

# **TEMAS DE PROTECCION SOCIAL**

**Documento de discusión 19**

## **Protección Social de la Salud:**

### **Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica**

*Documento de consulta*

Agosto de 2007

**Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos**



**Departamento de Seguridad Social  
Organización Internacional del Trabajo**

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2007  
Primera edición 2007

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, solicitudes que serán bien acogidas.

---

OIT, Departamento de Seguridad Social

***Protección social de la salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica.***

***Documento de consulta. Temas de protección social. Documento de discusión 19***

Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra 2007

ISBN: 978-92-2-3200978 (print)

ISBN: 978-92-2-3200985 (web pdf)

Seguro de enfermedad / asistencia médica / acceso a la atención médica / campo de aplicación / financiación de la seguridad social / papel de la OIT  
02.07.1

Datos de catalogación de la OIT

Publicado también en francés: *La protection sociale de la santé. Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé. Document de nature consultative* (ISBN: 978-92-2-2200979 (print) & 978-92-2-2200986 (web pdf) ), Ginebra 2007 ; y en inglés: *Social Health Protection. An ILO strategy towards universal access to health care. A consultation* (ISBN 978-92-2-1200970 (print) & 978-92-2-1200987 (web pdf) ), Ginebra 2007.

---

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: [pubvente@ilo.org](mailto:pubvente@ilo.org)

Vea nuestro sitio en la red: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns)

---

Impreso por la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza

---

## Indice

	<i>Página</i>
<b>Prólogo</b> .....	v
<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. ¿Qué es la protección social de la salud?</b> .....	5
<b>3. Financiación de la protección social de la salud: situación actual</b> .....	7
<b>4. Cobertura de la protección social de la salud y acceso a los servicios de salud</b> .....	15
a. Conceptos y definiciones de cobertura y acceso de la OIT .....	15
b. Tendencias y datos relativos a la cobertura formal de la protección social de la salud	17
c. El déficit del acceso global: un intento de estimación de su dimensión .....	20
d. El déficit global en el acceso: algunas observaciones pormenorizadas .....	26
<b>5. Racionalización del uso de mecanismos de financiación pluralistas: una estrategia de la OIT para lograr la cobertura universal de la protección social de la salud</b> .....	29
a. Concepto global de la estrategia de la OIT relativa a la racionalización del uso de mecanismos pluralistas de financiación.....	29
b. Elementos centrales de la estrategia de la OIT sobre la racionalización del uso de unos mecanismos pluralistas de financiación .....	31
i. Evaluación de la brecha de la cobertura y del déficit del acceso.....	31
ii. Desarrollo de un plan nacional de cobertura .....	31
iii. Fortalecimiento de la capacidad nacional de aplicación.....	44
<b>6. Conclusión</b> .....	47
<b>Anexo I.</b> .....	49
<b>Anexo II.</b> .....	64
<b>Anexo III.</b> .....	77
<b>Referencias</b> .....	81

## Lista de cuadros

Cuadro 1. Cobertura formal de la protección social de la salud como porcentaje de la población en países seleccionados de América Latina y en años seleccionados entre 1995 y 2004.....	18
Cuadro 2. Cobertura formal de la protección social del seguro de salud en países seleccionados de Africa y Asia .....	18
Cuadro 3. Evolución histórica de la cobertura formal de la protección social de la salud .....	20
Cuadro 4. Densidad de los profesionales de la salud.....	22
Cuadro 5. Déficit en el acceso estimado en países seleccionados .....	26

Cuadro 1a. Estimado del déficit de acceso a la protección social de salud (orden alfabético inglés).....	64
Cuadro 1b. Cobertura formal de la protección social de la salud (orden alfabético inglés) .....	70

### Lista de figuras

Figura 1. Participación del gasto público requerido para conseguir el gasto público en salud per cápita de 34 dólares de los Estados Unidos en los países de Africa .....	7
Figura 2. Nivel de ingresos de los países y fallecimientos a las edades de 0 a 4 y 60 + años.....	8
Figura 3. Causas de fallecimiento en países de ingresos bajos, medios y elevados, 2001 (%) ....	8
Figura 4. Gastos en salud per cápita, en dólares de los Estados Unidos, 2004 .....	9
Figura 5. Financiación del gasto total en salud, 2003 .....	9
Figura 6. Gasto total en salud como porcentaje del PIB .....	10
Figura 7. Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud .....	10
Figura 8. Fuentes de protección social de la salud por región, 2001 .....	11
Figura 9. Gasto en salud per cápita, gasto público y privado, países de la OCDE, 2004.....	12
Figura 10. Personas pobres que carecen del acceso a los servicios de salud (en % del número total de pobres en países en desarrollo).....	21
Figura 11. Regresión entre el déficit del acceso y el Índice de Pobreza Humana .....	24
Figura 12. Regresión entre el déficit del acceso y el Índice de Desarrollo Humano.....	25
Figura 13. Mapa de la cobertura y del acceso de la asistencia médica.....	32
Figura 14. Estimación de la estructura de la cobertura de la asistencia médica, Tailandia, 2003..	59
Figura 15. Composición estimada del Presupuesto nacional de Salud, Tailandia, 2003.....	59

---

## Prólogo

El Departamento de Seguridad Social de la OIT publicó recientemente una primera versión de un documento sobre política general, en el que se perfila su visión acerca de la seguridad social, de cara a la celebración de consultas a escala mundial. Las consultas sobre este documento sobre política general, se complementan con una serie de documentos sobre unas estrategias que tratan de diferentes aspectos de los sistemas de seguridad social específicos, de las prestaciones y de los enfoques regionales. El presente documento es el primero de una serie de documentos del Departamento en el ámbito de la protección social de la salud y constituye una contribución al mandato conferido a la Oficina Internacional del Trabajo por la Conferencia Internacional del Trabajo, a saber, el lanzamiento de una gran campaña para la extensión de la seguridad social a todos.

En consecuencia, este documento es de carácter consultivo. Esperamos que marque el inicio de un debate más amplio entre los grupos de interés en la protección social de la salud, los investigadores, los profesionales y los responsables de las decisiones, sobre cómo brindar la protección social de la salud a la mayoría de la población mundial y garantizar que los derechos humanos, tanto a la salud como a la seguridad social, tal y como se estipulan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, se hagan realidad en el lapso de tiempo más breve posible. En el transcurso de ese debate, habrá que modificar, casi con seguridad, algunas de nuestras opiniones, pero esperamos que el enfoque básico que cimenta nuestro pensamiento, esto es, un enfoque basado en unos derechos que abogan por el acceso universal a la protección social de la salud, sea lo suficientemente flexible y abierto como para obtener un amplio consenso en torno a los dos objetivos centrales de la seguridad social: el alivio de la pobreza y el otorgamiento a todas las personas de la oportunidad de vivir sus vidas libres de una inseguridad que fragiliza.

En base a la orientación de la política del Departamento, el primer proyecto del presente documento fue escrito por Xenia Scheil-Adlung; la información relativa a las estadísticas y a los países, fue aportada por Jens Holst. Sin embargo, son muchas las personas que han realizado contribuciones al documento, redactando partes importantes del mismo o transmitiendo comentarios escritos u orales en el curso de varias reuniones. De igual relevancia ha sido el apoyo del personal y de los colegas del Departamento, a través de su trabajo práctico y conceptual para éste, así como la investigación sobre diversos temas o sobre el trabajo llevado a cabo en el contexto de los proyectos de cooperación técnica en algunas regiones del mundo que el Departamento ejecuta todo el tiempo. Esta rica experiencia nos ha ayudado a extraer las conclusiones que en materia de políticas se presentan en este documento. Sus mensajes centrales han sido dados a conocer en varios foros, dentro y fuera de la OIT, y en reuniones con los interlocutores de la OIT y con las instituciones donantes.

El presente documento ha sido posible gracias a las aportaciones, a las contribuciones y a las reacciones al proyecto de los funcionarios del Departamento de Seguridad Social, de nuestros colegas en el terreno y de los amigos que trabajan en otras organizaciones.

Aguardamos vivamente recibir las reacciones del mayor número posible de personas interesadas.

Michael Cichon,  
Director.

Xenia Scheil-Adlung,  
Coordinadora de Políticas de Salud.



---

## 1. Introducción

La accesibilidad a la asistencia médica es una cuestión clave en la mayoría de los países: en los países de altos ingresos, los crecientes costos, las restricciones financieras de los presupuestos públicos y las consideraciones económicas respecto de la competitividad internacional requieren reformas en la protección social de la salud como una prioridad política. En los países de ingresos medios y bajos, la garantía de una asistencia médica accesible ocupa el primer lugar en la agenda del desarrollo, habida cuenta del gran número de personas que carecen de los medios económicos necesarios para acceder a los servicios de salud: a escala mundial, son más de 100 millones las personas empujadas a la pobreza cada año por la necesidad de pagar la asistencia médica <sup>1</sup>.

La denegación del acceso a la asistencia médica necesaria tiene un impacto social y económico significativo: además de los efectos en la salud y en la pobreza, el estrecho vínculo entre salud, mercado laboral y generación del ingreso afecta al crecimiento y al desarrollo económico. Esto se debe al hecho de que trabajadores más sanos tienen una mayor productividad y la oferta laboral aumenta si las tasas de morbilidad y mortalidad son más bajas.

La protección social universal de la salud garantiza que todas las personas necesitadas tengan un acceso efectivo al menos a la asistencia básica, constituyéndose, así, en el mecanismo fundamental para la consecución de estos objetivos. Está concebida para aliviar la carga impuesta por la enfermedad, incluidos el fallecimiento, la invalidez y la pérdida del ingreso. La cobertura de la protección social de la salud también reduce los costos indirectos de la enfermedad y de la invalidez, como los años de ingresos perdidos a causa del fallecimiento, de la invalidez de corta y larga duración, del cuidado de los miembros de la familia, de la menor productividad y de la interrupción de la educación y del desarrollo social de los niños debido a la enfermedad. Por tanto, desempeña un papel significativo en el alivio de la pobreza.

Sin embargo, durante muchos años, la objeción que se planteó con frecuencia contra la extensión de la protección social de la salud en los países en desarrollo fue la de que éstos no tenían una madurez económica suficiente para estar en condiciones de asumir la carga financiera asociada con la seguridad social. Este argumento requiere que uno se centre primero en el crecimiento macroeconómico y que se aplace la redistribución mediante transferencias sociales en metálico o en especie en el momento en que la economía haya alcanzado un nivel relativamente elevado de prosperidad. Este punto de vista vincula la protección social de la salud sólo con los gastos del consumo.

En la actualidad, la protección social de la salud es vista cada vez más como una aportación al capital humano que produce beneficios económicos a través de ganancias en la productividad y de un crecimiento macroeconómico más elevado.

<sup>1</sup> OMS (2004b, pág. 2).

***Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.***

(Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948)

El debate actual también se centra en los vínculos entre la enfermedad y la pobreza. Estos desempeñan un papel decisivo en los Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP) y han sido abordados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo objetivo es reducir la pobreza a la mitad y mejorar la salud. La puesta en práctica de la protección social universal de la salud podría convertirse en un hito para la consecución de los ODM en 2015.

El enfoque de la OIT para la protección social de la salud se fundamenta en los derechos humanos a la salud y a la seguridad social y en la significación de esa protección respecto de los derechos en el trabajo y en el empleo. Desde su creación, en 1919, la OIT ha venido poniendo el acento en el papel que tiene la protección social de la salud en la reducción de la pobreza, en la generación del ingreso y en el aumento de la riqueza.

Hoy en día, la protección social de la salud se encuentra en el centro de la estrategia de la OIT para el trabajo decente. La pertinencia de la protección social de la salud para la Organización puede ilustrarse por el hecho de que en el Convenio núm. 102 sobre seguridad social de la OIT, la *salud* figura en primer lugar entre las contingencias cubiertas. La importancia del fortalecimiento de los vínculos entre derechos, empleo y desarrollo fue recientemente puesto de relieve en el informe de la Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización<sup>2</sup>.

En vista del alarmante déficit de la cobertura de la protección social de la salud en muchos países y de la larga experiencia de la OIT en este ámbito, se ha desarrollado una nueva estrategia con el objetivo de contribuir al logro de la cobertura universal a escala mundial. Esta estrategia fortalece el consenso en torno a la seguridad social alcanzado por los representantes de los gobiernos y de las organizaciones de trabajadores y de empleadores en la Conferencia Internacional del Trabajo de 2001, para dar la máxima prioridad a “las políticas e iniciativas que aporten seguridad social a aquellas personas que no estén cubiertas por los sistemas vigentes”. Forma parte de la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos.

La nueva estrategia responde a las necesidades de los grupos de población no cubiertos de muchos países en desarrollo, a la informalización de las economías y a las persistentes tasas elevadas de desempleo. El enfoque reconoce explícitamente la contribución de todas las formas vigentes de protección social de la salud y optimiza sus resultados con miras a lograr la cobertura universal.

El presente documento apunta a establecer algunas nociones básicas acerca de la estrategia de la OIT sobre la “Racionalización del uso de mecanismos pluralistas de financiación”. Se funda en la información más reciente relativa a la cobertura de la protección social de la salud. Tras una breve introducción del concepto de protección social de la salud de la OIT, el documento perfila los patrones globales de financiación y cobertura de la protección social de la salud. Habida cuenta de la ausencia de datos y de las tendencias en la cobertura de la protección social de la salud, el documento propone un nuevo indicador orientado a realizar, por primera vez, alguna evaluación del déficit global en el acceso a los servicios de salud. La estrategia de la OIT tiene en cuenta las

<sup>2</sup> OIT (2004a).

---

significativas brechas reveladas por el INDICADOR DE LA OIT DE DÉFICIT DEL ACCESO y sugiere nuevas políticas pragmáticas para estrechar las brechas en base a un enfoque racional y coherente.



---

## 2. ¿Qué es la protección social de la salud?

En base a los valores centrales de equidad, solidaridad y justicia social, la OIT define la *protección social de la salud* como una serie de medidas públicas u organizadas públicamente, y privadas autorizadas, contra la penuria social y la pérdida económica ocasionadas por la reducción de la productividad, la suspensión o la reducción de ganancias o el costo del tratamiento necesario que puede derivarse de un mal estado de salud.

La equidad, la solidaridad y la justicia social se entienden aquí como características básicas del acceso universal a una protección social de la salud cimentada en la participación en la carga, en la distribución del riesgo, en el otorgamiento de poder y en la participación. Corresponde a los gobiernos nacionales y a las instituciones poner estos valores en práctica.

La consecución de la *cobertura* de la protección social de la salud – definida como el *acceso efectivo* a una asistencia médica y a una *protección financiera* accesible y de calidad en caso de enfermedad – es un objetivo central de la OIT. En este contexto, la cobertura se refiere a la protección social de la salud, teniéndose en cuenta:

- el tamaño de la población cubierta;
- la accesibilidad financiera y geográfica de los servicios cubiertos;
- el grado en que están cubiertos los costos de un paquete de prestaciones; y
- la calidad y la pertinencia de los servicios cubiertos.

La protección social de la salud consiste en varias opciones financieras y organizativas cuyo objetivo es otorgar paquetes adecuados de prestaciones para brindar una protección contra el riesgo de enfermedad y la carga financiera y catastrófica que representa.

Los mecanismos de financiación de la protección social de la salud varían desde la asistencia brindada por el Servicio Nacional de Salud financiada mediante los impuestos hasta el seguro social de salud obligatorio financiado por medio de las cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores (que implica una estructura de gobernanza tripartita) o los regímenes de seguro de salud privados sin fines de lucro obligatorios o regulados (con un papel claramente definido en un sistema nacional de salud de financiación pluralista que comprende diferentes subsistemas), así como los regímenes de seguro de salud sin fines de lucro como las mutuales y los regímenes basados en la comunidad. Cada mecanismo financiero implica habitualmente la distribución de los riesgos entre las personas cubiertas y muchos de éstos incluyen explícitamente unos subsidios cruzados entre ricos y pobres. En todos los sistemas de protección social de la salud, existe alguna forma de subsidios cruzados entre ricos y pobres, de lo contrario, no podría perseguirse ni obtenerse la meta del acceso universal.

Prácticamente todos los países han constituido sistemas basados en varios mecanismos de financiación que combinan dos o más de estas opciones de financiación. Las políticas de protección social de la salud de la OIT reconocen explícita y pragmáticamente la naturaleza pluralista de los sistemas nacionales de protección social de la salud y la Oficina asesora a los gobiernos y a otros actores fundamentales en esta protección, a efectos de que se persigan combinaciones estratégicas sistémicas de unos sistemas nacionales de financiación cuyos objetivos sean:

- 
- a) acceso universal e igualitario;
  - b) protección económica en caso de enfermedad;
  - c) eficiencia global y distribución eficaz de los servicios de salud.

En este contexto, es importante garantizar que los sistemas nacionales de financiación de la salud no desplacen a otras prestaciones de seguridad social.

Además de la organización y de la financiación de la asistencia médica, otros factores sociales desempeñan un papel decisivo en el logro de los resultados deseados en materia de salud, como el alivio de la pobreza, la creación de lugares de trabajo decentes y el desarrollo social y económico en general. Por consiguiente, la protección social de la salud no puede perseguirse como una política aislada; se considera, y debería serlo siempre, como un componente de una estrategia nacional global de protección social.

La protección social de la salud requiere que se aborden cuestiones específicas, centrándose en la compleja organización de la distribución pública y/o privada de los servicios y de los sistemas de compra y de pago, garantizándose la calidad y el grado de respuesta de la asistencia, la distribución de recursos y servicios entre las diferentes categorías de atención y las áreas geográficas, las cuestiones relacionadas con la descentralización, los intereses personales y la participación de la sociedad civil.

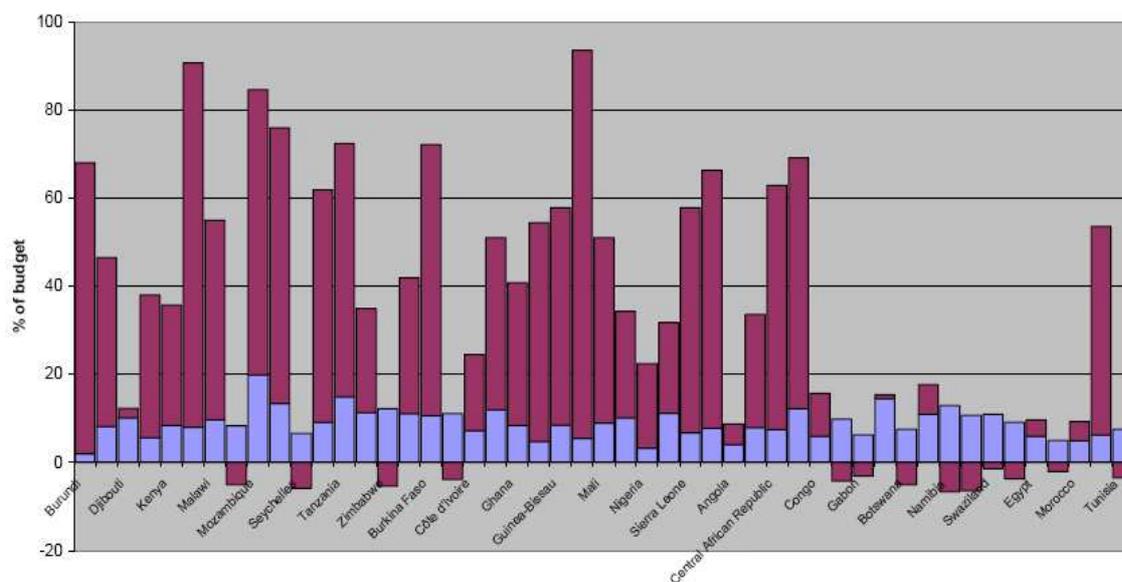
La protección social de la salud puede organizarse en diversas maneras alternativas, especialmente en relación con la compra y la prestación de servicios, así como con la composición de los servicios cubiertos con arreglo a los paquetes de prestaciones. La naturaleza concreta de estas estructuras tiene una repercusión significativa en la pertinencia y en la calidad de la atención, en la disponibilidad de la atención y en el acceso, en el volumen y en la estructura de la utilización y, por tanto, en definitiva en el costo global del sistema de protección social de la salud.

*La financiación de la protección social de la salud* es, en consecuencia, una combinación de impuestos y de cotizaciones al seguro público y al seguro privado obligatorio. A través de la distribución de los riesgos, estos fondos contemplan la equidad, la solidaridad y la accesibilidad de los servicios.

### 3. Financiación de la protección social de la salud: situación actual

Las preocupaciones actuales de los países de bajos ingresos a menudo se vinculan con el hecho de que objetivos capitales de la política de salud, como los formulados en los ODM, no pueden alcanzarse con los limitados fondos disponibles. En Africa, la brecha financiera para llegar al objetivo de 34 dólares de los Estados Unidos *per cápita* establecido por la OMS se estima en una suma comprendida entre 20 y 70 billones de dólares de los Estados Unidos anuales hasta 2015<sup>3</sup>. La Figura 1 ilustra la participación del gasto público por país que se requiere para cerrar la brecha financiera de Africa.

Figura 1. Participación del gasto público requerido para conseguir el gasto público en salud *per cápita* de 34 dólares de los Estados Unidos en los países de Africa



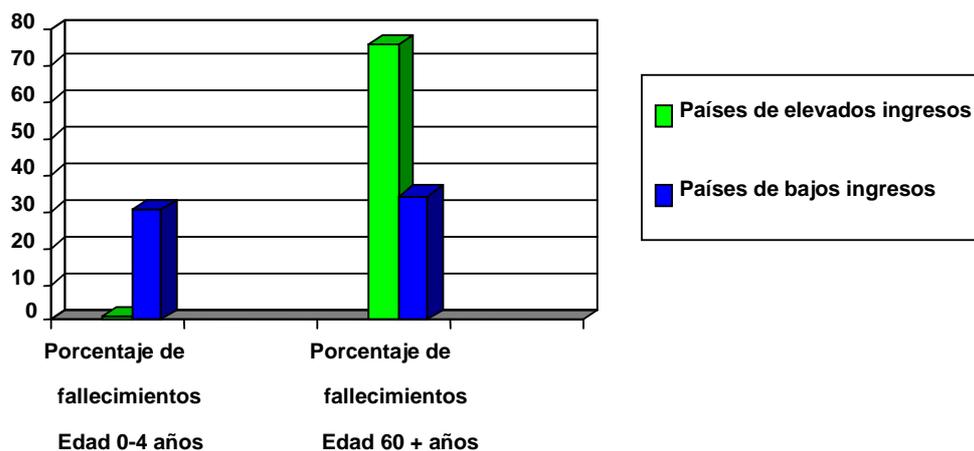
Fuente: OMS (2005a).

El impacto de las brechas de la financiación en las personas de los países pobres es enorme: las personas no sólo carecen de acceso a los servicios de salud, sino que es más probable que fallezcan por enfermedades que son curables en los países más ricos, por ejemplo, infecciones respiratorias que representan el 2,9 por ciento de todos los fallecimientos de los países de bajos ingresos, pero que no ocasionan muchos fallecimientos en los países de ingresos elevados<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> OMS (2005a).

<sup>4</sup> Deaton (2006).

**Figura 2. Nivel de ingresos de los países y fallecimientos a las edades de 0 a 4 y 60 + años**

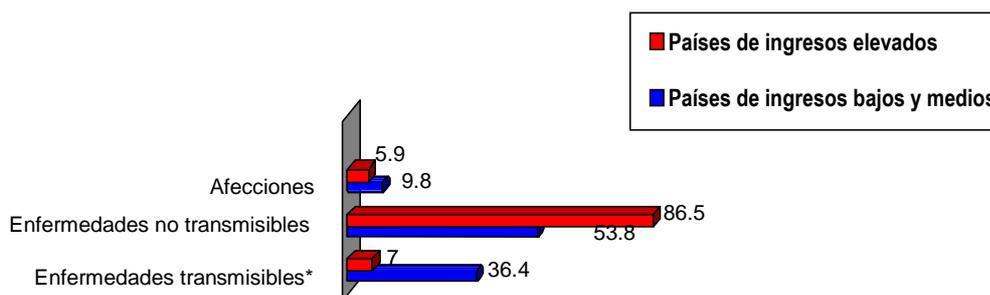


Fuente: Deaton (2006).

El sólido vínculo entre pobreza, acceso a unos servicios de salud abordables y fallecimientos se refleja en la significativa diferencia en la mortalidad infantil entre los países de altos ingresos y los de bajos ingresos (Véase la Figura 2). Los países de bajos ingresos registran el 30,2 por ciento de todos los fallecimientos en la franja de edades comprendidas entre 0 y 4 años, en comparación con el 0,9 por ciento de los países de elevados ingresos. Por otra parte, la participación de fallecimientos a la edad de 60 y más años supera el 75 por ciento en los países de elevados ingresos, pero se sitúa en aproximadamente el 34 por ciento en los de bajos ingresos<sup>5</sup>.

Más generalmente, los fallecimientos debidos a enfermedades transmisibles, a embarazos y a la nutrición, es más probable que ocurran en países de ingresos bajos y medios (36,4 por ciento) que en los de elevados ingresos (7 por ciento), mientras que las enfermedades no transmisibles representan la mayoría de los fallecimientos (86,5 por ciento) en los países de elevados ingresos (Figura 3).

**Figura 3. Causas de fallecimiento en países de ingresos bajos, medios y elevados, 2001 (%)**



\* Incluye enfermedades transmisibles, resultados de los embarazos y deficiencias de la nutrición.

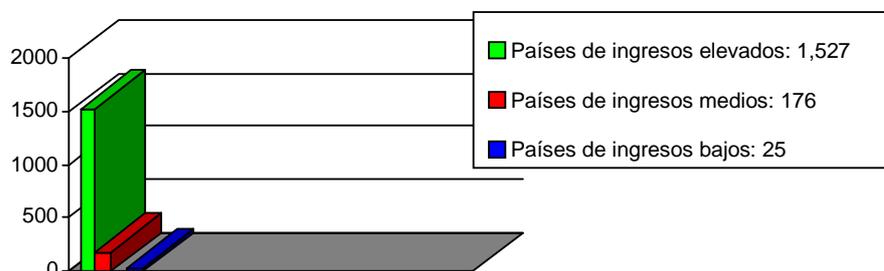
Fuente: Banco Mundial (2006b).

Ante este contexto, no sorprende que el nivel de los gastos en salud *per cápita* también varíe notablemente entre los países de ingresos bajos, medios y elevados. Tal y

<sup>5</sup> Deaton (2006).

como se muestra en la Figura 4, éste oscila entre 1.527 dólares de los Estados Unidos en los países de altos ingresos, 176 dólares de los Estados Unidos en los de ingresos medios, y 25 dólares de los Estados Unidos en los de bajos ingresos. Esto incluye recursos de diversas fuentes públicas, privadas y de otra procedencia.

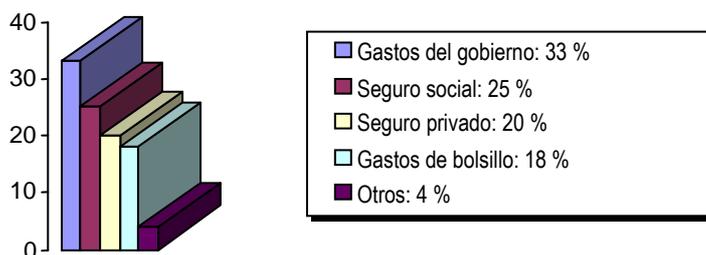
**Figura 4. Gastos en salud *per cápita*, en dólares de los Estados Unidos, 2004**



Fuente: Banco Mundial (2006b).

La *financiación de los gastos de asistencia médica* es compartida entre los gobiernos, que contribuyen al 33 por ciento del gasto total en salud, el seguro social (que contribuye al 25 por ciento), el seguro privado (al 20 por ciento) y los gastos de bolsillo y otros gastos privados, que representan el 22 por ciento del gasto a escala mundial (Figura 5).

**Figura 5. Financiación del gasto total en salud, 2003**



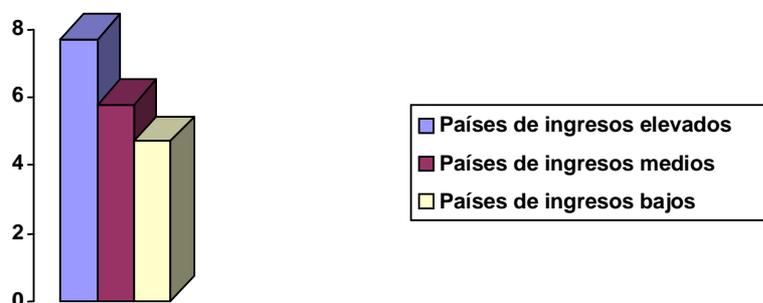
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, OMS, 2006.

La cuestión más preocupante es la elevada participación global de los gastos de bolsillo (OOP). Una alta participación de los OOP indica una falta de cobertura de la protección social de la salud. Los OOP son los más altos en los países de bajos ingresos, donde oscilan entre el 50 y el 80 por ciento del gasto total en salud, como ocurre, por ejemplo, en África y en Asia. Los OOP equivalen al 76,8 por ciento del gasto total en salud en Burundi, al 57,9 por ciento en Chad, al 81,7 por ciento en la República Democrática del Congo, al 58 por ciento en Bangladesh, y al 69,9 por ciento en Camboya. (Para los pormenores, véase el Anexo II, Cuadro 1b.).

Los OOP constituyen la manera más ineficiente y desigual de financiación del gasto en asistencia médica. Representan un enorme peso para los pobres y están asociados a un alto riesgo de empobrecimiento del hogar mediante gastos por enfermedades catastróficas (OMS 2000, págs. 35, 113). Especialmente en los países de bajos ingresos, los gastos de bolsillo pueden llevar a una creciente pobreza, a unos gastos por enfermedades catastróficas y a una repercusión en la generación del ingreso, en razón de la venta de activos y de los préstamos. En países como Kenya, Senegal y Sudáfrica, estudios cuantitativos representativos han concluido que el nivel del empobrecimiento debido a los gastos en salud equivale a una cifra que se sitúa entre el 1,5 por ciento y el 5,4 por ciento

de los hogares. En estos tres países, los gastos de bolsillo en concepto de salud, también ahondan el nivel de pobreza de la gente que ya es pobre (por ejemplo, hasta el 10 por ciento de los hogares en Senegal) <sup>6</sup>.

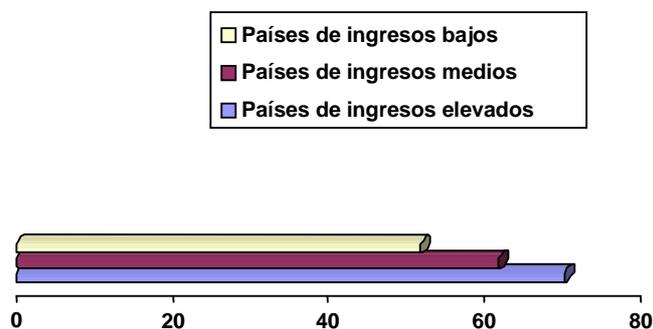
**Figura 6. Gasto total en salud como porcentaje del PIB**



Fuente: Banco Mundial (2006b).

La participación del gasto total en salud como porcentaje del PIB equivale al 7,7 por ciento, en los países de altos ingresos; al 5,8 por ciento, en los de ingresos medios; y al 4,7 por ciento, en los de bajos ingresos (Figura 6). El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud representa el 70,1 por ciento, en los países de ingresos elevados; el 61,7 por ciento, en los países de ingresos medios; y el 51,7 por ciento, en los de bajos ingresos (Figura 7).

**Figura 7. Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud**



Fuente: Banco Mundial (2006b).

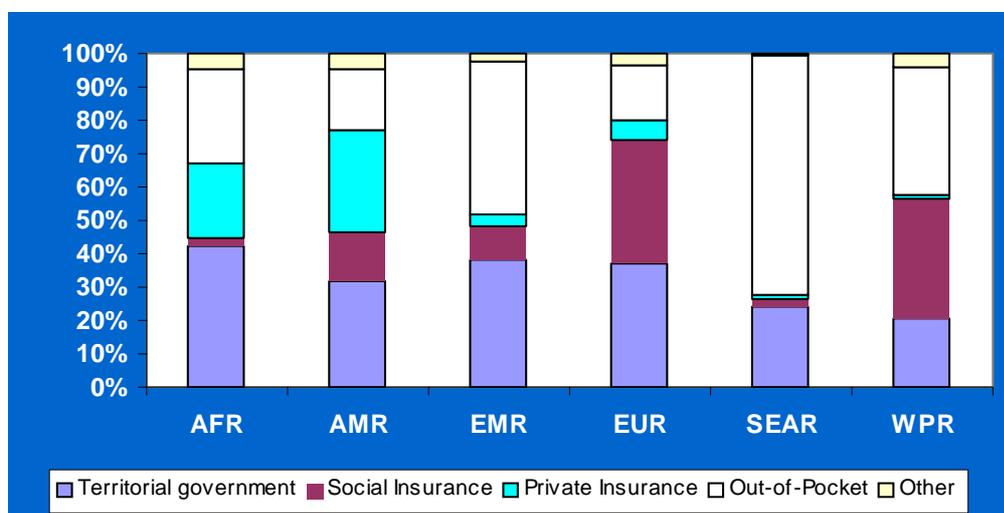
El aumento de la participación del gasto público con el aumento de los niveles de ingresos es un indicio de una mayor participación de la distribución del riesgo mediante impuestos y otras formas de protección social de la salud, como el seguro social de salud obligatorio. Se vincula con el desarrollo social y económico global de los países, es decir, los mercados laborales, los mercados financieros, la legislación, la infraestructura institucional y la capacidad para recaudar impuestos.

Tal y como se muestra en la Figura 8, la participación de las diferentes formas de protección social de la salud en el gasto total en salud varía significativamente entre regiones. En 2001, el gasto en salud financiado por los impuestos fue de un 40 por ciento relativamente más alto en Africa, en los países del Mediterráneo Oriental y en Europa, el

<sup>6</sup> Scheil-Adlung, et al. (2006).

seguro social de salud se situó en un lugar especialmente alto en los países de la OCDE, al igual que en los países en transición de la región Europea, en los países del Pacífico Occidental y en los países del Mediterráneo Oriental, mientras que en las Américas, el seguro privado de salud desempeñó un papel capital.

