



municipalservicesproject

OCCASIONAL PAPER No. 23 – MAYO 2014

# Chile y Costa Rica:

Diferentes caminos a la universalidad  
de los servicios de salud en América Latina

---

Luis Ortiz Hernández y Diana Pérez Salgado

**Editores de la serie: David A. McDonald y Greg Ruiters**

---

### **SOBRE EL PROYECTO**

El Proyecto Servicios Municipales (MSP) es un proyecto de investigación que estudia alternativas a la privatización y comercialización de la provisión de servicios de agua y saneamiento, electricidad y sanidad en África, América Latina y Asia. Este proyecto multidisciplinario está formado por académicos, sindicatos, organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales y activistas de todo el mundo quienes están dedicados a analizar modelos alternativos de provisión de servicios a fin de comprender qué condiciones son necesarias para garantizar su sostenibilidad y transferibilidad.

© 2014 Municipal Services Project



Este proyecto está financiado por el gobierno canadiense a través del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC).

### **Socios**

Africa Water Network | Queen's University | African Centre on Citizenship and Democracy | Red Vida | Centro de Estudios Superiores Universitarios | Regional Network on Equity in Health in Eastern and Southern Africa | Focus on the Global South | School of Oriental and African Studies | People's Health Movement | Transnational Institute | Public Services International Research Unit | University of Ottawa School of International Development and Global Studies

# Abreviaturas

---

**AUGE** Ley de Garantías Explícitas en Salud

**CCSS** Caja Costarricense de Seguro Social

**CASEN** Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional

**CONFUSAM** Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal de Chile

**EBAIS** Equipos Básicos de Atención Integral en Salud

**ENIGH** Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en Hogares

**ENSA** Encuesta Nacional de Salud

**EPF** Encuesta de Presupuestos Familiares

**FONASA** Fondo Nacional de Salud

**ISAPREs** Instituciones de Salud Previsionales

**SERMENA** Servicio Médico Nacional de Empleados

**SNSS** Sistema Nacional de Servicios de Salud

## RESUMEN

La “Cobertura Universal de Salud” (CUS) es una política de salud que busca brindar un acceso suficiente a la atención médica de calidad a todas las personas en un país determinado. La CUS puede lograrse mediante diferentes arreglos institucionales y financieros, pero ha llegado a ser equiparada a la promoción de planes de seguros que cubren un conjunto limitado de servicios de salud proporcionados por proveedores de salud públicos y privados. Por el contrario, los sistemas universales de salud (SUS) buscan promover el desarrollo de una única institución pública que proporciona y financia todos los servicios médicos y preventivos a los ciudadanos.

En este trabajo se presenta una evaluación empírica de estos dos enfoques de la universalidad en salud a través de un estudio comparativo de Chile y Costa Rica. Estos dos países representan enfoques opuestos: en Chile, la política gubernamental ha creado las condiciones para la coexistencia de compañías de seguros en salud y de prestadores privados y públicos; en contraste, el sector público es dominante en el sistema de salud de Costa Rica.

Para comparar el desempeño de los sistemas de salud de ambos países se utilizaron los indicadores del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, centrándose específicamente en la cobertura y calidad de los servicios, su costo y accesibilidad y la proporción de la población cubierta. Son pocos los estudios empíricos de este tipo, los cuales permiten conocer las ventajas y desventajas asociadas con las diferentes formas en que se puede alcanzar la “cobertura universal”.

En términos de acceso a servicios básicos de salud, tanto Costa Rica y Chile han logrado importantes avances. Por ejemplo, tienen la mortalidad infantil más baja y la esperanza de vida más alta en la región latinoamericana. Sin embargo, la disponibilidad de servicios básicos no es igual a contar con acceso a la atención integral para resolver la mayoría de los problemas de salud. Esto puede explicar por qué, en la última década, la población de Costa Rica consistentemente ha percibido que el acceso a los servicios de salud es mejor que en Chile (66,4% vs 35,0%). Esta diferencia se ha mantenido incluso después de 2005, cuando en Chile se implementó una reglamentación más estricta de las compañías de seguros (i.e. Plan AUGE).

Con respecto a la protección financiera, aunque desde el año 2005 en Chile se ha reducido sustancialmente la falta de acceso a servicios de salud debido a razones económicas (del 11,7% al 4,2%), la cifra sigue siendo mucho menor en Costa Rica (0,8%). Y en comparación con Costa Rica, en Chile son sustancialmente mayores los pagos directos o de bolsillo de las familias y la proporción de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud. Esta situación se produce en parte por el hecho de que los chilenos pagan por los servicios o productos que no están cubiertos por su seguro (ej. los medicamentos con receta).

La relativa eficiencia del sistema de salud de Costa Rica es clara dado el hecho de que el gasto total en salud per cápita es más bajo que en Chile (US\$811 vs US\$947). El mayor costo del sistema de salud chileno se puede atribuir, en parte, a la ineficiencia del sector privado en ese país, donde el uso de procedimientos médicos injustificados es más frecuente y los costos administrativos son más altos.

De acuerdo a las nociones de “compra activa” (WHO 2010) y “competencia dirigida” (World Bank 1993), la existencia de diferentes proveedores que compiten por los recursos resulta en niveles más altos de calidad a menores costos. Este argumento se utiliza con frecuencia para promover los planes de seguros. Sin embargo, la evidencia presentada aquí muestra que tales supuestos no siempre son ciertos. El sistema de salud chileno es un ejemplo de cómo la segmentación producida por la coexistencia de los seguros privados y públicos es perjudicial para la eficiencia y la equidad. Además, prácticas como la colusión entre proveedores privados y los oligopolios son realidades que se ignoran en el argumento de la competencia.

En el presente estudio se comparan el enfoque del SUS de Costa Rica y la política de seguros de salud de Chile y se demuestran ventajas generalizadas y consistentes para el primer modelo en la promoción de la universalidad en salud. Además, destaca las ventajas en el desempeño financiero y de salud de un sistema público único de salud, en contraposición al sistema público-privado fragmentado implícito en los seguros de salud. El debate sobre los mejores arreglos institucionales para garantizar la atención universal en salud está lejos de concluir, pero este estudio de caso demuestra que los planes de seguro no son ni la única, ni la mejor opción.

## Introducción

La popularización del término “Cobertura Universal de Salud” (CUS) comenzó con la publicación del *Informe sobre la Salud en el Mundo 2010* (WHO 2010). El informe ofrece una guía dirigida a los gobiernos para aumentar la cobertura de los servicios de salud, especialmente entre las poblaciones marginadas. Desde entonces, la CUS ha ocupado un lugar central en las agendas de los organismos supranacionales, gobiernos y el sector académico (PAHO 2013a, 2013b; RF, UNICEF y WHO 2013; UN 2012). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (2013) han colaborado sobre la CUS para aumentar el acceso a servicios de salud de calidad, asequibles y eficientes.

La CUS es una herramienta política que busca ofrecer a las personas en un país dado suficiente acceso a atención médica de calidad de una manera que sea equitativa y no las exponga a gastos catastróficos (OMS 2010). Por lo tanto, los avances de un país hacia la CUS pueden ser evaluados en términos de población cubierta, de la cantidad y calidad de los servicios recibidos, así como de los costos asumidos por los pacientes y sus familias. Estos objetivos generales, sin embargo, se pueden lograr mediante diferentes arreglos institucionales en términos de financiamiento y prestación de servicios. Por ejemplo, los recursos para la atención de salud pueden provenir de impuestos generales o específicos, contribuciones a la seguridad social, seguros médicos obligatorios o voluntarios y/o pagos directos. La prestación de servicios de salud se puede organizar a través de proveedores públicos y/o privados. Por último, el financiamiento y la prestación de servicios puede ser responsabilidad de una sola entidad o de diferentes instituciones.

