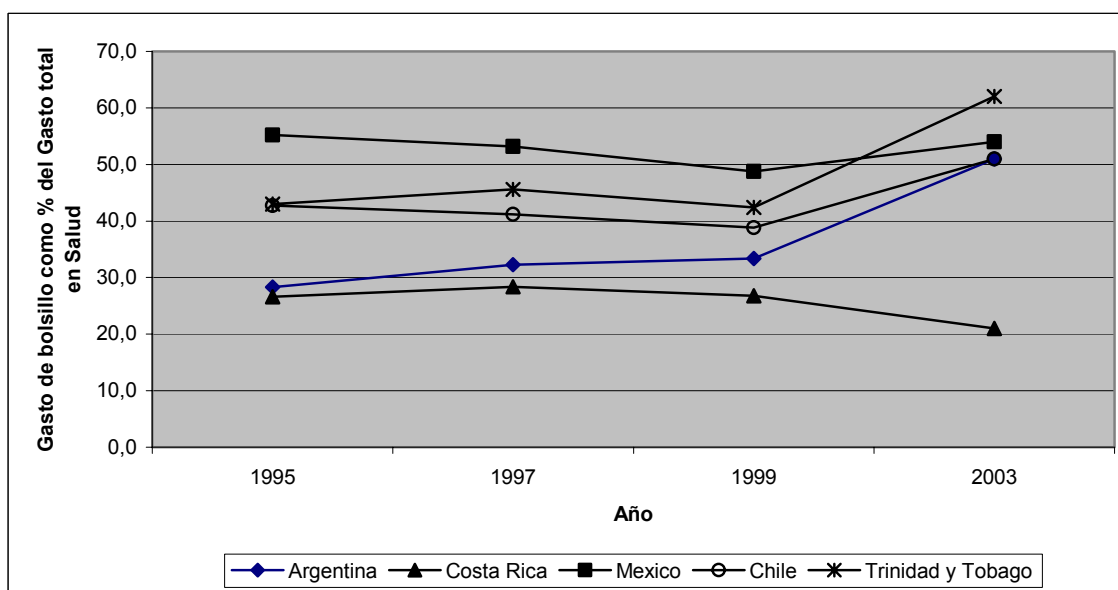
Dentro del entorno del Este y Centro de Europa la Figura 2 destaca a Letonia, con una participación de los gastos de bolsillo superior al promedio regional, y nivel similar al perfil latinoamericano. En todos los otros casos, la participación de estos desembolsos es baja y relativamente constante en el período 1995-2003.

**Figura 2. Evolución del Gasto de Bolsillo en Europa del Este.**



Fuente: World Health Report 2002; World Development Indicators.

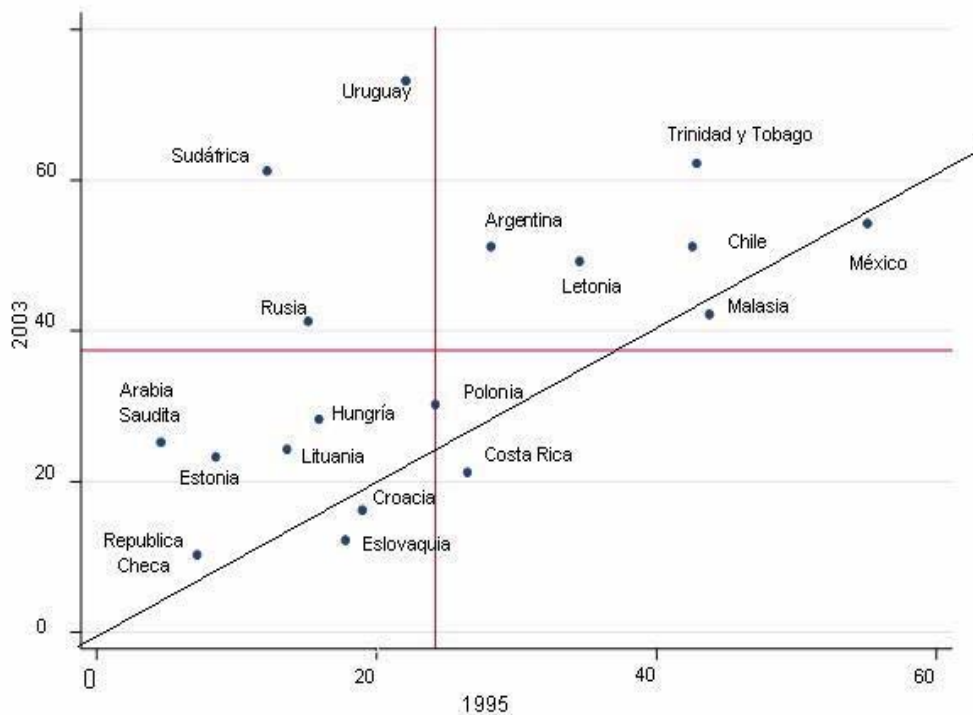
**Figura 3. Evolución del Gasto de Bolsillo en América Latina.**



Fuente: World Health Report 2002; World Development Indicators

Contrariamente, la Figura 3 muestra una tendencia creciente del gasto de bolsillo en América Latina, especialmente desde 1999. Nuevamente la excepción es Costa Rica con una caída cercana al 30%.