**Figura 8. Fuentes de protección social de la salud por región, 2001**



Fuente: Datos Nacionales de Salud, OMS, 2003.

A lo largo de la última década, se ha ido desarrollando la tendencia a utilizar simultáneamente varias fuentes cuando el acceso universal a los servicios de salud se vio ampliamente aceptado como un objetivo que había de alcanzarse en un período breve de tiempo. Los mecanismos de financiación correspondientes se consideran como complementarios en todas las etapas del desarrollo.

El perfil global de la financiación de la protección social de la salud se presenta, en el caso de muchos países de ingresos bajos y medios, de la manera siguiente:

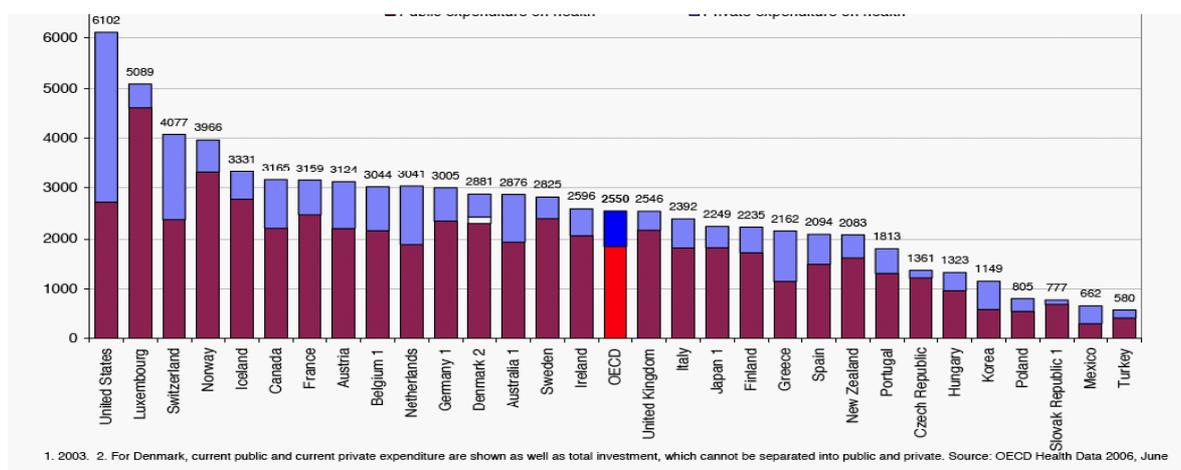
- como una estrecha relación entre los niveles de ingresos de los países, el acceso a los servicios de salud y la mortalidad;
- como una protección económica limitada que conduce a elevados niveles de gastos de bolsillo y a una pobreza consecutiva relacionada con la salud;
- como una solidaridad limitada en la financiación, que se manifiesta en una falta de distribución de los riesgos;
- como una baja participación del gasto en la protección social de la salud respecto del PIB y del gasto total en salud;
- como una gran participación privada en la financiación de la salud que impone la carga de la protección social en los hogares;
- como una baja participación de la financiación pública en el gasto total en salud.

Si bien el acceso a una asistencia médica adecuada y abordable para todos sigue siendo un problema medular para muchos de los países pobres, constituye cada vez más un reto para los países de altos ingresos donde los gastos crecientes, las restricciones financieras de los presupuestos públicos y las consideraciones económicas relativas a la

competitividad internacional, requieren unas reformas de la protección social de la salud como prioridad política.

En casi todos los países de la OCDE, el gasto público en salud es, con diferencia la fuente más pertinente para otorgar una protección social de la salud a los ciudadanos (Figura 9). En Europa, los gastos de los gobiernos y de la seguridad social representan juntos un promedio de aproximadamente el 70 por ciento del gasto total de la asistencia médica, encontrándose cerca del 100 por ciento la participación de la población cubierta por los mecanismos de protección social, excepto en aquellos países en los que el seguro de salud privado es obligatorio para algunos grupos de población (OCDE, 2006)<sup>7</sup>.

**Figura 9. Gasto en salud *per cápita*, gasto público y privado, países de la OCDE, 2004**



Gasto público: rojo oscuro

Gasto privado: azul claro

Fuente: OCDE (2006) (<https://www.oecd.org/dataoecd/5/27/36984860.pdf>).

Los retos a que hacen frente las poblaciones de los países de altos ingresos incluyen el envejecimiento demográfico y los cambios relacionados con los patrones de enfermedad y de invalidez. Cuestiones como la invalidez debida a las enfermedades crónicas se vinculan parcialmente con el envejecimiento y a menudo requieren cuidados de larga duración caros y de mano de obra intensiva. Los datos de Alemania indican que en 2002, cerca del 2,5 por ciento de la población total dependía de los cuidados de larga duración y se espera que esa cifra aumente en 2020<sup>8</sup> al 34 por ciento de la población. Si bien la mayoría de los países de altos ingresos prevén algún tipo de servicios profesionales de cuidados de larga duración, esto cubre a menudo a sólo un pequeño porcentaje de los cuidados de enfermería requeridos. Debido al costo de los cuidados de larga duración, son muchos los dependientes de edad avanzada que no están en condiciones de acceder a los servicios considerados necesarios.

<sup>7</sup> Esto se refiere a los Países Bajos y a Suiza, donde el seguro de salud es obligatorio. Las personas pueden optar entre varios proveedores de seguros y las cotizaciones de tasa fija son independientes de su capacidad de pago.

<sup>8</sup> Statistisches Bundesamt (2003).

---

En los países de la OCDE, el gasto medio *per cápita* en salud para las personas mayores de 65 años de edad se estima que es aproximadamente tres veces más elevado que para las personas más jóvenes.<sup>9</sup> Se ha proyectado que, habida cuenta del envejecimiento demográfico, el gasto total en salud de los países de la OCDE podría aumentar en aproximadamente el 3 por ciento del PIB en el período 2000-2050<sup>10</sup>.

De acuerdo con la OCDE, el gasto total en concepto de cuidados de larga duración, oscila entre el 0,2 por ciento y el 3 por ciento del PIB, en los países de la OCDE<sup>11</sup>. Los ingresos públicos constituyen la principal fuente de financiación. Los cuidados de enfermería en instituciones representan, por ejemplo, el 82,2 por ciento del gasto total en los cuidados de larga duración en Canadá y el 54,7 por ciento, en Alemania.

La evolución esperada del costo de la asistencia médica en edades más avanzadas y para los cuidados de larga duración plantea un gran reto para los sistemas de salud de los países industrializados. Se deben diseñar nuevas formas de inversiones para prevenir la dependencia de larga duración en la atención crónica y en la financiación de los cuidados de salud, a efectos de evitar el resurgimiento de la pobreza en la vejez o la dependencia de la caridad en la vejez en los países industrializados. Al mismo tiempo, el significado de la solidaridad en la financiación de los cuidados de larga duración requiere una redefinición para evitar una financiación de tipo solidario de los cuidados individuales que condujera únicamente a la protección de las situaciones que heredarían las nuevas generaciones.

Las mencionadas conclusiones indican que los patrones nacionales de financiación de la salud tienen un impacto, no sólo en el estado de salud de la población, sino también en sus niveles de ingresos y en la seguridad del ingreso. La experiencia de muchos países industrializados viene a poner de manifiesto que la protección social de la salud puede obtener fondos suficientes para lograr el acceso universal, al tiempo que se protege al individuo respecto del riesgo de elevados gastos de asistencia médica en caso de enfermedad.

<sup>9</sup> OCDE, 2005a.

<sup>10</sup> OCDE, 2004.

<sup>11</sup> OCDE, 2005b.



---

## 4. Cobertura de la protección social de la salud y acceso a los servicios de salud

### a. Conceptos y definiciones de cobertura y acceso de la OIT

El objetivo último de la OIT en el ámbito de la protección social de la salud es:

*“Lograr la cobertura universal de la protección social en salud definida como el acceso efectivo a una asistencia médica accesible de calidad adecuada y la protección financiera en caso de enfermedad”<sup>12</sup>.*

Esta definición de cobertura se refiere a la extensión de la protección social de la salud respecto del tamaño de la población que puede acceder a los servicios de salud y en qué grado los costos de los servicios definidos están cubiertos, de modo que la cuantía del gasto de bolsillo en asistencia médica no signifique una barrera para el acceso o redunde en un servicio de calidad limitada.

Para ser efectiva, la *cobertura universal* requiere que se garantice el acceso a la asistencia a todos los residentes de un país, independientemente del subsistema de financiación al que pertenezca. Esto no excluye que las políticas nacionales de salud se centren, al menos temporalmente, en grupos prioritarios, como las mujeres o los pobres, a la hora de establecer o de extender la protección social de la salud.

La cobertura se relaciona con el *acceso* efectivo a unos servicios de salud que se adecuen, desde el punto de vista médico, a la estructura de morbilidad de la población cubierta. Comparada con la cobertura legal que describe los derechos y las obligaciones formales, la cobertura efectiva se refiere a la disponibilidad física, financiera y geográfica de los servicios.

La OIT preconiza que los paquetes de prestaciones (es decir, los paquetes de servicios de salud que están disponibles para la población cubierta) deberían definirse con miras a mantener, recuperar o mejorar la salud y la capacidad para el trabajo, y a satisfacer las necesidades personales de asistencia médica. Los criterios fundamentales para el establecimiento de los paquetes de prestaciones incluyen la estructura y el volumen de la carga que representa la enfermedad, la eficacia de las intervenciones, la demanda y la capacidad de pago.

<sup>12</sup> Esto se formuló por primera vez en la Recomendación sobre la asistencia médica, núm. 69, 1944, que en su párrafo 8 dispone que “El servicio de asistencia médica debería amparar a todos los miembros de la comunidad, desempeñen o no un trabajo lucrativo”. La universalidad del derecho a la asistencia médica se formuló también en la Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia), 1944, que establece lo siguiente: “La Conferencia reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permitan:...(f) extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa... “. Además, La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, dispone, en su Artículo 25 (1), que “ Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

---

*El acceso efectivo incluye, así, el acceso a los servicios de salud y a la protección económica. La protección económica es decisiva para evitar el empobrecimiento relacionado con la salud. La protección económica incluye la evitación de unos gastos de bolsillo que reduzcan la accesibilidad de los servicios.*

La *accesibilidad o no accesibilidad* de los servicios se refiere a la existencia o no de barreras económicas al acceso de los individuos, de los grupos de individuos y de las sociedades en su conjunto.

La *accesibilidad para grupos especiales* se refiere, en primer lugar, a todos los pobres, y apunta a evitar la pobreza relacionada con la salud. Se la debería definir en relación con la máxima participación en los gastos de la asistencia médica necesaria respecto del ingreso neto total de los hogares menos los gastos de subsistencia; por ejemplo, los gastos de asistencia médica podrían ser considerados asumibles, si equivalen a menos del 40 por ciento del ingreso neto de los hogares menos los gastos de subsistencia.<sup>13</sup> La OMS considera que los gastos de asistencia médica por debajo de esa participación no constituyen gastos catastróficos para un hogar normal. Así, la cobertura universal está asociada con la equidad de la financiación, lo que implica que debería solicitarse una contribución a los hogares sólo en relación con su capacidad de pago<sup>14</sup>. Debido a que la OIT no ha definido un indicador de referencia relativo de accesibilidad, se sugiere aquí utilizar, de momento, el indicador de referencia de la OMS.

La *accesibilidad macroeconómica* se relaciona con el espacio fiscal del que se puede disponer para financiar un nivel de gasto que garantice el acceso universal a unos servicios de calidad adecuada, sin comprometer el rendimiento económico o desplazando otros servicios nacionales esenciales (como las transferencias sociales en metálico o la educación, la seguridad interna, etc.). Los niveles de los gastos necesarios dependen del estado de salud de la población, de la disponibilidad de la infraestructura, del nivel de precios de los servicios y de la eficiencia en la distribución de los mismos. Si bien la OIT no aboga por indicadores de referencia específicos del gasto público en salud, reconoce que varios indicadores de referencia para un gasto asumible en salud han sido establecidos por otras organizaciones y comisiones internacionales, por ejemplo, 12 dólares de los Estados Unidos *per cápita* para los países de bajos ingresos, tal y como estableciera el Banco Mundial, y 34 dólares de los Estados Unidos *per cápita*, cifra sugerida por la Comisión Macroeconómica establecida por la OMS.

La *noción de calidad* se refiere a varias dimensiones. Éstas incluyen la *calidad de las intervenciones médicas*, por ejemplo, cumplimiento de las directrices o de los protocolos médicos, tal y como han sido desarrollados por la OMS y por otras instituciones. La *calidad de los servicios* también incluye dimensiones éticas como la dignidad, la confidencialidad, el respeto del género y la cultura, al igual que cuestiones como la elección del proveedor y los tiempos de espera.

Comparado con la definición de cobertura en otras áreas de la protección social, el concepto de protección social de la salud es, en consecuencia, más bien complejo y multidimensional. De ahí que, a la hora de cuantificar la franja de población cubierta por la protección social de la salud, han de tenerse en cuenta las diversas dimensiones de la cobertura. Debido a la complejidad del tema, ninguna medición estadística de cobertura puede ser perfecta. Todo lo que se puede esperar es un conjunto de indicadores, siempre imperfectos. La siguiente sección de este capítulo brinda información sobre el nivel actual

<sup>13</sup> Esta definición se refiere a la definición de la OMS de « gastos de salud por enfermedades catastróficas ».

<sup>14</sup> Evans (2007), pág. 9.

---

y sobre las tendencias de la cobertura de la protección social de la salud que han podido compilarse de la información existente.

**b. Tendencias y datos relativos a la cobertura formal de la protección social de la salud**

La historia de la protección social de la salud se caracteriza por un aumento gradual de la distribución del riesgo: hace aproximadamente 200 años, los gastos – de bolsillo – privados constituían el único mecanismo de financiación disponible. Más tarde, se desarrolló una distribución más pequeña de los riesgos, pero no había surgido una robusta noción de protección social de la salud hasta que Bismarck y Beveridge pusieron en práctica los conceptos de seguro social de salud y de servicio nacional de salud, respectivamente. Hoy en día, países pioneros en protección social de la salud como Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo y el Reino Unido, tienen unos ingresos elevados con una cobertura universal formal y un acceso eficaz a los servicios de salud, siendo aún los principales mecanismos de financiación de la salud utilizados el seguro social de salud basado en las cotizaciones y el Servicio Nacional de Salud basado en los impuestos, respectivamente. Estos países sólo muestran una pequeña participación en el gasto en salud de las compañías de seguros privadas con fines de lucro, representando los gastos de bolsillo cerca del 10 por ciento del gasto total en salud (Anexo II, Cuadro 1b).

Las tendencias de la *cobertura de la protección social de la salud* que se pueden delinear en base a las fuentes de información existentes sugieren un vínculo<sup>15</sup> entre el aumento de los niveles de ingresos de los países y la utilización de unos mecanismos de financiación de la salud fundados en la distribución del riesgo y en el prepago. Sin embargo, es también importante observar que los niveles del gasto en salud y los niveles de cobertura formal de la protección social de la salud varían notablemente con cada nivel nacional de ingreso. Esto es un indicio de que existe un considerable espacio en materia de políticas para los países que desean introducir la financiación de la protección social de los riesgos de la asistencia médica.

En muchos países de bajos ingresos, los gastos de bolsillo actúan como el mecanismo fundamental de financiación de la asistencia médica – hasta el 80 por ciento del gasto total en salud en países como Guinea, Myanmar, la República Democrática del Congo y Tayikistán. El resto de los gastos son financiados, en general, mediante impuestos y sólo en pequeña medida por los regímenes de seguro de salud basados en la comunidad (Anexo II, Cuadro 1b). En países de ingresos medios como Guatemala y Líbano, el seguro privado con fines de lucro viene reduciendo la participación de los gastos de bolsillo. No obstante, estos gastos siguen siendo a menudo el principal mecanismo de financiación, seguido de los presupuestos gubernamentales y del seguro social de salud (Anexo II, Cuadro 1b). En al menos 22 países (China e India, entre ellos; véase el Anexo II, Cuadro 1b), más del 50 por ciento del gasto total en salud corresponde a los gastos de bolsillo.

Por consiguiente, en los países de ingresos bajos y medios, es frecuente que la cobertura formal de la protección social de la salud siga estando muy por debajo de la cobertura universal, incluso décadas después de que se introdujera el primer régimen público de seguro (como ocurre en el caso de América Latina). En El Salvador, por ejemplo, la cobertura formal de los regímenes públicos y privados juntos sólo concierne a cerca de la mitad de la población (Cuadro 1).

<sup>15</sup> Banco Mundial, 2006b.

En los Cuadros 1 y 2, se mide la “cobertura” en términos de la población que está *formalmente* cubierta por la protección social de la salud, por ejemplo, mediante la legislación, sin una referencia al acceso efectivo a los servicios de salud, a la calidad de los servicios o a otras dimensiones de la cobertura que se tratan más adelante.

**Cuadro 1. Cobertura formal de la protección social de la salud como porcentaje de la población en países seleccionados de América Latina y en años seleccionados entre 1995 y 2004**

País	Régimen público	Seguro social	Seguro privado	Otros	Total (%)
Argentina	37,4	57,6	4,6	1,4	100
Bolivia	30,0	25,8	10,5	0,0	66,3
Colombia	46,7	53,3			100
Ecuador	28,0	18,0	20,0	7,0	73
El Salvador	40,0	15,8	1,5		57,3
Haití	21,0		38,0		60,0
Honduras	52,0	11,7	1,5		65,2
Nicaragua	60,0	7,9		0,5	68,4

Fuente: Mesa-Lago (2007).

La cobertura formal del *seguro* social de salud, incluidos los regímenes basados en la comunidad en los países de bajos ingresos de África y de Asia, oscila entre la tasa excepcional de cobertura del 78 por ciento de la población total de Mongolia, del 5 por ciento de la población total de la República Democrática Popular Lao, y del 7 por ciento de Kenya (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Cobertura formal de la protección social del seguro de salud en países seleccionados de África y Asia**

País	Regímenes de seguro	Cobertura formal estimada como % de la población total
<b>China</b>	– Trabajadores urbanos	10
	– Seguro básico	
	– RCMS (nuevo)	
<b>Filipinas</b>	– Phil Health	55
	– CBHI	
<b>India</b>	– EISIS	20
	– CGHS	
	– CBHI	
<b>Indonesia</b>	– ASKES	20
	– JAMSOSTEK	
	– CBHI	
<b>Kenya</b>	– NHIF	7
<b>República Democrática Popular Lao</b>	– CCS	5
	– SSO	
	– CBHI	
<b>Mongolia</b>	– Régimen nacional	78
<b>Senegal</b>	– IMPs	11.4
	– MOH	

Fuente: OMS (2005); Scheil-Adlung et al. (2006).

---

Tal y como se mencionara antes, si bien en algunos casos pudieran existir vínculos entre los crecientes niveles de ingreso nacional y la utilización de los mecanismos de prepago y de distribución del riesgo en la asistencia médica, en un número significativo de países no se puede identificar un vínculo estrecho. Los datos presentados en el Anexo II, Cuadro 1b, sugieren que la extensión de la protección social de la salud no está necesariamente vinculada de manera directa con el nivel de ingresos de un país:

- Burundi y la República Unida de Tanzania – países con un PIB *per cápita* de 100 y de 90 dólares de los Estados Unidos, respectivamente, cubren formalmente a aproximadamente el 13 y el 14,5 por ciento de sus respectivas poblaciones, mientras que la República Democrática del Congo – con un PIB *per cápita* similar – otorga una cobertura a una tasa de sólo el 0,2 por ciento.
- En Ghana (PIB *per cápita* 320 dólares de los Estados Unidos), el 18,7 por ciento de la población está formalmente cubierta por un régimen de protección de la salud, mientras que las tasas correspondientes son significativamente más bajas en Togo (0,3 por ciento, PIB *per cápita* 310 dólares de los Estados Unidos) y en Burkina Faso (0,2 por ciento, PIB *per cápita* 300 dólares de los Estados Unidos).
- Un país con un PIB *per cápita* ligeramente más alto como Kenya (390 dólares de los Estados Unidos) brinda una protección social formal de la salud a una cuarta parte de su población, y Haití, con no más de 380 dólares de los Estados Unidos de PIB *per cápita*, al 60 por ciento. Países con un nivel más elevado de PIB como Bolivia (890 dólares de los Estados Unidos, tasa de cobertura del 66 por ciento) y Guinea Bissau (920 dólares de los Estados Unidos, tasa de cobertura del 1,6 por ciento), también muestran tasas muy diferentes de cobertura formal.

Esto viene a confirmar que, dependiendo de la situación específica de un país, incluida una sólida voluntad política para el establecimiento de prioridades, la extensión de la protección social de la salud es una opción posible para muchos más países de lo que se supone habitualmente, y que la cobertura de la población es, en cierta medida, independiente de sus niveles de ingresos.

El desarrollo histórico de las tasas de cobertura nacionales en los países con elevada cobertura también apoya este argumento. En algunos casos, hacen falta muchas décadas para que se alcancen los altos niveles de cobertura, mientras que en otros, empezando con niveles bajos similares de PIB *per cápita*, la cobertura total se obtiene sólo en pocas décadas o incluso años.

A través de las cifras siguientes, se comparan los casos de Alemania, Austria, Canadá, Francia, Japón, Luxemburgo, Noruega y la República de Corea (véase el Cuadro 3): en la década de 1920, países como Austria y Alemania cubrían formalmente al 30 por ciento de su población total, mientras que otros (Francia y Noruega, por ejemplo) – tenían unas tasas de cobertura formal de aproximadamente el 20 por ciento, y Japón sólo el 3,3 por ciento. En 1970, la situación cambió considerablemente: todos los países – excepto la República de Corea – alcanzaron entre el 90 por ciento y el 100 por ciento de cobertura; el PIB *per cápita* asociado osciló entre los 1.997 dólares de los Estados Unidos de Austria y los 3.985 dólares de los Estados Unidos, de Canadá. En 1980, la República de Corea cubría a aproximadamente al 30 por ciento de la población total, en base a un PIB *per cápita* de 9.671 dólares de los Estados Unidos. Esta tasa de cobertura se alcanzó, así, con un PIB *per cápita* de menos de la tercera parte de los demás países comparados.

**Cuadro 3. Evolución histórica de la cobertura formal de la protección social de la salud**

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Número total de asegurados como % de la población total</b>	<b>PIB <i>per cápita</i> / tipo de cambio U\$</b>
<b>Austria</b>	1920	18,3	
	1923	32,7	
	1924	34	
	1925	34,3	1.997
	1970	91	10.530
	1980	99	23.167
	2000	99	
<b>Canadá</b>	-	-	
	1970	100	3.985
	1980	100	10.843
<b>Francia/ Alsacia-Lorraine</b>	2000	100	22.708
	<b>Francia</b>		
	1921	22,9	
<b>Alemania</b>	1970	95,7	2.884
	1980	99,3	12.742
	2000	99,8	21.884
<b>Gran Bretaña / Reino Unido</b>	1920	31,7	
	1925	32	
	1970	88	3.044
	1980	91	13.145
	2000	-	22.814
	1921	35,2	
	1922	35	
<b>Japón</b>	1925	35	2.205
	1970	100	9.524
	1980	100	23.954
	2000	100	
<b>República de Corea</b>	1927	3,3	
	1970	100	1.971
	1980	100	9.164
<b>Luxemburgo</b>	2000	100	37.544
	-	-	
	1970	-	272
	1980	29,8	1.632
<b>Noruega</b>	2000	100	9.671
	1922	16,6	
	1970	100	3.728
<b>Noruega</b>	1980	100	14.433
	2000	-	43.083
	1920	21,3	
	1925	21,6	
<b>Noruega</b>	1970	100	3.285
	1980	100	15.519
	2000	100	36.028

Fuente: OIT, Seguro obligatorio de salud, Ginebra, 1937 (para los años 1920 a 1925); Datos de la salud de la OCDE, 2005 (para los años 1970 a 2000).

**c. El déficit del acceso global: un intento de estimación de su dimensión**

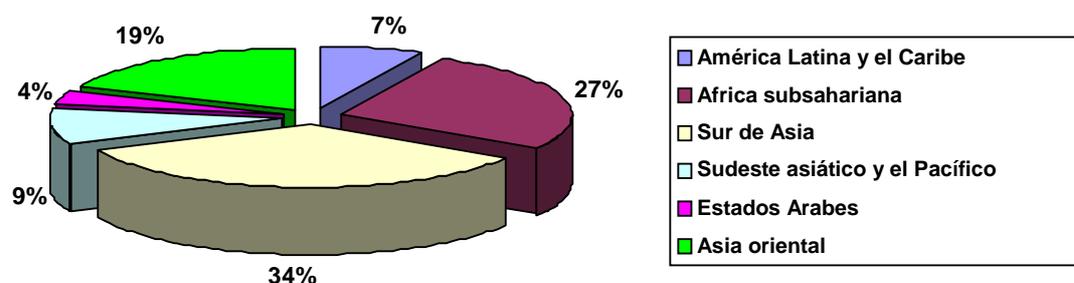
Desafortunadamente, los datos comparables a escala global sobre el *acceso a los servicios de salud* son más bien débiles e incompletos para su utilización en comparaciones internacionales.

Los datos disponibles de la OMS indican que, en todo el mundo, 1,3 billones de personas no cuentan con un acceso efectivo y abordable a la asistencia médica en caso

necesario, mientras que 170 millones de personas están obligadas a gastar más del 40 por ciento del ingreso de su hogar en tratamiento médico<sup>16</sup>.

El Informe de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de 1997, estima que la mayoría de los pobres que carecen de acceso a los servicios de salud viven en los países en desarrollo: el 34 por ciento en el sur de Asia, el 27 por ciento en el África subsahariana y el 19 por ciento en el sudeste Asiático y el Pacífico (Figura 10).

**Figura 10. Personas pobres que carecen del acceso a los servicios de salud** (en % del número total de pobres en países en desarrollo)



Fuente: PNUD (1997).

A pesar de los esfuerzos significativos de muchas instituciones nacionales e internacionales para desarrollar y proporcionar datos sobre el acceso a los servicios de salud – especialmente de los pobres – la información disponible permanece fragmentada y a menudo no es comparable. Sin embargo, la disponibilidad de tales datos es decisiva a la hora de desarrollar y preconizar estrategias de cobertura universal, en vista del estrecho vínculo entre el acceso a los servicios de salud y la ausencia de cobertura en la protección social de la salud.

Muchas cuestiones conceptuales y metodológicas entran en juego en el suministro de datos relativos a la cobertura y al acceso; además, a menudo sólo datos nacionales muy específicos y no comparables están disponibles a nivel nacional e internacional, datos que no permiten evaluaciones de la cobertura y del acceso efectivos. Idealmente, el enfoque más útil para medir la cobertura de la protección social de la salud sería un indicador combinado de varios indicadores que reflejen la situación en un país incluidos:

- el número de personas cubiertas formalmente/legalmente por la protección social de la salud;
- los gastos a los que hacen frente las personas legalmente cubiertas para obtener la asistencia necesaria, por ejemplo, los gastos de bolsillo;
- el gasto público y privado en salud no financiado por los gastos de bolsillo de las personas a título privado;
- el gasto público total en prestaciones de salud como porcentaje del PIB;
- el acceso físico a los servicios de salud.

<sup>16</sup> OMS (2004b), pág.2.

Ese indicador combinado no existe y se requiere más investigación para combinar de modo significativo los datos nacionales fragmentados. Entre estos indicadores, especialmente el acceso físico a los servicios de salud es relativamente difícil de medir, sin embargo, constituye la base factual para todos los conceptos de cobertura. La cobertura legal, por ejemplo, carece de importancia si la infraestructura física para la asistencia médica y el personal necesario para dicha asistencia no están disponibles. El acceso a los servicios de salud no sólo varía entre países y regiones sino también dentro de los países, Los intentos para describir y cuantificar el acceso a la asistencia médica con frecuencia se refieren al acceso a las camas hospitalarias. No obstante, este indicador tiende a desequilibrar la asistencia hospitalaria si es utilizado como coindicador para la cobertura de la protección social de la salud.

Los indicadores de los resultados de las políticas de la salud materno-infantil podrían brindar un primer enfoque para medir el acceso eficaz a los servicios de salud. Hasta que se disponga de datos más fiables, los siguientes indicadores podrían actuar como sustitutos para estimar el acceso a la asistencia médica, incluso si esto conlleva algunas inconsistencias:

- los indicadores de referencia de la densidad de los profesionales de la salud, y
- la proporción de partos atendidos por personal calificado.

De este modo, se sugiere que la utilización paralela de un número de profesionales de la salud por población y de la proporción de nacimientos atendidos por profesionales abre una gama de valores relativos que podrían servir como un indicador bruto del acceso o del no acceso a los servicios de salud. La gama de valores puede ser también utilizada para establecer un indicador del déficit del acceso estimado en un país. Este es estimado, por una parte, por el indicador sustituto de las mujeres que dan a luz sin la presencia de personal sanitario calificado; por otra parte, se mide comparando la densidad de profesionales de la salud calificados de un país (población por profesional de la salud, es decir, médicos, enfermeras y parteras) con el nivel de densidad de Tailandia (313 personas por profesional de la salud en 2004). Países como Argelia, Ecuador, México, Namibia, la República de Corea, la República Arabe Siria y Turquía muestran densidades similares (es decir, entre 280 y 330 personas por profesional de la salud).

**Cuadro 4. Densidad de los profesionales de la salud**

<b>País</b>	<b>Población por profesional de la salud</b>
Argelia	297
Bolivia	262
Burkina Faso	129
Chad	3113
Egipto	388
Francia	92
Ghana	932
México	348
Reino Unido	66

Fuente: Cálculos de la OIT (2007).

Si bien el indicador basado en la atención de los nacimientos traspone simplemente la ausencia de acceso a la asistencia médica calificada de las mujeres embarazadas a la población total, el indicador del déficit de acceso basado en la densidad utiliza otra metodología. El déficit del acceso se mide como la diferencia relativa de los niveles nacionales de densidad a partir del indicador de referencia de Tailandia. Esta medición es

---

obviamente una estimación conservadora mínima del déficit del acceso. Por ejemplo, si los profesionales de la salud están distribuidos desigualmente en un país, entonces el déficit *de facto* puede ser mucho mayor que la estimación basada en promedios nacionales. Ahora bien, si este indicador más bien “optimista” señala un problema nacional o regional, entonces, uno puede asumir con seguridad que el verdadero problema es incluso mayor que el indicado por los promedios nacionales.

Los Cuadros 1a y 1b del Anexo II presentan un perfil – aunque imperfecto - de nuestro conocimiento actual de las estadísticas nacionales de la cobertura. Ellos reflejan los dos indicadores del déficit en los diferentes países, transmitiendo información adicional, como la población, el PIB, el Índice de Pobreza Humana, el índice de Gini, la cobertura formal, los gastos de bolsillo y el gasto total en salud. Debería resaltarse que los indicadores sugeridos sólo permiten estimar el déficit del acceso global nacional y conocer mejor la brecha de la cobertura efectiva de la protección social de la salud en relación con otras variables relacionadas con la cobertura. Sin embargo, los cuadros posibilitan la realización de unos análisis de regresión interesantes.

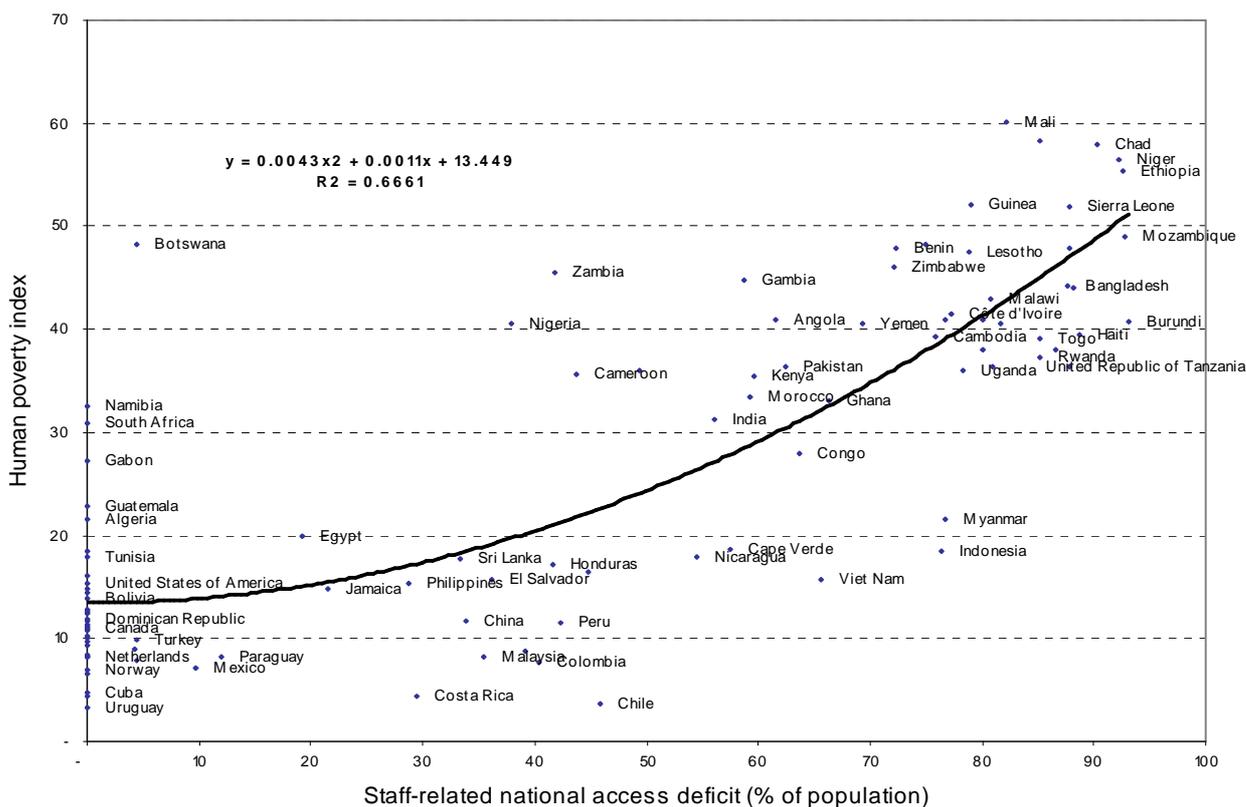
La Figura 11 muestra la correlación entre el déficit del acceso nacional relacionado con el personal y el Índice de Pobreza Humana (IPH). Es digno de mención que el IPH, un indicador del nivel de vida de un país, se basa en cuatro componentes, a saber, la probabilidad que se tiene al nacer de no sobrevivir a la edad de 60 años, el porcentaje de personas analfabetas funcionales, el desempleo de larga duración y la población que se encuentra por debajo del 50 por ciento de la mediana ajustada de los ingresos disponibles en los hogares.