La OMS sostiene que cada país debe definir su propio enfoque de la CUS, dependiendo de la evolución histórica de sus instituciones de atención en salud (lo que incluye el gasto público en salud, la cobertura de las instituciones públicas y la participación del sector privado), así como los valores sociales (ej. la solidaridad) y el perfil demográfico y epidemiológico del país. Sin embargo, una de las recomendaciones clave de la OMS es la “compra activa” de los servicios de salud como una forma de aumentar la eficiencia de los sistemas de salud (WHO 2010). La premisa básica de la compra activa es que la competencia entre los proveedores de servicios y productos de salud puede servir de incentivo para aumentar su eficiencia y calidad. La introducción de seguros sociales o públicos es considerada como la forma de materializar esta estrategia porque, teóricamente, permite a los consumidores seleccionar el proveedor que ofrezca servicios con la más alta calidad al menor costo. El aumento de la cobertura de salud a través de seguros implica la separación entre las funciones de financiamiento y de prestación de servicios porque por lo general una institución está encargada de concentrar los recursos financieros y a partir de este fondo común contrata los servicios de diferentes proveedores (WHO 2010).

Por lo tanto, aunque el concepto original de la CUS considera objetivos generales como el aumento de la cobertura médica y la disminución del riesgo de gastos catastróficos de las familias al afrontar una enfermedad, el equiparar el concepto de CUS con la implementación de seguros de salud

públicos o sociales es común. Este enfoque ya está presente en el *Informe sobre la Salud en el Mundo* que introdujo la noción de CUS (WHO 2010), ya que en él se describían varios países como casos exitosos donde los gobiernos habían introducido programas de seguros (ej. Ghana, Moldavia, Ruanda y Tailandia). El informe presenta con detalles las ventajas y los riesgos asociados con los sistemas de seguros y da recomendaciones para su implementación. Se han realizado investigaciones usando esta interpretación conceptual del significado de la CUS (véase, Acharya et al 2013) en las que se documentan los efectos positivos de los planes de seguros sociales o públicos respecto al registro, la utilización de servicios, protección financiera contra gastos catastróficos y el estado de salud. Sin embargo, los resultados de estas evaluaciones son inconsistentes ya que la introducción de seguros públicos no siempre conduce a la mejora de dichos indicadores.

Una de las inquietudes relacionadas con el enfoque que equipara la CUS con seguros de salud es que otros arreglos institucionales para la atención de la salud son marginados, como ha sido el caso de la seguridad social y los sistemas universales de salud. En la década de los setenta, la atención primaria de salud (APS) fue propuesta como el modelo para asegurar que cada ciudadano disfrute de su derecho a la salud, siendo los gobiernos los responsables de establecer la APS como parte de los sistemas nacionales de salud integrales (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978). Este arreglo institucional se ha denominado como sistema integral, unificado o universal de salud (SUS) (Giovanella et al 2012; Roemer 1993), que consiste en una única entidad pública que proporciona servicios médicos y de prevención a todos los ciudadanos con el mismo nivel de atención independientemente de su situación socioeconómica. La equidad es uno de los principales objetivos del SUS, porque todas las personas reciben atención integral basada en sus necesidades de salud y no en capacidad de pago (Whitehead y Dahlgren 2006).

Vale la pena señalar que la evidencia sobre el impacto de los planes de seguro es más fácil recabar en comparación con la evidencia para evaluar el desempeño de los SUS debido a la complejidad de estos últimos. Además, son poco común las investigaciones que han comparado un SUS con los planes de seguro. Como resultado, continúa siendo relevante el generar evidencia empírica sobre la mejor manera de organizar los servicios de salud pública, ya que los gobiernos deben lograr el uso eficiente y equitativo de los recursos públicos para garantizar que todos o la mayoría de sus ciudadanos tengan acceso adecuado a la atención de la salud. Por ello, ningún arreglo institucional debe omitirse o priorizarse a priori ya que debe identificarse cual es la política de salud óptima tanto en términos sociales como económicos.

En este sentido, el análisis de los sistemas de salud de América Latina es útil, ya que algunos países han logrado una alta cobertura a través de los programas de seguros públicos y privados, tales como Chile y Colombia; mientras que otros países han construido SUS integrales, siendo los mejores ejemplos Costa Rica y Cuba. Este trabajo tiene como objetivo contribuir a una mejor comprensión del desempeño de los seguros como política nacional frente al SUS, a través de la evaluación de los sistemas de salud de Chile y Costa Rica. El análisis se basa en la premisa de que estos dos sistemas

de salud representan diferentes modelos en términos de financiamiento y prestación de los servicios. El sistema de Chile, caracterizado por la coexistencia de los sectores público y privado, ha sido objeto de una amplia investigación y evaluación (Bitran et al 2010; Frenz et al 2013; Paraje y Vásquez 2012; Pardo y Schott 2013; Unger et al 2008; Vásquez et al 2013); menos estudios se han hecho para evaluar el desempeño de los servicios de salud pública de Costa Rica (Bixby 2004; Morera y Aparicio 2010). Más aún, no ha habido ninguna comparación exhaustiva de los dos modelos de servicios de salud.

La razón principal para la selección de Chile y Costa Rica es que representan enfoques opuestos respecto a la participación de las compañías privadas de seguros médicos e instituciones públicas. Por un lado, en Chile los seguros privados y públicos han dominado el sector de la salud como parte de una política nacional que comenzó en la década de los años 1970; en ese sentido, el país ha sido pionero en este tipo de arreglo institucional público-privado. Se trata de un sistema de salud “maduro” y sus encargados han tenido la oportunidad de subsanar posibles “defectos” en su concepción y ejecución. Por otro lado, el sector público es dominante en el sistema de salud de Costa Rica, el cual opera dentro de una economía de mercado (a diferencia de la experiencia de Cuba que es difícilmente transferible a las sociedades capitalistas).

Los países seleccionados son países de ingreso mediano alto (World Bank 2003) y muestran algunos de los mejores indicadores de salud de la región (OMS 2010, 2011). Ambos son considerados por la OMS y el Banco Mundial como casos ejemplares de CUS. En primer lugar, se describen brevemente las historias y las características de los sistemas de Chile y de Costa Rica, ya que son importantes para entender sus características contemporáneas; posteriormente se expone la metodología comparativa y los principales resultados de la investigación.

## La transición de Chile a la salud pública-privada

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Chile se puso en marcha en la década de 1950 a través de la unificación de diferentes instituciones, entre ellas hospitales privados de caridad, establecimientos de salud de seguridad social y organizaciones sanitarias gubernamentales (de la Jara y Bossert 1995). Se hizo hincapié en la expansión de los servicios de salud materna e infantil, así como de los programas de planificación familiar prestados a través de clínicas de atención primaria y hospitales de maternidad. Entre 1952 y 1979, el SNS fue capaz de alcanzar altas tasas de cobertura siendo una entidad centralizada financiada por impuestos generales y cotizaciones a la seguridad social. El Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) era un sistema paralelo que atendía a los trabajadores de clase media y era gestionado por proveedores privados.

Las principales mejoras en la salud de la población se han atribuido a la creación del SNS y otras instituciones públicas durante este período (Azevedo 1998; de la Jara y Bossert 1995). Por ejemplo, entre 1950 y 1980 la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 136,2 a 31,8 por cada 1000 nacidos vivos y la esperanza de vida para hombres y mujeres aumentó de 53,0 y 56,8 a 67,6 y 74,6 años, respectivamente. Además, la tuberculosis fue controlada y la poliomielitis se erradicó (Azevedo 1998).