**Figura 4. Gasto de Bolsillo. Años 1995-2003**



Fuente: World Health Report 2005; World Development Indicators

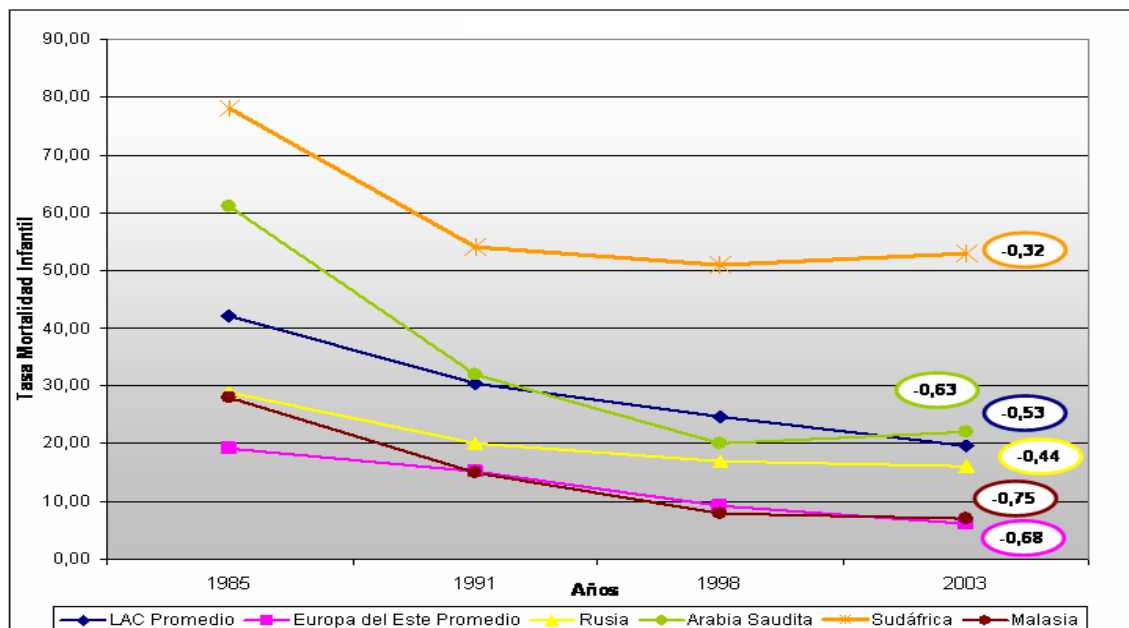
Complementariamente, en la Figura 4 se compara la participación del gasto de bolsillo en los años 1995 y 2003 en todas las naciones analizadas. El mismo se encuentra dividido en dos zonas, los países que elevaron la misma se encuentran por encima de la diagonal; mientras que los que la disminuyeron se ubican por debajo. Sin embargo, son muy pocos los países que se encuentran en esta última zona (Costa Rica, Croacia y Eslovaquia). La mayoría de las naciones incrementaron el financiamiento privado de la salud.

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.

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.



**Figura 5 - Evolución de la Tasa de Mortalidad**



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

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.

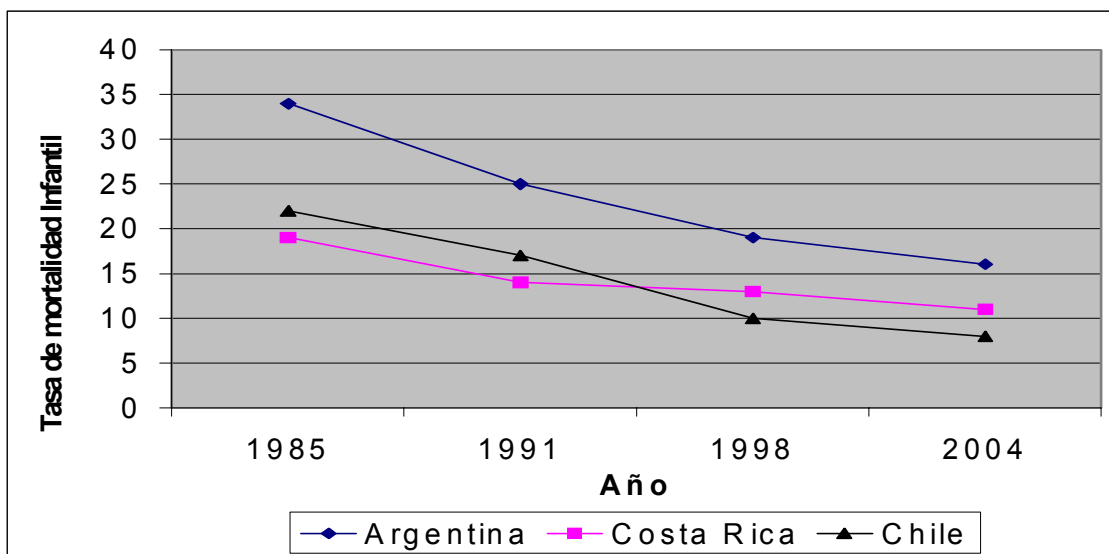
## 2.2. Marco Socio-Sanitario

La Figura 5 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 la Figura 6 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.