Los países con un bajo IPH tienden a tener un pequeño déficit en el acceso relacionado con el personal. Por consiguiente, no es sorprendente observar que la mayoría de los países desarrollados se encuentren en la parte más inferior izquierda de la figura. En cambio, un alto nivel de pobreza se correlaciona con un elevado déficit en el acceso. Países como Bangladesh, Chad y Etiopía, caracterizan bien esta correlación.

Sin embargo, algunos países muestran una variación significativa respecto de la tendencia general. Por ejemplo, Botswana, tiene un déficit en el acceso relativamente bajo, dado su nivel de pobreza. Suponiendo que los datos sean exactos, se podría concluir que Botswana, al igual que otros países que se sitúan en la parte superior izquierda de la figura, disfruta de un acceso a la salud relativamente mejor que el que podría sugerir su nivel de pobreza. La afirmación contraria es verdadera para los países situados en la parte más inferior derecha.

La correlación entre el déficit en el acceso y el Índice de Pobreza Humana no prueba que un bajo déficit global nacional en el acceso reduzca la pobreza sino que ilustra más bien que, en general, coexisten.

Figura 11. Regresión entre el déficit del acceso y el Índice de Pobreza Humana



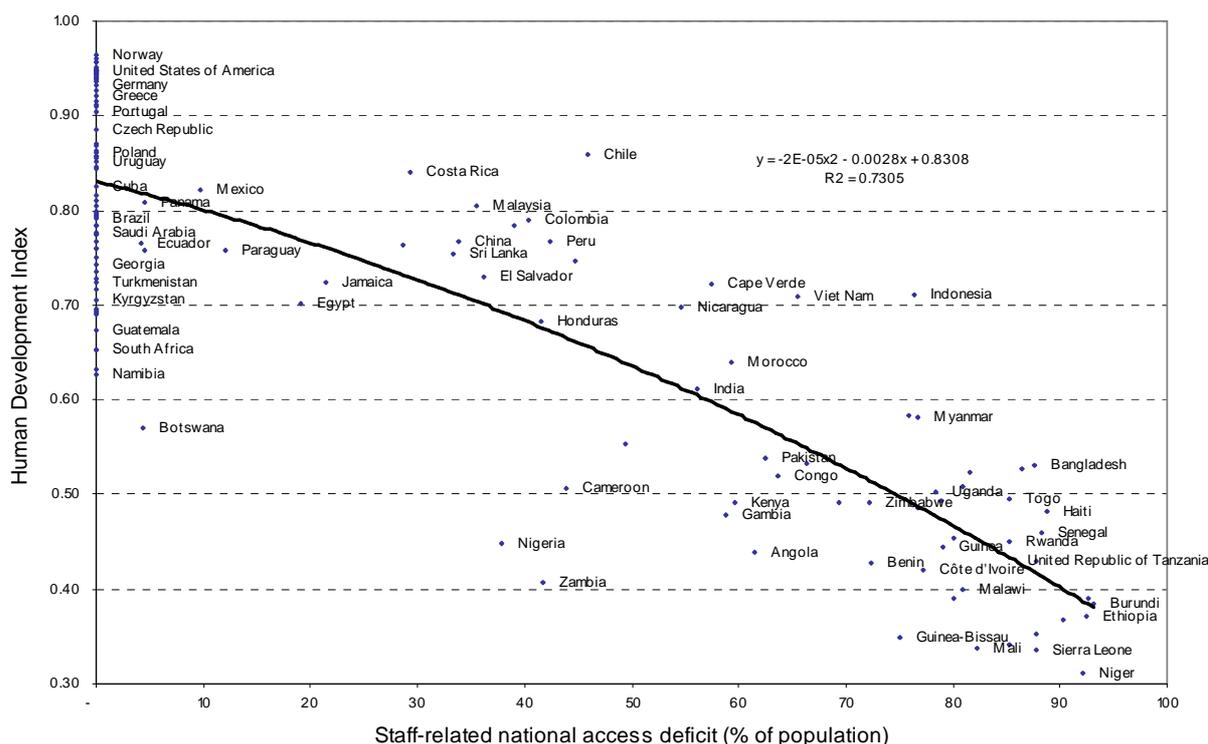
Un análisis similar puede realizarse con el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Este índice es una medida comparativa de la esperanza de vida, del analfabetismo, de la educación y del nivel de vida de los países en todo el mundo. En alguna medida, el IDH abarca a muchos componentes del IPH. Así, es normal observar tendencias comparables en la Figura 6, a pesar del hecho de que algunos países tengan interrelaciones significativamente diferentes.

No obstante, la correlación mostrada en la Figura 12 es ligeramente más sólida que la del IPH. Esto significa que, en promedio, el nivel de desarrollo es un indicador mejor del déficit nacional en el acceso relacionado con el personal que el nivel de pobreza.

Del mismo modo, las regresiones entre el PIB *per cápita* y el déficit global nacional en el acceso aportan una información interesante. Un elevado nivel del PIB *per cápita* se correlaciona con un bajo déficit de asistencia médica.

La regresión con el coeficiente de Gini, que constituye una medida de desigualdad de la distribución del ingreso, es menos concluyente. Se observa que la correlación es más débil, aunque los cálculos muestran que una mayor desigualdad se correlaciona con un mayor déficit en el acceso a la salud.

**Figura 12. Regresión entre el déficit del acceso y el Índice de Desarrollo Humano**



Mientras que el mencionado Indicador de Déficit del Acceso tiene el potencial de proporcionar datos comparables a escala global, no aporta con certeza datos totalmente coherentes y revela alguna divergencia, si se lo compara con datos de las encuestas de los países. Esto se debe a varias razones, incluido el hecho de que no se tiene en cuenta:

- la diferenciación con arreglo al alcance y a la profundidad de la cobertura como los cambiantes paquetes de prestaciones y la calidad;
- la diversidad de las definiciones aplicadas en distintas estadísticas utilizadas, por ejemplo, respecto de la seguridad social, de la protección social de la salud y de otra terminología pertinente;
- las diferencias geográficas, socioeconómicas y socioculturales dentro de los países y entre éstos;
- la dificultad de evaluar los regímenes de prestaciones de salud de pequeña escala basados en la comunidad en términos de cantidad y de cobertura. La mayor parte de las pruebas disponibles se centran en el número de esos regímenes y en el promedio de la gama de los afiliados, pero no contiene ningún dato concreto en cuanto al número de afiliados y de beneficiarios. Sobre todo en los países africanos, los regímenes de prestaciones de salud basados en la comunidad cubren a los trabajadores del sector formal, así como a los beneficiarios que pertenecen a la economía informal del país.

Siendo conscientes de sus limitaciones, el INDICADOR DEL DEFICIT DEL ACCESO fue calculado por primera vez para un número significativo de países. El tamaño estimado del déficit global del acceso, se sitúa entre el 30 y el 36 por ciento, en base al indicador de referencia de Tailandia. Esto significa que más de una tercera parte de la

población global no recibe la calidad de la asistencia médica que se le podría brindar mediante una adecuada red de personal de profesionales de la salud. Si países como Irlanda sirven como referencia, entonces el déficit global en el acceso equivale a más de las dos terceras partes de la población mundial.

Los déficit específicos de los países en el acceso revelan brechas altas asociadas, aun en el caso de que Tailandia sea elegida como el indicador de referencia: en China, el déficit en el acceso estimado vinculado con el personal indica que un equivalente del 34 por ciento de la población no tiene acceso a los servicios de salud. En Colombia, el déficit en el acceso relacionado con el personal es del 40 por ciento. Esto es comparable con el déficit en el acceso relacionado con el personal de Filipinas.

**Cuadro 5. Déficit en el acceso estimado en países seleccionados**

	Déficit estimado en el acceso	
	Relacionado con el personal (como % de la población)	Nacimientos atendidos (como % de los niños nacidos vivos)
Burkina Faso	85	43
China	34	17
Colombia	40	9
Ghana	66	53
Filipinas	29	40
Uganda	78	61

Fuente: Anexo II, Cuadros 1ª y 1b.

**d. El déficit global en el acceso: algunas observaciones pormenorizadas**

A pesar de las evidentes brechas en la disponibilidad y en la fiabilidad de los datos así como de las limitaciones metodológicas dadas, el enfoque para estimar los déficit en el acceso a los servicios de salud a escala mundial, ha puesto de manifiesto una serie de desarrollos interesantes y que plantean retos en una serie de países en todo el mundo.

El *efecto de la cobertura de la protección social de la salud en los gastos de bolsillo* es muy heterogéneo. Por ejemplo, existe sólo una diferencia relativamente pequeña en la participación de los gastos de bolsillo entre Túnez, que tiene una cobertura legal casi universal, Nicaragua, donde casi el 70 por ciento de la población tiene una protección formal de la salud, y Níger, donde menos del 1 por ciento de la población tiene una cobertura formal. Al mismo tiempo, los gastos de bolsillo representan sólo cerca del 10 por ciento en Eslovenia y en Sudáfrica, mientras que ascienden al 26,8 por ciento, en Ucrania, y al 45,1 por ciento, en Túnez, aunque todos estos países han alcanzado la cobertura legal universal. En Uganda, la carga de los gastos de bolsillo en hogares prácticamente desprotegidos es sólo ligeramente más elevada que en Turkmenistán, donde está cubierta más del 80 por ciento de la población.

Estas conclusiones son indicios claros de que el *alcance de los paquetes de prestaciones, incluida la protección económica* y la calidad de los servicios brindados, ejerce un mayor impacto en el gasto privado en salud que el número de personas o de hogares cubiertos por cualquier tipo de sistema de prepago por los servicios de salud. En otras palabras, la protección social de la salud debería otorgar un nivel razonable de protección económica a efectos de proteger a la población de unos gastos privados elevados y del empobrecimiento.

---

A pesar de la existencia de los sistemas públicos de salud, un creciente número de países proyecta introducir o ha implantado recientemente *un seguro social de salud* universal. Entre éstos, se encuentran Egipto, Ghana y Kenya. Muchos de estos países también cuentan con servicios públicos de salud que, aunque limitados y en un estado de deterioro como consecuencia de las políticas de ajuste estructural, de los recortes en el gasto público y de las privatizaciones, aún desempeñan un papel importante. Por ejemplo, la cobertura formal equivale al 47,6, en Egipto, y al 25 por ciento, en Kenya, y el déficit en el acceso relacionado con el personal, al 19 por ciento, en Egipto, y al 60 por ciento, en Kenya.

Son muchos los *regímenes basados en la comunidad* que se ven afectados por la alta tasa de fluctuación y es frecuente que la inscripción sea relativamente inestable. En Senegal, la variación de la afiliación fue de más del 20 por ciento en tres de los cinco regímenes de seguro de salud basados en la comunidad, y cuatro de cada cinco beneficiarios no habían pagado sus cotizaciones a tiempo. Los datos de la India indican que la participación de los trabajadores de la economía informal (trabajadores no organizados) cubiertos por estructuras de seguridad social tanto en los regímenes públicos como en los privados sin fines de lucro, es del orden del 8 por ciento. Del número total de 370 millones de trabajadores de la economía informal de la India, aproximadamente 30 millones están cubiertos por una protección social que incluye la salud<sup>17</sup>.

Sólo se dispone de información para una determinada fecha límite o de unos datos promedio, y un análisis más exhaustivo revela que una gran cantidad de datos sobre las tasas de cobertura de los regímenes vigentes de protección social de la salud depende de unas encuestas que tienen sólo un valor limitado para la estimación del número total de beneficiarios. En general, las cifras estadísticas sobre la cobertura de la población por los regímenes de prestaciones de salud deberían ser interpretadas cuidadosamente y teniéndose en cuenta la diversidad que las mismas encierran.

Los sistemas de *seguros auspiciados por los empleadores* no son muy frecuentes en la mayoría de países en desarrollo, aunque son relativamente corrientes en el mundo árabe. Los planes de salud organizados por las empresas suelen brindar asistencia directamente, a través de establecimientos de salud que son propiedad del empleador o a través de medios sanitarios en el lugar de trabajo, o dependen de contratos con proveedores y con establecimientos del exterior. Los regímenes de seguro auspiciados por los empleadores son muy exclusivos, debido a que sólo están cubiertos los trabajadores estables y, en algunos casos, sus familias. El concepto está a menudo estrechamente relacionado con la legislación laboral vigente relativa a los accidentes del trabajo y a las enfermedades profesionales.

En la República Árabe Siria, por ejemplo, prácticamente todas las empresas públicas y la mayoría de las empresas privadas más grandes ofrecen a su personal paquetes de prestaciones de salud relativamente integrales con carácter gratuito; los dependientes a veces están cubiertos por el propio régimen o, de lo contrario, por regímenes basados en las cotizaciones puestos en práctica por los sindicatos (Schwefel 2006b). En Yemen, algunas empresas públicas, privadas y mixtas ofertan diversos tipos de regímenes de prestaciones de salud que van desde el reembolso de una suma fija relativamente baja hasta paquetes de cobertura integral, oscilando el gasto promedio *per cápita* entre 10 euros y 450 euros<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Kannan (2006).

<sup>18</sup> Schwefel et al. 2005, pág. 66 y siguientes.

---

Los ejemplos de Africa incluyen la asistencia médica brindada por el empleador en Zambia y Nigeria, así como en los bosques de caucho de Liberia y de la República Democrática del Congo<sup>19</sup>. Los regímenes de prestaciones de salud auspiciados por las empresas son con frecuencia el reflejo de una relación paternalista entre el empleador y los trabajadores, dependiendo parcialmente más de decisiones individuales caso por caso que de unos derechos adquiridos. Incluso más importante es el hecho de que el tamaño de los regímenes sea, en muchos casos, demasiado pequeño como para proporcionar una cobertura eficaz de las enfermedades catastróficas.

Sistemas de seguros de salud organizados por los sindicatos pueden encontrarse en Argentina, Burkina Faso, Guatemala, Mauricio, Sudáfrica y Zimbabwe, entre otros. Algunos fomentan una afiliación dual de miembros y aseguran automáticamente a todos los afiliados sindicales mediante el plan del seguro, mientras que otros desarrollan sistemas mutuales de seguro que son relativamente autónomos del sindicato y que están abiertos indistintamente para los afiliados y para los no afiliados<sup>20</sup>.

Los ejemplos mencionados ponen también de manifiesto la amplia heterogeneidad de las políticas nacionales de protección de la salud y el modo en que éstas enfocan la extensión de la cobertura y la mejora del acceso. Cualquier desarrollo adicional significativo de las estrategias de cobertura de la salud recomendadas a escala nacional o internacional tienen que incorporar – en la medida de lo posible – tales iniciativas nacionales, regionales y basadas en la comunidad. Las nuevas estrategias deberían ir construyéndose en base a los regímenes vigentes y no destruirlos. Se han realizado demasiados esfuerzos en la constitución de los regímenes vigentes y esos esfuerzos se verían desperdiciados si las nuevas políticas se orientaran a destruir esas iniciativas. “Construir, no destruir” es el santo y seña de la política del sistema de salud que recomienda la OIT y que se desarrolla en el siguiente capítulo.

<sup>19</sup> Develtere y Fonteneau (2001), pág. 29.

<sup>20</sup> *Idem*, pág. 30.

---

## 5. Racionalización del uso de mecanismos de financiación pluralistas: una estrategia de la OIT para lograr la cobertura universal de la protección social de la salud

### a. Concepto global de la estrategia de la OIT relativa a la racionalización del uso de mecanismos de financiación pluralistas

La experiencia a escala mundial y las evidencias ponen de manifiesto que no existe un modelo correcto único para el otorgamiento de una protección social de la salud o una vía única hacia la consecución de la cobertura universal. En la mayoría de los casos, la protección social evoluciona a lo largo de muchos años y a menudo décadas, según la evolución histórica y económica, los valores sociales y culturales, las estructuras institucionales, y la voluntad y la conducción políticas. Sin embargo, el modo en el que los países combinan las diversas funciones de la generación de recursos, de la distribución del riesgo, del suministro y de la financiación de la asistencia médica, no es neutral en lo que respecta a la eficiencia y a la equidad de los sistemas de salud. Además, la mayoría de los sistemas nacionales de financiación de la salud se basan en múltiples opciones financieras que cubren a subgrupos distintos incluso superpuestos de la población, mientras que otros permanecen sin cobertura.

El objetivo global de las políticas nacionales de protección social de la salud debería ser el desarrollo de una estrategia pragmática encaminada a racionalizar el uso de distintos mecanismos de financiación de la salud, con miras a lograr la cobertura universal y la igualdad de acceso para todos.

Se sugiere aquí que los países desarrollan sus estrategias dirigiéndose a la cobertura universal:

- primero, haciendo un inventario de todos los mecanismos de financiación vigentes en un determinado país;
- luego, evaluando los déficit restantes en el acceso; y
- por último, desarrollando un plan de cobertura que llene las brechas de modo eficiente y efectivo.

En este contexto, el Estado debería desempeñar un papel fundamental y activo como facilitador y promotor, y definir el espacio operativo para cada subsistema. Esto entraña el desarrollo de un marco legal inclusivo, así como la garantía de una financiación adecuada y de unas prestaciones integrales.

El marco debería también regular el seguro de salud voluntario privado, incluidos los regímenes basados en la comunidad, y considerar la reglamentación para determinar una buena gobernanza y una protección eficaz. Este marco establece un *enfoque basado en los derechos*, de cara a una protección social de la salud que se refiere especialmente al objetivo de incluir a la franja de la población no cubierta, en consonancia con sus necesidades y con su capacidad de pago. La OIT también preconiza un papel sólido para los interlocutores sociales, sobre todo mediante el diálogo social, y una *amplia participación* en los procesos de diseño de las políticas y en la gobernanza de los regímenes, incluidos los interlocutores sociales, la sociedad civil, los asegurados y otros grupos de interés en la protección social de la salud.

---

A la hora de desarrollar el plan de cobertura, deberían considerarse *todas las opciones de mecanismos de financiación*, incluyéndose a todas las formas de regímenes obligatorios y voluntarios, a los regímenes con fines de lucro y sin fines de lucro, a los regímenes públicos y privados que van desde los servicios nacionales de salud hasta los regímenes basados en la comunidad, si éstos contribuyen, en un determinado contexto nacional, a conseguir la cobertura universal y la igualdad en el acceso a los servicios esenciales de toda la población.

El plan de cobertura apunta a brindar un diseño coherente de sistemas nacionales de financiación de la salud pluralistas y de suministro de servicios compuestos de subsistemas tales como los regímenes nacionales y sociales de seguros de salud, los regímenes de seguros privados, unas prestaciones basadas en los impuestos, etc., para una cobertura universal que funcione dentro de un campo de aplicación de competencias claramente definidas y que englobe a subsecciones definidas de la población. De este modo, los objetivos del plan de cobertura comprenden:

- la determinación de un subsistema de cobertura para todos los subgrupos de la población;
- la determinación de las reglas que rigen los mecanismos de financiación de cada subsistema y de los vínculos financieros entre los mismos (también como nivelación del riesgo financiero entre diferentes subsistemas, si los hubiere);
- el desarrollo de paquetes adecuados de prestaciones y la protección financiera relacionada en cada subsistema;
- la maximización de la eficacia institucional y administrativa en cada subsistema y en todo el sistema;
- la determinación del marco temporal en el que se alcanzará la cobertura universal.

El plan de cobertura debería acompañarse de – incluir – un *presupuesto nacional de salud* global, posibilitándose que se estableciera y proyectara, en base a una Cuenta Nacional de Salud, el total de recursos tales como impuestos, cotizaciones y primas disponibles para financiar la asistencia médica, y la estimación del gasto de los diferentes subsistemas, de modo que el proceso de lograr una cobertura y un acceso universales asumibles pudiese acelerarse y ponerse en práctica a partir de un plan realista y sostenible.

El Anexo I describe el sistema nacional de asistencia médica en Tailandia, como ejemplo de utilización racional de unos mecanismos de financiación pluralistas. El sistema consiste en un seguro social de salud, en unos sistemas ocupacionales primordiales, en un sistema basado en los impuestos y en unos regímenes de seguros de salud privados, y combina los diversos mecanismos, a través de unos derechos legales a las prestaciones.

Un enfoque encaminado a aplicar los mecanismos de financiación pluralistas simultáneamente, a efectos de alcanzar la extensión progresiva de la cobertura de una protección social de la salud eficaz, a través de los servicios nacionales de salud, del seguro social de salud, del seguro basado en la comunidad y del seguro de salud privado obligatorio, es la estrategia más promisoría para la consecución de la cobertura universal. Representa un enfoque integrado, respeta la cobertura vigente y los arreglos financieros, y puede adaptarse a los contextos social y económico específicos de cada país.

---

**b. Elementos centrales de la estrategia de la OIT sobre la racionalización del uso de unos mecanismos de financiación pluralistas**

Al aplicar la estrategia sugerida por la OIT sobre la racionalización del uso de los mecanismos de financiación pluralistas en el ámbito nacional, será necesario seguir una determinada secuencia de medidas, que incluyen:

- la evaluación de la brecha de la cobertura y del déficit en el acceso;
- el desarrollo de un plan nacional de cobertura;
- el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la ejecución.

***i. Evaluación de la brecha de la cobertura y del déficit en el acceso***

La OIT sugiere que los déficit en el acceso sean establecidos mediante estudios nacionales pormenorizados sobre la salud, así como mediante análisis regionales desglosados de la cobertura legal formal de cada subsistema de financiación de la salud.

***ii. Desarrollo de un plan nacional de cobertura***

El desarrollo de un plan nacional de cobertura implica algunas actividades que se describen brevemente a continuación.

**Desarrollo de un mapa de cobertura**

El plan de cobertura apunta a cerrar la brecha de la cobertura y el déficit en el acceso, a través de una utilización racional de los mecanismos de financiación vigentes en un país determinado. El plan nacional de cobertura debería, así, establecer, en primer lugar, un mapa de cobertura y de acceso que podría ser como el siguiente:

**Figura 13. Mapa de la cobertura y del acceso de la asistencia médica**

Grupo de población	Proporción del grupo que tiene acceso			Proporción del grupo cuyos servicios son							
	Servicios de salud del Gobierno	Servicio de salud del sector privado	TOTAL	Ingresos generados	Seguridad social	Iniciativas basadas en la comunidad	Iniciativas del empleador	Seguro privado	Gastos de bolsillo	Sustracción del recuento doble	TOTAL
Empleados públicos											
Empleados privados											
Trabajadores dependientes											
Trabajadores independientes fuera de la agricultura											
Trabajadores dependientes											
Trabajadores independientes en la agricultura											
Trabajadores dependientes											
Personas desempleadas en edad activa											
Niños no cubiertos por otro sistema											
Personas en edad de jubilación no cubiertas por otros sistemas											
TOTAL											

Este mapa podría utilizarse para proyectar el progreso previsto en la cobertura con carácter anual, en el marco de un plan de cobertura multianual.

### Desarrollo de un presupuesto nacional de salud

A efectos de estar en condiciones de elaborar el plan de cobertura, debería hacerse un inventario de los fondos disponibles para la protección social de la salud. Para ello, se requiere el *desarrollo de un presupuesto nacional de salud* que evalúe la situación financiera y el desarrollo de los regímenes nacionales de asistencia médica. Un presupuesto de salud que compile primero el *status quo* de todos los gastos e ingresos del sector de la salud, bajo la forma de una cuenta nacional de salud que podría estructurarse en cuadros similares al que se acaba de presentar para un año inicial determinado y que podrían ser utilizados para el mapa de cobertura. Se dispone de un modelo genérico de presupuesto de salud en el Juego de herramientas de la OIT, en el Anexo III del presente documento. El Recuadro siguiente describe la metodología y los resultados de un ejercicio resumido de un presupuesto de salud que la OIT llevó a cabo en colaboración con el Programa Internacional de Políticas de Salud de Tailandia, en 2004.

## Un presupuesto de salud para Tailandia

La estructura básica del modelo se traza en la Figura B.1 siguiente. La filosofía básica de la elaboración de modelos sigue la filosofía pragmática de los modelos genuinos de presupuesto social de la OIT. En lugar de elaborar un presupuesto social nacional completo que abarcara a todos los regímenes de transferencias sociales de Tailandia, se excluyeron del presupuesto social los componentes no relacionados con la salud, limitándose el análisis presupuestario al sector de la salud y a su impacto en el presupuesto gubernamental.

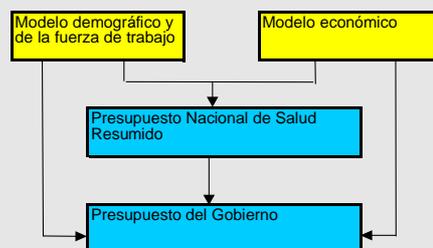
El modelo contiene proyecciones clásicas y pragmáticas “si-entonces”, es decir, que depende de supuestos demográficos y económicos exógenos, y luego simula su impacto en los gastos y en los ingresos del sector de la salud y en el presupuesto gubernamental. Los años de observación son 2002 y 2003, y los años de proyección, de 2004 a 2020.

El modelo está formado por cuatro submodelos deterministas activados por un conjunto de supuestos exógenos:

- el primer submodelo es un modelo demográfico que proyecta la población y la fuerza laboral en base a hipótesis sobre la evolución futura de las tasas de fertilidad, de mortalidad y de participación de la fuerza laboral;
- el segundo submodelo es un modelo económico que deriva los datos del empleo y de los salarios de supuestos exógenos como el crecimiento, la productividad laboral y la participación de los salarios en el PIB;
- el tercer submodelo es un modelo de presupuesto de la salud que proyecta los gastos en salud de los cuatro regímenes de financiación fundamentales (UC, SSO, CSMBS y la asistencia médica, financiados por el sector privado) y los recursos para la salud (las cotizaciones al SSO y al WCS, los gastos de bolsillo y otros desembolsos privados, y los impuestos generales). Las dos variables centrales de los resultados son el gasto global nacional en salud y el requerimiento de recursos de los ingresos generales;
- el último submodelo, el modelo gubernamental, vincula el gasto público en salud y el requerimiento de recursos de los ingresos generales con las proyecciones del presupuesto gubernamental. La variable central del resultado es el déficit presupuestario anual del Gobierno.

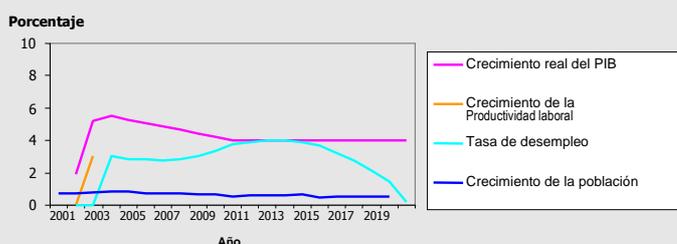
Este modelo de salud (resumido) permite, así, rastrear los efectos de los cambios del sistema de dispensación de los servicios de salud y del sistema de financiación, en el gasto nacional general en salud y en el equilibrio presupuestario del Gobierno, es decir, en un indicador del rendimiento global del sistema de salud y en un indicador del rendimiento de las finanzas públicas. Se elaboraron dos escenarios del modelo: el primero (escenario o variante *status quo*), refleja el *status quo* legal. El segundo (reforma, o escenario o variante UC) utiliza supuestos demográficos y económicos idénticos, y difiere sólo en el submodelo de presupuesto de salud que simula la introducción del fondo UC y la aplicación de dos medidas fundamentales de reducción de los gastos en la perspectiva del NHSO (extensión de la cobertura del SSO y cotizaciones del CSMBS) después de 2005.

**Figura B.1. Estructura de la primera versión del Modelo de Presupuesto Nacional de Salud de Tailandia**



Los supuestos demográficos y económicos fundamentales, se encuentran en la Figura B.2

**Figura B.2. Evolución hipotética de las variables económicas fundamentales de Tailandia, 2002-2020**



Las proyecciones del presupuesto gubernamental utilizan la tasa de crecimiento del PIB nominal como el motor principal de todas las partidas de ingresos de las cuentas centrales del gobierno central que no están explícitamente vinculadas con los salarios (como el impuesto sobre la renta) y que no se importan del submodelo resumido de presupuesto de la salud. Otros supuestos se documentan en el propio modelo.

Los resultados centrales de las proyecciones se resumen en las siguientes Figuras. Las estimaciones del modelo muestran que los gastos generales de asistencia médica - medidos en porcentaje del PIB -, aumentarán aproximadamente en el 0,3 por ciento del PIB en el curso de los próximos cinco años, comenzando con un nivel de aproximadamente el 3,5 por ciento del PIB. Esto es, en gran medida, un efecto de dos factores: las tasas supuestas del aumento sustancial real del PIB durante la próxima década y el hecho de que la evolución del costo de la participación fundamental del gasto público en salud, se contendrá gracias al uso del mecanismo de capitación que ejerce un efecto de contención global del gasto en el conjunto del sistema de financiación de la salud. Se espera que el gasto nacional total vuelva a aumentar lentamente, para situarse en el nivel original hasta 2020, por cuanto se producirá un descenso de las tasas de crecimiento del PIB.

Para la *status quo*, la participación de los ingresos generales en la financiación del gasto total en salud, se estanca a lo largo del período, en el nivel del 1,98 al 2,17 por ciento del PIB. Esto no plantearía problemas si se proyectara el equilibrio presupuestario general para que siguiera siendo positivo a lo largo del período de proyección. Sin embargo, el modelo sugiere (con prudencia) que el presupuesto gubernamental sigue siendo negativo a través de todo el período de proyección, con un nivel mínimo de déficit del 1,19 por ciento del PIB en 2020. El Ministerio de Finanzas supone - con más optimismo - que el presupuesto volverá a ser positivo con los años, pero este modelo alcanza el déficit mínimo al final del período considerado. Pudiera muy bien ocurrir que este modelo de presupuesto de salud fuese demasiado pesimista. En cualquier caso, puede suponerse con seguridad que la tendencia hacia situaciones presupuestarias más restrictivas vuelva a darse a finales de la década, si todos nuestros supuestos, - y al respecto se debe actuar con la mayor prudencia- resultan ciertos.

El primer escenario simula el impacto del aumento de los ingresos y de la reducción del gasto que se sugiere al Gobierno, y la introducción de un fondo especial de UC que generaría ingresos asignados para ese régimen UC procedentes de los impuestos sobre el alcohol y los cigarrillos. Los efectos son una reducción de la participación de los impuestos generales en la financiación general de la asistencia médica en las próximas dos décadas a un nivel del 1,5 por ciento del PIB, en 2020, y un aumento del déficit general del Gobierno de aproximadamente el 1,5 por ciento del PIB que permanece en un nivel ligeramente negativo hasta el final del período de proyección, en el 0,55 por ciento del PIB. El segundo escenario se elaboró en base a la hipótesis de que el régimen SSO extiende su cobertura a las cónyuges que no trabajan y a los dependientes (se estima en 6 millones el número de beneficiarios), en 2005. Si el régimen SSO amplía su cobertura sin aumentar ninguna cotización y el gobierno no introduce impuesto adicional alguno, los efectos son tales que el gobierno reduce la asignación presupuestaria a la asistencia médica del 2,17 por ciento al 1,99 por ciento del PIB al final del período de proyección. Los escenarios primero y segundo se combinaron con el tercer escenario. El gobierno reduce el presupuesto asignado para la financiación de la asistencia médica, del 2,17 por ciento al 1,35 por ciento del PIB, al final del período de proyección, si el régimen SSO extiende su cobertura a los cónyuges y a los dependientes e introduce impuestos adicionales.

Figura B3.

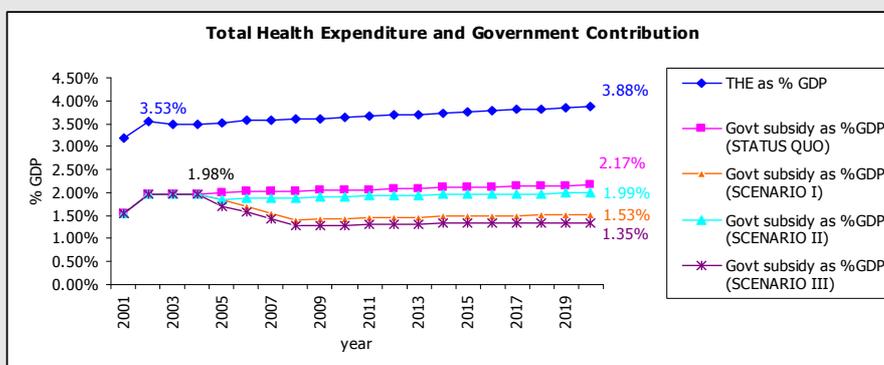
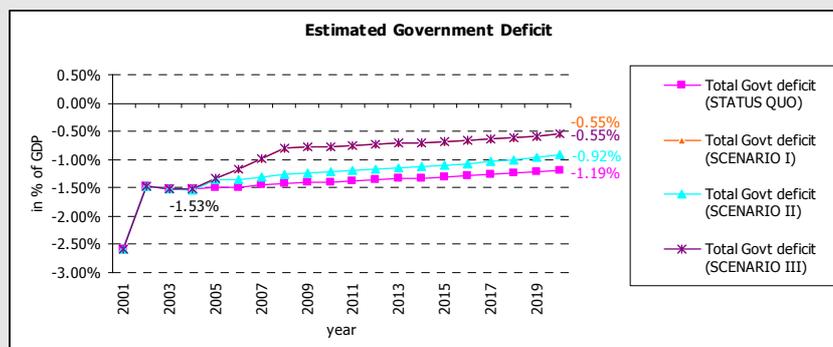


Figura B.4.