La configuración actual del sistema de salud en Chile se produjo a través de reformas neoliberales implementadas por el gobierno dictatorial de Augusto Pinochet (1973-1990). Dos procesos caracterizan este período: la descentralización de las unidades de atención primaria de la salud a nivel regional y municipal, y la promoción de un seguro médico privado (Azevedo 1998; de la Jara y Bossert 1995). En 1979 el Fondo Nacional de Salud (FONASA) fue creado como la entidad pública que concentra y distribuye los recursos públicos a las autoridades regionales y municipales de salud. Dos años más tarde, las Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRE) se hicieron cargo de la gestión de los regímenes de seguro de salud financiados a través de contribuciones a la seguridad social. Durante la dictadura, los servicios de salud pública fueron insuficientemente financiados, principalmente los hospitales; al mismo tiempo, se produjo la expansión de los servicios privados (Azevedo 1998).

El fin del régimen dictatorial en 1990 no derivó en un cambio de política importante pues se mantuvo la misma configuración del sistema (Azevedo 1998; de la Jara y Bossert 1995). Los dos primeros gobiernos democráticos (Presidente Patricio Aylwin, 1990-1994 y Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, 1994-2000) se centraron en el aumento de financiamiento para la atención primaria, la creación de nuevos mecanismos para mejorar la equidad en su distribución en el ámbito municipal y la mejor regulación de las ISAPRE. Las medidas de regulación para los proveedores de salud privados y compañías de seguros incluyeron la creación de la Superintendencia de Salud, que buscó darles a los hospitales públicos mayor acceso a la información sobre las personas aseguradas por las ISAPRE y controlar el uso irracional y abusivo de los procedimientos médicos mediante la introducción de nuevos métodos de pago.

En el sistema actual de salud de Chile el sector privado está compuesto por las ISAPRE, que son compañías de seguros que en algunos casos administran sus propias clínicas y hospitales (Manuel 2002; MINSAL 2012). El sector público está encabezado por el Ministerio de Salud y se compone de cuatro instituciones: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); FONASA (la empresa pública de seguro médico); el Instituto de Salud Pública; la Central de Abastecimiento, que es responsable del suministro de medicamentos; y la Superintendencia de Salud que regula las compañías de seguros públicos y privados así como a los proveedores de salud.

Los trabajadores pueden optar por pagar sus contribuciones para la salud a una ISAPRE o al FONASA. La única opción para el resto de la población (por lo general trabajadores de bajos ingresos u hogares pobres) es recibir atención en el SNSS y subvenciones públicas del FONASA. La

participación en las ISAPRE es voluntaria y permite a los trabajadores elegir su proveedor de salud, pero por lo general usar servicios de mayor calidad implica copagos más altos. En 2012, la mayoría de los chilenos estaban cubiertos por el FONASA (74%), menos de una quinta parte (17%) estaban asegurados por una ISAPRE, 7% no estaban afiliados a ninguna institución y el 2% eran miembros de las fuerzas del ejército o de la policía que tienen sus propios servicios de salud y fondos de seguridad social (MINSAL 2012). El financiamiento público proviene de las contribuciones fiscales y de seguridad social generales realizadas por los trabajadores y los empleadores para el FONASA a través del Ministerio de Salud. El gasto privado incluye primas, copagos y deducibles a las ISAPRE, además de los pagos directos por consultas y medicamentos.

En los últimos años, la reforma más importante fue la aprobación en 2005 de la ley que estableció el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE; ver MINSAL 2012). La Ley AUGE fue especialmente diseñada para proteger a los hogares de bajos ingresos financieros (que reciben atención gratuita o de pago de acuerdo a su ingreso) y para asegurar que el gobierno proporcione servicios de salud en tiempo y calidad adecuados. La Ley AUGE estableció un plan de salud obligatorio para los sectores privado y público para garantizar el acceso a una atención oportuna y de calidad para enfermedades con importantes impactos sociales (ej. el VIH-SIDA) o con mayor impacto en la esperanza de vida para las que existen tratamientos costo-efectivos (ej. hipertensión y diabetes). Veinticinco enfermedades y condiciones de salud fueron cubiertas en el 2005 y para el 2010 eran 69 (Frenz et al 2013). También se hicieron inversiones que se necesitaban en las instalaciones públicas (Paraje y Vásquez 2012). Después de la implementación de este programa, el número de consultas relacionadas con las condiciones de salud cubiertas por la Ley AUGE se incrementó (Bitran et al 2010), lo que creó listas de espera (Paraje y Vásquez 2012). En un esfuerzo por resolver este problema, desde 2011 las personas aseguradas por el FONASA han utilizado los “vales AUGE” para recibir atención de proveedores privados. También se ha documentado la reducción de las tasas de hospitalización por complicaciones de las enfermedades cubiertas por el AUGE (Bitran et al 2010). Sin embargo, una preocupación respecto al plan AUGE es que las enfermedades no cubiertas están recibiendo menos atención, incrementando los tiempos de espera para estas condiciones (Paraje y Vásquez 2012).

En 2003, antes de la reforma AUGE, las personas con nivel socioeconómico bajo tenían mayor probabilidad de consultar a un médico general o visitar una sala de urgencias que las personas con ingresos más altos; en 2009 esta diferencia entre grupos socioeconómicos había disminuido, lo que podría significar que el aumento en el uso de los servicios de salud fue mayor entre las personas de mayor nivel socioeconómico (Paraje y Vásquez 2012; Vásquez et al 2013). Las diferencias en el número de visitas a médicos especialistas, el acceso a la atención dental, la utilización de exámenes de laboratorio, rayos X y exploraciones por ultrasonido también se han reducido, pero los pacientes de más altos ingresos continúan teniendo mejor acceso a estos servicios.

Una investigación reciente que compara los resultados en salud de los años 2000 y 2009 ha confirmado que las personas de altos ingresos hicieron visitas más frecuentes a los médicos especialistas,

pero no hay diferencias socioeconómicas en las visitas a los médicos generales, mientras que las visitas a las salas de emergencia son más altas entre las personas de bajos ingresos (Frenz et al 2013). Además, el estudio mostró que el número de personas que no recibieron atención médica formal por una enfermedad o accidente reciente se redujo de 30% en el año 2000 (siendo mayor entre las personas con menor nivel educativo o ingreso) hasta el 17,6% en 2009 (en donde las disparidades socioeconómicas desaparecieron).

Una de las características del sistema de salud chileno es la selección adversa; esto es, las compañías de seguros privadas concentran a los individuos con mayores ingresos y menores necesidades tales como los adultos jóvenes con hábitos más saludables y los hombres. Por el contrario, el sector público (a través del FONASA) cubre los segmentos de población más pobres y las personas con más necesidades como las mujeres, los ancianos, niños y personas enfermas (Pardo y Schott 2013; Sapelli y Torche 2001; Unger et al 2008). La evidencia preliminar sugiere que después de la implementación del plan AUGE la selección adversa ha continuado (Pardo y Schott 2013).

## El modelo de salud universal de Costa Rica

El sistema de salud de Costa Rica está organizado entorno a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS; véase Sáenz et al 2011). La CCSS fue creada en 1941 para atender a los trabajadores urbanos de bajos ingresos, centrándose en la atención de enfermedades y el embarazo (Casas y Vargas 1980; Villegas 2005). Más tarde, la CCSS amplió su cobertura a los trabajadores rurales, pero debido a que la infraestructura pública era deficiente los servicios fueron comprados a hospitales de caridad organizados por la iglesia.