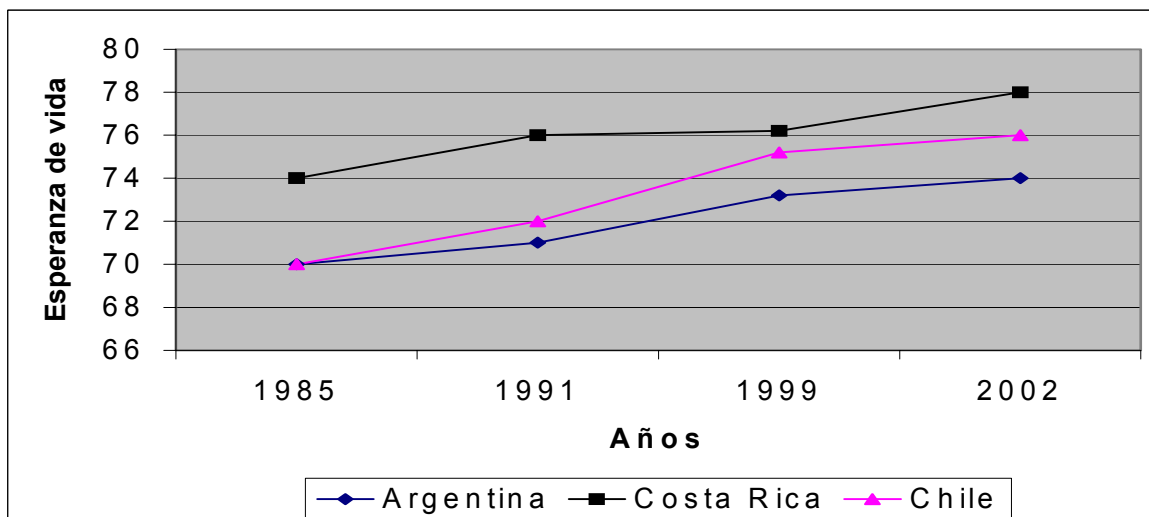
**Figura 6 - Evolución de Tasa de Mortalidad Infantil en Argentina, Chile y Costa Rica**



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%).

**Figura 7 – Evolución de Esperanza de vida en Argentina, Chile y Costa Rica**



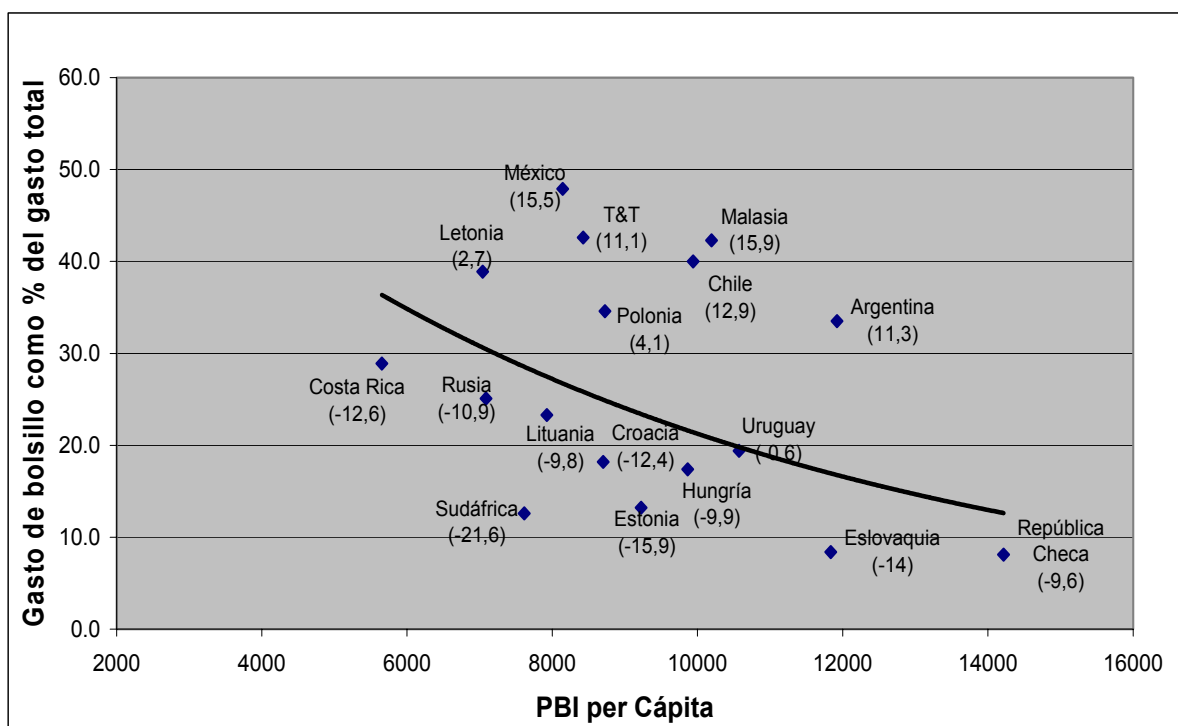
Fuente: Human Development Report; Organización Panamericana de la Salud

En términos de Esperanza de vida, y como se observa en el Figura 7, 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.