---

## Mejora de los mecanismos de financiación de la salud

Además, es importante que los países desarrollen políticas *de mejora de los mecanismos de financiación de la salud, diseñen paquetes adecuados de prestaciones – incluida la protección financiera – y creen una eficiencia institucional y administrativa.*

En base a los resultados del presupuesto nacional de salud, es necesario abordar los asuntos relacionados con la mejora de los mecanismos de financiación y con la concepción de vínculos. Existen cinco formas esenciales de mejora de los mecanismos de financiación de la salud, con miras a la extensión de la cobertura de la seguridad social, a saber:

- aplicación y extensión de los regímenes de seguro social vigentes;
- introducción de prestaciones o servicios universales financiados con cargo a los ingresos generales del Estado;
- establecimiento o extensión de prestaciones o servicios sujetos a verificación de recursos (asistencia social) financiados con cargo a los ingresos generales del Estado;
- impulso a los regímenes de microseguro;
- autorización del seguro privado de salud.

Se requiere una discusión meticulosa, en el ámbito de los países, en torno a las ventajas y a los inconvenientes de cada una de estas opciones, en el contexto de lo que se acaba de señalar. Requiere una consideración la aplicabilidad y el rendimiento de los diferentes mecanismos, debido a su:

- capacidad de movilización de recursos;
- eficiencia en la asignación de fondos públicos específicos para los pobres;
- capacidad para trasladar los fondos y el poder que se sitúan del lado de la oferta, al de la demanda, a efectos de mejorar la eficiencia y la calidad;
- nivel de responsabilidad y calidad de la elaboración del presupuesto.

Los criterios para la selección de mecanismos para subgrupos específicos de la población incluyen el número, la estructura y rendimiento de los regímenes vigentes, el contexto político y cultural, el tamaño de la base contributiva, el tamaño de la economía informal, la carga que representa la enfermedad, la disponibilidad de infraestructuras, la capacidad de recaudación de impuestos/cotizaciones/primas, la capacidad de gestión, las posibilidades de hacer cumplir la legislación y la reglamentación, y el impacto que éstos ejercen en la equidad.

Se presenta, en la siguiente visión general, un resumen de las ventajas y de los inconvenientes de los diversos mecanismos de financiación.

## Visión general: Ventajas e inconvenientes de los mecanismos de financiación fundamentales para la protección social de la salud

Protección de la salud en base a los impuestos		Seguro social de salud		Regímenes de microseguro y basados en la comunidad		Seguro privado de salud	
Ventajas	Inconvenientes	Ventajas	Inconvenientes	Ventajas	Inconvenientes	Ventajas	Inconvenientes
Distribuye el riesgo entre toda la población	Riesgo de financiación inestable y a menudo financiación insuficiente, debido a la competencia del gasto público	Genera ingresos estables	Los pobres son excluidos, salvo que sean subvencionados por el gobierno	Puede llegar al sector informal	Los pobres pueden ser excluidos, salvo que sean subvencionados	Preferible al gasto de bolsillo	Elevados costos administrativos
Potencial para la eficiencia administrativa y el control de los gastos	Ineficiente, debido a la falta de incentivos y de una supervisión pública eficaz	A menudo cuenta con gran apoyo de la población	Las cotizaciones basadas en la nómina pueden reducir la competitividad y conducir a un desempleo más elevado	Puede llegar a los segmentos de la población cercanos a la pobreza	Pueden ser financieramente vulnerables, si no están apoyados por subvenciones nacionales	Aumenta la protección financiera y el acceso a los servicios de salud de quienes pueden pagar	Ineficaz en la reducción de las presiones del gasto en los sistemas de financiación de la salud pública
Redistribuye entre el riesgo elevado y el riesgo bajo, y entre los grupos de ingresos altos y bajos de la población cubierta		Brinda acceso a un amplio paquete de servicios	Complejo para su administración. La gobernanza y la responsabilidad pueden ser problemáticas	Un sólido control social limita el abuso y el fraude, y contribuye a la confianza en el régimen	En general, la cobertura sigue siendo un pequeño porcentaje de la población	Estimula una mejor calidad y eficacia en términos de costo de la asistencia médica	Desigual, sin primas subvencionadas, o contenido y precio del seguro regulados
		Implicación de los interlocutores sociales	Puede conducir a una escalada de los gastos, salvo que se instauren unos mecanismos de contratación eficaces		Fuerte incentivo para la selección adversa		Requiere una infraestructura y una capacidad administrativa y financiera
		Redistribuye entre el riesgo elevado y el riesgo bajo, y entre los grupos de ingresos altos y bajos de la población cubierta			Puede asociarse a una falta de profesionalismo en la gobernanza y la administración		

En términos generales, se considera que los impuestos constituyen una fuente eficiente y equitativa de ingresos para el sector salud. Pueden ser considerados como recursos que conducen a una distribución nacional del riesgo entre toda la población y a la

---

redistribución entre los riesgos altos y bajos, y entre grupos de ingresos elevados y bajos. La administración pública tiene el potencial de ser administrativamente eficiente y de ejercer un control de los gastos.

Sin embargo, su potencial para contribuir a la financiación de la asistencia médica depende, en gran medida, del rendimiento macroeconómico nacional y de las demandas que compiten con las de otros sectores, de la calidad de la gobernanza, del tamaño de la base tributaria y de la capacidad humana e institucional del gobierno para la recaudación de impuestos y la supervisión del sistema. En la práctica, es frecuente que los regímenes gubernamentales tiendan a no contar con la suficiente financiación, lo que podría conducir a una escasez de bienes y servicios, a pagos ilegales y a la falta de una gobernanza eficiente.

El éxito de los *regímenes de seguro social de salud* depende de la generación de recursos estables, del apoyo a menudo importante de la población, del suministro de un paquete amplio de servicios, de la implicación de los interlocutores sociales y de la redistribución entre los grupos de riesgo y los de ingresos. Sin embargo, los regímenes son administrativamente complejos, y la gobernanza y la responsabilidad pueden ser problemáticas. Asimismo, desde una perspectiva macroeconómica, las cotizaciones basadas en la nómina pueden reducir la competitividad y conducir a un desempleo más elevado.

Además, si la cobertura no es universal, el seguro social de salud podría ejercer un impacto en la equidad en los países con importantes economías informales. Debería destacarse que la asistencia médica para la fuerza de trabajo no es gratuita y que las empresas y la economía tienen que asumir su respectiva parte de la carga financiera. En el caso de los regímenes de seguro social de salud, la financiación debería consistir en unos recursos financieros compartidos, tanto por los empleadores como por los trabajadores. Prestaciones específicas como las de maternidad deberían estar sujetas a reglas propias, por ejemplo, la cobertura total mediante fondos públicos, con el fin de evitar los inconvenientes que pudieran surgir para los grupos particulares protegidos.

Regímenes específicos como los regímenes privados de seguro de salud basados en la comunidad, pueden ser eficientes para recaudar las cotizaciones no relacionadas con el salario y reducir los gastos para los más pobres en el momento de la distribución de los servicios. No obstante, éstos experimentan con frecuencia problemas de cobertura, con lo cual no se produce la suficiente distribución del riesgo, se plantean dificultades en la organización de los afiliados entre los distintos grupos étnicos, y surgen problemas vinculados con la capacidad administrativa y con la insuficiencia de recursos.

Una tendencia actual en los países de bajos ingresos incluye el aumento del papel de las mutuales de salud y del seguro social de salud a la hora de racionalizar políticas a favor de los pobres en la protección social de la salud, y de abordar la cuestión de los pagos elevados a cargo del usuario. También los regímenes voluntarios y basados en la comunidad están obteniendo apoyo en muchos países de bajos ingresos. Su éxito y sostenibilidad dependen, en gran medida, del grado de atracción de los paquetes de prestaciones y de la protección financiera vinculada, al igual que de la calidad de los servicios. El mayor interés en estos regímenes está relacionado con la cobertura de los trabajadores de la economía informal y de sus familias. Los asuntos clave para la sostenibilidad, por ejemplo, respecto de la capacidad de pago y de la selección adversa, están siendo abordados en la actualidad gracias a la creación de vínculos financieros y administrativos entre los regímenes en distintos niveles, en base a propietarios diferentes. En la actualidad, los ejemplos de los países apuntan al hecho de que los regímenes pueden trabajar exitosamente, por ejemplo, el régimen Yeshasvini de la India, que cubre a cerca de 2 millones de trabajadores y a sus familias. No obstante, es frecuente que en otros países, la cobertura siga siendo, a la fecha, limitada.

Los regímenes de seguro de salud privados con fines de lucro se encuentran también en muchos países: desde los países de la OCDE hasta Filipinas y Perú (Anexo II, Cuadro 1b). Si no están subvencionados, cubren a la franja más acomodada de la población, en base a primas relacionadas con el riesgo. El carácter exclusivo y los elevados costos administrativos son a menudo criticados, al tiempo que se aprecia una mayor calidad de los servicios.

Las ventajas y los inconvenientes de los diversos mecanismos de financiación pueden superarse a través de la mejora y de la vinculación de los diferentes enfoques. En el contexto del desarrollo de un plan de cobertura, debería emprenderse una evaluación que identificara los mecanismos que mejor se acomodaran al aumento de unos ingresos suficientes y sostenibles, de manera equitativa, para el suministro de unos paquetes de prestaciones adecuados y de una protección financiera a toda la población.

Dada la naturaleza de la evaluación, específica para cada país, no hay una regla general sobre una composición óptima de una cartera de subsistemas nacionales de financiación de la salud que un país debería constituir. Sin embargo, se sugiere que se aplique un conjunto de principios orientadores durante la constitución del sistema incluyéndose:

- la equidad y la solidaridad en la financiación, con arreglo a la capacidad de pago y a la equidad en el acceso a todos los servicios de salud. Esto incluye la distribución del riesgo y la participación de trabajadores y empleadores en las cotizaciones al seguro social de salud;
- la inclusión de todos los ciudadanos sin discriminación basada en motivos de género, de etnia, de religión, etc.

En el siguiente recuadro, se presenta una lista de verificación de las políticas de financiación de la salud.

<b>Lista de verificación: Políticas clave sobre la financiación de la asistencia médica</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Movilización de unos recursos suficientes para el logro de los objetivos de las políticas;</li><li>▪ mejora de la equidad y de la solidaridad en la financiación, mediante la participación en la carga según los niveles de ingresos;</li><li>▪ establecimiento de la igualdad de los riesgos y de los fondos de solidaridad, cuando sea ello pertinente;</li><li>▪ maximización de la distribución del riesgo y reducción de la fragmentación;</li><li>▪ en los regímenes de seguro: introducción de las subvenciones gubernamentales para los pobres y para los trabajadores del sector informal y sus familias (directas o para cotizaciones/primas);</li><li>▪ minimización de los pagos de bolsillo;</li><li>▪ establecimiento de pagos a cargo del usuario con arreglo a la capacidad de pago;</li><li>▪ mejora de la sostenibilidad financiera;</li><li>▪ utilización de una combinación de mecanismos de financiación de la salud, a efectos de acelerar el logro de la cobertura universal y de equilibrar la equidad, la eficiencia y la calidad de la asistencia;</li><li>▪ garantía del uso eficiente y eficaz de los recursos.</li></ul>

En general, la extensión de la protección social de la salud requiere un aumento de los fondos, especialmente en el gasto público en salud. Empero, en muchos países de ingresos medios y elevados, la recaudación de ingresos basada en fondos públicos y en impuestos sobre la nómina a menudo encuentra unos límites percibidos. El gasto en salud es considerado como un costo improductivo que obstaculiza el desarrollo económico. En muchos países de bajos ingresos el espacio fiscal y los ingresos nacionales son

---

considerados demasiado limitados para garantizar el acceso a los servicios de salud de la mayoría de la población.

Además, la movilización de recursos adicionales de los gobiernos requiere, por lo general, una economía formal que funcione, mientras que en muchos países de bajos ingresos existen grandes sectores de economía informal. A lo largo de los últimos años, la parte del suministro total del trabajo en la economía informal, ha venido creciendo de manera constante, especialmente en Asia<sup>21</sup>. Esto se aplica incluso en países con altas tasas de crecimiento económico en el sector formal.

El aumento del espacio fiscal es esencial para una mayor sostenibilidad de la protección social de la salud. Con frecuencia implica cambios en las políticas del gobierno y – para los países que dependen de la ayuda internacional – un apoyo más sostenible por parte de los donantes. Los métodos más exitosos para el aumento del espacio fiscal, a través de políticas gubernamentales, incluyen:

- un uso más eficiente del gasto público;
- una eficiencia fortalecida de las instituciones públicas y de la prestación de servicios;
- reasignaciones presupuestarias;
- el aumento de los esfuerzos para recaudar impuestos y cotizaciones; y
- la introducción de nuevas fuentes de financiación para el presupuesto nacional de salud.

Estos enfoques requieren un sólido compromiso político, el establecimiento de prioridades para la extensión de la protección social de la salud y el abordaje de las cuestiones relativas a la transparencia y a la responsabilidad. En este contexto, es decisivo que se establezca una administración democrática basada en la gobernanza tripartita. Esto se refiere también a un enfoque participativo de la administración de los regímenes y de la gobernanza, en base al diálogo social nacional entre los responsables de las políticas, los interlocutores sociales, los grupos de la sociedad civil y los aseguradores privados, los proveedores de asistencia médica y otros.

### Construcción de vínculos racionales entre subsistemas

Otro enfoque destinado a mejorar los mecanismos de financiación de la salud consiste en la creación de vínculos entre varios regímenes. Los vínculos pueden lograr unos efectos redistributivos, por ejemplo, mediante subvenciones, y una consolidación financiera (por ejemplo, a través del reaseguro y de los fondos de garantía).

Otros vínculos administrativos y de gobernanza incluyen el hecho de compartir las funciones administrativas, el apoyo mutuo respecto del registro y de la recaudación de cotizaciones/primas, unas auditorías y unos controles mutuos, la contratación común de proveedores y un intercambio de información.

A la hora de concebir los nuevos vínculos entre los diferentes mecanismos de financiación de la salud, la prueba, la evaluación y el control de los enfoques integrados que relacionan los regímenes, constituyen una clave para el logro de soluciones sostenibles.

<sup>21</sup> ADB (2006).

**Lista de verificación: Políticas para la construcción de vínculos racionales entre diferentes mecanismos de financiación de la salud**

- Introducción de subvenciones;
- desarrollo de listas nacionales comunes de honorarios;
- establecimiento de fondos de compensación de riesgos y de solidaridad, cuando se juzgue conveniente;
- maximización de la distribución del riesgo, mediante un aumento de la afiliación;
- en los regímenes de seguro: introducción de subvenciones gubernamentales para los pobres y para los trabajadores del sector informal y sus familias (ya sea directamente o mediante cotizaciones/primas);
- autorización de unos seguros privados, unos hospitales y unas instalaciones que cubran (por ejemplo, parcialmente) los servicios de asistencia médica para los pobres;
- incentivos para la creación de los fondos de reaseguro y de garantía;
- establecimiento de funciones administrativas conjuntas;
- introducción de un apoyo mutuo en el registro y en la recaudación de las cotizaciones/primas;
- contratación conjunta de redes de dispensación de servicios de salud;
- establecimiento de sistemas mutuos de auditoría y control.

### Diseño de unos paquetes de prestaciones adecuados

Además de la mejora de los mecanismos de financiación de la salud, el plan de cobertura debería desarrollar unas *políticas sobre paquetes de prestaciones adecuados, incluida la prestación contra los gastos ocasionados por enfermedades catastróficas*.

Por lo general, los retos que han de abordarse en materia de salud en los paquetes de prestaciones de protección social de la salud, varían según los países sean de ingresos bajos, medios y elevados:

- en los países de ingresos bajos, los principales retos que han de abordarse en cuanto a la salud, incluyen enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, y los retos que guardan relación con los cuidados durante la maternidad;
- en los países de ingresos medios, las cuestiones de la salud incluyen a menudo, de manera parcial, las de los países de bajos ingresos, al igual que las relativas a las enfermedades cardiovasculares y al abuso en el consumo de drogas y de tabaco;
- en los países de ingresos elevados, la lista de retos se refiere parcialmente a los señalados, incluyéndose asimismo los síndromes relacionados con el estrés y con los cuidados de larga duración de las personas de edad avanzada.

Los servicios cubiertos en el paquete de prestaciones y la protección económica deberían basarse en un consenso derivado de amplias consultas con todos los grupos de interés implicados en la protección social de la salud, en vista de las opiniones divergentes de la profesión médica, de los diversos grupos de la población - por ejemplo, los pobres, las personas de edad avanzada, las minorías - y de otros. En consecuencia, el mecanismo de la política orientada a definir las necesidades de asistencia médica, debería ser un diálogo nacional que englobara el diálogo social sobre las prioridades de la asistencia médica.

Si bien el tamaño del paquete de prestaciones implica un equilibrio entre el costo y la protección del riesgo, se recomienda definir los paquetes de prestaciones – incluida la

protección económica –, con miras a brindar un acceso equitativo a una amplia gama de servicios, tal y como disponen los Convenios y las Recomendaciones de la OIT, incluida la atención primaria de la salud, la prevención, la asistencia a los pacientes internados, la atención de la maternidad, en lugar de definir un “paquete de prestaciones mínimas”.

Esto se refiere a una política general de la OIT de garantizar el acceso universal en cualquier momento y en todas las instalaciones y de no denegar a ninguna persona la atención por razones de costo o de lugar de residencia. La atención debería brindarse sin discriminaciones y en condiciones de dignidad, garantizándose que se consideren las tradiciones y las preferencias locales.

**Lista de verificación: Políticas fundamentales para un paquete adecuado de prestaciones y para la protección en caso de gastos por enfermedades catastróficas**

- Introducción de paquetes de prestaciones integrales y complementarios de varios regímenes que otorguen un adecuado nivel de servicios y de protección del ingreso;
- garantía de una aceptabilidad por parte de las personas protegidas, de los profesionales y de los políticos;
- equilibrio justo entre la igualdad y la calidad, en consultas amplias con todos los actores;
- abordaje de la pobreza relacionada con la salud mediante la cobertura de los gastos ocasionados por las enfermedades catastróficas (más del 40 por ciento del ingreso neto de subsistencia de un hogar);
- cobertura de los gastos de bolsillo/derechos a cargo del usuario, etc., a efectos de garantizar un acceso igualitario;
- minimización de los gastos de bolsillo;
- suministro de un acceso a la atención primaria, de segundo nivel y de tercer nivel (mediante el sistema de derivación), incluidos los cuidados de maternidad, los cuidados preventivos y la atención en caso de VIH/SIDA;
- pago de los gastos de transporte, por ejemplo, para los grupos que viven en zonas alejadas;
- abordaje de la pérdida de ingresos mediante unas prestaciones en metálico que sean suficientes.

En virtud del Convenio núm. 102, se prevén las siguientes prestaciones en caso de enfermedad: atención por un médico generalista, incluidas las visitas a domicilio, atención por especialistas, productos farmacéuticos y hospitalización, cuando sea ello necesario.

**Convenio núm. 102/Artículo 10**

Las prestaciones deberán comprender, al menos:

**a) en caso de estado mórbido:**

- i) la asistencia médica general, comprendida la visita a domicilio;
- ii) la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados; y
- iv) la hospitalización, cuando fuere necesaria; y

**b) en caso de embarazo, parto y sus consecuencias:**

- i) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada; y
- ii) la hospitalización, cuando fuere necesaria.

---

La aplicación de los Convenios y de las Recomendaciones de la OIT evita desigualdades en el acceso a los servicios de salud entre los trabajadores de la economía formal y los trabajadores de la economía informal, y entre ricos y pobres. Sin embargo, a la hora de aplicar y extender sistemas de protección social de la salud, en algunos casos es necesario tener en cuenta las deficiencias en la infraestructura o la no disponibilidad de algunos servicios. Frente a estos antecedentes, es posible limitar, en una fase inicial, el acceso a la extensión de la protección social de la salud, por ejemplo, a los servicios disponibles, e incluir el pleno acceso en una etapa posterior.

Habida cuenta de que los gastos en salud privados constituyen la causa principal del empobrecimiento, los paquetes de prestaciones deberían ser diseñados con vistas a minimizar los gastos de bolsillo. Esto se aplica también a los países de ingresos elevados en los que los gastos en concepto de cuidados de larga duración representan un porcentaje significativo de los gastos de bolsillo. En este contexto, las políticas de la OIT encaminadas a la consecución de la equidad en el acceso a los servicios de salud, se refieren a la suficiencia y a la integralidad de los servicios de salud cubiertos por el paquete de prestaciones e incluye la protección económica contra el empobrecimiento, especialmente en razón de los gastos ocasionados por enfermedades catastróficas<sup>22</sup>.

A la hora de elegir los mecanismos apropiados para promover la equidad y el acceso a los servicios de salud para aliviar la pobreza y mejorar la salud, los países deberían tener en cuenta lo siguiente:

- que el nivel real del gasto en prestaciones importa más que la elección de los fondos (por ejemplo, impuestos, cotizaciones o primas), a efectos de lograr la equidad, la reducción de la pobreza y un impacto positivo en la salud;
- que las prestaciones universales y las prestaciones con objetivos específicos ejercen un impacto diferente en la equidad: mientras que las prestaciones universales contribuyen más al logro de la equidad que a la reducción de la pobreza, las prestaciones con fines específicos tienen una repercusión más significativa en la reducción de la pobreza que en la equidad.

### Creación de una eficiencia institucional y administrativa

El plan de cobertura para la extensión de la protección social de la salud también requiere la creación de una eficiencia institucional y administrativa.

La OIT apunta a alcanzar una eficiencia institucional y administrativa, con el acento puesto en una “Buena gobernanza”. Define la buena gobernanza en la protección social de la salud en relación con la adopción de unas decisiones que se basen en:

- marcos legales vigentes;
- responsabilidad;
- transparencia;
- eficacia y eficiencia;
- igualdad e inclusión;
- participación y consenso.

<sup>22</sup> Definidos como gastos de asistencia médica que superan la capacidad de pago del hogar.

---

Las herramientas de la OIT dirigidas a una adopción de decisiones participativa e inclusiva, comprenden los convenios de la OIT y el diálogo nacional y social. En este contexto, la OIT destaca, de manera particular, la importancia de la gobernanza tripartita y una participación de los grupos de interés, como la implicación de los asegurados, cuando sea aplicable, y de la sociedad civil, en la supervisión del gobierno de las administraciones relacionadas, de los fondos y de los seguros privados, y en la responsabilidad de los gobiernos en la cobertura de los déficit de los regímenes de protección social de la salud.

Las herramientas cuantitativas de la OIT orientadas a la gobernanza financiera (Juego de Herramientas de la OIT, Anexo III), tienen como objetivo la consecución de una garantía de calidad y la supervisión de los avances y los resultados. Incluyen:

- Presupuesto Social;
- Revisiones de los Gastos en Protección Social y del Rendimiento;
- Encuesta de Seguridad Social;
- Herramientas del Programa STEP para los seguros basados en la comunidad.

A efectos de cumplir los criterios de buena gobernanza, es esencial la *separación financiera y administrativa* de los regímenes del seguro de salud de los Ministerios de Salud y de Trabajo. Por lo general, los ingresos específicamente asignados a la protección social de la salud deberían estar separados de los presupuestos gubernamentales y se debería garantizar que las cotizaciones se utilizaran sólo para prestaciones de asistencia médica y para la administración del régimen, y no para apoyar las funciones del Ministerio de Salud. Reviste especial importancia garantizar que las cotizaciones de asistencia médica no se utilicen para otras contingencias.

Una tendencia reciente en la organización de la protección social de la salud con miras a la eficiencia, incluye varias formas de *descentralización* de responsabilidades de los gobiernos nacionales a los locales o a otras instituciones subnacionales. No obstante, el movimiento relacionado con la carga financiera en el ámbito local es a menudo problemático, por cuanto las transferencias de fondos del nivel nacional pueden ser insuficientes y traducirse en un aumento de las desigualdades en el acceso, por ejemplo, de los pobres<sup>23</sup>. Otra forma de descentralización de la protección social de la salud guarda relación con los regímenes basados en la comunidad. Éstos movilizan fondos adicionales en el ámbito local y brindan una protección económica para los gastos de bolsillo, especialmente para los trabajadores del sector informal y para sus familias<sup>24</sup>.

La creación de eficiencia se vincula asimismo con la *compra de servicios*. En general, el suministro de servicios puede organizarse, a través de proveedores públicos o privados. Los mecanismos más eficientes para la compra de servicios son:

- la formulación de presupuestos, como el establecimiento de límites para los gastos anuales;
- la contratación y la acreditación de proveedores con arreglo al rendimiento, y
- los métodos de pago a los proveedores, como los salarios, los honorarios por paciente, los pagos por casos y los honorarios por servicio.

<sup>23</sup> OCDE (2006a).

<sup>24</sup> OCDE (2006d).

Además, los regímenes – por ejemplo, el seguro social de salud pueden actuar como compradores. Al hacerlo, los regímenes de seguro trasladan el poder (financiero), pasando del lado de la oferta al de la demanda, lo que podría dar como resultado importantes cambios en la disponibilidad y en la accesibilidad de los servicios, especialmente en el caso de los segmentos pobres de la población.

**Lista de verificación: políticas fundamentales para la creación de una eficiencia institucional y organizativa**

- Garantía de una buena gobernanza basada en una administración eficiente, en la transparencia y en la responsabilidad;
- diseño de unos regímenes de seguro fundados en una gobernanza tripartita de los regímenes de seguro de salud independientes y semiautónomos, regidos por la legislación pública, los gobiernos, los interlocutores sociales y otros;
- minimización de los gastos administrativos;
- introducción de la adopción de unas decisiones participativas respecto de la formulación de políticas y la aplicación de la protección social de la salud, incluyéndose a los actores cardinales en la protección social de la salud, como el gobierno, los interlocutores sociales y los representantes de los asegurados y de la sociedad civil en los ámbitos nacional, distrital y/o local.
- descentralización de las estructuras organizativas con miras a reducir la carga de los gobiernos y a mejorar la capacidad de respuesta;
- introducción de unos sistemas de derivación que actúen como mecanismos de control para el acceso;
- desarrollo de métodos de compras adecuados, valiéndose de incentivos para mejorar la calidad y reducir la oferta excesiva;
- utilización de compras públicas y privadas;
- introducción de una reglamentación para los aseguradores privados que incluya el seguro de salud voluntario;
- cumplimiento de la reglamentación.

### **iii. Fortalecimiento de la capacidad nacional de aplicación**

Además de los dos elementos antes señalados, a saber, la evaluación de la brecha de la cobertura y del déficit del acceso, y el desarrollo de un plan de cobertura, otro elemento central de la nueva *estrategia de la OIT sobre la racionalización del uso de mecanismos de financiación pluralistas para el logro de la cobertura universal en la protección social de la salud*, consiste en el fortalecimiento de la capacidad nacional para la extensión de la protección social de la salud.

En este contexto, la constitución de la capacidad institucional consiste especialmente en la formación, la mejora de las capacidades para el diseño, la aplicación y supervisión y el desarrollo de los conocimientos, por ejemplo, mediante la investigación y el intercambio de experiencias.

La constitución de la capacidad administrativa a través de la formación y del establecimiento de estructuras y de procedimientos eficientes, es una de las actividades preparatorias fundamentales para una protección social de la salud sostenible. La puesta en práctica exitosa de una reforma, junto con una supervisión eficaz, una buena gobernanza y una dispensación fiable de servicios, dependen de un personal adecuadamente formado, eficaz y comprometido.

Además, el fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa e institucional, es esencial para asegurar que se instauren las condiciones necesarias para garantizar el grado de respuesta a las necesidades de los afiliados y a la viabilidad de los regímenes nacionales

---

de seguridad social. Esto contribuirá asimismo al diseño, a la ejecución y a la prueba de la protección nacional de la salud, en aras de la garantía de su viabilidad.

Sin embargo, en la actualidad son muchos los países en desarrollo que carecen de un personal suficientemente formado para asegurar una extensión exitosa de la protección social de la salud. Es de especial relevancia la formación de unos administradores de los que se espera pongan en marcha las reformas afines.

Por otra parte, la mejora de la capacidad técnica de las autoridades públicas, de los interlocutores sociales y de otros grupos de interés, es decisiva para la gobernanza y la supervisión generales. Las evidencias de muchos países ponen de manifiesto que una extensión satisfactoria de la protección social de la salud a los pobres requiere un consenso en los diferentes ámbitos e instituciones del gobierno, en los interlocutores sociales, en la sociedad civil y en otros. Habida cuenta de los diversos intereses de los grupos de interés – valga la redundancia –, la obtención del apoyo necesario es una tarea sumamente compleja y difícil. Los problemas surgen a menudo cuando los grupos de interés y los interlocutores sociales sienten que han sido ignorados en el proceso de diseño y de suministro de la protección social de la salud, que sus preocupaciones han sido mal entendidas o que la calidad y la profundidad de una adopción de decisiones participativa fue limitada<sup>25</sup>. Esto podría redundar en una ausencia de apoyo en la ejecución, en el cumplimiento de las obligaciones, en la financiación y en la observancia de nuevas leyes y reglamentaciones, y conducir, así, a un fracaso total de las importantes actividades de la reforma, a veces incluso después de haber sorteado el trámite parlamentario.

Frente a estos antecedentes, es fundamental acrecentar la capacidad técnica de las autoridades públicas, de los interlocutores sociales y de otros grupos de interés, y mejorar su participación en el diálogo social y nacional. Esto puede lograrse a través de una formación idónea en el plano del tripartismo o incluso en un plano más amplio.

<sup>25</sup> Un ejemplo puede verse en la reciente experiencia con el seguro social de salud en Kenia: “Ngilu’s fit of fury ». *The Standard (Kenya)*, 16 de noviembre de 2004.



---

## 6. Conclusión

La estrategia de la OIT sobre *racionalización de la utilización de mecanismos de financiación pluralistas para la consecución de la cobertura universal de la protección social de la salud*, se dirige a acelerar el logro de la cobertura universal, a promover la igualdad y a apoyar los esfuerzos globales internacionales para aliviar la pobreza y mejorar la salud. La estrategia se construye en base al credo central de incorporación de todos los subsistemas de cobertura y de financiación vigentes de un país en un sistema nacional pragmático y pluralista, siempre y cuando los subsistemas vigentes y todo el sistema den cumplimiento a algunos de criterios sobre los resultados y el proceso.

El sistema debería prever:

- el logro de la cobertura universal de la población en un marco de tiempo realista;
- el suministro eficaz y eficiente de unos paquetes adecuados de prestaciones que incluyeran una protección económica para todos, pero no necesariamente paquetes de prestaciones uniformes;
- la existencia de un sistema de gobernanza que confirmara la responsabilidad general del gobierno en el funcionamiento del sistema en su conjunto, pero que también implicara a las personas cubiertas, a los financiadores (cotizantes y contribuyentes, incluidos los empleadores y los trabajadores de las economías formal e informal) y a los proveedores de asistencia;
- la accesibilidad fiscal y económica.

La estrategia forma parte de la estrategia del trabajo decente de la OIT y de la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos. Se ha construido a partir de un análisis profundo del alcance de la cobertura de la protección social de la salud y de las brechas en el acceso a los servicios de salud. La OIT, en colaboración con otras agencias (especialmente dentro del Consorcio OIT-OMS-GTZ sobre protección social de la salud), recomienda a los gobiernos y a otros actores del ámbito de la protección social de la salud, una serie abarcadora de herramientas y una base de información sobre la protección social de la salud, y brinda un apoyo para cerrar las brechas y abordar las limitaciones. Consideramos que la estrategia presentada tiene un gran potencial para la consecución de la cobertura universal de la salud.



---

## Anexo I

### Experiencias nacionales: breve reseña general

En la presente sección figura una selección de experiencias nacionales recientes sobre la extensión de la protección social de la salud en Africa, Asia y América Latina.

#### **a. Africa**

##### Benin<sup>26</sup>

Con arreglo a un estudio de la OIT sobre los gastos de protección social (SPER) en Benin, el 6,21 por ciento de la población activa del país percibe una pensión de vejez y el 5,5 por ciento cuenta con cobertura de asistencia médica.

Los empleados estatales se benefician de una cobertura del 80 por ciento de sus gastos de asistencia médica con excepción de los productos farmacéuticos, cuentan con pensiones del Fondo Nacional de Jubilación de Benin (FNRB) y prestaciones familiares, consideradas como complementos salariales.

La seguridad social para los trabajadores asalariados de los sectores semipúblico y privado, está administrada por la Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS) que otorga las pensiones de vejez y de invalidez, las prestaciones familiares, las prestaciones de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, las prestaciones de maternidad y de sobrevivientes.

En paralelo, se brinda cada vez más apoyo al desarrollo de iniciativas de la población de las zonas rurales y periurbanas, que se organizan colectivamente para hacer frente a los riesgos financieros vinculados con la enfermedad. A la fecha, se han establecido más de cien regímenes de microseguro de salud que cubren a un estimado de 100.000 personas. Están administrados por sus afiliados y funcionan en base al principio de solidaridad.

##### Burkina Faso<sup>27</sup>

Los regímenes formales de seguridad social de Burkina Faso cubren a menos del 10 por ciento de la población total y están limitados en su alcance a las pensiones de vejez, a las prestaciones de accidentes del trabajo y de maternidad.

Desde la década de 1990, han surgido muchas nuevas iniciativas bajo nombres tales como mutuales de salud, cajas de solidaridad, sistemas de prepago, acoplamiento del seguro de salud y del crédito. En 2003, funcionaban en el país más de cien organizaciones mutuales de salud, regímenes de microseguro y otros regímenes. Estas iniciativas están estrechamente supervisadas y apoyadas por el Estado que ha creado la Dirección para las Mutuales dentro del Ministerio de Empleo, Trabajo y Seguridad Social.