En 1961, la Legislatura Nacional aprobó una ley para alcanzar la cobertura universal de servicios de salud de la CCSS en los siguientes 10 años. En la siguiente década los hospitales de caridad, las clínicas de empresas bananeras y las instalaciones administradas por el Ministerio de Salud fueron transferidos a la CCSS. La atención primaria se encontraba en el centro de la política de salud de Costa Rica. El Ministerio de Salud siguió siendo responsable de la gestión de los programas sanitarios y ambientales y del mantenimiento de los puestos de salud comunitarios y rurales. En la década de 1970, por ejemplo, se puso en marcha el programa de Salud Rural para prevenir las enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores a través de visitas de personal auxiliar a los hogares (Sáenz 2005).

Para sostener la expansión de la CCSS su financiamiento se modificó: todos los trabajadores asalariados empezaron a contribuir, la aportación de los empleadores se incremento (del 5,00% al 6,75% de los salarios), los ingresos de la lotería nacional fueron transferidos a la CCSS, el gobierno dirigió

recursos a la atención de salud de la población pobre no asalariada, los trabajadores independientes fueron invitados a tomar un seguro voluntario y se implementaron impuestos sobre tabaco y otros productos nocivos para la salud (Casas y Vargas 1980).

En un esfuerzo por aumentar su eficiencia y calidad, en 1995 se introdujeron reformas en la CCSS, usando para ello un préstamo del Banco Mundial (Clark 2002; Rodríguez 2006). Un aspecto clave de la reforma ha sido la reorganización de la atención primaria. La CCSS se hizo cargo de los tres niveles de atención, incluyendo las unidades de atención primaria que antes estaban bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud. Los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) fueron creados como parte de un nuevo modelo de atención sanitaria. Cada equipo está formado por un médico, una enfermera auxiliar, un asistente técnico en atención primaria y un técnico de farmacia. Los EBAIS se agrupan bajo “áreas de salud” que incluyen una variedad de servicios y profesionales de la salud como dentistas, trabajadores sociales y personal de laboratorio clínico. Un EBAIS presta servicios a un rango de 3500 a 7000 habitantes. Para llegar a las poblaciones de difícil acceso los EBAIS se mueven entre “puestos de visita periódica” que se instalan en locales donados por las comunidades o en las nuevas unidades establecidas en zonas insuficientemente atendidas. En 2012 había 1014 EBAIS, 103 áreas de salud y 775 puestos (CCSS 2012). La creación de estos equipos permitió reasignar recursos de los hospitales a la atención primaria.

Con la reforma también se introdujeron cambios en la asignación de recursos y la contratación de servicios (Clark 2002; Rodríguez 2006). Inicialmente se propuso que los recursos fueran asignados de acuerdo a “compromisos de gestión” firmados por los directores de hospitales, clínicas o áreas de salud y evaluados en base a un conjunto de indicadores de progreso. De esta manera, el 10% del financiamiento de estos contratos podría estar vinculado con su desempeño. Sin embargo, la ejecución de estos compromisos de gestión se ha visto limitada. Con respecto a la contratación de servicios, la CCSS compra servicios de proveedores externos (tres cooperativas, la Universidad de Costa Rica y una clínica privada), que cubren alrededor del 15% de la población. Otras modificaciones institucionales incluyen la creación de un sistema formal de evaluación de la calidad y la mejora del sistema para recaudar las contribuciones de los empleadores.

La CCSS administra tres planes de seguros: seguro de enfermedad y maternidad; invalidez, jubilación y seguro de vida; y un plan no contribuyente. Los dos primeros cubren a personas que contribuyen directamente a la CCSS, mientras que el último está dirigido a los pobres y las personas con discapacidad (Rodríguez 2006; Sáenz et al 2011). Los servicios cubiertos por el seguro de enfermedad y maternidad y por el plan no contribuyente son integrales e incluyen diagnósticos, consultas y medicamentos. Por ley, la CCSS debe asumir el costo del tratamiento prescrito por un médico, incluso si no está incluido en la lista básica de medicamentos. Es decir, prácticamente no existen restricciones sobre las patologías que pueden ser atendidas.

Para el año 2012 la CCSS cubría el 96,4% de la población (CCSS 2012). La reforma implementada en la década de 1990 llevó a un descenso en la tasa de mortalidad infantil para llegar a 4% después

de un período caracterizado por el estancamiento o el deterioro de este indicador; mientras que la mortalidad de adultos se redujo a 13% (Bixby 2004). Las mejoras fueron mayores entre los distritos en los que la reforma fue ejecutada antes. De 1994 al año 2000 el número de personas sin acceso a servicios de salud se redujo de 22% a 13%. Una vez más esta reducción fue mayor en localidades donde la reforma comenzó primero: de 36% a 21% en las que se inició en 1995/96; del 14% al 11% en las que se llevó a cabo después del 2000. Datos de una encuesta del 2006 muestran que no existieron diferencias en consultas médicas de acuerdo a la escolaridad, el ingreso o cobertura (o no) por la CCSS (Morera y Aparicio 2010).

## Metodología

En este trabajo se analizó el desempeño general de los sistemas de salud de Chile y Costa Rica con el objetivo de determinar las fortalezas y debilidades de cada modelo. La finalidad es ofrecer una visión más completa respecto a las investigaciones recientes sobre la CUS que se han centrado en los efectos de los programas de seguros creados para elevar la cobertura en las poblaciones desatendidas (Acharya et al 2013). La limitación de este último enfoque es que no permite evaluaciones de desempeño a nivel del sistema nacional de salud. Lo cual es relevante ya que los sistemas de salud generalmente están conformados por una compleja combinación de instituciones y procesos, como hemos visto con los sistemas tanto de Chile como de Costa Rica descritos antes. Por ejemplo, la introducción de un seguro para segmentos específicos de la población puede mejorar su acceso a la atención médica, pero no está claro cuál es el efecto sobre toda la población. Además, cuando hay múltiples instituciones su rendimiento puede ser desigual, por lo que es inadecuado evaluar sólo una parte de un sistema de salud.

Por tanto, este artículo toma los sistemas nacionales de salud como unidad de análisis. La ventaja de este enfoque es que la evaluación del desempeño de la totalidad del sistema puede demostrar la combinación óptima de las instituciones y servicios que puedan garantizar la universalidad en salud.

Utilizamos los indicadores propuestos por el Banco Mundial (2013) y la OMS (2010) para comparar la progresión de los programas de CUS y el desempeño de los sistemas de salud en Costa Rica y Chile, de la siguiente manera:

- 1) La extensión y calidad de los servicios: si los gobiernos ofrecen un paquete limitado de servicios u ofrecen servicios integrales que incluyen prevención y atención médica.
- 2) El costo y la accesibilidad de los servicios: la eficiencia en el gasto público y la reducción de los gastos catastróficos definidos como los que empobrecen a las familias de bajos ingresos debido a pagos directos para servicios médicos.
- 3) Proporción de la población cubierta por los servicios y las diferencias entre los grupos socioeconómicos (es decir, equidad).

Mediante una revisión exhaustiva de las encuestas nacionales de ambos países se identificaron indicadores comparables (ej. la satisfacción del usuario con los servicios de salud, los tiempos de espera para una consulta o el acceso a los medicamentos) y cuando fue posible se llevó a cabo el análisis de datos primarios. En la mayoría de los casos había consistencia entre las fuentes de datos, lo que confiere fiabilidad a los hallazgos. Sin embargo, algunas de las encuestas nacionales no tienen metodologías equivalentes y algunos resultados se aplican a ciertas instituciones, pero no a todo el sistema sanitario. Por ejemplo, las encuestas del Latinobarómetro y del Proyecto de Opinión Pública de América Latina (ver más abajo) sólo proporcionan datos sobre los servicios de salud pública, con exclusión de los proveedores privados. Para compensar este error potencial, se consultaron varios indicadores. Así, las estadísticas de accesibilidad y prestación se obtuvieron a partir de diferentes fuentes documentales y fuentes primarias.