**Figura 8 – PBI per capita y Gasto de Bolsillo. Año 1998**



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

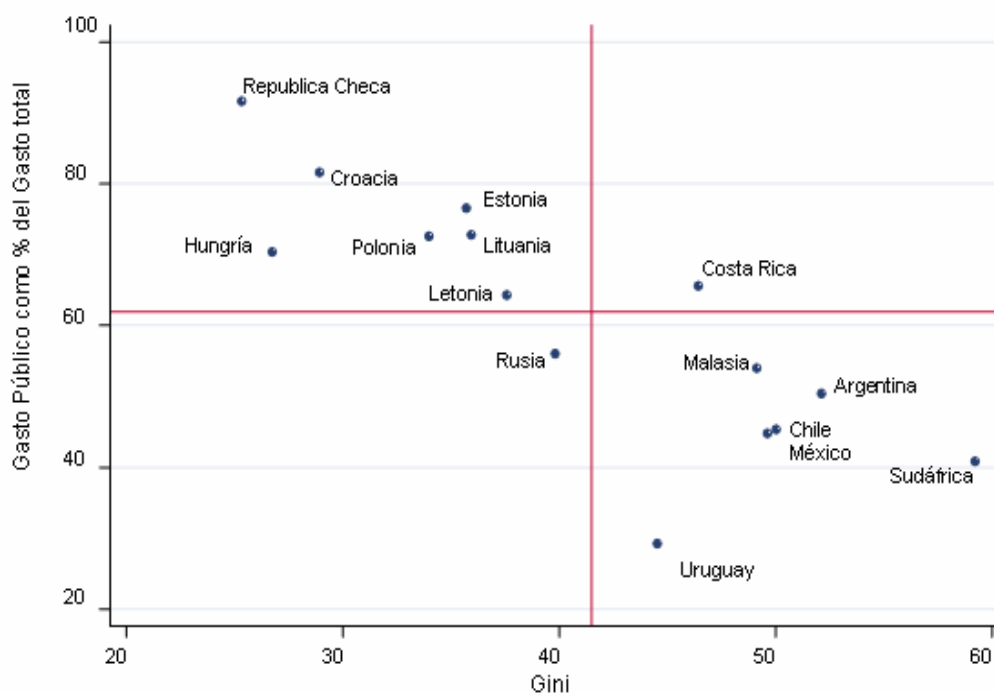
En la Figura 8 se observa la relación entre el PBI per capita y la participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud. La comparación de dichas variables permite establecer un patrón de comportamiento del gasto, que es una de las principales características de la organización de los sistemas 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 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.

**Figura 9. Índice Gini y Gasto Público en Salud. Año 2000**



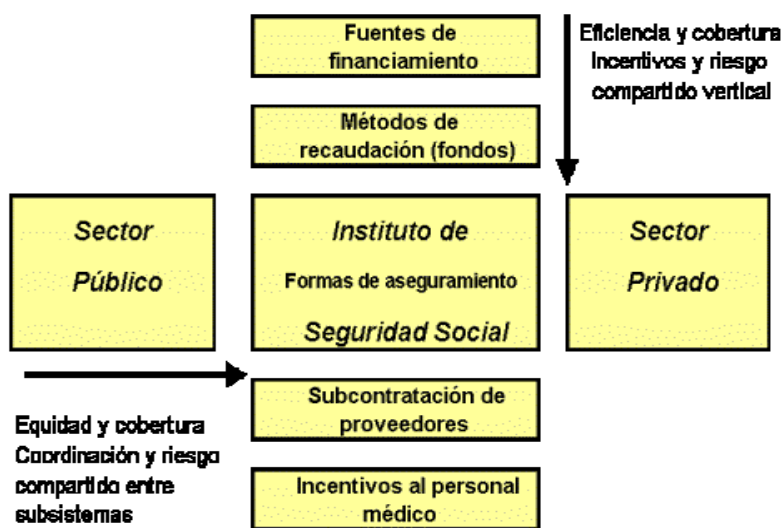
Fuente: World Bank; World Health Report 2005

Asimismo, y tal como se observa en la Figura 9 los países de Europa del Este, que cuentan con la distribución del ingreso más equitativa, poseen una representación importante del sector público en la financiación de la salud con excelentes resultados en mortalidad infantil. Contrariamente, en las naciones de América Latina con elevada desigualdad la participación del gasto público es inferior a la media. La única excepción dentro de la región es Costa Rica.

### 3. Marco Teórico

El estudio de los sistemas de salud se propone estructurar en torno a dos dimensiones de análisis, una horizontal y otra vertical (Figura 10, 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.

**Figura 10 - Dimensión Vertical y Horizontal**



*Fuente: Maceira (2001)*

Existen dos modelos bien diferenciados dentro de los sistemas de salud: Centralizado y Segmentado, ya sea este integrado verticalmente o estructurado mediante contratos. En el primero, característicos de los ex países socialistas, la responsabilidad de la organización, financiación y prestación descansaba en el sector público. Al igual que bajo un sistema de seguro universal, en un modelo centralizado se logra una mayor diversificación del riesgo al interior del sistema.

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

En todos los casos, la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud puede considerarse un indicador de equidad del sistema. Este está vinculado a fines diferentes de acuerdo al sector social. El gasto de los hogares más ricos se asocia principalmente a la compra de seguros (prevención), mientras que los sectores de menores ingresos cofinancian directamente al tratamiento (curación). La existencia de subsidios cruzados entre los subsistemas es determinante en el nivel de equidad resultante.