En 2006, el gobierno lanzó una campaña nacional sobre la protección social y la gestión de los riesgos, lo que confirmó el papel del microseguro y de su extensión a la población de la economía informal en el marco de la estrategia nacional. Esta estrategia

<sup>26</sup> Fuente: OIT/STEP (2006e).

<sup>27</sup> Fuente: OIT/STEP (2006e).

---

consiste en una profunda reforma de los mecanismos de seguridad social formal vigentes, con miras a la mejora de su administración. Además, se brindará un firme apoyo a los regímenes de microseguro a efectos de aumentar las tasas de cobertura. Este apoyo estará disponible a través de la ejecución de proyectos piloto en las zonas rurales y urbanas destinados a los agricultores y a los trabajadores de la economía informal.

## Egipto<sup>28</sup>

El sistema de asistencia médica de Egipto está esencialmente financiado por los impuestos y es de carácter público, con un pequeño pero antiguo seguro social y se cuenta también con alguna asistencia médica brindada y financiada por el sector privado.

Toda la población se beneficia de alguna cobertura de la protección de la salud a través del sistema público. El seguro social proporciona un mayor nivel de asistencia al 8,4 por ciento de la población (se trata de un promedio ya que éste oscila entre sólo el 3,4 por ciento en las zonas de más baja cobertura y el 12,7 por ciento en la zona con la cobertura más elevada).

El paquete de prestaciones cubre la atención primaria, los servicios de atención ambulatoria, la atención odontológica, los productos farmacéuticos, los aparatos médicos, la atención hospitalaria e incluso la evacuación para una cirugía especializada. Por lo general no cubre a los dependientes.

Los servicios son brindados a través de una combinación de proveedores públicos y privados. La mayor parte de la atención ambulatoria es suministrada por médicos privados que trabajan en sus propias instalaciones o en clínicas públicas o privadas bajo contrato con el seguro social. La atención hospitalaria es en su mayoría proporcionada en los hospitales de propiedad de la Organización del Seguro de Salud (HIO).

Los hospitales son principalmente de propiedad de la HIO y son financiados directamente. Los contratos para la atención por los proveedores privados son suscritos sobre todo en base al pago de honorarios por acto médico.

El seguro social de salud está financiado por las cotizaciones del 4 por ciento de las ganancias, del cual el 75 por ciento es pagado por los empleadores y el 25 por ciento por los trabajadores. Los pensionistas pagan el 1 por ciento y las viudas el 2 por ciento de sus ingresos. Para los empleados del gobierno, las tasas de cotización son del 1,5 por ciento a cargo del gobierno y del 0,5 por ciento a cargo del trabajador. Existe un tope para el nivel de ingreso utilizado para el cálculo de las cotizaciones y existen pequeños copagos para la utilización de los servicios. La HIO es subvencionada por el régimen de accidentes del trabajo.

Las prestaciones en virtud del seguro social son seis a siete veces mayores que las ofrecidas por los servicios estatales de salud. La mitad de los gastos de la HIO es en medicamentos y aproximadamente una tercera parte en la administración de sus propias instalaciones.

Existen planes para extender el régimen a más ocupaciones, dependientes y algunos trabajadores por cuenta propia, lo que lleva la cobertura a cerca del 35 por ciento. La principal limitación es la ausencia de capacidad administrativa para desarrollar el régimen en estas áreas más difíciles.

<sup>28</sup> Fuente: Weber y Normand (2007).

Ghana se divide en diez regiones con 110 distritos descentralizados que constituyen el nivel básico de la administración política. En efecto, los distritos o las asambleas distritales son agencias autónomas con competencia en la ejecución de las funciones del servicio público y de la gobernanza en el nivel local.

La economía de Ghana es predominantemente agrícola con una agricultura dominante en términos de empleo, ingresos y ganancias por las exportaciones. Representa el 50 por ciento de la fuerza laboral y el 42 por ciento del PIB. Otras exportaciones fundamentales son los minerales (especialmente el oro, los diamantes, la bauxita y el manganeso). La industria del turismo se está convirtiendo en una fuente importante de divisas extranjeras

En 2005, el crecimiento real del PIB fue de amplia base y sólido, el 5,9 por ciento. El déficit presupuestario en 2005, se estimó en el 2 por ciento del PIB. En los últimos años, la moneda nacional ha sufrido una grave depreciación y se ha producido una espiral inflacionaria, aunque más recientemente ambas muestran cierta estabilización y especialmente la inflación ha venido disminuyendo constantemente.

A pesar de algunas mejoras en muchos indicadores de salud, incluidas la mortalidad y la morbilidad, los indicadores brutos demuestran aún la necesidad de otras mejoras importantes. La esperanza de vida al nacimiento en 2004, fue de 56 años para los hombres y de 58 años para las mujeres y una esperanza de vida saludable de 49,2 y de 50,3 años respectivamente (cifras de 2000).

#### Indicadores de salud

Indicador	Valor (año)
Esperanza de vida al nacimiento (años) hombres	56,0 (2004)
Esperanza de vida al nacimiento (años) mujeres	58,0 (2004)
Esperanza de vida saludable (HALE) al nacimiento (años) hombres	49,2 (2002)
Esperanza de vida saludable (HALE) al nacimiento (años) mujeres	50,3 (2002)

Fuente: Datos Nacionales de Salud, OMS, 2006.

Si bien el impacto del VIH/SIDA es menos severo que en otros países de Africa, la evolución reciente muestra un aumento constante en su prevalencia. La mortalidad es elevada en los niños menores de cinco años: 118 por 1.000 hombres y 109 por 1.000 mujeres.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en 2003, fue del 4,5 por ciento y aproximadamente el 68 por ciento de este gasto estuvo constituido por los gastos de bolsillo. El gasto per cápita total en salud ascendió a 98 dólares de los Estados Unidos.

<sup>29</sup> OIT (2005b).

## Indicadores de la financiación de la salud en Ghana, 2003

Indicador	Valor (año)
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4,5
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud	31,8
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	68,2
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total del gobierno	5,0
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	15,8
Gastos de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud	100
Gasto total per cápita en salud al tipo internacional del dólar	98
Gasto del gobierno per cápita en salud al tipo de cambio promedio (dólares de los Estados Unidos)	5

Fuente: Datos nacionales de salud, OMS, 2006.

El acceso y la utilización de las instalaciones de salud han sido bajos. Una encuesta realizada por el Servicio Estadístico de Ghana reveló que el 42,5 por ciento de la población urbana y el 54,7 por ciento de la población rural, no consultaron al personal médico en 1992 en épocas de enfermedad o de lesiones. La consulta médica aumentó al 46,6 por ciento (en las zonas urbanas) y al 69,2 por ciento (en las zonas rurales) en 1998. Esta tendencia podría probablemente vincularse con el aumento del pago de derechos del usuario para la asistencia médica en los últimos años.

El Gobierno de Ghana está muy consciente del problema vinculado con el sistema de financiación mediante los gastos de bolsillo (“autoservicio”). En consecuencia, ha decidido eliminar este mecanismo de financiación y sustituirlo por el del seguro de salud. El objetivo es distribuir los riesgos, reducir la carga individual y obtener mejoras tasas de utilización, debido a que los pacientes no tienen que pagar en metálico en el momento del acceso al servicio. El objetivo declarado es lograr que, al menos, entre el 50 y el 60 por ciento de residentes de Ghana se afilien al nuevo sistema de seguro de salud dentro de los próximos cinco a diez años.

El nuevo Sistema Nacional de Seguro de Salud (NHIS) se encuentra en su primera fase de funcionamiento, tras la adopción de la legislación en agosto de 2003<sup>30</sup>. El sistema consistirá en más de 100 Regímenes Distritales Mutuales de Salud, financiados mediante una combinación de cotizaciones personales de los trabajadores de la economía informal, una cotización al seguro social del 2,5 por ciento de todos los afiliados del Instituto de Seguridad Social y del Seguro Nacional (SSNIT), y un impuesto para la salud del 2,5 por ciento (es decir, un impuesto indirecto del tipo del valor añadido).

El sistema sustituye el régimen basado en el pago de derechos del usuario (“autoservicio”) que excluía a muchos de los pobres del acceso a la asistencia médica. Los niños pequeños y las personas de edad avanzada están exonerados del pago de cotizaciones.

El sistema es coordinado y supervisado por el Consejo Nacional del Seguro de Salud que administra, entre otros, el Fondo Nacional del Seguro de Salud. El Fondo percibe los ingresos en concepto de cotizaciones y de impuestos y los asigna a continuación a las Mutuales Distritales.

<sup>30</sup> Ley del Seguro Nacional de Salud de 2003 (Ley 650).

---

A pesar de su compromiso y de las medidas iniciadas, Ghana hace frente a enormes retos en la extensión de la protección social de la salud a la economía informal y a las zonas rurales. Aparte de las restricciones financieras, no existen suficientes vínculos entre los regímenes nacionales de asistencia médica y los regímenes basados en la comunidad.

Ghana viene adoptando progresivamente medidas concretas para responder a estos retos en base a diferentes estrategias que reflejan y que parten de distintas experiencias sobre la protección de la seguridad social. El establecimiento del NHIS es una primera etapa clave de la estrategia para la extensión y las intervenciones en los ámbitos provinciales y distritales.

Además, la Estrategia de Reducción de la Pobreza de Ghana, pone de relieve el compromiso del gobierno para garantizar el acceso a la asistencia médica a través de la mejora de la asistencia básica para los pobres. Las estrategias incluyen “puentes para llenar las brechas de acceso a los servicios de salud, de nutrición y de planificación familiar, garantizando mecanismos de financiación sostenibles que protejan a los pobres y mejorando la eficiencia de la distribución de los servicios”<sup>31</sup>.

## Kenya<sup>32</sup>

Históricamente, el sistema de salud de Kenya ha sido financiado con cargo a los ingresos del Estado. Kenya fue el primer país de Africa que introdujo un seguro de salud obligatorio en 1966. Sin embargo, el seguro se limita a los trabajadores asalariados y a sus familias que representan no más del 20 por ciento de la población. Las cotizaciones para el “Fondo de Seguro Hospitalario” se deducen de los salarios y la afiliación es obligatoria. El fondo hospitalario cubre los servicios de hospitalización a los cuales los afiliados aún tienen que añadir gastos de bolsillo.

En 2004, se presentó al parlamento la legislación para el Fondo Nacional del Seguro Social de salud (NSHIF). Este fondo es concebido como un régimen de seguro obligatorio con cotizaciones basadas en la solidaridad y relacionadas con los ingresos, y su objetivo es cubrir a toda la población. El nuevo régimen se hará cargo de la estructura del seguro vigente. El propósito subyacente de la reforma propuesta es lograr la cobertura universal y, de esta forma, una asistencia médica apropiada a un costo asumible para todos. Al acreditar y remunerar a los proveedores de servicios privados, el Fondo agrupará a los sectores público y privado bajo un solo mecanismo de financiación. No obstante, la ley del seguro social de salud aún no ha sido aprobada y la pregunta en torno a la fecha de esa aprobación sigue abierta.

El Fondo Nacional de Seguro Hospitalario (NHIF) vigente, que se convertirá en el NSHIF ya ha realizado mejoras de gran alcance respecto del sistema actual. Esto incluye la acreditación de proveedores públicos y privados y la introducción de incentivos financieros para promover las mejoras de calidad.

## Senegal<sup>33</sup>

En Senegal, sólo aproximadamente el 12-17 por ciento de la población está cubierto por los regímenes obligatorios de seguridad social, a saber, el personal asalariado del sector privado así como los empleados públicos y sus dependientes. Los trabajadores

<sup>31</sup> Ghana (2003).

<sup>32</sup> OMS/GTZ/OIT/KfW/DFID (2004).

<sup>33</sup> Fuentes: Asfaw (2004), Wade (2007).

---

rurales y de la economía informal (el 70-80 por ciento de la población) no disfrutaban de ningún tipo de protección social organizada, excepto aquellos afiliados a las mutuales (cobertura de salud). La población indigente (que representa el 10-20 por ciento de la población total) está también excluida por cuanto los programas de asistencia social sólo brindan prestaciones escasas e irregulares.

La extensión de la seguridad social a la población no cubierta es una de las principales prioridades del Gobierno de Senegal y se han adoptado varias iniciativas a nivel político para este fin:

- en 2003, se estableció la Comisión Nacional de Diálogo Social a efectos de desarrollar una estrategia para abordar específicamente las cuestiones relativas a la extensión de la seguridad social;
- en abril de 2004, Senegal lanzó la Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos;
- en diciembre de 2004, el Sindicato Nacional de Trabajadores de los Transportes de Carretera de Senegal (SNTTRS) incluyó en sus demandas la cuestión de la protección social;
- Senegal patrocinó también la Conferencia de la OIT “Organización del trabajo decente en la economía informal: el camino para superar la pobreza”, en Dakar (25-27 de octubre de 2005) que reunió a los representantes de los sindicatos africanos para discutir la extensión de la seguridad social a la economía informal;
- esta prioridad se tradujo también en la nueva Ley de Agricultura adoptada en junio de 2004 (Ley de Orientación Agro-Silvo Pastoral), que dispone que el Gobierno debería diseñar y poner en marcha un régimen de seguridad social para la población rural que representa más del 50 por ciento de la población del país (5 millones de personas);
- como parte del proceso de preparación del Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP), Senegal ha revisado su estrategia y política de protección social a efectos de abordar la cobertura de la economía formal e informal, principalmente la extensión de la seguridad social a aquellos actualmente excluidos. La nueva Estrategia Nacional de Protección Social es el tercer pilar del DELP, que fue presentado y adoptado en la reunión regional del Banco Mundial/Banco de Desarrollo de África sobre los DELP (Túnez, julio de 2005). El objetivo es aumentar la tasa de cobertura del seguro de salud del 20 por ciento de la población total al 50 por ciento en 2015.

De conformidad con estas iniciativas, se vienen ejecutando diversos proyectos encaminados a la extensión de la seguridad social a los trabajadores rurales y de la economía informal, en base a un tipo de régimen que incluye una estructura centralizada a nivel nacional y depende de secciones basadas en la comunidad (estructuradas por área o por ocupaciones) a nivel local. Sin embargo, la extensión de la cobertura a la economía informal sigue constituyendo un reto significativo.

---

## Túnez<sup>34</sup>

Desde finales de la década de 1950, dos de tres tunecinos han estado asegurados mediante dos regímenes que otorgan prestaciones de seguridad social a los empleados públicos y a los de las empresas privadas. Además, el Gobierno brinda servicios de asistencia médica gratuitos a los pobres y a la población de bajos ingresos en instalaciones públicas administradas por el Ministerio de Salud. También, algunas sociedades privadas o empresas públicas ofrecen seguro privado de salud a sus empleados, cubriendo el mismo paquete que el del seguro público.

En la década de 1990, el sistema de seguro de salud de Túnez hizo frente a una serie de problemas y dificultades respecto de la eficiencia, calidad, equidad y satisfacción de los interesados y de los usuarios. La carga del pago de las cotizaciones de los empleadores y de los trabajadores estaba desigualmente distribuida.

La reforma actual del seguro de salud persigue dos objetivos principales. Las prestaciones de los distintos regímenes de seguro de salud deberían ser armonizadas y debería ponerse en funcionamiento una única institución que gestione el seguro de salud obligatorio, la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (CNAM). En segundo lugar, se deberían crear regímenes complementarios facultativos a efectos de cubrir los gastos de bolsillo que en la actualidad no son reembolsados.

Actualmente el debate nacional se centra en cuestiones como la cobertura del paquete de prestaciones, la contención de los costos (incluidos los métodos de pago a los proveedores), la calidad del seguro, los procedimientos administrativos, la reglamentación y las líneas directrices.

## **b. Asia**

### China<sup>35</sup>

China disfruta de un crecimiento económico impresionante y sostenido y desde principios de la década de 1980, habiendo mejorado significativamente las condiciones de vida de la amplia mayoría de su población. El país más poblado del mundo experimenta en la actualidad transformaciones sociales y económicas fundamentales pero la agenda social aún está incompleta, debido a que la desigualdad en el ámbito de la salud sigue siendo una preocupación primordial. Hasta la década de 1970, China disfrutó de un sistema de salud que funcionaba relativamente bien, con aproximadamente el 90 por ciento de la población cubierta por el seguro de salud. Sin embargo, desde la década de 1980, tanto la calidad de los servicios de salud como el porcentaje de la población asegurada han disminuido drásticamente y los indicadores de salud se han deteriorado en consecuencia. El colapso de los regímenes médicos cooperativos en las zonas rurales y la ruina de los regímenes de seguro, originaron graves problemas en la financiación de la salud y en el acceso. Los gastos de bolsillo aumentaron del 20 por ciento en 1978 al 60 por ciento a principios de la década de 2000. Al mismo tiempo, la financiación pública para el sector de la salud se ha reducido mientras que los gastos en salud han continuado aumentando.

En la actualidad, el Gobierno se centra en la construcción de un “estado de bienestar moderado” y ha definido la mejora de la asistencia médica como un elemento esencial del crecimiento económico. El gobierno central ha aumentado el gasto en la salud pública así

<sup>34</sup> Fuentes: Achouri (2007) y Asfaw (2004).

<sup>35</sup> Fuentes: Tang et al. (2007) ; Hu (2007) ; Drouin y Thompson (2006).

---

como las transferencias sociales en metálico. Gracias a un elevado crecimiento económico, algunas comunidades han establecido regímenes locales de seguro de salud.

En las zonas urbanas, los Regímenes de los Empleados del Gobierno (GIS) y los Regímenes de Seguro Laboral (LIS) que cubrían a los empleados públicos y a los trabajadores de las empresas estatales, fueron sustituidos en 1998 por un sistema de seguro para todos los empleados que está abierto a las empresas más pequeñas y a los trabajadores por cuenta propia. Las reformas del GIS y del LIS son iniciativas locales que incluyen la introducción de la participación de los beneficiarios en los gastos, el establecimiento del seguro para las enfermedades catastróficas y la aplicación del pago por paciente inscrito en algunas ciudades. En 2005, el Seguro Médico Básico (BMI) cubría a más de 130 millones de beneficiarios en distintas ciudades de China.

En las zonas rurales, los regímenes de Seguro Médico de la Comunidad Rural (RCMI), fueron sustituidos por regímenes de seguro sobre todo privados tras el desmantelamiento de los colectivos agrarios. Como resultado, la mayoría de agricultores no podía permitirse un seguro privado y estaban, así, sujetos a elevados gastos de bolsillo. En 2002, el gobierno emitió una “Decisión sobre el Fortalecimiento de la Salud Rural” y decidió reintroducir el RCMI como seguro voluntario de salud local para los agricultores que trabajan por cuenta propia. La organización y financiación están apoyadas y patrocinada por el gobierno central y se esperaba que la cobertura se extendiera a 179 millones de beneficiarios a finales de 2005.

## República de Corea<sup>36</sup>

La República de Corea es un destacado ejemplo de la exitosa introducción de un sistema de seguro universal de salud. Le llevó 26 años al país hasta que se adoptó la Ley sobre el Seguro de Salud en 1963, para conseguir la cobertura universal por el seguro. Conviene poner el acento en el hecho de que el PIB *per cápita* del país en términos reales aún estaba por debajo de 1.600 dólares de los Estados Unidos, en otras palabras, sólo dos terceras partes del de Filipinas y aproximadamente el mismo nivel de países como Mozambique, Níger, Sri Lanka y Camerún.

En los primeros 14 años, se hizo más hincapié en la construcción de las estructuras funcionales que en el suministro de cobertura para una parte significativa de la población. Bajo la firme dirección del presidente Park Jung-Hee, la introducción del seguro obligatorio de salud empezó en 1977 con el Régimen para los Empleados que cubría a los trabajadores del sector formal. La cobertura del seguro social de salud avanzó de conformidad con el principio del tamaño del lugar de trabajo: el seguro inicialmente fue obligatorio para las empresas con más de 500 trabajadores y se extendió progresivamente a las empresas de 300, 100 y por último de 16 trabajadores. Los regímenes de seguro social de salud para los empleados públicos y para el personal educativo se iniciaron en 1981 y se convirtieron en importantes promotores de la extensión de la seguridad social. Cuando la población no cubierta tomó conciencia de la protección económica sustancial brindada por las prestaciones de los sistemas vigentes, la motivación para afiliarse al seguro social de salud aumentó significativamente.

El seguro social universal de salud se ubicó en una posición muy elevada de la agenda política durante muchos años. La introducción y extensión de la cobertura del seguro social de salud naturalmente estuvieron en estrecha competencia con la vecina República Democrática de Corea y con la legitimidad política del régimen militar autoritario de la República de Corea. La afiliación a los programas de bienestar social constituyó una

<sup>36</sup> Fuentes: Kwon (2002), Yang y Holst (2007).

---

cuestión central en la campaña para la elección presidencial en 1988. El Sr. Noh Tae-woo, el entonces candidato del partido gobernante, prometió cubrir a los trabajadores por cuenta propia con el seguro social de salud en 1991. En consecuencia, la barrera fundamental de la recaudación de las cotizaciones de los beneficiarios del sector informal con ingresos irregulares debía ser superada. Esta meta fue plenamente alcanzada dos años antes de la fecha real establecida, sin embargo, y desde 1989, el seguro de salud ha sido obligatorio para todos los grupos de la población. Es cierto que el floreciente desarrollo económico de finales de la década de 1980 desempeñó un papel fundamental en la rápida expansión de los sistemas de seguridad social del país.

El sistema del seguro social de salud ha estado inmerso en problemas, principalmente respecto de la equidad y eficiencia de la financiación. Durante muchos años, los beneficiarios tuvieron que asumir elevadas tasas de copago y de seguro conjunto y una serie de prestaciones fueron expresamente excluidas de la cobertura del seguro social de salud. La participación de los gastos de bolsillo fue una causa importante del bajo nivel de equidad en la financiación del seguro y dio pruebas de su carácter sumamente regresivo. La ausencia de equidad horizontal y la escasez crónica de financiación han conducido, por último, recientemente a la estandarización del seguro de salud y a la aplicación de un sistema de pagador único.

## India<sup>37</sup>

El sector de la asistencia médica de la India está en rápido crecimiento como consecuencia del desarrollo económico y social general del país. No obstante, la parte del PIB gastada en salud de apenas el 1 por ciento, sigue siendo muy baja.

Todos los mecanismos de financiación de la salud coexisten en la India: Los gastos de bolsillo constituyen la principal forma de financiación (el 87 por ciento del total del gasto en salud)<sup>38</sup>. La protección social de la salud está disponible mediante el seguro social de salud – el Régimen Estatal del Seguro de los Empleados (ESIS) proporciona cobertura obligatoria a los empleados públicos y al personal de las grandes empresas –, el Régimen de Salud del Gobierno Central (CGHS), los regímenes organizados por los empleadores, el seguro de salud (comercial) voluntario y el seguro de salud comunitario.

A pesar de las iniciativas del gobierno de apoyar a los regímenes de seguro de salud, sólo cerca del 10 por ciento de la población está afiliada al seguro de salud. De hecho, la mayoría de la población no puede permitirse los pagos de primas ni de cotizaciones.

Las insuficiencias en el suministro, las elevadas cotizaciones, los drásticos copagos y la mala calidad de los proveedores han llevado al surgimiento de regímenes de microseguro en las zonas rurales así como en las grandes ciudades. Los microaseguradores a menudo adquieren productos de las compañías de propiedad del Estado. Para la población de la economía informal, la cobertura de los servicios ambulatorios, los medicamentos y los costos indirectos de la enfermedad (por ejemplo, los costos de transporte y la pérdida de los ingresos) son decisivos. Ante esta situación, algunos regímenes del seguro de salud basados en la comunidad y los regímenes comerciales brindan las prestaciones correspondientes.

<sup>37</sup> Fuentes: Gupta (2007), OIT (2003b), van Ginneken (2000).

<sup>38</sup> OMS (2000), pág.193.

En octubre de 2001, Tailandia dio un paso histórico hacia la consecución de la cobertura total de la población por la asistencia médica gracias a la introducción de un régimen universal de asistencia médica llamado “régimen UC” 8, también conocido como el régimen de “30 baht”). El régimen brinda a todos los ciudadanos de Tailandia que no estén afiliados al régimen del Seguro de Salud de la Seguridad Social (SSO) o al Régimen de Prestaciones Médicas de los Empleados Públicos (CSMBS), pleno acceso a los servicios de salud brindados por las redes de proveedores autorizadas en los distritos (que consisten en centros de salud, hospitales distritales y hospitales provinciales cooperantes). Las personas con derecho deben inscribirse en las redes, obtener una tarjeta de seguro gratuita y pagar un derecho nominal de 30 baht (aproximadamente 0,75 dólares de los Estados Unidos<sup>40</sup>) por cada consulta ambulatoria o ingreso hospitalario. Los medicamentos prescritos son gratuitos. El régimen ha tenido un notable éxito respecto de la cobertura de la población en sus dos primeros años de existencia. Sin embargo, su sostenibilidad financiera a largo plazo es aún poco clara.

El sistema nacional de salud de Tailandia cuenta en la actualidad con cinco componentes fundamentales:

- el régimen SSO que cubre en la actualidad a aproximadamente 7,4 millones de personas poseedoras de una tarjeta de afiliado que les otorga el derecho a las prestaciones de asistencia médica;
- el régimen no contributivo de prestaciones médicas para los empleados públicos (CSMBS) que cubre a cerca de 7 millones de personas con derecho (aproximadamente 3 millones de los propios empleados públicos así como cerca de 4 millones de dependientes con derecho, es decir, hijos, cónyuges y padres);
- el régimen UC con un número total de afiliados inscritos de 46,5 millones de personas; los beneficiarios del UC se dividen en tres grupos: 24,3 millones de beneficiarios exonerados del copago de 30 baht (0,75 dólares de los Estados Unidos) por visita (o UCE), y 22,2 millones de beneficiarios que deben aportar un copago de 30 bhat en el momento de acceso al servicio (o UCP);
- un grupo que paga por sí mismo /no cubierto (es decir, las personas que viven en la zonas remotas) de cerca de 3 millones de personas;
- el seguro de salud privado voluntario que cubre a aproximadamente 5 millones de personas<sup>41</sup>.

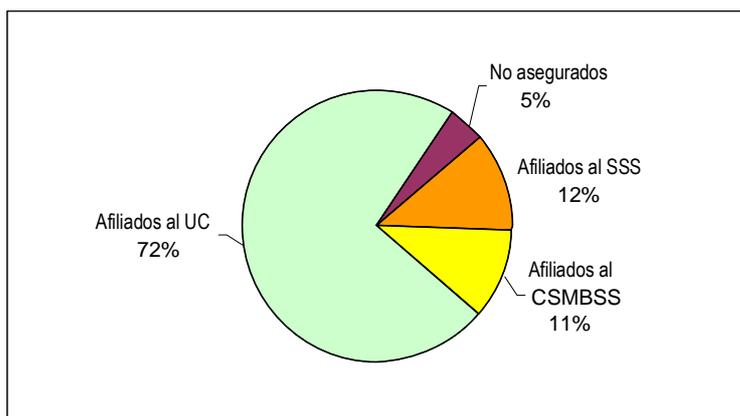
Las Figuras 14 y 15 muestran la composición estimada de la cobertura de la población y del presupuesto nacional de asistencia médica de Tailandia en 2003. La cobertura de la población respecto del acceso a la asistencia médica puede ser considerada prácticamente completa.

<sup>39</sup> Fuente OIT (2004c).

<sup>40</sup> Tipo de cambio: 40 baht = 1 dólar de los Estados Unidos

<sup>41</sup> Surasinangsang (2004).

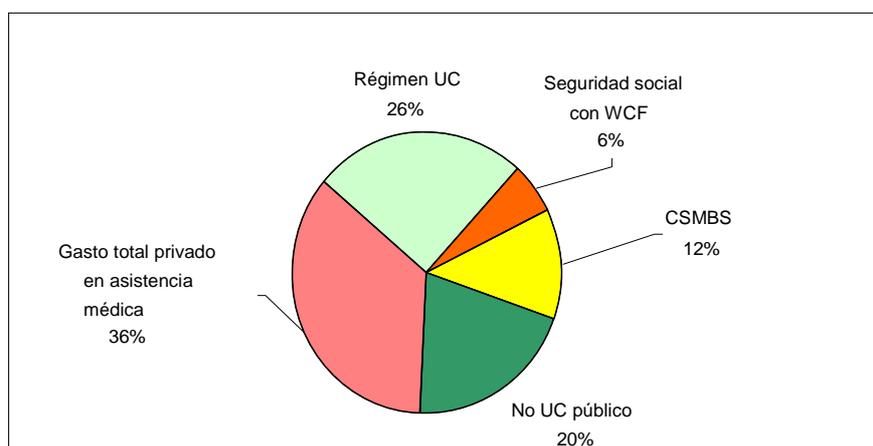
**Figura 14. Estimación de la estructura de la cobertura de la asistencia médica, Tailandia, 2003**



Fuente: Estimaciones de la OIT y de la misión IHPP, 15-20 de mayo de 2004, Ginebra.

El régimen UC es nuevo en el sentido de que establece un derecho legal de todas las personas al acceso a los servicios de salud y elimina prácticamente todas las barreras financieras a este acceso, por cuanto, los copagos son pequeños y las personas necesitadas incluso están exoneradas de los mismos. El derecho está apuntalado por un nuevo mecanismo de asignaciones de los recursos públicos para la asistencia médica, es decir, el pago por paciente inscrito, lo que debería garantizar que todas las redes de proveedores reciban un presupuesto fijo por cada persona a la que brindan asistencia médica. En su estado actual, está claro que el régimen UC no es un verdadero régimen de seguro de salud por cuanto no está financiado mediante los ingresos en concepto de cotizaciones. Es más bien una variante del sistema de financiación de la asistencia médica del tipo de un Servicio Nacional de Salud, que combina los elementos del seguro (a través del derecho legal a las prestaciones) y elementos de un servicio público (mediante la financiación con cargo a los ingresos generales).

**Figura 15. Composición estimada del Presupuesto nacional de Salud, Tailandia, 2003**



Fuente: Estimaciones de la OIT y de la misión IHPP, 15-20 de mayo de 2004, Ginebra.

En teoría, el régimen UC permite en la actualidad el acceso a la salud a cerca del 70 por ciento de la población. Sin embargo, la proporción de la población a la cual cubre en realidad probablemente es menor, habida cuenta de que no todas las personas con derecho y/o con tarjeta del UC hacen uso efectivo de los servicios. De hecho, la Encuesta sobre Salud y Bienestar de 2003, aplicada por la Oficina Nacional de Estadísticas de Tailandia (NSO), muestra que sólo aproximadamente el 75 por ciento de los afiliados inscritos utilizaron los servicios ambulatorios de los centros y hospitales de salud pública

---

financiados por el régimen, mientras que el 81 por ciento de los afiliados inscritos utilizaron el servicio de hospitalización brindado por el régimen. La tasa de utilización varía enormemente según los ingresos de los grupos y es significativamente más alta en los grupos de bajos ingresos. Pareciera que aproximadamente una tercera parte de la población del grupo de altos ingresos tiende a utilizar el régimen UC como régimen de último recurso.

Es obvio que el cambio al sistema UC en 2001 aumentó el gasto del gobierno en asistencia médica. El monto real es difícil de determinar por cuanto lo contrario (es decir, el gasto del gobierno en salud en ausencia del nuevo régimen), es obviamente desconocido. Ahora bien, del aumento en el nivel del gasto entre 2000 y 2003, uno podría concluir que el costo adicional del régimen pudiera ser del orden de 25 billones de baht anuales. Este orden de magnitud se confirma por las estimaciones del IHPP sobre el alcance de los ahorros del hogar en términos de los gastos de bolsillo. La cuantía fue estimada en cerca de 10-13 billones de baht para todos los hogares recientemente cubiertos por el mecanismo de pago a cargo de terceros del UC. Debido a las tasas de utilización diferentes por franjas de ingresos, esta es una transferencia sustancial de recursos a los hogares de ingresos más bajos y confirma la evaluación del Ministerio de Salud en el sentido de que las reformas tienen efectos significativos a favor de los pobres.

El régimen no cuenta con recursos específicamente asignados en los que podría apoyarse durante los primeros años de su existencia. Su base de recursos tiene que ser renegociada en el proceso de elaboración del presupuesto anual. Desde el punto de vista de la sostenibilidad del régimen a largo plazo, es de interés del sistema reducirse lo máximo posible concediendo “partes del mercado” a los otros dos regímenes. Al mismo tiempo, parecería lógico tratar de establecer fuentes de ingresos específicamente asignados que estén protegidos contra la competencia presupuestaria anual. Esto fue realizado en 2005, cuando un determinado porcentaje de los impuestos sobre el tabaco y el alcohol, fue específicamente asignado para la financiación del régimen UC, ayudando así a salvaguardar los recursos para la asistencia médica de los grupos de la población más débiles económicamente en épocas de dificultades fiscales. No obstante, la situación financiera de los regímenes UC puede estabilizarse en el largo plazo si se reducen progresiva y constantemente en beneficio de otros actores. El modo más efectivo de disminuir el gasto del gobierno es mediante la extensión de la cobertura de la seguridad social.

### **c. América Latina**

#### Chile<sup>42</sup>

El sistema de asistencia médica de Chile suscitó la atención general como uno de los principales modelos orientados al mercado con la introducción, en 1981, de los fondos privados de seguro de salud cuyo objetivo era obtener ganancias en términos de eficiencia y superar los cuellos de botella en el suministro y en la financiación. Veinticinco años más tarde, la coexistencia del seguro social de salud público y de varias compañías de seguro privado de salud de tipo comercial, garantiza la cobertura universal. Sin embargo, el sistema de salud de Chile aún hace frente a inconvenientes en términos de equidad y de una financiación justa y es cuestionado por su selección de riesgos.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre en la actualidad a dos de cada tres chilenos incluidos 3 millones de personas consideradas como muy pobres.

<sup>42</sup> Fuente: Holst et al. (2004).