Para evaluar la equidad y las diferencias socioeconómicas en el acceso a la atención a la salud se analizaron dos encuestas nacionales: de Chile, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de 2006 y 2011 (CASEN, véase Ministerio de Desarrollo Social 2013); y de Costa Rica, la Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENSA; véase Centro Centroamericano de Población y Universidad de Costa Rica 2013). Desafortunadamente, no logramos identificar una encuesta nacional más reciente para Costa Rica. Las encuestas consultadas fueron probabilísticas y tenían cobertura nacional (con la excepción de las zonas remotas y de difícil acceso), lo cual proporciona una visión general de ambos países. Los momentos en que fueron recabados los datos es algo relevante ya que el plan AUGE (iniciado en 2005) en Chile cambió de manera significativa el sistema de salud. El análisis estadístico se realizó con el software STATA 11.0. Para considerar el diseño complejo de las dos encuestas, el análisis se llevó a cabo utilizando los comandos de encuesta (*survey commands*) que consideran los estratos, conglomerados y los pesos muestrales.

También se analizaron las bases del Latinobarómetro (Corporación Latinobarómetro 2013) y del Proyecto de Opinión Pública de América Latina (LAPOP; ver Vanderbilt University 2014). Se obtuvo información sobre la opinión pública con respecto a la equidad y la calidad examinando preguntas sobre la dificultad para acceder a la atención de salud en el pasado, el presente y el futuro; también se analizaron preguntas sobre la percepción de la eficiencia de los funcionarios públicos y los procedimientos oficiales, la satisfacción con los hospitales públicos, con el acceso a la salud y la calidad de la atención sanitaria. Tanto en el Latinobarómetro como en el LAPOP no en todos los años se incluyen las preguntas sobre servicios de salud, por tanto, se utilizaron los años más recientes y los más distantes. Una ventaja de estas encuestas es que utilizan la misma redacción para sus preguntas en todos los países, por lo cual son altamente comparables.

La información sobre gasto en salud se obtuvo a partir de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) de la base de datos de la OMS (WHO 2013a), que proporciona estimaciones internacionales comparables sobre el tema. En las CNS, el gasto en salud “abarca todos los gastos de las actividades cuyo principal objetivo es restaurar, mejorar y mantener la salud durante un período de tiempo. Esta definición se

aplica sin importar el tipo de la institución o entidad que provea o pague por la actividad de atención a la salud”<sup>1</sup> (WHO 2013a). Las estimaciones de la OMS se basan en documentos públicos tales como los reportes de cuentas nacionales en salud e informes de los ministerios de finanzas, bancos centrales, oficinas nacionales de estadísticas y de organizaciones internacionales. Aunque los datos son validados por las autoridades locales, éstos pueden diferir en cuanto a las definiciones, métodos de recolección, cobertura de la población y los métodos de estimación (WHO 2013a).

Cuando no estaban disponibles las fuentes primarias, se realizó una búsqueda bibliográfica consultando bases de datos, tales como Medline, Google Scholar y Scielo, utilizando para ello palabras clave<sup>2</sup>. La información sobre los pagos directos y los gastos catastróficos en salud se obtuvo de informes y publicaciones que analizan las encuestas nacionales de salud (Knaul et al 2011; Zúñiga-Brenes et al 2010). Los datos sobre atención a la salud para condiciones específicas, medicina preventiva y promoción de la salud, así como sobre la mortalidad y la morbilidad se obtuvieron de los informes de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2012; WHO 2013b) y de los sitios web de los ministerios de salud de cada país (MINSAL 2010, 2013; Ministerio de Salud y CONASIDA 2012).

## Comparación de los sistemas de salud

Teniendo en cuenta sus historias y especificidades, en el presente trabajo se evalúa el desempeño del modelo de seguros públicos y privados de Chile y el SUS de Costa Rica. La evaluación se basa en los indicadores propuestos por el Banco Mundial (2013) y la OMS (2010): eficiencia en el gasto público, accesibilidad de los servicios, equidad en el acceso y calidad de la atención.

### Eficiencia en el gasto público

Para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en términos de eficiencia, es necesario analizar las ganancias en salud en relación con los recursos destinados a ella. En el contexto latinoamericano, Costa Rica y Chile tienen la mayor esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil más baja (ver Cuadro 1). En Chile, la mortalidad infantil, neonatal y materna es menor que en Costa Rica, pero Costa Rica tiene una tasa más baja de mortalidad general, así como menor mortalidad por enfermedades transmisibles y menor incidencia de VIH y tuberculosis (Cuadro 2).

El gasto total en salud per cápita se puede considerar como una aproximación a la cantidad total de los recursos que una sociedad destina a la salud. Entre los países latinoamericanos de ingreso medio-alto, los que tienen el mayor gasto total en salud son Uruguay, Brasil y Chile (Cuadro 1). El gasto total en salud en Costa Rica es más bajo que en Chile.

**CUADRO 1:**  
**Salud poblacional y gasto en salud entre países de ingreso mediano alto de América Latina**

	Mortalidad infantil <sup>a</sup> 2012	Esperanza de vida 2011	GGGS <sup>b</sup> (% del PIB) 2010	GTS <sup>c</sup> (US\$ per cápita) 2010
<b>Argentina</b>	14	76	4	742
<b>Brasil</b>	14	74	4	990
<b>Chile</b>	9	79	4	947
<b>Colombia</b>	18	78	6	734
<b>Costa Rica</b>	10	79	7	811
<b>Cuba</b>	6	78	10	607
<b>Ecuador</b>	23	76	3	328
<b>México</b>	16	75	3	604
<b>Panamá</b>	19	77	6	616
<b>Perú</b>	18	77	3	269
<b>Surinam</b>	21	72	3	492
<b>Uruguay</b>	7	77	6	998
<b>Venezuela</b>	15	75	2	663

a. Número de muertes de menores de un año de edad por 1000 nacidos vivos

b. GGGS, gasto general del gobierno en salud

c. GTS, gasto total en salud

Fuentes: Global Health Observatory Data Repository (WHO 2013b); National Health Accounts: Global Health Expenditure Database (WHO 2013a).

¿Por qué el sistema de salud chileno es más caro que el de Costa Rica? Parte de esta diferencia proviene de la forma en que opera el sector privado (proveedores de salud y compañías de seguros). La tasa de cesárea es un indicador del uso irracional de los procedimientos médicos: en muchos casos no existe una razón médica justificada para usarla y pone tanto a la madre como al recién nacido en riesgo (Miesnik y Reale 2007). Al mismo tiempo, cuando existen condiciones médicas justificables este procedimiento puede ser beneficioso. Por ello, se ha sugerido que a nivel poblacional la tasa de cesárea debe estar entre 5 y 10% y no superior al 15% (Gibbons et al 2010). En la década de 1990 la tasa de cesárea en Costa Rica fue de 20,8%, mientras que en Chile esta tasa se situó en 40,0%, lo que se explica por la mayor frecuencia de su uso en los hospitales privados (59,0% vs 28,8% en los públicos) (Belizan et al 1999). Para 2010, la tasa fue de 19,4% en Costa Rica (Morera 2013) en comparación con 37% en los hospitales públicos de Chile y 66% en los privados (Guzmán 2012). Es interesante señalar que en el año anterior el organismo nacional encargado de la promoción de la competencia comercial en Chile demandó a una asociación gremial de ginecólogos, ya que se coludieron para fijar precios mínimos para sus consultas y procedimientos quirúrgicos, incluyendo cesáreas (Fiscalía Nacional Económica 2014). Sin embargo, las cesáreas no son el único procedimiento con el que se ha lucrado. En una comparación internacional, los servicios privados en Chile tuvieron los costos

más altos en hospitalización, angiografías, cirugías de cataratas y consultas de rutina, y ocuparon el tercer lugar para cesáreas, partos normales y las prótesis de cadera (International Federation of Health Plans 2012).