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

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

#### **4. Sistemas e Iniciativas de Reforma durante los `90.**

##### **4. 1 Modelo Comparado de Reforma.**

A través de los estudios comparados puede establecerse un cierto patrón en los modelos de salud de acuerdo a los distintos indicadores socioeconómicos presentes en las naciones analizadas. Los países más ricos se caracterizan por tener una importante participación del sector público, con un nivel de gasto en salud per capita relativamente alto y mejores indicadores de desempeño. Asimismo, naciones económicamente más atrasadas, cuentan con resultados menos satisfactorios y una amplia participación del gasto de bolsillo. Existen algunas excepciones, como en el caso del modelo costarricense. Este último posee un nivel de riqueza similar al promedio de América Latina, pero con un modelo de salud opuesto al común de la región. Dada su evolución histórica y sus características socioeconómicas se desarrolló un modelo Público integrado, similar al existente en los ex-países socialistas que coordina al interior del sector público al Ministerio de Salud y a la institución de Aseguramiento Social (Caja Costarricense de Seguro de Salud). La acción de ambos organismos, separando la atención primaria y preventiva a cargo del Ministerio y la atención de mayor complejidad en manos de la Caja, permitió obtener resultados muy satisfactorios.

La organización de los sistemas de salud difiere entre los distintos países; esto implica que el peso relativo de los actores, las formas de coordinación entre los mismos, así como las fuentes de financiamiento del sistema varía de acuerdo al modelo implementado. Un esquema simplificado de los sistemas de las naciones analizadas se presenta en el Cuadro 3.

De este modo, si bien puede atribuirse gran importancia a las diferencias en los indicadores socioeconómicos para explicar la heterogeneidad en el desempeño, es necesario incorporar asimismo el análisis de la organización de los modelos de salud, factor que puede ser clave para entender la diversidad en los resultados. Dicho estudio, puede permitirnos extraer lecciones para orientar la reforma del sistema de salud en Argentina.

Como se mencionara, en los modelos centralizados de los países socialistas el sector público tenía un papel central dentro del sector salud. La responsabilidad de la organización, prestación y financiación recaía en la misma autoridad de aplicación. Para cumplir con dicho rol, el Estado era propietario de todos los establecimientos de salud, centros asistenciales, clínicas y hospitales. Los fondos partían del Estado Nacional y se distribuían a través de presupuestos históricos.

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

**Cuadro 3 – Sistemas de salud previos a la reforma**

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

Por ello, la estructura de incentivos resultante de este método de asignación probablemente sea el factor que explique la elevada capacidad ociosa en los hospitales (tanto en cantidad de médicos ocupados como en camas hospitalarias).

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

#### **4. 2 Experiencias de Reformas.**

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 4.

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 algunas naciones de menor escala poblacional, el nivel de descentralización y separación de funciones fue extremadamente amplio, llegando a la terciarización de los 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.

Los ejes en las reformas en los sistemas europeos, fueron la descentralización, con la participación creciente del sector privado (como mecanismo disciplinador del sector público), y el establecimiento de un sistema de seguro social amplio y único, con administración privada. La primera fue llevada a cabo a través de la transferencia de la responsabilidad de la organización y prestación del Estado Nacional hacia los gobiernos municipales y provinciales. Para ello, se transfirió la propiedad de la mayoría de los establecimientos sanitarios a esas unidades, y se motivó la creación de entidades de prestación privada (Autogestión hospitalaria) y una red de profesionales independientes. Con la implementación del seguro social se crearon administradoras regionales, constituidas en su mayoría como organismos públicos.



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

**Cuadro 4 - Reforma**

Pais	Financiamiento	Aseguramiento	Prestadores	Regulación
<b>Argentina</b>	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.
<b>Chile</b>	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 Privado: Prestaciones a ISAPRES: Pago por prestación o presupuesto fijo.	Ministerio de Salud.
<b>Costa Rica</b>	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
<b>Eslovaquia</b>	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.
<b>Estonia</b>	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
<b>Hungría</b>	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.
<b>Letonia</b>	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.
<b>Lituania</b>	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
<b>México</b>	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.
<b>Polonia</b>	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
<b>República Checa</b>	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.
<b>Sudafrica</b>	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
<b>Trinidad y Tobago</b>	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.

Los antecedentes de tales instituciones se encuentran en Colombia, cuyo modelo de reforma en la primera mitad de los noventa y, en menor medida, en el sistema chileno. El sector privado se limita al seguro de servicios adicionales del paquete básico obligatorio.

En un principio, algunos países permitieron la creación de aseguradoras privadas con el objeto de generar competencia con el seguro público. Ello provocó serios problemas financieros en todo el sistema de salud, que condujo a la restricción en la cantidad de prestaciones (paquete básico obligatorio). Ese es el caso de República Checa, donde la incorporación del sector privado en la estructura de aseguramiento pretendió generar mecanismos de competencia brindando la posibilidad de determinar libremente el paquete de servicios incluidos en el seguro. Los mecanismos de selección adversa de las aseguradoras privadas generaron una estructura de riesgo desfavorable para la aseguradora nacional, similar a la realidad de algunos sistemas latinoamericanos, y una crisis financiera que condujo a una nueva serie de reformas. Como consecuencia de ello, se redujo la cantidad de competidores y la Aseguradora Nacional se constituyó como la institución más importante del mercado. En 2004 se estableció un paquete básico y se centralizó la regulación.