---

Chile ha conseguido la cobertura universal de la protección de la salud mediante la combinación en un sistema único de pagos, un sistema de cotización de tipo Bismarckiano y un sistema de salud financiado por los impuestos que cubre a los pobres:

- los empleados del sector formal y algunos trabajadores por cuenta propia pagan cotizaciones relacionadas con los ingresos para un paquete de prestaciones integral. Los indigentes están cubiertos por el fondo de salud público, FONASA, que percibe una subvención sustancial para este propósito con cargo a los ingresos generales;
- los afiliados exonerados de cotizaciones no tienen derecho a solicitar servicios privados de salud de los que se benefician las personas que realizan copagos más elevados. Con todo, en vista de que la afiliación al FONASA es gratuita, están protegidos de la discriminación y estigmatización a la hora de recibir la asistencia médica por medio de proveedores públicos.

## Colombia<sup>43</sup>

Antes de la reforma del sector de la salud de Colombia en 1993, los regímenes del seguro social de salud relacionados con el empleo cubrían a aproximadamente una tercera parte de la población. Los trabajadores del sector formal estaban obligatoriamente afiliados a fondos cerrados y pagaban cotizaciones obligatorias. Mientras que el fondo más grande el Instituto de Seguridad Social (ISS) cubría a los trabajadores del sector privado, los trabajadores del sector públicos estaban afiliados a fondos restringidos de las empresas de propiedad del Estado, de las universidades públicas o de dependencias del Estado. Además, de dos grandes fondos del sector público (Cajanal para los empleados del gobierno central y Caprecom, donde estaban afiliados los trabajadores de las empresas de telecomunicaciones, de televisión y de correos de propiedad del Estado), el riesgo global común estaba distribuido entre un millar de regímenes de seguro de pequeña escala.

La reforma de 1993, se inspiró en los cambios fundamentales que Chile había aplicado en su sistema de salud 12 años antes. No obstante, los colombianos trataron de evitar los defectos no deseados obvios que se hacían cada vez más evidentes en Chile. Con la creación de un sistema contributivo para todos los trabajadores y empleados del sector formal, los fondos vigentes que ejercían un monopolio quedaron expuestos a un tipo de competencia gestionada, debido a que las nuevas compañías de seguros fueron autorizadas a ingresar en el mercado y se otorgó a los ciudadanos el derecho de elegir al asegurador en función de su propia preferencia. La financiación se basa en cotizaciones obligatorias sobre la nómina del 12 por ciento del salario (el empleador el 8 por ciento y el trabajador el 4 por ciento).

A efectos de evitar el fracaso en el mercado y la conducta competitiva ineficiente de los aseguradores de salud (la mayoría de ellos eran del sector privado y algunos con fines comerciales), los colombianos trataron de poner en práctica una reglamentación eficaz. Con el fin de prevenir la competencia en los precios, las cotizaciones al régimen contributivo se depositan en un solo fondo de compensación que a continuación asigna a los aseguradores una prima ajustada en función del riesgo y fijada con arreglo a la comunidad concernida por cada persona afiliada según la edad, el sexo y su lugar de residencia (zona urbana/rural). Así, los afiliados pagan de conformidad con su capacidad contributiva pero los aseguradores perciben cotizaciones en función del riesgo individual de las personas aseguradas. Además, se ha establecido un paquete estándar de prestaciones en el que se definen los servicios incluidos/excluidos y los períodos de calificación para la

<sup>43</sup> Fuentes: Castaño y Zambrano (2005).

---

cobertura total y las tasas de copago. Los aseguradores tienen la obligación de suscribir un contrato con los solicitantes; la afiliación es voluntaria para todos los trabajadores inscritos y se garantiza la portabilidad total de los derechos.

Respecto del reto de la extensión de la protección social de la salud más allá de los empleados y trabajadores del sector formal, merece la pena mencionar la creación de un sistema subvencionado junto con el régimen contributivo. Se requiere que los ciudadanos que carezcan de los medios económicos para pagar las cotizaciones se inscriban en el Sistema de Administración del Régimen Subsidiado (ARS). Con todo, el número de pobres y de personas indigentes afiliados al régimen subsidiado aún permanece por debajo de las expectativas.

Para centrarse mejor en las personas necesitadas y en los pobres, Colombia ha desarrollado un Sistema de Identificación del Beneficiario (SISBEN) basado en cuestionarios integrales y en contactos individuales establecidos por los trabajadores sociales. El derecho al sistema subsidiado está sujeto al cumplimiento de los requisitos del SISBEN. La financiación del régimen subsidiado depende de los recursos fiscales y de la cotización de solidaridad de las personas más acomodadas quienes pagan el 13 por ciento en lugar del 12 por ciento para el seguro de salud, quedando el 1 por ciento adicional asignado para subsidiar a los pobres. El paquete de prestaciones cubierto por el régimen de solidaridad es más limitado que el paquete integral del sistema contributivo y la principal ventaja para sus beneficiarios son las exoneraciones del copago a los proveedores de asistencia médica.

#### Costa Rica<sup>44</sup>

El sector salud en Costa Rica está financiado sobre todo por el seguro social, con servicios preventivos brindados por el Ministerio de Salud. La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue creada a principios de la década de 1940 para administrar el sistema de seguridad social. El sistema alcanzó un gran éxito en la mejora del estado de salud de la población. Los indicadores de salud de Costa Rica se asemejan a los de Europa, Estados Unidos y Canadá, más que a los que muestran en general los países con ingresos per cápita similares (1.750 dólares de los Estados Unidos). La cobertura de la población se ha extendido y el acceso a los servicios de salud de la CCSS en la actualidad es más o menos universal.

El Ministerio de Salud (el 17 por ciento del gasto total en 1990) supervisa la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el saneamiento medioambiental. La CCSS (el 80 por ciento del gasto total brinda atención curativa y de rehabilitación y servicios de prevención individuales (por ejemplo, inmunización) y algunos servicios educativos. El Instituto Nacional de Seguro (INS) cubre el tratamiento, rehabilitación y compensación de los titulares de una póliza de seguro en caso de enfermedades profesionales y de accidentes del trabajo y de accidentes automovilísticos.

La CCSS posee y administra todos los 29 hospitales del país, proporcionando el 95 por ciento de los servicios hospitalarios y alrededor del 70 por ciento de todas las consultas. Con excepción de tres clínicas privadas, prácticamente todos los establecimientos de salud son administrados por la CCSS, el Ministerio de Salud o el INS y forman parte del sistema nacional de salud. Si bien la calidad de la asistencia de los servicios de hospitalización es considerada como muy alta, el descontento con la calidad de la asistencia brindada en los servicios ambulatorios está en aumento.

<sup>44</sup> Weber y Normand (2007).

---

Los proveedores de asistencia médica que trabajan en el Ministerio de Salud y en la CCSS son sobre todo asalariados aunque la CCSS está experimentando con otras opciones incluida el Régimen de Medicina de las Empresas (la empresa paga el salario del médico y pone a disposición de sus empleados una clínica) y los pagos a los médicos de honorarios fijos por paciente o las clínicas cooperativas.

## Anexo II

**Cuadro 1a. Estimado del déficit del acceso a la protección social de salud** (orden alfabético inglés)

País	Población		GDP <sup>1</sup>		Índice de desarrollo humano <sup>2</sup>	Índice de pobreza humana <sup>3</sup>	Índice de Gini	Déficit del acceso estimado	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Población urbana (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en billones de dólares de los EE.UU.)	Per cápita				Déficit del acceso relacionado con el personal (% de la población)	Estimado del déficit del acceso (partos atendidos por personal calificado)
Albania	3	45	6	1.740	0,78		28	-	6
Argelia	32	63	60	1.890	0,73	22	35	-	8
Angola	14	53	10	740	0,44	41		62	53
Argentina	38	90	140	3.650	0,86	4	52	-	1
Armenia	3	64	3	950	0,77		38	-	3
Australia	20	88	431	21.650	0,96	13	35	-	1
Austria	8	66	215	26.720	0,94		30	-	-
Azerbaiyán	8	52	7	810	0,74		37	-	16
Bangladesh	141	25	55	400	0,53	44	32	88	87
Belarús	10	72	16	1.590	0,79		30	-	-
Bélgica	10	97	267	25.820	0,95	12	25	-	-
Benin	7	40	3	440	0,43	48		72	34
Bolivia	9	64	8	890	0,69	14	45	-	39
Bosnia y Herzegovina	4	45	6	1.540	0,80		26	-	-
Botswana	2	57	6	3.430	0,57	48	63	4	6
Brasil	179	84	479	2.710	0,79	10	59	-	50
Bulgaria	8	70	17	2.130	0,82		32	-	1
Burkina Faso	12	18	4	300	0,34	58	48	85	43
Burundi	7	10	1	100	0,38	41	33	93	75
Camboya	14	19	4	310	0,58	39	40	76	68
Camerún	16	54	10	640	0,51	36	45	44	38

País	Población		GDP <sup>1</sup>		Índice de desarrollo humano <sup>2</sup>	Índice de pobreza humana <sup>3</sup>	Índice de Gini	Déficit del acceso estimado	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Población urbana (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en billones de dólares de los EE.UU.)	Per cápita				Déficit del acceso relacionado con el personal (% de la población)	Estimado del déficit del acceso (partos atendidos por personal calificado)
Canadá	32	80	757	23.930	0,95	11	33	-	2
Cape Verde		57			0,72	19		57	11
Rep. Centrafricana	4	38	1	260	0,35	48	61	88	56
Chad	9	25	2	250	0,37	58		90	86
Chile	16	87	69	4 390	0,86	4	57	46	-
China	1.297	40	1.417	1.100	0,77	12	45	34	17
Colombia	45	72	80	1.810	0,79	8	58	40	9
Congo	4	60	2	640	0,52	28		64	64
Costa Rica	4	61	17	4.280	0,84	4	47	29	2
Côte d'Ivoire	17	45	11	660	0,42	42	45	77	37
Croacia	5	56	2	5.350	0,85		29	-	-
Cuba	10	76			0,83	5		-	-
República Checa	10	74	69	6.740	0,89		25	-	-
Rep. Dem. del Congo	55	32	5	100	0,39	41		80	39
Dinamarca	5	86	182	33.750	0,94	8	25	-	-
República Dominicana	9	66	18	2.070	0,75	12	47	-	1
Ecuador	13	62	23	1.790	0,77	9	44	4	31
Egipto	69	43	94	1.390	0,70	20	34	19	31
El Salvador	7	60	14	2.200	0,73	16	53	36	31
Eritrea	5		1	190	0,45	38		80	72
Estonia	1	69	7	4.960	0,86		37	-	-
Etiopía	70	16	6	90	0,37	55	30	93	94
Finlandia	5	61	141	27.020	0,95	8	27	-	-
Francia	60	77	1.523	24.770	0,94	11	33	-	-
Gabón	1	83	4	2.739	0,63	27		-	14

País	Población		GDP <sup>1</sup>		Índice de desarrollo humano <sup>2</sup>	Índice de pobreza humana <sup>3</sup>	Índice de Gini	Déficit del acceso estimado	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Población urbana (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en billones de dólares de los EE.UU.)	Per cápita				Déficit del acceso relacionado con el personal (% de la población)	Estimado del déficit del acceso (partos atendidos por personal calificado)
Gambia	1.5	53	12	8	0,48	45		59	45
Georgia	5	53	4	830	0,74		37	-	4
Alemania	83	75	2.085	25.250	0,93	10	28	-	-
Ghana	21	47	7	320	0,53	33	30	66	53
Grecia	11	59	147	13.720	0,92		35	-	-
Guatemala	13	47	23	1.910	0,67	23	48	-	59
Guinea	8	33	3	430	0,45	52	40	79	65
Guinea-Bissau	1.5	30	12	960	0,35	48		75	65
Haití	9	38	3	380	0,48	39		89	76
Honduras	7	46	7	970	0,68	17	55	42	44
Hungría	10	66	64	6.330	0,87		24	-	-
Islandia	0.3	93	858	2.932	0,96			-	-
India	1.080	29	568	530	0,61	31	33	56	57
Indonesia	218	47	173	810	0,71	19	34	76	34
Rep. Islámica del Irán	67	66	133	2.000	0,75	16	43	45	10
Irlanda	4	60	106	26.960	0,96	16	36	-	-
Israel	7	92	105	16.020	0,93		36	-	-
Italia	58	68	1.243	21.560	0,94		36	-	-
Jamaica	3	53	7	2.760	0,72	15	38	22	5
Japón	128	66	4.390	34.510	0,95	12	25	-	-
Jordania	5	82	10	1.850	0,76		36	-	-
Kazajstán	15	57	27	1.780	0,77		31	-	1
Kenya	32	21	13	390	0,49	36	45	60	58
República de Corea	48	81	576	12.020	0,91		32	-	-
Kuwait	3	98	38	16.340	0,87			-	-

País	Población		GDP <sup>1</sup>		Índice de desarrollo humano <sup>2</sup>	Índice de pobreza humana <sup>3</sup>	Índice de Gini	Déficit del acceso estimado	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Población urbana (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en billones de dólares de los EE.UU.)	Per cápita				Déficit del acceso relacionado con el personal (% de la población)	Estimado del déficit del acceso (partos atendidos por personal calificado)
Kirguistán	5	36	2	330	0,71		29	-	2
Rep. Dem. Popular Lao	6	20	2	320	0,55	36	37	49	81
Letonia	2	68	9	4.070	0,85		32	-	-
Líbano	5	87	18	4.040	0,77	10		-	7
Lesotho	2	19	1	590	0,49	48	63	79	45
Lituania	3	67	16	4.490	0,86		32	-	-
Luxemburgo	1	83	25.664	56.780	0,95	11		-	-
Madagascar	17	27	5	290	0,51	36	48	81	49
Malawi	11	17	2	170	0,40	43	50	81	39
Malasia	25	66	94	3.780	0,81	8	49	35	3
Malí	12	30	3	290	0,34	60	51	82	59
Mauritania	3	40	1	430	0,49	41	39	77	43
México	104	76	637	6.230	0,82	7	55	10	14
República de Moldova	4	47	2	590	0,69		36	-	1
Mongolia	3	57	1	480	0,69	19	44	-	1
Marruecos	31	58	40	1.320	0,64	33	40	59	37
Mozambique	19	34	4	210	0,39	49	40	93	52
Myanmar	49	30	14	270	0,58	22		77	44
Namibia	2	35	4	1.870	0,63	33	71	-	24
Nepal	25	15	6	240	0,53	38	37	87	89
Países Bajos	16	80	427	26.310	0,95	8	33	-	-
Nueva Zelanda	4	86	64	15.870	0,94		36	-	-
Nicaragua	6	59	4	730	0,70	18	55	55	33
Niger	12	17	2	200	0,31	56	51	92	84
Nigeria	140	47	43	320	0,45	41	51	38	65

País	Población		GDP <sup>1</sup>		Índice de desarrollo humano <sup>2</sup>	Índice de pobreza humana <sup>3</sup>	Índice de Gini	Déficit del acceso estimado	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Población urbana (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en billones de dólares de los EE.UU.)	Per cápita				Déficit del acceso relacionado con el personal (% de la población)	Estimado del déficit del acceso (partos atendidos por personal calificado)
Noruega	5	77	198	43.350	0,97	7	26	-	-
Omán	3	72			0,81			-	5
Pakistán	152	35	69	470	0,54	36	33	62	77
Panamá	3	70	13	4.250	0,81	8	56	4	7
Papua Nueva Guinea	6	13	3	510	0,52	41	51	82	82
Paraguay	6	58	6	1.100	0,76	8	57	12	23
Perú	28	72	58	2.150	0,77	12	50	42	29
Filipinas	83	62	88	1.080	0,76	15	46	29	40
Polonia	38	62	201	5.270	0,86		32	-	-
Portugal	10	57	124	12.130	0,90		39	-	-
Rumania	22	54	51	2.310	0,81		30	-	2
Federación de Rusia	143	73	375	2.610	0,80		46	-	1
Rwanda	8	19	2	220	0,45	37	29	85	69
Arabia Saudita	23	81	187	8.530	0,78			-	7
Senegal	11	41	6	550	0,46	44	41	88	42
Serbia y Montenegro	8		16	1.910				-	7
Sierra Leone	5	40	1	150	0	52	63	88	58
Singapur	4	100	90	21.230	1		43	-	-
Eslovaquia	5	56	26	4.920	1		26	-	1
Eslovenia	2	51	23	11.830	1		28	-	-
Sudáfrica	46	59	126	2.780	1	31	59	-	16
España	41	77	698	16.990	1	13	33	-	-
Sri Lanka	19	15	18	930	1	18	34	33	3
Suecia	9	84	258	28.840	1	7	25	-	-
Suiza	7	75	293	39.880	1	11	33	-	-

País	Población		GDP <sup>1</sup>		Indice de desarrollo humano <sup>2</sup>	Indice de pobreza humana <sup>3</sup>	Indice de Gini	Déficit del acceso estimado	
	Total (2003) <sup>4</sup>	Población urbana (%) (2004) <sup>5</sup>	Total (en billones de dólares de los EE.UU.)	Per cápita				Déficit del acceso relacionado con el personal (% de la población)	Estimado del déficit del acceso (partos atendidos por personal calificado)
República Arabe Siria	18	51	20	1.160	1	14		-	30
Tayikistán	6	25	1	190	1		35	-	29
Rep. Unida de Tanzania	37	24	10	290	0	36	38	88	54
Tailandia	62	32	136	2.190	1	9	43	-	1
Ex Rep. Yugoslava de Macedonia	2	68	4	1.980	0,80		28	-	2
Togo	5	39	1	310	0	39		85	51
Túnez	10	65	22	2.240	1	18	40	-	10
Turquía	72	67	197	2.790	1	10	40	4	17
Turkmenistán	5	46	5	1.120	1		41	-	3
Uganda	26	13	6	240	1	36	43	78	61
Ucrania	48	77	47	970	1		29	-	1
Reino Unido	59	90	1.680	28.350	1	15	36	-	1
Estados Unidos	294	81	10.946	37.610	1	15	41	-	1
Uruguay	3	92	13	3.790	1	3	45	-	1
Uzbekistán	26	37	11	420	1		27	-	4
Rep. Bolivariana de Venezuela	26	93	89	3.490	1	9	49	39	6
Viet Nam	82	26	39	480	1	16	36	66	15
Yemen	20	27	10	520	0	41	33	69	78
Zambia	11	35	4	380	0	46	53	42	57
Zimbabwe	13	35	6	480	0	46	57	72	27

<sup>1</sup> Banco Mundial (2006b), págs., 292-295. <sup>2</sup> Informe sobre el Desarrollo Humano 2006 (2006), págs., 283-286. <sup>3</sup> Idem, págs. 292-295. <sup>4</sup> Todos los datos del Banco Mundial (2005), págs. 256y siguientes excepto para Cuba.

<sup>5</sup> Informe sobre el Desarrollo Humano (2006), págs., 297-299.

**Cuadro 1b. Cobertura formal de la protección social de la salud** (orden alfabético inglés)

País	Cobertura formal						MHI Total	OOP como % del gasto total en salud	Gasto total en salud como % del PIB <sup>1</sup>	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud <sup>1</sup>	OOP como % del gasto privado en salud <sup>1</sup>
	Total (%)	Estatal (%) <sup>2</sup>	SHI (%)	PHI (%)	Otros (%)	Sindicato basado en la empresa					
Albania	...							58,2	6,5	25,1	99,8
Argelia	85,0	17 <sup>3</sup>	68 <sup>4</sup>	0				18,3	4,1	28,4	95,3
Angola	...							15,8	7,1	89,2	71,1
Argentina	99,9	37,3 <sup>5</sup>		13,6 <sup>6</sup>	0,2 <sup>7</sup>	48,8 <sup>8</sup>		28,6	2,8	0,0	100
Armenia	100,0	100						64,3	4,5	0,0	100
Australia	100,0	59,7		40,3 <sup>9</sup>				22	8,9	56,8	55,6
Austria	98,1	3,8 <sup>10</sup>	94,2	0,1 <sup>9</sup>				19,2	6,0	0,0	80,6
Azerbaiyán	...							73,8	9,5	0,0	67,8
Bangladesh	0,4						0,41	58,9	7,5	65,8	59,2
Belarús	100,0	100 <sup>11</sup>						23,2	3,6	0,0	96,8
Bélgica	100,0		99	57,5 <sup>9</sup>				21,8	9,4	88,4	66,6
Benin	0,5						0,44	51,4	4,4	...	90,3
Bolivia	66,9	30	25,8	10,5			0,6	28,5	6,7	65,0	79,3
Bosnia y Herzegovina	100,0	100						49,3	9,5	77,5	100
Botswana	...							12	5,6	...	28,8
Brasil	85,0	100 <sup>12</sup>		24,5				35,1	7,6	0,0	64,2
Bulgaria	100		100 <sup>13</sup>					44,8	7,5	51,6	98,4
Burkina Faso	0,2		0 <sup>14</sup>				0,2	52,2	5,6	1,0	98,1
Burundi	13		13 <sup>15</sup>				0	76,7	3,1	...	100
Camboya							0,66	69,6	10,9	0,0	86,2
Camerún	0,1						0,05	69,9	4,2	0,1	98,3
Canadá	100,0	35		65 <sup>9</sup>			0	14,9	9,9	2,1	49,6
Cabo Verde	65,0		26,7 <sup>16</sup>				0	26,7	4,6	35,5	99,7
República Centroafricana	6,0						6,03	58,5	4,0	...	95,3
Chad	...						0,01	57,9	6,5	...	96,3
Chile	96,0	25 <sup>17</sup>	43,8	17,6	9,6		0	23,7	6,1	32,1	46,2
China	23,9		10,0 <sup>18</sup>				13,9	55,9	5,6	53,4	87,6
Colombia	31,3		30,5 <sup>19</sup>			0,7 <sup>20</sup>	0,13	7,5	4,0	...	95,3

País	Cobertura formal							MHI Total	OOP como % del gasto total en salud	Gasto total en salud como % del PIB <sup>1</sup>	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud <sup>1</sup>	OOP como % del gasto privado en salud <sup>1</sup>
	Total (%)	Estatal (%) <sup>2</sup>	SHI (%)	PHI (%)	Otros (%)	Sindicato basado en la empresa						
Congo	...						0	35,8	2,0	0,0	100	
Costa Rica	100,0		87,8 <sup>21</sup>	12,2			0	18,8	7,3	88,6	88,7	
Côte d'Ivoire	5,0						5,02	65,5	3,6	...	90,5	
Croacia	100,0		100 <sup>22</sup>				0	16,4	7,8	96,1	100	
Cuba	100,0	100					0	9,9	7,3	0,0	75,2	
República checa	100,0	100		0 <sup>9</sup>			0	8,4	7,5	85,4	83,9	
Rep. Dem. del Congo	0,2						0,17	81,7	4,0	0,0	100	
Dinamarca	100,0	100					0	15,7	9,0	0,0	92,5	
República Dominicana	84	60	7,0	12,0			0	47,3	7,0	17,4	70,8	
Ecuador	73,0	28	18 17,4 <sup>23</sup>	20	7		0	54,1	5,1	31,9	88,1	
Egipto	47,6	34,3 <sup>24</sup>	12,9 <sup>25</sup>	0,44			0	53,5	5,8	27,1	93,2	
El Salvador	59,6	40	18,1 <sup>26</sup>	1,5			0	50,4	8,1	44,1	93,5	
Eritrea	...						0	54,5	4,4	0,0	100	
Estonia	94,0		94				0	20,2	5,3	84,9	88,3	
Etiopía	...						0	32,7	5,9	0,4	78,7	
Finlandia	100,0		100				0	19,1	1,5	0,0	80,5	
Francia	100,0		99,9	92 <sup>27</sup>			0	10	1,5	0,0	80,5	
Gabón	55,0	14,4 <sup>28</sup>	23 <sup>29</sup>	4,7 <sup>30</sup>	12,9 <sup>31</sup>		0	33,4	4,4	1,7	100	
Gambia	99,9						0	40,2	8,1	0,0	67,0	
Georgia	55,0		14 <sup>32</sup>				0	74,7	4,0	59,2	98,2	
Alemania	101,6	3,9 <sup>33</sup>	85,7 <sup>34</sup>	10 <sup>35</sup>	2 <sup>36</sup>		0	10,4	11,1	87,4	47,9	
Ghana	18,7						18,7	68,2	4,5	...	100	
Grecia	99,5			10 <sup>9</sup>			0	46,5	9,9	32,0	95,4	
Guatemala	72,6	26	16,6 18,2 <sup>37</sup>	30		> 0,008 <sup>38</sup>		55,4	5,4	50,5	91,9	
Guinea	1,1						1,09	82,9	5,4	1,5	99,4	
Guinea-Bissau	1,6						1,6	43,5	5,6	2,2	80,2	
Haití	60,0	21		38	1			43	7,5	0,0	69,5	

País	Cobertura formal							MHI Total	OOP como % del gasto total en salud	Gasto total en salud como % del PIB <sup>1</sup>	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud <sup>1</sup>	OOP como % del gasto privado en salud <sup>1</sup>
	Total (%)	Estatal (%) <sup>2</sup>	SHI (%)	PHI (%)	Otros (%)	Sindicato basado en la empresa						
Honduras	65,2	52	11,7	1,5				37,3	7,1	11,6	85,8	
Hungría	100,0	100		0				24,5	8,4	83,4	88,9	
Islandia	100,0	100		0 <sup>9</sup>				16,5	10,5	36,5	100	
India	5,7		5,2 <sup>39</sup>	0,04 <sup>40</sup>			0,48	72,9	4,8	4,2	97,0	
Indonesia	54,6	16,6 <sup>41</sup>	36,1 <sup>42</sup>	1,9 <sup>43</sup>				47,6	3,1	9,9	74,3	
Rep. Islámica del Irán	...							50	6,5	30,9	94,8	
Irlanda	100,0	100		43,8 <sup>9</sup>				13,1	7,3	0,8	61,9	
Israel	9,0							28,3	8,9	61,9	89,1	
Italia	100,0	100		15,6 <sup>9</sup>				20,7	8,4	0,2	83,3	
Jamaica	...							32	5,3	0,0	64,7	
Japón	100,0		100					17,1	7,9	80,5	90,1	
Jordania	≈80,0		70	5		3 7		40,6	9,4	0,7	74,0	
Kazajstán	70-80		70-80					42,7	3,5	0,0	100	
Kenya	25,0		25 <sup>44</sup>				0,015	50,6	4,3	10,0	82,6	
República de Corea	94,0		94 <sup>27</sup>	n.a. <sup>9</sup>				41,9	5,6	81,7	82,8	
Kuwait	0,0							20,5	3,5	0,0	91,2	
Kirguistán	...						0	59,2	5,3	15,2	100	
Rep. Dem. Popular Lao	16,1		15,9 <sup>45</sup>				0,15	46,4	3,2	1,0	75,5	
Letonia	87,0	87					0	46,9	6,4	82,7	94,3	
Líbano	95,1	45,3 <sup>46</sup>	26,1 <sup>47</sup>	12,6 <sup>48</sup>	11,1 <sup>49</sup>		0	56,1	10,2	46,0	79,4	
Lesotho	...						0	3,7	5,2	0,0	18,2	
Lituania	...						0	23,2	6,6	74,6	96,6	
Luxemburgo	99,7	1,44 <sup>50</sup>	98,3	2,4			0	7,1	6,8	88,1	77,3	
Madagascar	...						0	33,6	2,7	...	91,7	
Malawi	...						0	27,7	9,3	0,0	42,7	
Malasia	...							30,8	3,8	0,8	73,8	
Malí	2,0						2,0	38	4,8	26,0	89,3	
Mauritania	0,3						0,26	23,2	3,7	8,7	100	
México	78,6	28,6 <sup>51</sup>	47 <sup>52</sup>	3 <sup>53</sup>				50,5	6,2	66,9	94,2	

País	Cobertura formal							MHI Total	OOP como % del gasto total en salud	Gasto total en salud como % del PIB <sup>1</sup>	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud <sup>1</sup>	OOP como % del gasto privado en salud <sup>1</sup>
	Total (%)	Estatal (%) <sup>2</sup>	SHI (%)	PHI (%)	Otros (%)	Sindicato basado en la empresa						
República de Moldova	78,6		100 <sup>54</sup>						43,7	7,2	1,1	96,1
Mongolia	100	57,6 <sup>55</sup>	78,5 <sup>56</sup>						33	6,7	37,8	91,1
Marruecos	41,2		35 <sup>57</sup>	0,4	0,5 <sup>58</sup>	5,3 <sup>58</sup>			50,9	5,1	0,0	76,1
Mozambique	...								14,9	4,7	0,0	38,8
Myanmar	...								80,4	2,8	1,3	99,7
Namibia	22,5		10 <sup>59</sup>	12,5 <sup>60</sup>					5,8	6,4	1,9	19,2
Nepal	0,1						0,008 <sup>61</sup>	0,13	66,6	5,3	0,0	92,2
Países Bajos	100		76,3	28 <sup>9</sup>					7,8	9,8	93,0	20,8
Nueva Zelandia	100,0	100		35 <sup>9</sup>					15,6	8,1	0,0	72,1
Nicaragua	68,5	60	7,9		0,5			0,13	49,4	7,7	26,6	95,7
Niger	0,7							0,7	41,9	4,7	2,2	89,2
Nigeria	...								67,9	5,0	0,0	91,2
Noruega	100,0			0 <sup>9</sup>					15,6	10,3	17,9	95,4
Omán	100,0								9,5	3,2	0,0	56,1
Pakistán	...								70,9	2,4	53,3	98,0
Panamá	100,0	35,4	64,6						27,6	7,6	55,5	82,2
Papua Nueva Guinea	...								9,7	3,4	0,0	87,2
Paraguay	63,7	33,3	14,2 <sup>62</sup>	12,4		0,18 <sup>63</sup>	3,59		51,1	7,3	39,8	74,6
Perú	71,0	11,7 <sup>64</sup>	27,2 <sup>65</sup>					0,34	40,8	4,4	42,4	79,0
Filipinas		37,7 <sup>66</sup>	21,1 <sup>67</sup>						44	3,2	21,8	78,2
Polonia	...			0 <sup>9</sup>				0	26,4	6,5	86,0	87,8
Portugal	100,0	100,0		14,8 <sup>9</sup>				0	29	9,6	6,5	95,7
Rumania	100,0		100 <sup>68</sup>					0	33,5	6,1	85,8	90,4
Federación de Rusia	88		88 <sup>69</sup>					0	29,2	5,6	43,7	71,1
Rwanda	36,6	2,6 <sup>70</sup>	8,9 <sup>71</sup>					25,1 <sup>72</sup>	23,6	3,7	9,8	41,7
Arabia Saudita	...							0	6,9	4,0	...	28,6
Senegal	11,7		7 <sup>73</sup>					4,72	55,5	5,1	15,8	95,3
Serbia y Montenegro	96,2		96,2 <sup>74</sup>					0	20,9	9,6	89,8	85,3
Sierra Leona	...							0	41,7	3,5	0,0	100

País	Cobertura formal						MHI Total	OOP como % del gasto total en salud	Gasto total en salud como % del PIB <sup>1</sup>	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud <sup>1</sup>	OOP como % del gasto privado en salud <sup>1</sup>
	Total (%)	Estatal (%) <sup>2</sup>	SHI (%)	PHI (%)	Otros (%)	Sindicato basado en la empresa					
Singapur	...						0	62	4,5	21,5	97,1
Eslovaquia	96,2						0	11,7	5,9	93,5	100
Eslovenia	100,0						0	9,7	8,8	82,6	41,1
Sudáfrica	100,0	83,7 <sup>75</sup>		17 <sup>76</sup> 15,1 <sup>77</sup>			0	10,5	8,4	4,6	17,1
España	98,9			2,7 <sup>9</sup>			0	23,5	7,7	7,0	82,0
Sri Lanka	0,1						0,12	48,9	3,5	0,3	88,9
Suecia	100,0	100		0			0	13,6	9,4	0,0	92,1
Suiza	100,0		20	80 <sup>9</sup>			0	31,5	11,5	69,3	76,0
República Arabe Siria	29,2	100 <sup>78</sup>	0	0,005 <sup>79</sup>		18 <sup>80</sup>	11,2	51,8	5,1	0,0	100
Tayikistán	...						0	79,2	4,4	0,0	100
Rep. Unida de Tanzania	14,5		14,5 <sup>81</sup>				0,005	36,2	4,3	2,6	81,1
Tailandia	97,7	75,3 <sup>82</sup>	22,4 <sup>83</sup>				0	28,7	3,3	32,0	74,8
Ex Rep. Yugoslava de Macedonia	100,0		100 <sup>84</sup>				0	15,5	7,1	97,8	100
Togo	0,4						0,44 <sup>85</sup>	66,2	5,6	14,6	88,0
Túnez	99,0	33 <sup>86</sup>	65	1			0	45,1	5,4	23,5	83,0
Turquía	69,2		67,2	<2			0	19,9	7,6	54,6	69,9
Turkmenistán	82,3	82,3					0	32,6	3,9	6,1	100
Uganda	0,1						0,098	36,7	7,3	0,0	52,8
Ucrania	100,0	100 <sup>87</sup>					0	26,8	5,7	0,0	78,6
Reino Unido	100,0	100		10 <sup>9</sup>			0	11	8,0	0,0	76,7
Estados Unidos	100	32,4 <sup>88</sup>		71,9 <sup>9</sup> 66,4 <sup>89</sup>			0	13,5	15,2	28,4	24,3
Uruguay	87,8	27,2	15,8	30,8	13,9		0,13	18,2	9,8	48,5	25,0
Uzbekistán	...						0	54,4	5,5	0,0	95,5
Rep. Bolivariana de Venezuela	100,0	65,6	34,4				0	53,2	4,5	25,2	95,5
Viet Nam	23,4			22,2 <sup>90</sup>			1,17	53,6	5,4	16,6	74,2