Los recursos destinados a la administración son otra forma de evaluar la eficiencia de los sistemas de salud. Costos administrativos más altos podrían implicar que hay más recursos dedicados a las actividades sin relación directa con la atención de la salud, tales como publicidad, cobro de primas o el procesamiento de reembolsos. Durante la década de 1990, el sector público en Chile gastó de 1,2 a 4,0% en las actividades administrativas, pero en el sector privado este porcentaje llegaba al 20%; en el sistema público costarricense estos gastos representaron 3,6% (Nicolle y Mathauer 2010).

**CUADRO 2:**  
Mortalidad y morbilidad en Chile y Costa Rica

	Chile	Año	Costa Rica	Año
<b>Incidencia de tuberculosis<sup>b</sup> (OPS 2011)</b>	14,1	2009	9,6	2009
<b>Incidencia de VIH<sup>b</sup> (OPS 2011)</b>	5,2	2009	3,4	2009
<b>Tasa de mortalidad general (todas las causas)<sup>a</sup> (OMS 2010)</b>				
<b>Total</b>	4,9	2007-2009	4,3	2007-2009
<b>Hombres</b>	5,9		5,0	
<b>Mujeres</b>	4,1		3,6	
<b>Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles<sup>b</sup> (OPS 2011)</b>				
<b>Total</b>	29,8	2007-2009	18,9	2007-2009
<b>Hombres</b>	34,3		21,8	
<b>Mujeres</b>	25,6		16,1	
<b>Tasa de mortalidad por SIDA<sup>b</sup> (Ministerio de Salud y CONASIDA 2012, MINSAL 2013)</b>	2,3	2008	2,9	2008
<b>Tasa de mortalidad infantil<sup>c</sup> (OPS 2011)</b>	7,4	2010	9,4	2010
<b>Tasa de mortalidad neonatal<sup>c</sup> (OPS 2011)</b>	5,0	2008	7,0	2008
<b>Razón de mortalidad materna<sup>d</sup> (MINSAL 2013, Ministerio de Salud 2013)</b>	18,3	2010	21,1	2010
<b>Razón de mortalidad materna<sup>d</sup> (OMS 2010)</b>	25,0 (21-29)	2010	40,0 (31-50)	2010

a. Tasa por 1000 habitantes

b. Tasa por 100.000 habitantes

c. Tasa por 1000 nacidos vivos

d. Razón por 100.000 nacidos vivos

Otra fuente de ineficiencia en el “mercado” de seguros de Chile es la existencia de oligopolios que reducen la competencia y crean mayores precios para los usuarios (Agostini et al 2007; Tobar et al 2012). En 1990 había 21 ISAPRE (las compañías de seguros que en algunos casos administran sus propias clínicas y hospitales); para el año 2012 sólo había siete (Tobar et al 2012). En ese año, cinco ISAPRE (dos de ellas son propiedad del mismo grupo) cubrían el 96% de la población total asegurada por las instituciones privadas. En términos generales, el cambio de los usuarios de una ISAPRE a otra es muy baja (aproximadamente el 6% en 2012), constituyendo una de las principales barreras para la creación de nuevas empresas (Tobar et al 2012). La falta de opciones para los usuarios ha permitido a las ISAPRE disminuir la cobertura de sus planes de salud sin reducir sus cuotas (Agostini et al 2007). De esta manera, el sector privado de salud en Chile tiene una alta rentabilidad: 35,0% de los ingresos netos de los activos totales de 2008 a 2011, que es un margen de ganancia más alto que en otras actividades tales como seguros de vida (11,7%) y la banca (17,5%) (Tobar et al 2012). Para algunos autores (Agostini et al 2007), este panorama revela la existencia de una colusión tácita entre las empresas de seguros.

**CUADRO 3:**  
Gasto en salud en Chile y Costa Rica, 2000-2011

Año	GTS <sup>a</sup> (% del PIB)		GGGS <sup>b</sup> (% del PIB)		GPS <sup>c</sup> (% del GTS)		GBS <sup>d</sup> (% del GTS)		PSSP <sup>e</sup> (% del GTS)	
	Chile	C. Rica	Chile	C. Rica	Chile	C. Rica	Chile	C. Rica	Chile	C. Rica
<b>2000</b>	8	7	3	6	56	21	37	19	2	
<b>2002</b>	7	8	3	6	57	24	37	22	2	7
<b>2004</b>	7	8	3	6	60	28	40	25	2	6
<b>2006</b>	6	8	3	5	58	31	40	27	3	6
<b>2008</b>	7	9	3	6	56	30	39	27	3	
<b>2010</b>	7	10	3	7	53	27	36	24	3	
<b>2011</b>	7	10	4	8	53	25	37	23		

a. GTS, gasto total en salud (gastos públicos y privados)

b. GGGS, gasto general del gobierno en salud

c. GPS, gasto privado en salud

d. GBS, gasto de bolsillo en salud

e. PSSP, prevención y servicios de salud pública

Fuente: National Health Accounts (WHO 2013a).

En general, el gobierno de Costa Rica ha demostrado un fuerte compromiso con la salud, como lo muestra la importancia relativa de los servicios de salud en el presupuesto nacional. Desde 2002,

el gasto total en salud (GTS, incluidos los recursos privados y públicos) como porcentaje del PIB ha sido consistentemente mayor en Costa Rica que en Chile (véase el Cuadro 3). Es importante destacar que Costa Rica también ha apostado por las actividades de salud preventiva. Entre 2002 y 2006, el gasto en servicios de prevención y de salud pública fue mayor en Costa Rica (6-7% vs 2-3% en Chile) (Cuadro 3). Este enfoque en la prevención es más “costo-efectivo” ya que puede generar mayores impactos en la salud pública en el largo plazo.

### Protección económica

El gasto privado ha sido mayor en Chile que en Costa Rica (53% y 25% del GTS en el 2011, respectivamente), aunque la proporción en Chile ha disminuido de 61% en 2003 (véase el Cuadro 3). El pago directo también ha sido mayor para los chilenos (36-41% comparado con 19-29% en Costa Rica). Este último indicador incluye todos los tipos de gastos en salud realizados por los hogares en el momento de obtener atención médica (o sea, honorarios médicos, compra de medicamentos y facturas de hospital). El gasto en la medicina alternativa y tradicional está incluido en el cálculo, pero los costos especiales de nutrición o de transporte ocasionados por la atención médica no lo están (Xu 2005). Los reembolsos de seguros están excluidos de los pagos directos.

El pago directo como porcentaje del gasto de los hogares, es menor para las familias costarricenses (4,7% vs 5,4% en Chile) (véase el Cuadro 4). En ambos países, el gasto en salud es relativamente más elevado en los hogares con ingresos más altos. El gasto en salud es menor entre los hogares de Costa Rica en comparación con los de Chile en todos los quintiles de ingreso, con excepción del más alto.