En el resto de los países de Europa del Este, el seguro privado se encuentra limitado a la cobertura de las prestaciones del Programa Básico o a la prestación de servicios adicionales (seguro voluntario).

Otro de los problemas surgidos a partir del proceso de descentralización tanto en Europa como en América fue la falta de capacidad de los gobiernos locales para llevar a cabo exitosamente la organización de las prestaciones dentro de la región. La experiencia muestra que no existieron mecanismos de coordinación entre municipios y provincias, desaprovechando los potenciales beneficios de escala, y conduciendo a una ineficiencia asignativa en el sistema. En Europa del Este, ello fue parcialmente solucionado con la centralización de algunas funciones: los gobiernos regionales o provinciales pasaron a ser responsables de la organización de los servicios de salud, función antes asignada a los municipios. En América Latina, sin embargo, este tópico aún constituye una asignatura pendiente.

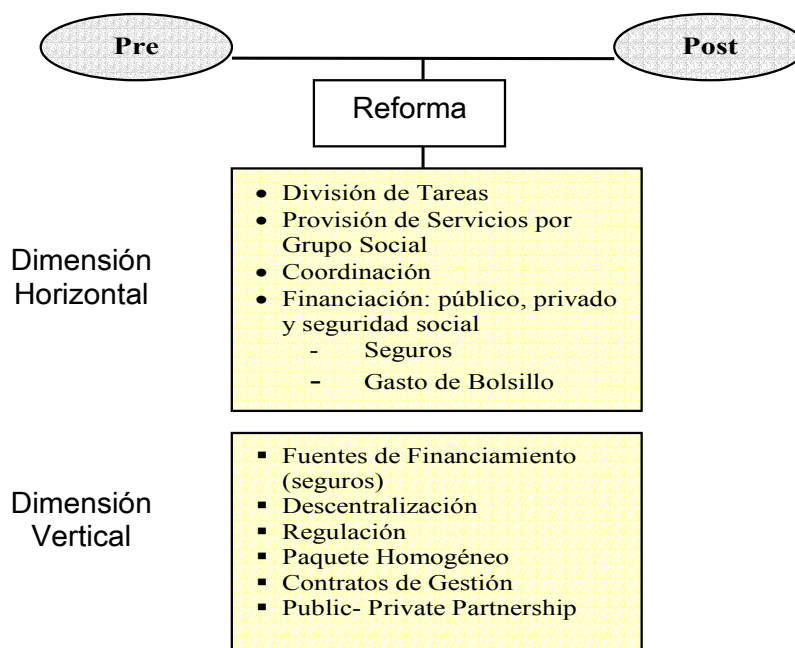
En todas las naciones europeas estudiadas, el Ministerio de Salud queda establecido como el organismo regulador, estableciendo el marco general en el cual se van a desarrollar los contratos entre los actores. En América Latina, a pesar que formalmente ello es así, la fortaleza de las instituciones de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

En los modelos de reforma analizados, la entrada del sector privado promovió: (i) de algún modo incorporar una práctica no institucionalizada, asociada con la prestación 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. Un esquema simplificado con los principales ejes de las reformas se presenta en el Cuadro 4.

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.

**Figura 11 – Análisis de la Reforma en el Sistema de Salud. Dimensión Vertical y horizontal.**



El modelo chileno puede considerarse un caso exitoso dentro de Latinoamérica dado los satisfactorios resultados obtenidos, con una mejora en la eficiencia asignativa a través de la separación de funciones en el sector público y la implementación de políticas focalizadas orientadas a las necesidades de la demanda.

Actualmente, el sistema se encuentra integrado por el sector público, a través del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA); y una fuerte presencia del sistema de seguro privado de salud (ISAPRE), con múltiples aseguradoras con estructuras de pagos, prestaciones y regulación independiente del sistema de seguro público. Al interior del sector público se observa una profunda separación de funciones. La responsabilidad del financiamiento recae sobre el Ministerio de Hacienda; la regulación en el Ministerio de Salud, mientras que las prestaciones son gerenciadas por el FONASA. Estas son contratadas a proveedores privados u hospitales públicos, dependientes del Ministerio de Salud.

Con esta estructura dual se garantiza “cobertura teórica” a toda la población, aunque con marcadas diferencias de acceso entre subsectores. Los sectores sociales que cuentan con capacidad de aseguramiento propio, pueden optar por el seguro privado a través del

aporte a una ISAPRE o contribuir al seguro público, a través del FONASA. La población indigente recibe cobertura del FONASA, lo cual es financiado con rentas generales.

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.