País	Cobertura formal						MHI Total	OOP como % del gasto total en salud	Gasto total en salud como % del PIB <sup>1</sup>	Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto general del gobierno en salud <sup>1</sup>	OOP como % del gasto privado en salud <sup>1</sup>
	Total (%)	Estatal (%) <sup>2</sup>	SHI (%)	PHI (%)	Otros (%)	Sindicato basado en la empresa					
Yemen	6,3		0	0,03 <sup>91</sup>	4,65 <sup>92</sup>	1,5 <sup>93</sup>	0,1	56,4	5,5	...	95,5
Zambia	...						0	33,1	5,4	0,0	68,2
Zimbabwe	...						0	36,3	7,9	0,0	56,7

<sup>1</sup> Organización Mundial de Salud (2006), Anexo estadístico (<http://www.who.int/whr/2006/annex/en>). <sup>2</sup> Todos los datos relativos a los países de la OCDE han sido obtenidos de los Datos de Salud de la OCDE (2006) y los de América Latina de Mesa-Lago (2005/2007), excepto otras fuentes indicadas. <sup>3</sup> El Estado paga las cotizaciones en nombre de cerca de 8 millones de discapacitados y medio millón de desempleados; calculando un promedio de 3 dependientes, esto garantiza el acceso a la asistencia médica de aproximadamente 17% de la población total. <sup>4</sup> En 2004, la Caja Nacional de Seguridad Social de los Trabajadores Asalariados (CNAS) contaba con 7.750.045 beneficiarios. En octubre de 2006, el número aumentó a 9.331.767 beneficiarios (CNAS 2006). Para el régimen del seguro social del sector privado, Caja Nacional de Seguridad Social de los Trabajadores No Asalariados (CASNOS), sólo se disponía de información antigua sobre los beneficiarios: en 2000, la CASNOS tenía 330.863 afiliados cotizantes; calculando un promedio de cuatro dependientes que correspondería a un número total de 1.654.315 beneficiarios (CASNOS 2001). Además, los estudiantes, los veteranos de guerra, los desempleados cubiertos mediante el programa de desempleo, y algunos otros grupos están cubiertos por la CNAS y pagan así tasas de cotización inferiores. <sup>5</sup> Maceira 2005 pág.7. <sup>6</sup> el 9,8% sólo seguro privado de salud; el 3,8% PHI complementario además del plan de salud para los empleados (Maceira 2005 pág. 7). <sup>7</sup> Maceira 2005 pág.7. <sup>8</sup> Planes de seguro de salud para los empleados (Maceira 2005, pág. 7). <sup>9</sup> OCDE (2006), excepto para Alemania y los Países Bajos. El PHI es suplementario (1er número) o complementario (2do. número) sea al seguro financiado por impuestos o al SHI de protección social de la salud. <sup>10</sup> En 2004, Austria contaba con 170.449 receptores de asistencia social cuya cotización al SHI era pagada por las municipalidades con cargo a los ingresos fiscales (Statistik Austria 2006); el Tesoro también financia prácticamente todas las cotizaciones de los 138.539 agricultores jubilados (Mehl 2005, pág.15). <sup>11</sup> Arnaudova (2006), pág. 33. <sup>12</sup> Todos los ciudadanos tienen derecho a percibir prestaciones cubiertas por el Sistema Unificado de Salud, SUS, pero la disponibilidad varía con arreglo a las condiciones regionales y geográficas. <sup>13</sup> Arnaudova (2006), pág. 78. <sup>14</sup> La Caja Nacional de Seguridad Social no cubre las prestaciones de salud excepto algunos servicios preventivos de salud materno infantil vinculados con las prestaciones familiares y otros servicios principales y no es considerado "seguro de salud" (CNSS 2007). <sup>15</sup> Información directa del Departamento Técnico de la Mutual de la Función Pública, Bujumbura, enero de 2007, Witter (2002, pág. 21), mencionaba una tasa de cobertura del 10-15%. <sup>16</sup> En 2000, el número total de beneficiarios del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) fue de 115.378 de una población total de 431.989 (Ferreira 2003, pág. 8). <sup>17</sup> Debido a que los beneficiarios del FONASA grupo A (indigentes) están exonerados de las cotizaciones, la asistencia médica de este grupo se considera financiada por el Estado; todos los otros afiliados al FONASA pagan cotizaciones y por tanto están cubiertos por el régimen del seguro social de salud (FONASA 2006). <sup>18</sup> En 2005, más de 130 millones de beneficiarios estaban cubiertos por el régimen del Seguro Médico Básico (BMI) (MOLSS, 2005, tal y como fue citado en Tang et al., 2007, pág. 32); se debería tomar nota de que el BMI es llamado Sistema de Seguro de Salud Básico (BHIS) (Drouin y Thompson, 2006). <sup>19</sup> Según Castaño y Zambrano (2005), cerca de 13.800.000 colombianos están cubiertos en la actualidad por el sistema contributivo o subsidiado. <sup>20</sup> El seguro de equidad para los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales cubría a 309.790 beneficiarios en 2004 (Almeyda y Jaramillo 2005, pág. 39). <sup>21</sup> Sáenz/Holst 2007. <sup>22</sup> Arnaudova (2006), pág. 96f. <sup>23</sup> Datos estadísticos del IESS indican 1.184.484 afiliados cotizantes en 2003. 261.715 pensionistas, 819.405 (= 31,8 por ciento del grupo considerado objetivo) en el Seguro Social Campesino Ecuatoriano (IESS, 2006; González, 2006). <sup>24</sup> 16.470.022 alumnos cubiertos en virtud de la Ley 99/1992 y 5.525.125 infantes y niños (Decreto 380/1997). <sup>25</sup> 3.629.996 empleados del sector público cubiertos con arreglo a la Ley 32/1975; 3.121.529 beneficiarios del programa de trabajadores del gobierno en virtud de la Ley 79/1975, más 1.617.923 pensionistas y viudas (que cotizan el 1% de sus pensiones). <sup>26</sup> Incluidos todos los beneficiarios del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS, 2006) y del régimen de Bienestar Magisterial (Holst, 2003c, pág. 25). <sup>27</sup> OCDE (2006); se debe tomar nota de que en Francia el AMP complementa el seguro social de salud obligatorio universal mediante el reembolso de los copagos pertinentes: aproximadamente el 60% son *Mutuales* y el restante 40% son regímenes de seguro de salud sin fines de lucro y con fines de lucro. <sup>28</sup> 40.000 empleados públicos y más de 160.000 dependientes cubiertos por el Ministerio de Finanzas; 300.047 indigentes y trabajadores inestables, cubiertos en teoría por la Caja Nacional de Garantía Social, en realidad no se benefician de ningún tipo de servicio (Biyogo Bi-ndong et al., 2005 pág. 9). <sup>29</sup> 92.739 trabajadores del sector privado asegurados y 226.515 dependientes (Biyogo Bi-ndong et al., 2004, pág. 9). <sup>30</sup> 22.000 afiliados cotizantes y un número total de 65.000 beneficiarios estaban cubiertos a través del seguro de salud privado (Biyogo Bi-ndong et al., 2004, pág. 11). <sup>31</sup> El porcentaje restante según el número total de personas cubiertas (52%) menos aquellos cubiertos por cualquiera de los regímenes mencionados (Biyogo Bi-ndong et al., 2004, p.3f., 9). <sup>32</sup> Hasta 2002, el Fondo Estatal Unificado del Seguro Social (SUSIF) no cubría más del 14% de la población de Georgia (Witter, 2002 pág. 22) aunque en la estructura del empleo en el país los asalariados representaban el 35.4% de los trabajadores (trabajadores por cuenta propia: 35%; empleados no asalariados: 37.8%) (Collins, 2006, pág. 302f). <sup>33</sup> Las municipalidades pagan las cotizaciones del seguro de salud de los beneficiarios de las prestaciones de asistencia social cuyo número era de 2.910.226 en 2004; Además, el gobierno central financia las cotizaciones al seguro social de 351.409 agricultores jubilados (Krieger, 2006, pág. 4; LSV, 2005, pág. 96). <sup>34</sup> La cobertura total del seguro social de salud abarca a 74.051.000 personas de una población total de 82.600.000 ciudadanos lo que corresponde al 89.65% de la población en Alemania. Sin embargo, los beneficiarios del seguro social de salud para quienes el gobierno central o los gobiernos locales pagan cotizaciones son considerados como usuarios de la asistencia médica pagada por el Estado (OCDE, 2006). <sup>35</sup> Sustituto del seguro de salud obligatorio para las personas más acomodadas. <sup>36</sup> Busse y Riesberg (2004), pág. 57. <sup>37</sup> Herrera (2006), pág. 4. <sup>38</sup> Más de 1.000 afiliados al Servicio Solidario de Salud organizado por la Mutual de la Central General de Trabajadores (Develtere y Fonteneau, 2001, pág. 30f). <sup>39</sup> El Régimen de Seguro de los Empleados del Estado (ESIS) cubre a aproximadamente 7,9 millones de asegurados y cerca de 30,7 millones de beneficiarios; el número de titulares de la tarjeta del Régimen del Seguro de Salud del Gobierno Central (CGHS) es en la actualidad de 1 millón con un número total de beneficiarios de cerca de 4,3 millones; Seguro de Salud de los Trabajadores

Ferrovianos, 8 millones; trabajadores de la defensa, 6,6 millones; antiguos combatientes, 7,5 millones; trabajadores mineros y de las plantaciones (sector público) 4 millones de beneficiarios (Gupta, 2007, pág.113, 118).<sup>40</sup> Régimen Universal de Seguro de Salud (cotización compartida: 416.936 beneficiarios (Oficina Nacional de Seguro).<sup>41</sup> Se esperaba que 36.146.700 beneficiarios se afiliaran al sistema Askesin extendido para las personas de bajos ingresos en Indonesia subsidiado por los gobiernos central y local (Adang, 2007, pág. 149f).<sup>42</sup> Desde 2005, la nueva iniciativa (Askesin) ha extendido la cobertura del seguro de salud a 60 millones de personas más o al 27,6% de la población, contando el régimen del seguro de salud para los empleados públicos Askeswith con aproximadamente 4,5 millones de empleados afiliados y 9,3 millones de dependientes, la suma es de 13,8 millones de beneficiarios, o el 6,3% de la población. El seguro social de salud para los trabajadores del sector privado (Jamsostek) cubría a 1,26 millones de empleados y 2,74 millones de beneficiarios en 2005. Aproximadamente 2 millones de personas estaban aseguradas por el sistema de servicios de salud para los militares que cubría a todas las fuerzas armadas.<sup>43</sup> En 1999 (!), 4 millones de personas estaban cubiertas por los seguros privados de salud comerciales (Adang 2007, pág. 148).<sup>44</sup> Witter (2002), pág. 21; La Caja Nacional de Seguridad Social (NHIF) cubre al 7 % de la población de Kenya (Scheil-Adlung et al. 2007, pág. 133).<sup>45</sup> 875.000 beneficiarios cubiertos por el Régimen de Seguridad Social del Sector Público, incluidos ≈91.000 empleados públicos y ≈100.000 miembros de las fuerzas armadas y 48.096 beneficiarios de la Organización de Seguridad Social del Sector Privado (SSO) (Hohmann et al., 2005).<sup>46</sup> 2.083.662 libaneses – 1.047.338 hombres y 1.036.324 mujeres – tienen derecho a la cobertura del Ministerio de Salud Pública (MoPH, 2006).<sup>47</sup> La cobertura de la Caja Nacional de Seguridad Social, tal y como informa la propia Caja, fue del 26,1% en 2001, aunque las encuestas de hogares mostraron una tasa más baja del 17,8% (Ammar et al., 2000) por cuanto desde 2003, la Caja contaba con 386.000 afiliados: 253.000 hombres (65,54%) y 133.000 mujeres (34,45%) (Papadopoulos 2006, pág. 4). El número promedio de dependientes estaría cerca de dos personas, lo que parece relativamente bajo para un país árabe.<sup>48</sup> El 8% de la población tiene una cobertura completa mediante el seguro privado, y el 4,6% de la población ha contratado un seguro privado de salud para complementar la cobertura de otros regímenes de seguro (Ammar et al. 2000, p.24).<sup>49</sup> Beneficiarios cubiertos por cualquier régimen puesto en vigor para los miembros de las cuatro armas del aparato de seguridad (Ammar et al. 2000, p.24).<sup>50</sup> Ministerio de Seguridad Social (2005).<sup>51</sup> Frenk et al. (2007), pág. 24; tratándose de la financiación por los impuestos, sírvase tomar nota de la inclusión anual prevista del 14,3% del grupo considerado como objetivo consistente en 11 millones de familias, o 50 millones de beneficiarios que representan el 49% de la población total. Las estimaciones para el segundo año después del establecimiento del Sistema de protección social de la salud (SSPH) en 2004.<sup>52</sup> *Ibid.*<sup>53</sup> *Ibid.*<sup>54</sup> Arnaudova (2006), pág. 114f.<sup>55</sup> 1.439.544 personas fueron cubiertas por el Estado en 2002 (Khorolsuren y Tseden, 2005, pág. 3f).<sup>56</sup> En 2002, el número total de afiliados al seguro de salud fue de 523.617 lo que corresponde a 1.963.161 beneficiarios (Khorolsuren y Tseden 2005, pág.3f).<sup>57</sup> En 2005, el régimen del seguro social para el sector privado Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS) cubrió a cerca de 6 millones de beneficiarios, y el régimen seguro social para los empleados públicos Caja nacional de Previsión Social (CNOPS) aproximadamente a 3,2 millones de beneficiarios. Alrededor del 4% fueron cubiertos por el seguro de salud organizado por los empleadores (Caja Mutual Interprofesional de Marruecos) (L'Observatoire de Tángier 2007; Kaddar et al., 1999, pág. 4f).<sup>58</sup> Dirección de Estadísticas 2005, pág. 485.<sup>59</sup> Witter (2002), pág. 21.<sup>60</sup> Feeley et al. (2006), pág. 6.<sup>61</sup> La Federación General de Sindicatos de Nepal cubría a cerca de 2.000 beneficiarios (OIT, 2003a, págs. 8, 10).<sup>62</sup> Instituto de Previsión Social (2003); Holst (2003b).<sup>63</sup> Los empleados de la Compañía Binacional Itaipú están cubiertos por el Seguro Itaipú (Holst 2003b).<sup>64</sup> También, el régimen de seguro administrado por el sector público Seguro Integral de Salud (SIS) contaba con 11.044.140 beneficiarios afiliados (MINSA, 2006, pág. IR-1). Sólo 3.221.090 beneficiarios disfrutaban de cobertura efectiva (comunicación personal aportada por el personal del SIS).<sup>65</sup> El número total de empleados del sector formal y sus dependientes que están cubiertos por el régimen del seguro social de salud EsSalud es de 7.500.000 (<http://www.essalud.gob.pe>).<sup>66</sup> Al 31 Dec., 2004, PhilHealth cubría a un número total de 31.290.750 beneficiarios a través del programa subvencionado (para los indigentes) que paga las primas de las personas necesitadas (PhilHealth, 2006).<sup>67</sup> El número total de 17.520.000 beneficiarios incluye a los empleados del gobierno (seguro obligatorio), a los empleados del sector privado y a los trabajadores afiliados a la fecha, más los afiliados al Programa de Pagos Individuales para los trabajadores del sector informal (Basa, 2007).<sup>68</sup> Arnaudova (2006), pág. 132.<sup>69</sup> Balabanova et al. (2003), pág. 2126.<sup>70</sup> Los beneficiarios del sistema Gacaca (113.770) y los presos (107.000), tienen derecho gratuito a las prestaciones de salud del sector público (Musango et al., 2006, pág. 126).<sup>71</sup> Seguro de Enfermedad la Ruandesa (RAMA): 155.394; Fondo de apoyo a los supervivientes del genocidio (FARG): 283.000; Fuerzas armadas: 100.000; y seguro privado de salud: 213.512 (Musango et al., 2006, pág. 126).<sup>72</sup> Musango et al. (2006), pág.126.<sup>73</sup> Número total de beneficiarios cubiertos por las instituciones del seguro de salud de las empresas o interempresas (IPMs) que administran el régimen obligatorio de protección social de la salud para los trabajadores del sector formal (Scheil-Adlung et al., 2007, pág. 133).<sup>74</sup> Información proporcionada por el Prof. Laaser Belgrade.<sup>75</sup> Asistencia médica básica brindada a la gran mayoría en Sudáfrica mediante instalaciones públicas que cobran honorarios a los usuarios según la región y el tipo de servicio (Scheil-Adlung et al., 2007, pág.133).<sup>76</sup> Cobertura por los regímenes privados de seguro de salud profesional (Scheil-Adlung et al., 2007, pág. 134).<sup>77</sup> Consejo de los Regímenes Médicos (2006), pág. 47.<sup>78</sup> En principio, los sirios tienen derecho a la atención preventiva y primaria a cargo de proveedores públicos. Además, los pacientes con enfermedades crónicas también reciben asistencia médica gratuita o a tarifas reducidas en instalaciones de la salud pública.<sup>79</sup> El seguro médico privado comienza a hacer su aparición en Siria desde que las primeras compañías fueron autorizadas a funcionar en julio de 2006 (Holst, 2006).<sup>80</sup> Se estima que la mitad de los 3 millones de empleados públicos está cubierto por algún tipo de régimen de seguro, según la primera evaluación de los regímenes de seguro de salud profesionales de Siria. Aproximadamente el 12-14% de la población tiene derecho a prestaciones de salud en virtud de regímenes profesionales. Sin embargo, los estudios correspondientes no tuvieron en cuenta el hecho de que los sindicatos gestionan regímenes complementarios para sus dependientes en varias empresas públicas, lo que se traduce en un número mayor de personas protegidas por los regímenes de seguro de salud profesionales (Schwefel 2006a, 2006b; Holst, 2006).<sup>81</sup> El número total de beneficiarios de la seguridad social en Tanzania es de 5.319.378: 400.000 afiliados a la CNSS, 2.360.000 beneficiarios; PPF 60.000 afiliados, 354.000 afiliados; PSPF 193.000 afiliados, 1.138.700 beneficiarios; LAPF 40.000 afiliados, 236.000 beneficiarios; NHIF 248.343 afiliados, 1.142.178 beneficiarios; GEPP 15.000 afiliados, 88.500 beneficiarios (Dau, 2005, pág. 2; Humba, 2005 pág. 7).<sup>82</sup> En 2002, el régimen UC cubrió a 47 millones de personas en Tailandia (Tangcharoensathien et al., 2007, pág. 127).<sup>83</sup> Régimen de Prestaciones Médicas para los Empleados Públicos (6 millones o el 10% de la población) y el Seguro Social de Salud para los trabajadores del sector privado (8 millones o el 13%) ambos se consideran sistemas de seguro social de salud (Tangcharoensathien et al., 2007, pág. 127).<sup>84</sup> Arnaudova (2006), pág. 197f.<sup>85</sup> Concertation (2004), pág. 14.<sup>86</sup> Achouri (2007), pág. 52; se debería tomar nota de que la CNSS cubre a cerca de 4 de cada 5 beneficiarios de la seguridad social. El porcentaje de personas cubiertas mediante servicios financiados con cargo a los impuestos incluye a los que tienen derecho a los servicios de salud gratuitos (8%) y a tarifas reducidas en las instalaciones públicas (25% de la población).<sup>87</sup> Arnaudova (2006), pág. 233f.<sup>88</sup> En 2003, 41,2 millones de ciudadanos de Estados Unidos se inscribieron en Medicare y 54 millones en Medicaid (Oficina del Censo de los Estados Unidos, 2007).<sup>89</sup> Hoffman et al. (2005), pág. 10.<sup>90</sup> A finales de 2005, el régimen obligatorio contaba con 8.142.000 afiliados y los regímenes voluntarios con 6.245.000 ciudadanos de Viet Nam, mientras que 3.889.000 pobres se inscribieron gracias a subvenciones del Fondo de Asistencia Médica para los Pobres (Tien, 2007, pág. 64).<sup>91</sup> El número estimado de ciudadanos de Yemen cubiertos mediante el seguro privado de salud es de aproximadamente 6.000 (Schwefel et al., 2005, pág. 108 y siguientes).<sup>92</sup> Se estima que las fuerzas armadas y la policía cuentan con un personal de 920.000 empleados que están cubiertos por el régimen militar de prestaciones de salud o por el régimen del Ministerio del Interior (Schwefel et al., 2005, pág. 105).<sup>93</sup> Con arreglo a las estimaciones, cerca de la mitad de todos los trabajadores y asalariados del sector formal tienen derecho algún tipo de régimen de seguro de salud (Schwefel et al., 2005, pág.105).

---

## **Anexo III**

### **Juego de Herramientas de la OIT**

#### **NATLEX**

NATLEX es una base de datos sobre la legislación nacional relativa al trabajo, a la seguridad social y a los derechos humanos que mantiene actualizado el Departamento de Normas Internacionales del Trabajo de la OIT. Los datos que contiene la base proporcionan resúmenes de la legislación e información citada pertinente, catalogada por palabras clave y por temas. NATLEX contiene más de 55.000 registros que cubren a más de 170 países y territorios. Cada registro de NATLEX aparece sólo en uno de los tres idiomas oficiales (inglés, francés o español). En lo posible, el texto completo de la ley o de la fuente electrónica pertinente está vinculado con el registro. Por lo general los datos son actualizados, aunque puede ocurrir algún retraso entre la recepción de la información y la actualización de los registros.

#### ***Servicios de asesoramiento actuarial y financiero***

Muchos países requieren asesoramiento neutral y objetivo sobre cuestiones en materia de estrategia o administrativas, financieras y presupuestarias o apoyo en la constitución de la capacidad institucional nacional de cara a un diseño sólido y administración de los programas de protección social. El Servicio Internacional Financiero y Actuarial de la OIT (ILO FACTS) presta asistencia a las instituciones gubernamentales y a los organismos autónomos de protección social para el desarrollo de su propia capacidad de planificación cuantitativa y mejora de la administración y gobernanza de sus regímenes de protección social. ILO FACTS es un grupo de asesoramiento sectorial para utilización exclusiva de las instituciones nacionales de protección social o regímenes de seguridad social. Es un servicio que la OIT brinda a sus mandantes. Posee una alta especialización en las cuestiones actuariales, financieras y presupuestarias de la protección social. ILO FACTS es el grupo consultivo con la experiencia internacional más larga y rica en los aspectos cuantitativos de la seguridad social en el mundo.

#### ***La familia de modelos de la OIT***

*Proyecciones demográficas.* ILO-POP produce previsiones de la población que satisfacen la metodología estándar de las Naciones Unidas para las proyecciones demográficas en base a una estructura de población inicial combinada con hipótesis sobre mortalidad, fertilidad y migraciones. Este modelo es también utilizado como un generador estándar de insumos para los modelos actuariales de pensiones y de presupuesto social que requieren proyecciones demográficas de largo plazo. Recientemente se han elaborado modelos de proyecciones demográficas con objeto de tener en cuenta los efectos de la epidemia del VIH/SIDA en la mortalidad.

*Presupuesto social.* ILO-SOCBUD consiste en cuatro submodelos: el submodelo de la fuerza laboral (ILO-LAB) y el submodelo económico (ILO-ECO), juntos proporcionan datos sobre el empleo y los ingresos al submodelo del gasto social (ILO-SOC), que brinda información sobre los gastos por funciones (gastos por función de la protección social) de los principales subsistemas y regímenes de seguridad social, por ejemplo, protección social de la salud y protección de la vejez. El cuarto submodelo, ILO-GOV, agrega los datos que se utilizan en las cuentas del gobierno y de las instituciones del sistema de seguridad social.

---

*Modelo de pensiones.* ILO-PENS es un modelo actuarial de pensiones que tradicionalmente es utilizado para realizar proyecciones financieras y actuariales independientes para los regímenes nacionales de pensiones. Puede también ser utilizado como un insumo de ILO-SOCBUD.

*Distribución de salarios.* ILO-DIST ha sido desarrollado para generar datos sobre la distribución del salario. Es utilizado básicamente para las proyecciones de las pensiones pero, como los sistemas de protección social son redistributivos, es también necesario tener en cuenta la distribución del ingreso cuando se brinda asesoramiento en materia de políticas para el diseño y financiación de esos sistemas.

*Modelo de salud.* ILO-HEALTH es el modelo recién llegado a la familia de modelos de la OIT y se encuentra aún en proceso de prueba. Está diseñado como una herramienta para llevar a cabo evaluaciones independientes de la situación financiera y del desarrollo de los sistemas de asistencia médica y se aplica también para generar insumos para el componente de salud de ILO-SOCBUD.

## **Indicadores de rendimiento**

El Departamento de Seguridad Social ha desarrollado un conjunto preliminar de indicadores cuantitativos de rendimiento que pueden ser utilizados por los administradores y por los organismos de supervisión a efectos de evaluar el rendimiento de los regímenes de seguridad social.

## **STEP**

A fin de abordar las bajas tasas de cobertura de la protección social en los países en desarrollo, STEP elabora estrategias innovadoras y mecanismos específicamente orientados a proporcionar cobertura a las personas actualmente excluidas de los regímenes vigentes. STEP trabaja sobre los regímenes de prestaciones sociales basados en la comunidad y, en especial, sobre las mutuales de salud. También trabaja en torno a los vínculos entre los distintos regímenes diseñados y puestos en funcionamiento con el propósito de proteger a las personas excluidas.

## **GIMI**

La Plataforma de Información Global sobre el Microseguro (GIMI) tiene como objetivo la mejora de la base de conocimientos relativa a la protección social y la promoción de la interacción entre actores gracias a las tecnologías modernas de información y de comunicación. Brinda recursos y servicios para apoyar a los usuarios en el diseño, aplicación y administración de los regímenes de protección social, mediante:

- una biblioteca en línea incluyendo guías, estudios de caso, artículos y presentaciones;
- un glosario bilingüe francés-inglés;
- una base de datos sobre los regímenes de microseguro en todo el mundo;
- programas informáticos gratuitos de gestión y supervisión;
- paquetes de formación a ser utilizados en sesiones en línea y presenciales; así como herramientas de autoaprendizaje;
- asistencia en línea de los expertos que se encuentran en el terreno;

- 
- el foro de debate e-GIMI;
  - sitios Web de colaboración llamados “wikis” cuyo objetivo es la exploración de cuestiones técnicas o la ejecución de proyectos conjuntos;
  - un boletín de noticias de colaboración con aportaciones de los usuarios.

## **CIARIS**

El Centro de Aprendizaje y Recursos para la Inclusión Social (CIARIS) es una plataforma de Internet. Apoya a las organizaciones y a las personas en la concepción, planificación, aplicación, supervisión y evaluación de los proyectos orientados a luchar contra la exclusión social en el ámbito local. CIARIS contiene una amplia gama de información y recursos disponibles mediante tres servicios:

- CIARISAssist vincula a las personas con expertos especializados;
- CIARISLearning ofrece una amplia gama de sesiones de aprendizaje a distancia;
- CIARISFora pone a la disposición foros en línea para el debate.



---

## Referencias

- Achouri, Hedi. 2007. *Advances in Implementing Social Security: Lessons from Tunisia* en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (editores) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 52-56.
- Akal, Afsar. 2005. *Social Security in Fiji Kiribati Samoa Solomon Islands and Vanuatu. Extending Social Health Insurance Coverage in Pacific Island Countries Project: RAS/04/M59/NET. OIT/Gobierno de los Países Bajos* (<http://zope0.itsilo.org/socpro/pacific/db/Reports/>).
- Almeyda, Gloria; Jaramillo, Francisco de Paula. 2005. *La Equidad Seguro, Colombia. CGAP Grupo de Trabajo sobre el Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso No. 12* ([http://microfinancegateway.org/files/27891\\_file\\_Equidad\\_Good\\_and\\_Bad\\_Practices\\_No.\\_12.pdf](http://microfinancegateway.org/files/27891_file_Equidad_Good_and_Bad_Practices_No._12.pdf)).
- Ammar, Walid; Fakha, Hisham; Azzam, Osmat; Khoury, Rita Freiha; Mattar, Charbel; Halabi, Maher; Aoudat, Doried; Srour, Khaled. 2000. *Lebanon National Health Accounts. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud, Banco Mundial (proyecto)* ([http://www.who.int/nha/docs/en/Lebanon\\_NHA\\_report\\_english.pdf](http://www.who.int/nha/docs/en/Lebanon_NHA_report_english.pdf)).
- Appiah-Denkyira Ebenezer; Prever Alex. 2007. *Reaching the Poor in Ghana with National Health Insurance – An Experience from the Districts of the Eastern Region of Ghana*, en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (editores) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 73-81.
- Arhin-Tenkorang, Dyna. 2001. *Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection and Resource Mobilization. CMH Working Paper Series, Paper No WG3: 1. Washington DC* ([http://www.cmhealth.org/docs/wg3\\_paper1.pdf](http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper1.pdf)).
- Arnauodova, Albena. 2006. *10 Health Questions About the New EU Neighbours. Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhagen* (<http://www.euro.who.int/Document/E88202.pdf>).
- Asfaw, Abay. 2006. Estudio nacional preparado por Xenia Scheil-Adlung et al. *What is the Impact of social health protection on access to health care health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries, Extension of Social Security*, Documento ESS No. 24. OIT, Ginebra.
- Bailey, Clive. 2004. *Extending Social Security Coverage in Africa. Extension of Social Security*, Documento ESS No. 20. OIT, Ginebra (<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/707sp1.pdf>).
- Balabanova, Dina; Falkingham, Jane; McKee, Martin. 2003. *Winners and Losers: Expansion of Insurance Coverage in Russia in the 1990s* en *American Journal of Public Health*, 93 (12), págs. 2124-2130 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1448163&blobtype=pdf>).
- Banco Asiático de Desarrollo (BAD). 2006. *Asian labour market developments*, Manila.

- 
- Banco Mundial. 2004. Un mejor clima de inversión en beneficio de todos. Informe sobre el Desarrollo Mundial, 2005. Banco Mundial; Oxford University Press. Washington, DC; Nueva York, NY  
([http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2005/Resources/complete\\_report.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2005/Resources/complete_report.pdf)).
- \_\_\_\_\_. 2005. Equidad y Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006. Washington, DC  
(<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-1127230817535/082136412X.pdf>);  
[http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/09/20/000112742\\_20050920110826/Rendered/PDF/322040World0Development0Report02006.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2005/09/20/000112742_20050920110826/Rendered/PDF/322040World0Development0Report02006.pdf)).
- \_\_\_\_\_. 2006b. Prioridades en el control de enfermedades en los países en desarrollo (2a edición). Oxford University Press, Nueva York, NY.
- Bayarsaikhan, Dorjsuren. 2005. Current challenges in delivering social security health insurance. Current needs and challenges in delivering social health insurance in Asia and the Pacific. Documento presentado en la Reunión de la AISS de Directores de las Organizaciones de Seguridad Social de Asia y del Pacífico, Seúl, 9-11 de noviembre de 2005. AISS, Ginebra (<http://www.issa.int/pdf/seoul05/2bayarsaikhan.pdf>).
- Bennett, Sara. 2004. "The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis", en *Health Policy and Planning* 19 (3), págs. 147-158, Oxford University Press, Londres  
(<http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/3/147>).
- Biyogo Bi-ndong, Gaston; Inoua, Aboubacar; Mbeng Mendou, Jean Pierre; Nkoghe Eny, Jean Christian. 2005 Assurance Maladie au Gabon. Presentación en el "Coloquio sobre la cobertura de la enfermedad en el Africa de habla francesa", 26-30 de abril de 2004, WBI-IMA París  
([http://www.ces-asso.org/docs/WBI\\_IMA\\_Rapport\\_Gabon.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/WBI_IMA_Rapport_Gabon.pdf)).
- Bonilla, Alejandro; Gruat, Jean-Victor. 2003. Protección Social. Una inversión durante toda la vida para la justicia social, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible, Versión 1.0. OIT, Ginebra.  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifeycl/lifecycle.pdf>).
- Brown, Warren; Churchill, Craig. 2000. Insurance Provision in Low-Income Communities. Part II: Initial Lessons from Micro-Insurance Experiments for the Poor. Microenterprise Best Practices. Bethesda, Maryland.  
(<http://www.microinsurancecentre.org/resources/Documents/Micro-Insurance-Part2.pdf>).
- Caja Nacional de los Seguros Sociales de los Trabajadores Asegurados (CNAS). 2006. Evolución del número de asegurados por categoría y sexo de 2002 hasta 2006 a nivel nacional. Base de datos hasta octubre de 2006. Dirección Informática, CNAS Argelia <http://www.cnas.org.dz/etats/evolasseff1006.pdf>. Distribución nacional de la población inscrita por categoría, sexo y situación familiar. Base de datos hasta octubre de 2006. Dirección Informática, CNAS Argelia  
(<http://www.cnas.org.dz/etats/assstf1006.pdf>).
- Caja Nacional de los Trabajadores no Asegurados (CASNOS). 2001. Intervención del Ministro de Trabajo y de la Protección Social. CASNOS Argelia  
(<http://www.casnos.com.dz/intervention.htm>).