#### CUADRO 4:

#### Gasto directo en salud como porcentaje del ingreso de los hogares en Chile y Costa Rica

	Chile <sup>a</sup>	Costa Rica <sup>b</sup>
Quintil de ingreso	%	%
I (el más bajo)	3,3	1,9
II	4,3	2,5
III	5,2	3,3
IV	6,3	3,9
V (el más alto)	5,8	6,5
Promedio	5,4	4,7

a. Se evaluaron los gastos por honorarios médicos, dentales y otros servicios profesionales de salud, pruebas de laboratorio, radiografías y procedimientos hospitalarios adicionales en los últimos seis meses. Se incluyeron los gastos por lentes, aparatos y equipos ortopédicos en los últimos 12 meses.

b. Se evaluaron los gastos por tratamientos médicos y dentales, aparatos y accesorios terapéuticos, pruebas y servicios de laboratorio en los últimos tres meses.

Fuentes: Resultados de la EPF 2006-2007 (Instituto Nacional de Estadística 2008) y de la ENIGH 2004 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2006).

El gasto catastrófico en salud se define como el gasto de bolsillo destinado a la atención médica que supera el 30% de los ingresos de un hogar (Zúñiga-Brenes et al 2010). Un análisis de encuestas nacionales de América Latina (Knaul et al 2011) mostró que durante el período 2004-2005 en Chile el 11% de los hogares enfrentaron gastos catastróficos en salud, mientras que en Costa Rica sólo el 0,7% incurrió ese tipo de gastos – aunque, a diferencia de Chile, en Costa Rica los hogares de bajos ingresos tenían cinco veces más probabilidades de someterse a tales dificultades financieras en comparación con el quintil de ingreso más alto. Estos datos indican que en Chile el empobrecimiento debido a gastos sanitarios se distribuye por igual entre los estratos socioeconómicos, lo cual es diferente a la mayoría de los países latinoamericanos en donde los hogares más ricos son menos afectados (Knaul et al 2011). En Chile, los hogares más ricos suelen ser cubiertos por las compañías de seguros privadas (ISAPRE); por lo tanto es probable que su seguro no cubra todas las necesidades de salud. En el caso de Costa Rica, la cobertura de la CCSS es baja en las regiones pobres (Morera y Aparicio 2010), lo que puede explicar el mayor riesgo de gastos catastróficos que enfrentan los hogares pobres.

En Chile el 52,5% de los pacientes que recibieron una prescripción de medicamentos en una consulta de medicina general en los últimos tres meses, pagaron total o parcialmente por los medicamentos (Cuadro 5). En Costa Rica, el 20,7% de las personas que recibieron prescripción por un médico pagaron por los medicamentos. En todos los quintiles de ingreso, la proporción de gente que tuvo que pagar por los medicamentos fue mayor en Chile que en Costa Rica.

**CUADRO 5:**  
Proporción de personas que pagan por medicamentos en Chile y Costa Rica, 2006

	Chile <sup>a</sup>	Costa Rica <sup>b</sup>
Quintil de ingreso	%	%
<b>I (el más bajo)</b>	28,2	13,7
<b>II</b>	34,4	16,6
<b>III</b>	41,2	17,1
<b>IV</b>	54,3	24,6
<b>V (el más alto)</b>	76,8	32,1
<b>Promedio</b>	52,5	20,7

a. Porcentaje de personas que pagaron total o parcialmente por medicamentos que les fueron prescritos en los últimos 30 días de acuerdo al quintil de ingreso familiar per cápita. Estimaciones obtenidas del análisis de la base de datos CASEN 2006.

b. Porcentaje de personas que pagaron por medicamentos que les fueron prescritos por un médico en las dos semanas previas, de acuerdo al quintil de ingreso familiar per cápita. Estimaciones obtenidas del análisis de la base ENSA 2006.

Fuentes: Estimaciones obtenidas a partir del análisis de las bases de datos de la CASEN 2006 (Chile) y de la ENSA 2006 (Costa Rica).

## Acceso

En base a datos de 2006, Chile tuvo un mayor porcentaje de personas que no pudieron acceder a una consulta médica por falta de dinero en comparación con Costa Rica (11.7% vs 0,08%, respectivamente)<sup>3</sup>. En Chile esta proporción fue mayor entre las personas de hogares de bajos ingresos, mientras que en Costa Rica no hubo diferencias. Sin embargo, en Chile la proporción se redujo a 4,2% en 2011 y las diferencias de acuerdo al ingreso disminuyeron. En la encuesta de Latinobarómetro de 2007, más personas reportaron enfrentar barreras de acceso a la atención de salud en Chile que en Costa Rica (19,2% vs 9,4%). En Chile tres dificultades para acceder a la atención fueron más frecuentes que en Costa Rica: la distancia al hospital (12,3% vs 7,8%), el tiempo para obtener una cita (42,6% vs 35,9%) y el costo de ser atendido por un médico (17,4% vs 9,0%).

En cuanto a la salud materno-infantil, en ambos países un alto porcentaje de mujeres han sido atendidas por un profesional de la salud durante el parto, si bien en Chile el porcentaje es ligeramente superior (99,7% vs 95,3% en Costa Rica; OMS 2011). En Costa Rica más mujeres embarazadas tuvieron una prueba de VIH (78,0% vs 46,0% en Chile; OPS 2012a, 2012b) y más mujeres que se encontraban en una relación utilizaban anticonceptivos (82,2% vs 64,2%; OMS 2011); sin embargo, fue menor la cobertura del tratamiento antirretroviral para las personas con VIH (65,0% en Costa Rica en comparación con 88,0% en Chile; OPS 2012a, 2012b).

## Calidad

Durante los años noventa en Costa Rica la mayoría de la gente percibía que la calidad de la atención en salud había aumentado significativamente en los años anteriores. En 1998 el 41,2% de la población de Costa Rica respondió que la calidad de la atención médica había aumentado significativamente, mientras que en Chile la proporción fue de 5,1% (Latinobarómetro 1998, 2007). Para el año 2007, el 65% de los costarricenses y el 40% de los chilenos se reportaron estar satisfechos o muy satisfechos con la atención en salud; las proporciones de insatisfacción fueron del 34% y 57%, respectivamente.

En 2012 más personas en Costa Rica se mostraron satisfechas con la calidad de los servicios médicos públicos que en Chile (62,3% y 26,9%; Vanderbilt University 2012). La satisfacción con la forma en que funcionan los hospitales públicos también fue más frecuente en Costa Rica que en Chile (63% y 22%, respectivamente; Latinobarómetro 2011).

Interesantemente, la mayoría de la gente en ambos países dijeron que el gobierno debería ser responsable de la atención a la salud, en lugar del sector privado (71,1% en Chile y 67,5% en Costa Rica; Vanderbilt University 2012). Sin embargo, más gente en Costa Rica cree que el sector privado debe estar en gran parte o totalmente a cargo de la salud (15% frente a 6% en Chile; Latinobarómetro 2008).

En resumen, parece que el sistema basado en seguros médicos de Chile tiene un rendimiento inferior en la mayoría de los indicadores. La evidencia aquí revisada muestra que en comparación con el

sistema de salud de Costa Rica que es operado por el sector público, el modelo público-privado de Chile tiene mayores costos administrativos y lleva a más procedimientos médicos irracionales en un mercado caracterizado por los oligopolios y la colusión entre los proveedores privados. En cuanto a la accesibilidad, los chilenos incurren en gastos directos para la salud significativos (incluyendo por medicamentos) y tienen más probabilidades de afrontar gastos catastróficos en salud. Ambos países tienen una buena puntuación en el acceso a la atención básica, pero la gente en Chile generalmente se enfrenta a más barreras de acceso a la atención sanitaria, incluyendo la distancia a las instalaciones, los tiempos de espera y los costos. Finalmente, los costarricenses siguen estando más satisfechos con la calidad de sus servicios de salud que los chilenos.