## **5. Conclusiones y Debate**

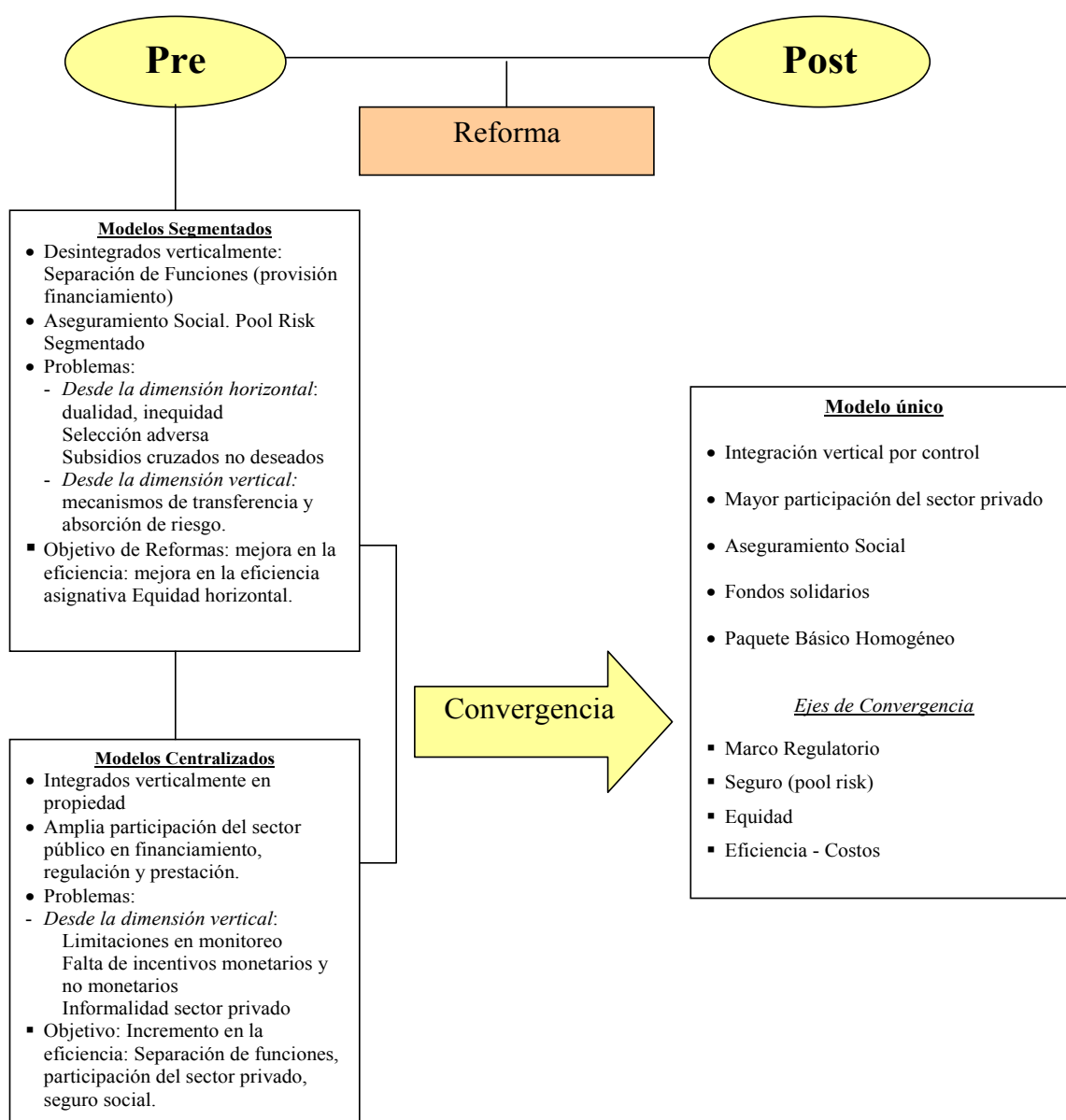
El modelo argentino constituye un caso particular por su elevada fragmentación. La cobertura de la salud se encuentra compartida entre el sector público, el sector privado y las Obras Sociales, con interrelaciones en financiamiento, prestaciones y pobre coordinación entre subsistemas. Dentro del sector de aseguramiento social, se encuentran las Obras Sociales Nacionales, organizadas por rama de actividad, las Obras Sociales Provinciales, que afilian a los empleados públicos de cada provincia; y el PAMI, que ofrece cobertura a jubilados y pensionados. Este último es el principal organismo asegurador del sistema, asumiendo un rol estratégico en la negociación de los contratos con los prestadores privados.

La financiación de las obras sociales se realiza a través de un impuesto al salario, compartido por trabajadores y empleados. En la última década se implementó un Fondo Nacional de Redistribución, con el objetivo de mejorar la existencia de subsidios cruzados entre aseguradoras. Paralelamente, las Obras Sociales Provinciales reciben las contribuciones de empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador sin un marco regulatorio común entre ellas. Las fuentes de financiamiento del PAMI son las contribuciones y aportes de los trabajadores en actividad, el aporte de los pasivos y las contribuciones del Tesoro Nacional.

La división de funciones también se verifica en el ámbito de las prestaciones, estableciéndose una amplia red de subcontratación. La competencia existente entre los

proveedores privados, permite a las Obras Sociales Nacionales contratar prestaciones en dicho sector, logrando transferir el riesgo hacia los mismos (integración vertical por control). De este modo, la eliminación de los precios testigos de las prestaciones de las Obras Sociales fue reemplazada por controles indirectos en las utilidades de los prestadores, con efectos no identificados sobre la calidad de atención. La variedad en los mecanismos de contratación entre aseguradoras y prestadores generó diversas estructuras de incentivos y mecanismos de pagos. En este modelo se observan claramente los problemas de coordinación existentes entre los subsistemas discutidos en secciones anteriores.