- 
- Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS). 2007. La CNSS en números. Ouagadougou (<http://www.cnss.bf/>).
- Castaño, Ramón Abel; Zambrano, Andrés. 2005. *Biased selection within the social health insurance market in Colombia*. Documento presentado en la CERDI – 2a. Conferencia Internacional: Financiación de la Salud en los Países en Desarrollo, 1-2 de diciembre de 2005, Clermont-Ferrand.
- Churchill, Craig (ed.). 2006. *Protecting the poor. A microinsurance compendium*. OIT/Fundación Munich Re, Ginebra/Munich ([http://www.munichre-foundation.org/StiftungsWebsite/Projects/Microinsurance/2006Microinsurance/Microinsurance\\_Compndium.htm](http://www.munichre-foundation.org/StiftungsWebsite/Projects/Microinsurance/2006Microinsurance/Microinsurance_Compndium.htm)).
- Collins, Téa. 2006. *The Georgian healthcare system: Is it reaching the WHO health system goals?*, en *The International Journal of Health Planning and Management*, 21 (4), págs. 297-312 (<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/112777197/PDFSTART>).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Instituto de Investigación Económica Aplicada; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (CEPAL/IPEA/PNUD). 2002. *Cumpliendo las Metas del Milenio de Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, Santiago, Chile (<http://www.undp.org/rblac/documents/poverty/mdg/MDGs-libro70.pdf>).
- Concertation sur les Mutuelles de santé en Afrique (Concertation). 2004. *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique. Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*. Dakar. (<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/1554p1.pdf>).
- Council for Medical Schemes. 2006. *Informe Anual 2005-6*. Pretoria (<http://www.medicalschemes.com/publications/publications.aspx?catid=7>).
- Dau, Ramadhani K. 2006. *The adequacy of current social security benefits*. Documento presentado en la Reunión de la AISS de Directores de las Organizaciones de Seguridad Social de Africa de Habla Inglesa, Mahe Seychelles 3-6 de octubre de 2006. AISS, Ginebra (<http://www.issa.int/pdf/seychelles06/2Tanzania.pdf>).
- Deaton, Angus. 2006. Conferencia Anual del IMIE, Instituto Mundial para la Investigación sobre la Economía (IMIE), Universidad de las Naciones Unidas, Helsinki.
- Develtere, Patrick; Fonteneau, Bénédicte. 2001. *Member-Based Organisations for Social Protection in Health in Developing Countries. Member-Based Health Micro-Insurance in Developing Countries – Segundo proyecto*. Documento preparado para la OIT/STEP. Universidad Católica de Lovaina (<http://www.hiva.be/docs/paper/34.pdf>).
- Dirección del Desarrollo y de la Cooperación, Suiza (DDC). 2003. *Views of the Poor*. Dar es Salaam – DDC.
- Dror David; Preker Alexander. (eds). 2002. *Social Reinsurance: a new approach to sustainable community health financing*. OIT/Banco Mundial, Washington, DC ([http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/11/01/000094946\\_02102204203143/Rendered/PDF/multi0page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/11/01/000094946_02102204203143/Rendered/PDF/multi0page.pdf)).
- Drouin, Anne; Thompson, Lawrence. 2006. *Perspectives on the social security system of China*. Extensión de la Seguridad Social, Documento ESS, No. 25. OIT, Ginebra (<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1511sp1.pdf>).

- 
- Estivill, Jordi. 2003. Panorama de la lucha contra la exclusión social – Conceptos y estrategias. OIT-STEP/Portugal, Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/96p1.pdf>).
- Evans Timothy. 2007. *Universal coverage: from concept to implementation* en Jens Holst and Brandrup-Lukanow (eds.) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 7-12.
- Feeley, Frank; de Beer, Ingrid; Rinke de Wit, Tobias; van der Gaag, Jacques. 2006. *The Health Insurance Industry in Namibia. Baseline Report*. Center for International Health; Amsterdam Institute for International Development; PharmAccess Foundation. Boston  
([http://sph.bu.edu/images/stories/scfiles/cih/final\\_namibia\\_insurance\\_situation\\_june\\_2006.pdf](http://sph.bu.edu/images/stories/scfiles/cih/final_namibia_insurance_situation_june_2006.pdf)).
- Ferreira, Orlanda. 2003. *A extensão da protecção social: o caso de Cabo Verde. Extensão da Segurança Social*, ESS Informe N° 15 (Extending social security: Challenges for Cape Verde. Documento ESS No. 15). OIT, Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/455sp1.pdf>).
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). 2006. Demografía\_2003.xls *Tables 1.1. and 1.2.6*. Santiago (<http://www.fonasa.cl>) [visitado el 29 de diciembre, 2006].
- Fouad, Samir. 2005. *Egypt National Health Accounts 2001-02. The Partners for Health Reformplus Project*; Abt Associates Inc., Bethesda, Maryland  
([http://www.phrplus.org/Pubs/WP013\\_fin.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/WP013_fin.pdf)).
- Frenk, Julio; Knaul, Felicia; González-Pier, Eduardo; Barraza-Lloréns, Mariana. 2007. *Poverty health and social protection* en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (eds.) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 22-31.
- Fundación de la familia Kaiser. 2006. *The Uninsured and Their Access to Health Care*. Octubre 2006, Washington, DC (<http://www.kff.org/uninsured/upload/The-Uninsured-and-Their-Access-to-Health-Care-Oct-2004.pdf>).
- General Organisation for Social Insurance (GOSI). 2006. *Statistical Data on Employers and Workers for the year 2005*  
(<http://www.gosi.org.bh/english/statistics-2005.htm#1>).
- Ghana. 2003. *Ghana Poverty Reduction Strategy 2003-2005, An agenda for growth and prosperity*, Volume I: Analysis and policy statement. Accra.
- González-Jijón, Luis Alberto. 2006. El Seguro Social Campesino Ecuatoriano: evolución y perspectivas. Presentación realizada en la Conferencia Regional de la las Américas, Belize City 28-31 de mayo, 2006.
- Gulliford, Martin; Figueroa-Munoz, Jose; Morgan, Myfanwy; Hughes, David; Gibson, Barry; Beech, Roger; Hudson, Meryl. 2002. *What does 'access to health care' mean?* en *Journal of health services research & policy* 7 (3) págs. 186-188  
(<http://phs.kcl.ac.uk/martin/access.pdf>).
- Gupta, Indrani. 2007. *Health Coverage for All: Strategies and Choices for India* en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (eds.) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 111-120.

- 
- Hakobyan, Tatul; Nazaretyan, Mihran; Makarova, Tatyana; Aristakesyan, Movses; Margaryants, Hovhannes; Nolte, Ellen. 2006. *Armenia: Health system review*, en *Health Systems in Transition* 8 (6), págs. 1-180 (<http://www.euro.who.int/Document/E89732.pdf>).
- Henke, Klaus-Dirk; Schreyögg, Jonas. 2004. *Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France Germany Japan and the Netherlands. A comparative study*. AISS Ginebra. ISBN 92-843-1166-7 (<http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp09-2004.pdf>).
- Hoffman, Catherine; Carbaugh, Alicia; Yang Moore, Hannah; Cook, Allison. 2005. *Health Insurance Coverage in America*. 2004 Data Update. Fundación de la Familia Kaiser. Washington, DC (<http://www.kff.org/uninsured/upload/Health-Coverage-in-America-2004-Data-Update-Report.pdf>).
- Hofmarcher, Maria M; Rack, Herta. 2001. *Health Care Systems in Transition – Austria* en *Health Care Systems in Transition*, Observatorio Europeo sobre Sistemas de Asistencia Médica, Copenhague ([www.euro.who.int/document/e72787.pdf](http://www.euro.who.int/document/e72787.pdf)).
- Hohmann, Jürgen; Vorasarn, Somnuk; Manivong, Khampheth. 2005. *The promising role of the formal sector towards health for all: Laos develops ambitious strategies based on its successful inception of social security*. Documento presentado al CERDI – 2a. Conferencia Internacional: Financiación de la Salud en Países en Desarrollo, 1-2 de diciembre. 2005, Clermont-Ferrand.
- Holst, Jens. 2003a. Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay. Breve descripción de los sistemas aseguradores de salud existentes en el país. (Financiación de los sistemas de asistencia médica en Paraguay). PLANDES (Proyecto de planificación para el desarrollo sostenible) y Proyecto Sectorial “Seguro social de salud en países en desarrollo” (GTZ). Asunción/ Bonn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/es-esquemas-salud-py.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2003b Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología InfoSure. San Salvador, GTZ (<http://www.gtz.de/de/dokumente/es-evaluacion-bm-sv.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2006. *The potential of health insurance to contribute to universal coverage in health in Syria. Detection and assessment of selected health insurance schemes in the country*. Informe de misión 1, Result Area 6 of the HSMP: sustainable health financing. Ministerio de Salud/Proyecto de modernización del sector de la salud, Damasco.
- \_\_\_\_\_. Assia Brandrup-Lukanow. (eds.). 2007. *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007).
- Hu, Aidi. 2007. *China: Towards Universal Coverage by the New Rural Cooperative Medical Insurance* en *ILO: Social Protection and Inclusion: Experiences and policy issues*. OIT/STEP, Ginebra, págs. 125-147 (<http://www3.ilo.org/public/english/protection/seccsoc/downloads/1503p1.pdf>).
- Huber, Goetz; Hohmann, Jürgen; Reinhard, Kirsten. 2003. *Mutual Health Organization – Five Years Experience in West Africa*. GTZ, Universum Verlagsanstalt, Weisbaden.
- Humba, Emmanuel. 2005. *Social health insurance. Implementing social security health care. The experience of the National Health Insurance Fund*. Documento presentado en la Conferencia Regional de la AISS para Africa, Lusaka, Zambia, 9-12 de agosto. 2005. AISS, Ginebra (<http://www.issa.int/pdf/lusaka05/2humba.pdf>).

- 
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). 2006. Afiliados Cotizantes por Sector Económico, Regionales y Rangos de Edad, Año 2003. IESS, Quito (<http://www.iess.gov.ec/>).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 2006. Población amparada por organismos. Anuario Estadístico del ISSSTE, México DF (<http://148.245.224.30/poblacion/index.htm>).
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). 2006. Estadísticas 2004. Cuadro I: Población cubierta según categoría de asegurado. San Salvador (<http://www.iss.gov.sv/descargables.htm>).
- Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA). 2006. *Annual Report for the year 2004-05*. Hyderabad (<http://www.irdaindia.org/>).
- Jacquier, Christian; Ramm, Gabriele; Marcadent, Philippe; Schmitt-Diabate, Valérie. 2006. *The social protection perspective on microinsurance*, en Craig Churchill (ed.) *Protecting the Poor. A microinsurance compendium*. OIT/Fundación Re Munich, Ginebra/Munich. págs. 45-64.
- Jütting, Johannes. 1999. *Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector*. Documento presentado en el taller de la OIT sobre “La extensión de la protección social” Ginebra 13-14 de diciembre. 1999, Center for Development Research (ZEF), Universidad de Bonn (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/47/2510186.pdf>).
- Kannan, K.P. 2006. *Employment and Social Security for the Working Poor. Two Major Initiatives in India*. Documento presentado en la Conferencia de Lisboa, Lisboa 2-3 de octubre. 2006.
- Khorolsuren, Lharvasuren; Tsenden, Purevdorj. 2005. *Health Care Financing and Health Inequality in Mongolia*. Documento presentado al CERDI – 2a. Conferencia Internacional: Financiación de la Salud en los Países en Desarrollo, 1-2 de diciembre. 2005, Clermont-Ferrand.
- Krieger, Sascha. 2006. *Sozialhilfe regional 2004. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland*. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Statistisches Bundesamt – Zweigstelle Bonn ([http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/Sozialh\\_Regional.pdf](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/Sozialh_Regional.pdf)).
- Kutzin, Joseph. 2007. *Myths instruments and objectives in health financing and insurance* en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (eds.) *Extending Social Health Protection – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 87-95.
- Kwon, Soonman. 2002. *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea*. Extensión de la Seguridad Social, Documento ESS No. 1. OIT, Ginebra. (<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/509sp1.pdf>).
- Lamiraud, Karine; Booyesen, Frikkie; Scheil-Adlung, Xenia. 2005. *The impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment: A case study of South Africa*. Extensión de la Seguridad Social, Documento ESS No. 23. OIT, Ginebra. (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1007sp1.pdf>).

- 
- Löwe, Markus. 2006. "¿Reducción de escala, amplificación de actitudes o enlace? Modalidades para llevar el microseguro a la realización" en *Revista Internacional de Seguridad Social*, Vol. 59 (2), págs. 41–66  
(<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-246X.2006.00238.x>).
- Maceira, Daniel .2005. *Social Protection Mechanisms in Health and Impact of Financial Shocks. The Argentinean Case*. Documento presentado en el Foro 9, Mumbai, India 12-16 de septiembre. 2005. Centro para el Estudio del Estado y de la Sociedad (CEDES), Buenos Aires  
(<http://www.globalforumhealth.org/filesupld/forum9/CD%20Forum%209/papers/Bu mbak%20S%20-%20Maceira%20D.pdf>).
- McCord, Michael. 2000a. *Microinsurance in Uganda: A Case Study of an Example of The Partner-Agent Model of Microinsurance Provision*. NHHP/FINCA Uganda – Health Care Financing Plan. MicroSave – Market-led solutions for financial services Nairobi  
([http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat\\_id1=149&Page=Free &cat\\_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance](http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat_id1=149&Page=Free &cat_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance)).
- \_\_\_\_\_. 2000b. *Microinsurance: A Case Study of an Example of the Mutual Model of Microinsurance Provision* – UMASIDA. MicroSave – Market-led solutions for financial services Nairobi  
([http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat\\_id1=149&Page=Free &cat\\_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance](http://www.microsave.org/relateddownloads.asp?id=11&cat_id1=149&Page=Free &cat_id=104&title=Product+Innovations+%3E%3E+MicroInsurance)).
- \_\_\_\_\_. 2001. *Microinsurance: A Case Study of an Example of the Provider Model of Microinsurance Provision*. GRET, Camboya  
(<http://www.microsave.org/SearchResults.asp?cboKeyword=39&ID=20&cmdSubmit=Submit&NumPerPage=50>).
- \_\_\_\_\_. Osinde, Sylvia. 2002. *Community Health Plan ("CHeaP" - Kisumu Kenya). Notes from a visit 1-2 July 2002*. The Microinsurance Centre MicroSave – Market-led solutions for financial services Nairobi  
(<http://www.microsave.org/SearchResults.asp?cboKeyword=39&ID=20&cmdSubmit=Submit&NumPerPage=50>).
- Mehl, Peter. 2005. *Soziale Sicherung der Landwirte in Österreich - Modell für eine Reform des agrarsozialen Sicherungssystems in Deutschland?* Arbeitsberichte des Bereichs Agrarökonomie 03/2005, Institut für Ländliche Räume, Bundesforschungsanstalt für Landwirtschaft (FAL), Braunschweig  
([http://literatur.fal.de/fallitdok\\_extern/bitv/zi038627.pdf](http://literatur.fal.de/fallitdok_extern/bitv/zi038627.pdf)).
- Mesa-Lago, Carmelo. 2005. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL/GTZ, Naciones Unidas, Santiago, Chile  
([http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63\\_ReformasSalud\\_ALC\\_Indice.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf)).
- \_\_\_\_\_. 2006a. *Integración de políticas de protección social para extender la cobertura: El rol de las instituciones de seguridad social. La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas*. Documento presentado en la Conferencia Regional de la AISS para las Américas, Belize City, 28-31 de mayo 2006  
(<http://www.issa.int/pdf/belize06/3mesa-lago.pdf>).

- 
- \_\_\_\_\_. 2007. La extensión del seguro y la protección de salud en relación al mercado laboral: problemas y políticas en América Latina " en *Revista Internacional de Seguridad Social*, 60 (1), pp. 3-31  
(<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-246X.2007.00258.x>).
- Mills, Anne; Bennett, Sarah. 2002. *Lessons on the Sustainability of health care funding from low-and middle-Income Countries* en Elias Mossialos et al. (eds.): *Funding health care: options for Europe*. Serie Observatorio europeo de sistemas de asistencia médica. Open University Press, Buckingham. págs. 206-225  
(<http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf>).
- Ministerio de Seguridad Social. 2005. *Rapport général sur la sécurité sociale 2005*. IGSS, Luxemburgo.
- Ministerio de Salud (Ghana). 2006. *Pause....Get it Right...Move on. Review of Ghana Health Sector 2005 Programme of Work*. Main Sector Review Report. Versión final, Ministerio de Salud, Gobierno de Ghana, Accra  
(<http://www.moh-ghana.org/moh/docs/Report2005.pdf>).
- Ministerio de Salud Pública (Líbano). 2006. *Statistics of Coverage data extracted from the Visa Billing center at the MOH*. Ministerio de Salud Pública, Gobierno de Salud Pública del Líbano, Beirut.
- Munguía Ramírez, Mario. 2006. *Social protection for indigenous and native populations. New strategies to extend health protection*. Informe presentado en la Reunión Regional de la AISS para las Américas, Belize City, 28-31 de mayo 2006  
(<http://www.issa.int/pdf/belize06/2ramirez.pdf>).
- Musango, Laurent; Butera, Jean Damascène; Inyarubuga, Hertilan; Dujardin, Bruno. 2006. "Sistema de salud y regimens de seguro de enfermedad en Ruanda" en *Revista Internacional de Seguridad Social*, 59 (1), pp. 93-103  
(<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1468-246X.2005.00235.x>).
- Naciones Unidas, Servicio de Enlace No Gubernamental (NGLS). *A Fair Globalization Creating Opportunities for All*. NLGS Roundup Geneva  
(<http://www.un-ngls.org/documents/pdf/roundup/RU112-A%20Fair%20Globalization.pdf>).
- Normand, Charles; Weber, Axel. 1994. *Social health insurance: a guidebook for planning*. OMS/OIT, Ginebra.
- \_\_\_\_\_. 2007. *Social health insurance, A development guidebook*, Proyecto para consulta, Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo.1999. Más de 140 millones de personas carecen de acceso a la asistencia médica en América Latina y el Caribe. La reunión de la OIT/OPS tiene como objetivo contribuir a la reducción de la exclusión social en el sector salud. Nota de prensa, Ginebra  
(<http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/1999/41.htm>).
- \_\_\_\_\_. 2001. *ORT Health Plus Scheme in the Province of La Union, Philippines: A case study of a community-based health micro-insurance scheme*. Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/26p1.pdf>).

- 
- \_\_\_\_\_. 2002a. *Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations. Evidence and Challenges*. Documento de discusión. Programa Universitarias. OIT Ginebra  
(<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN018656.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2002b *Diálogo social en los servicios de salud: Instituciones, capacidad y eficacia*. Ginebra  
(<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhs02/jmhs-r.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2003. *Extending maternity protection to women in the informal economy. An overview of community-based health-financing schemes*. Documento de Trabajo, Ginebra.  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/67p1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2003a. *An Inventory of Micro-Insurance Schemes in Nepal*. Kathmandu/Ginebra  
(<http://www.ilo.org/amin/download/publ/714p1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2003c. *Gender mainstreaming in technical cooperation projects: the experience of the ILO Global Programme STEP*. Documento de trabajo, Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/70p1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2004a. *Por una globalización justa: Crear oportunidades para todos*. Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización. Ginebra  
(<http://www.ilo.org/public/english/wcsdg/docs/report.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2004b. *Enabling women to address their priority health concerns. The role of community-based systems of social protection*. Documento de trabajo. Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/666p1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2004c. *Financing Universal Health Care in Thailand, A Technical Note to the Government*, Ginebra.
- \_\_\_\_\_. 2005. *India: An inventory of micro insurance schemes. Community-Based Schemes*. Documento de trabajo No. 2. Ginebra  
(<http://www.ilo.org/amin/download/publ/831p1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2005a. *Improving Social Protection for the Poor: Health Insurance in Ghana. The Ghana Social Trust pre-Pilot Project*. Informe Final. Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/999sp1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2005b. *Economía Informal en las Américas: situación actual, prioridades de políticas y buenas prácticas. Resumen*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Lima  
([http://www.oit.org.pe/cimt/nn/documentos/economia\\_informal\\_\\_resumen.pdf](http://www.oit.org.pe/cimt/nn/documentos/economia_informal__resumen.pdf)).
- \_\_\_\_\_. 2006a. *Seguridad social para todos: Una inversión en el desarrollo económico y social mundial. Documento de consulta*. Temas de protección social. Documento de discusión 16. Ginebra  
(<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1519sp1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2006b. *Vanuatu: Report on the implementation of the Health Insurance Scheme in Vanuatu*. Manila/Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1215sp1.pdf>).

- 
- \_\_\_\_\_. 2006c. *Ghana: Technical note on Financial Assessment of the National Health Insurance Fund*. Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1559sp1.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2006d. *The social protection perspective of micro-insurance*, Ginebra.
- \_\_\_\_\_. 2006e. *Rapport d'avancement, ILO/STEP en Afrique de l'ouest*, Ginebra.
- Oficina Internacional del Trabajo /Gobierno de los Países Bajos. 2006. *Social Security for All Men and Women-The feasibility of extending social security coverage in Vanuatu*. Project:-RAS/04/M59/NET, Iniciativa subregional sobre seguridad social en países de las Islas del Pacífico. Suva, Fidji  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1191sp1.pdf>).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. Informe sobre la salud en el mundo 2000 – *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra  
(<http://www.who.int/whr/2000/en/>).
- \_\_\_\_\_. Datos nacionales de Salud 2003.
- \_\_\_\_\_. 2004a. *Seguro social de enfermedad*. Informe de la Secretaría. Consejo Ejecutivo EB115/8. 115.<sup>a</sup> reunión, 2 de diciembre de 2004. Punto 4.5 del orden del día provisional. Ginebra  
([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_8-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_8-en.pdf)).
- \_\_\_\_\_. (ed.). 2004b. *Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia*. SEA-HSD-274 Oficina Regional para el Sudeste Asiático, Nueva Delhi  
([http://www.searo.who.int/LinkFiles/Social\\_Health\\_Insurance\\_HSD-274.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Social_Health_Insurance_HSD-274.pdf)).
- \_\_\_\_\_. 2004c. *Western Pacific. Country Health Information Profiles. 2004 Revision*. Oficina Regional para el Pacífico Occidental, Manila  
(<http://libdoc.who.int/publications/2004/9290611693.pdf>).
- \_\_\_\_\_. 2005. *Sistemas de seguridad social, Estudios de casos seleccionados*, Manila, Nueva Delhi.
- \_\_\_\_\_. 2005a. Informe OMS/AFRO a la Reunión del Comité Regional, Maputo.
- \_\_\_\_\_. 2006. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2006: Trabajando juntos para la salud*. Ginebra ([http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)).
- \_\_\_\_\_. Cuentas Nacionales de Salud (distintos años).
- \_\_\_\_\_. 2004. GTZ/OIT/KfW/DFID Compendio de informes de misiones técnicas sobre el desarrollo del seguro social de salud, Ginebra.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). 2001. *Towards Asia's Sustainable Development. The Role of Social Protection*. París  
(<http://213.253.134.43/oecd/pdfs/browseit/8102031E.PDF>).
- \_\_\_\_\_. 2003. *Datos de Salud de la OCDE*, 2003, París.
- \_\_\_\_\_. 2004. Reunión del Consejo de la OCDE a Nivel Ministerial. *Ensuring Financial Sustainability of Health Systems*, París, 13-14 de mayo de 2004.

- 
- \_\_\_\_\_. 2005a. *Health at a Glance. OECD Indicators 2005*. París  
([http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en\\_2649\\_34631\\_16502667\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en_2649_34631_16502667_1_1_1_1,00.html)).
- \_\_\_\_\_. 2005b. *The OECD Observer*, No. 246-247, Volumen 2004, ed. 5. París.
- \_\_\_\_\_. 2006. *Datos de salud de la OCDE, 2006 (Update October 2006)*. OCDE-IRDES, París.
- \_\_\_\_\_. 2006a. *Decentralisation in Asian Health Sectors: Friend or Foe*, París.
- Ortiz, Isabel. 2001. *Strategies for Improved Social Protection: Social Protection in Asia and the Pacific*. Banco para el Desarrollo de Asia, Manila  
(<http://www.adb.org/Poverty/Forum/pdf/Ortiz.pdf>).
- Pal, Karuna; Behrendt, Christina; Leger, Florian; Cichon, Michael; Hagemeyer, Krzysztof. 2005. *Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modelling Exercise*. Temas de protección social, Documento de discusión 13. OIT, Ginebra  
(<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1023sp1.pdf>).
- Papadopoulos, Helena. 2006. *Women and Social Safety Nets in Lebanon. Background Paper*. Active Citizenship and Gendered Social Entitlements (ACGEN), Colectivo para la Investigación y Formación en Desarrollo (CRTD), Beirut  
(<http://crted.org/acgen/pdf/Background%20Report%20on%20Women%20and%20Social%20Safety%20Nets%20in%20Lebanon.pdf>).
- Perry, Guillermo; Arias, Omar; López, Humberto; Maloney, William; Servén, Luis. 2006. *Poverty Reduction and Growth: Virtuous and Vicious Circles*. Banco Mundial, Washington, DC  
([http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1139877599088/virtuous\\_circles1\\_complete.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1139877599088/virtuous_circles1_complete.pdf)).
- PhilHealth. 2006a. *PhilHealth – Your Partner in Health. Programs, Sponsored Program*  
(<http://www.philhealth.gov.ph/sponsored.htm>).
- \_\_\_\_\_. 2006b. *PhilHealth – Stats & Charts*, Primer semestre de 2004  
(<http://www.philhealth.gov.ph/stats&charts/stats2004.pdf>).
- Poursat, Christine. 2004. *BIM: Micro-assurance santé et microfinance: quels liens? L'exemple du projet microassurance du Gret au Cambodge*. Información Global sobre el Microseguro (GIMI). OIT, Ginebra  
(<http://www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=297&longTitle=default&author=default&ressYear=0000>).
- Preker, Alexander; Carrin, Guy; Dror, David; Jakab, Melitta; Hsiao, William; Arhin-Tenkorang, Dyna. 2002a (Preker et al. 2002a). *Effectiveness of Community Health Financing in Meeting the Cost of Illness* en Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 80(2), págs. 143-150. OMS, Ginebra  
(<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf>).
- Preker, Alexander; Langenbrunner, Jack; Jakab, Melitta. 2002b (Preker et al. 2002b). *Rich-Poor Difference in Health Financing* en David Dror y Alexander Preker (eds), *Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing*. Banco Mundial/OIT, Washington, DC. págs. 21-36  
(<http://www1.worldbank.org/publications/pdfs/15041intro.pdf>).

- 
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 1997. Informe sobre el Desarrollo Humano 1997, *Erradicación de la pobreza en todo el mundo*. Nueva York.
- \_\_\_\_\_. 2006. Informe sobre el Desarrollo Humano 2006, *Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. Nueva York.
- Rodríguez, Máximo; Miranda, Bernardo. 2004. *Serviperú Perú. CGAP Grupo de Trabajo sobre el Microseguro, Buenas y malas prácticas*, Estudio de caso No. 1 ([http://www.microfinancegateway.com/files/22462\\_file\\_SERVIPER\\_.pdf](http://www.microfinancegateway.com/files/22462_file_SERVIPER_.pdf)).
- Ron, Aviva; Scheil-Adlung, Xenia (eds). 2001. *Recent health policy innovations in social security*. AISS. Transaction Publishers, New Jersey.
- Sachs, Jeffrey. 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS, Ginebra.
- Scheil-Adlung, Xenia. 2001. *Healthy markets - sick patients? Effects of recent trends on the health care market* en Xenia Scheil-Adlung (ed.) *Building social security: The challenge of privatization*. AISS. Transaction Publishers, New Jersey.
- \_\_\_\_\_. 2004. *Indonesia: Advancing Social Health Protection for the Poor*. UNSFIR/OIT Jakarta.
- \_\_\_\_\_. Jütting, Johannes; Xu Ke; Carrin Guy. 2006. *What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*, Documento de discusión 2. OMS, Ginebra.
- \_\_\_\_\_. Xu, Ke; Carrin, Guy; Jütting, Johannes. 2007. *Social health protection, poverty reduction and access to care. A comparative study on Kenya, Senegal and South Africa* en Holst/Brandrup-Lukanow (eds.) *Extensión de la Protección Social de la Salud – Experiencias de los Países en Desarrollo*, Eschborn 2007.
- Schmidt, Jean-Olivier; Schramm, Bernd; Hohmann, Jürgen; Holst, Jens; Jowett, Matthew; Ramm, Gabriele; Siegert, Nina. 2005. *Linking up social protection systems in developing countries. Overview of some experiences and approaches*. Eschborn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-linking-up-social-protection-systems.pdf>).
- Schwefel, Detlef. 2006a. *Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Third batch of advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme*. Informe de misión, Result Area 6 of the HSMP: sustainable health financing. Ministerio de Salud/Proyecto de modernización del sector de la salud, Damasco.
- \_\_\_\_\_. 2006b. *Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Fourth batch of advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme*. Informe de misión, Result Area 6 of the HSMP: sustainable health financing. Ministerio de Salud/Proyecto de modernización del sector de la salud, Damasco.

- 
- \_\_\_\_\_. Holst, Jens; Gericke, Christian; Drupp, Michael; Velter, Boris; Doetinchem, Ole; Krech, Rüdiger; Scheil-Adlung, Xenia; Carrin, Guy; Sabri, Belgacem. 2005. *Towards a national health insurance system in Yemen. Situation assessment and proposals for health insurance. Part 1: Background and assessments*. Informe del estudio una misión conjunta GTZ-OMS-OIT a Yemen, 2005. Sana'a/Eschborn (<http://www.gtz.de/de/dokumente/en-health-insurance-assessments-ye.pdf>; [www.who.int/entity/health\\_financing/countries/yemen\\_en1-1\\_9-front\\_execsum.pdf](http://www.who.int/entity/health_financing/countries/yemen_en1-1_9-front_execsum.pdf)).
- Sheikhzadeh, Yaghoub; Vahidi, Reza Gholi; Seth, V.K. 2005. *An Investigation on the Oil Income Elasticity of Health Care Expenditures during 1979-2004 and Lost and Faulty Links of Flow of Funds in Health Care System of Iran*. Documento presentado al CERDI – 2a. Conferencia Internacional: Financiación de la salud en los países en desarrollo, 1-2 de diciembre. 2005, Clermont-Ferrand.
- Spitzenverbände der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung. 2005. *Jahresberichte 2004*. Kassel (<http://www.lsv.de/verbaende/05orga/07jahresberichte/04-2004.pdf>).
- Statistisches Bundesamt. 2003. *40 Jahre Sozialhilfe in Deutschland*. Wiesbaden, Berlín.
- Statistik Austria. 2006. *Statistisches Jahrbuch Vienna* (<http://www.statistik.at>).
- Surasinang Sang. 2004. Informe anual de una compañía privada de seguros de Tailandia, 2002.
- Tang, Shenglan; Cheng, Xiaoming; Xu, Ling. 2007. *Developing Urban Social Health Insurance in a Rapidly Changing Economy of China: Problems and Challenges* en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (eds.) *Extensión de la protección social de la salud – Experiencias de los países en desarrollo* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 32-41.
- Tien, Tran Van. 2007. *The Inclusion of the Poor in a Social Health Insurance Framework: The Strategies Applied in Viet Nam* en Jens Holst and Assia Brandrup-Lukanow (eds.) *Extensión de la protección social de la salud – Developing Countries Experiences* (Eschborn, GTZ, 2007), pp. 63-70.
- Titelman, Daniel; Uthoff, Andras; Jiménez, Luis Felipe. 2000. *Toward new social security systems in the 21st century: universal coverage is impossible without cohesion in financing* en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2), págs. 112-117 (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3010.pdf>).
- Unidad de Análisis de Políticas y Sociales y Económicas. 2006. *Bolivia, Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989–2003*. UDAPE/UNICEF, La Paz (<http://www.udape.gov.bo/docsociales/Seguros.pdf>).
- USAID/PHRPlus. 2006. *Approaches to Scaling up Community-Based Health Financing Schemes*. Primer for Policy Makers. The Partners for Health Reformplus Project; Abt Associates Inc., Bethesda, Maryland, Washington, DC (<http://www.phrplus.org/Pubs/prim2.pdf>).
- US Census Bureau. 2007. *The 2007 Statistical Abstract. Health & Nutrition: Medicare, Medicaid The National Data Book*. Washington, DC ([http://www.census.gov/compendia/statab/health\\_nutrition/medicare\\_medicaid/](http://www.census.gov/compendia/statab/health_nutrition/medicare_medicaid/)).
- Vásquez, Enrique; Mendizabal, Enrique. 2001. *Social Protection Policies and Challenges in Latin America* en *Cooperation South Journal*, No. 2, págs. 4-30 ([http://tcdc.undp.org/coopsouth/2001\\_2/4-30.pdf](http://tcdc.undp.org/coopsouth/2001_2/4-30.pdf)).

- 
- van Ginneken, Wouter. 2000. India – *Protección social para el sector no organizado*. OIT, Ginebra.
- \_\_\_\_\_. 2005. Extensión de la seguridad social: *políticas para los países en desarrollo*. Extensión de la Seguridad Social, Documento ESS No. 13. OIT, Ginebra (<http://www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=168&longTitle=defaultIt&author=default&ressYear=0000>).
- Waelkens, Maria-Pia; Criel, Bart. 2004. *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne. État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche*. Health, Nutrition and Population (HNP) Documento de discusión, Banco Mundial, Washington, DC (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Waelkens-LesMutuelles-whole.pdf>).
- Wang, Limin; Bales, Sarah; Zhang, Zhengzhong. w.y. *China's Social Protection Schemes and Access to Health Services: A critical review*. Proyecto, Banco Mundial, Washington DC ([http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/safetynetandhealth\\_correctauthor.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTEAPREGTOPHEANUT/Resources/502734-1129734318233/safetynetandhealth_correctauthor.pdf)).
- Witter Sophie. 2002. *Health Financing in Developing and Transitional Countries*. Briefing Paper for OXFAM GB, University of York, York (<http://projects.ics.hawaii.edu/strev/ics614/files/health%20financing%20methods%20-%20oxfam%5B1%5D.pdf>).
- Xu, Ke; Evans, David; Kawabata, Kei; Zeramdini, Riadh; Klavus, Jan; Murray, Christopher. 2003. *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*, en *The Lancet*, Vol. 362, pp. 111–117 ([http://www.who.int/health\\_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf](http://www.who.int/health_financing/Lancet%20paper-catastrophic%20expenditure.pdf)).
- Yamabana, Hiroshi. 2005. *New approaches to extending social security coverage. Overview and challenges of social security coverage: Country examples in East Asia*. Documento presentado en la Reunión de la AISS de Directores de las organizaciones de seguridad social en Asia y el Pacífico, Seúl, 9-11 de noviembre 2005. AISS, Ginebra (<http://www.issa.int/pdf/seoul05/2yamabana.pdf>).
- Yang, Bong-min; Holst, Jens. 2007. *Implementation of Health Insurance in Developing Countries: Experience from Selected Asian Countries*, en Jens Holst y Assia Brandrup-Lukanow (eds.) *Extensión de la protección social de la salud – Experiencias de los países en desarrollo* (Eschborn, GTZ, 2007), págs. 158-167.