**Figura 12 – Convergencia de Modelos**



A través de las principales medidas llevadas a cabo durante el proceso de reforma en los noventa se intentaron mecanismos no vinculantes de coordinación, que permitan alinear la estrategia nacional con la implementación a nivel regional, entre ellos los planes Remediar y Nacer. Por otro lado, se llevó a cabo la reestructuración del sistema de aseguramiento social con la creación del Fondo Solidario de Redistribución y el Fondo para Enfermedades Catastróficas de alto costo y baja probabilidad de ocurrencia conjuntamente a la desregulación de las obras sociales, aunque sus efectos nos han sido analizados en profundidad.

Del análisis de las reformas de salud en naciones de ingresos similares a la Argentina, surge una convergencia clara hacia estructuras de aseguramiento más amplias en base a paquetes de servicios definidos. En todos los casos, la participación del sector privado es importante, formando parte no sólo del esquema prestacional sino también de la administración de los fondos. En ambos casos, el marco regulatorio resulta especialmente importante, a fin de evitar mecanismos de selección adversa y/o transferencia de riesgos sanitarios y financieros entre instituciones.

Al realizar un análisis comparado de los modelos de salud que permita extraer aprendizajes de política, debe prestarse especial cuidado a las cuestiones de escala asociadas con el sistema de aseguramiento social. En teoría, poblaciones más numerosas implican mayores beneficios a escala y mayor sustentabilidad de los sistemas de “riesgo compartido”, reduciendo riesgos financieros y ampliando su capacidad de absorber patrones sanitarios más complejos. Tomando como proxy de la escala al total de población; Argentina resultaría comparable con países como Polonia o Malasia dentro de los países que integran la muestra.

Dada esta limitación, y considerando como variables relevantes para el análisis tanto el PBI per Capita y el índice GINI así como aquellas relacionadas con la estructura del modelo de salud, el caso polaco es útil para extraer lecciones aplicables al diseño de una política de reforma del sistema de salud argentino.

En ambos casos, Segmentado o centralizado, la reforma definió un Programa Básico, que incluye un mínimo de servicios obligatorios cubierto por el seguro social. En el área de la seguridad social, la reestructuración o la implementación de un seguro social pretendió aumentar los niveles de transparencia en el uso de los fondos.

Tal como se observa en la Figura 12, ambos modelos también enfrentan desafíos significativos, en algunos casos similares a los existentes en nuestro país.

El primero de ellos es establecer una red de incentivos monetarios y no monetarios que permitan una coordinación en las estrategias de los actores con objetivos no siempre alineados, y que conduzcan a un modelo más equitativo y eficaz. Este aspecto es especialmente importante en Argentina, donde los requerimientos de coordinación entre grupos, incluso al interior de cada subsector, requieren de objetivos claros definidos por el reformador y una agenda de prioridades consensuada.

En segundo lugar, si bien cualquier sistema de salud eficaz involucra un compromiso con la implementación de una estrategia de atención primaria en salud comprehensiva, se enfrenta al desafío de valorar gastos catastróficos (cardiopatías congénitas, tumores, etc.)

y diseñar esquemas financieros y paquetes de servicios que puedan garantizarlos, en tanto son éstos los que limitan la sustentabilidad de mediano plazo de cualquier iniciativa.

Finalmente, toda reforma demanda intensamente mayor capacidad de monitoreo y análisis, tanto de estructura de costos como de identificación de necesidades. Ello posibilita la capacidad de evaluación y por tanto de aprendizaje del proceso reformador.

## **5. Bibliografía**

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.

Chawla, M.; Cabe, I (2005) *"Fiscal Challenges in the Health Sector in Latvia. Managing Expenditures and Reducing Indebtedness"*. The World Bank.

Couffinhal, A.; Kutzin, J. (2005) *"Health Financing in Estonia: Challenges and Recommendations"*. Health Care Financing. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Dinamarca.

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

ESA National Health Account Network (2001). *"National Health Account (NHA) in Eastern and Southern Africa. A comparative analysis"*. Cape Town, RSA.

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.

European Observatory on Health Care Systems (1999) *"Health Care Systems in Transition: Poland"*, Health Care in Transition.

Gaál P. *Health Care system in Transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems and policies 2004.

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 (1987). World Development Report

World Bank (1993). World Development Report. "*Investing in Health*".

World Bank (1998/1999). World Development Report. "*Knowledge for Development*".

World Bank (2005). World Development Report. "*A Better Investment Climate for Everyone*".

World Bank (2001), "*Evaluating the impact of Health Care Reforms in Poland: The Challenges of systemic changes in a transforming environment*".

World Health Organization. Europe. (2005) "*Health System Financing in Estonia*", HSF Working Document. Health System Financing Programme.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health in Hungary*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health in Czech Republic*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health in Poland*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health Lithuania*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health in Latvia*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health in Slovakia*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization. Europe. (2005) "*Highlights on Health in Croatia*", Highlights on Health. Copenhagen, Dinamarca.

World Health Organization 2006, World Health Report