## Conclusiones

La noción de CUS es presentada por la OMS como un modelo para guiar las reformas gubernamentales en cuanto al financiamiento y la prestación de servicios de salud con el objetivo de aumentar la cobertura, reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud de calidad, evitar los gastos catastróficos en salud y aumentar la eficiencia en el uso de los recursos (WHO 2010). Estos objetivos se pueden lograr a través de diferentes arreglos institucionales. Uno consiste en separar las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud mediante la introducción de seguros privados y públicos, que en teoría debería producir la competencia entre los proveedores de salud y crear incentivos para aumentar la calidad y la eficiencia. Otra opción, el modelo del SUS, se basa en el concepto de que debe haber un organismo público que gestione los recursos y proporcione los servicios, aprovechando las economías de escala y promoviendo los valores de solidaridad y equidad como los principales impulsores de la política de salud. La comparación entre los sistemas de salud de Chile y Costa Rica ha tenido por objetivo evidenciar las fortalezas y debilidades de cada uno de estos modelos.

Una de las metas de la CUS es lograr mayor cobertura y acceso de los servicios de salud. Al respecto, tanto en Costa Rica como en Chile se han producido grandes avances en la cobertura de servicios del primer nivel de atención. Sus bajas tasas de mortalidad infantil y las elevadas esperanzas de vida son en alguna medida el resultado de la elevada cobertura de servicios básicos como vacunación y partos atendidos por profesionales de la salud. Sin embargo, la disponibilidad de servicios básicos no es igual que tener acceso a atención integral para resolver la mayoría de los problemas de salud. Lo que puede explicar por qué la gente en Costa Rica sistemáticamente percibe más alto el acceso a los servicios de salud que las personas en Chile. Esta diferencia se ha mantenido incluso después de 2005, cuando en Chile se implementó una regulación más estricta sobre las compañías de seguros (Plan AUGE) para garantizar servicios de salud a los hogares de menores ingresos. Aunque el nuevo plan ha incrementado el acceso a la atención de primer nivel, reduciendo o incluso eliminando las desigualdades socioeconómicas en esos servicios (Frenz et al 2013; Paraje y Vásquez 2012; Vásquez et al 2013), aún persisten las desigualdades en el acceso a los servicios especializados (Paraje y Vásquez 2012; Vásquez et al 2013). Además, a pesar de que en Chile la falta de acceso a

servicios de salud por razones económicas se ha reducido sustancialmente desde el año 2005 (del 11,7% al 4,2%), la cifra sigue siendo comparativamente mucho menor en Costa Rica (0,8%).

Las barreras económicas son los principales obstáculos para incrementar el acceso en los países de ingreso bajo y mediano, pero hay otros factores que pueden afectar la accesibilidad como los procedimientos administrativos y la disponibilidad geográfica de los servicios. En Chile más personas reportan tener dificultades con el acceso a la atención médica a causa de las listas de espera y la distancia a los hospitales. Ambas situaciones podrían ser producidas por el limitado número de proveedores que las compañías de seguros contratan y la menor cantidad de enfermedades que están cubiertas por sus planes de salud. En comparación, en un modelo SUS la gente puede utilizar las instalaciones más cercanas a sus hogares y, potencialmente, tener acceso a todos los servicios.

En América Latina la cobertura de los servicios de salud ha aumentado gradualmente, pero la calidad de los mismos sigue siendo una problemática común. Sin embargo, los servicios de salud públicos son vistos bajo una perspectiva más positiva por los costarricenses que por los chilenos. En Chile los servicios de salud públicos son percibidos como de menor calidad en comparación con los del sector privado (Paraje y Vásquez 2012). Esto es resultado del insuficiente financiamiento por parte del gobierno y el hecho de que los servicios públicos no reciben contribuciones directas de los hogares de altos ingresos, los cuales sólo contribuyen indirectamente a los servicios públicos a través de impuestos generales (Manuel 2002). Por el contrario, los costarricenses pueden percibir la calidad de los servicios de salud como homogénea porque toda la población recibe atención en las mismas instalaciones de la CCSS.

Otro de los objetivos de la CUS es evitar gastos catastróficos en salud que se relacionan con los gastos de bolsillo para la atención médica (WHO 2010). En la última década, esos gastos han sido mayores en Chile que en Costa Rica. Muchas familias en Chile tienen que pagar por los servicios o productos que no están cubiertos por su seguro, esto incluso después de que el programa AUGE se pusiera en marcha.

La última meta de la CUS es incrementar la eficiencia con la que se utilizan los recursos ya que de este modo se podrían generar más servicios y productos de modo que más población se vea beneficiada. Al respecto, el sistema de salud de Costa Rica es claramente más eficiente que el de Chile. Costa Rica tiene una de las esperanzas de vida más altas de la región de América Latina, pero se destinan menos recursos en salud que en Chile. Parte de esta diferencia podría atribuirse a la ineficiencia del sector privado en este último país, donde el uso de procedimientos médicos injustificados es más frecuente y los costos administrativos son más altos. Otro efecto negativo de los servicios privados es que tienden a centrarse exclusivamente en la atención médica y descuidan las actividades preventivas, incluso cuando estas son más rentables en el largo plazo.

Una de las premisas para la introducción de los sistemas de seguro es que se asocian con mayor eficiencia y calidad si existe una fuerte regulación gubernamental (WHO 2010). De acuerdo a las

nociones de “compra activa” (WHO 2010) y “competencia dirigida” (World Bank 1993), la existencia de diferentes proveedores que compiten por los recursos produce niveles más altos de calidad a menores costos. Este argumento se utiliza con frecuencia para promover los seguros de salud. Sin embargo, la evidencia presentada aquí muestra que tales supuestos no siempre son ciertos. El sistema de salud chileno es un ejemplo de como la segmentación producida por la coexistencia de seguros privados y públicos es perjudicial para la eficiencia y la equidad. En general, este sistema de salud es más caro y, en cierta medida, esto es debido a la influencia relativa del sector privado. La colusión entre proveedores privados y los oligopolios, entre otras prácticas, son realidades que se ignoran en el argumento de la competencia.

Además, el caso chileno muestra que los gobiernos de la región de América Latina (como en otros países de ingreso mediano y bajo) no son lo suficientemente fuertes para asegurar prácticas éticas en el sector privado. El hecho de que los seguros y los servicios médicos privados sean más caros en los países de ingreso bajo y mediano (Nicolle y Mathauer 2010; International Federation of Health Plans 2012) sugiere que los gobiernos de la región tienen poco poder (o determinación) para regular las empresas privadas.

La mayoría de las diferencias en el desempeño entre los sistemas de salud de Chile y Costa Rica se pueden explicar por la lógica general de sus arreglos institucionales. En Costa Rica, la cobertura de salud es alta y la desigualdad es baja; esto es en parte el resultado de los altos niveles de solidaridad entre los grupos socioeconómicos y una política nacional destinada a garantizar los servicios de salud para todos los ciudadanos: los trabajadores deben hacer contribuciones a la seguridad social y los pobres están cubiertos por un plan no contributivo que se financia por el gobierno con recursos que provienen de los impuestos generales y otras fuentes. De este modo, existe una fuerte transferencia de riqueza de los individuos de altos y medianos ingresos a los hogares de bajos ingresos.

Aunque se han hecho algunos cambios para aumentar la cobertura y la equidad en el sistema de salud chileno (especialmente a través del Plan AUGE), los efectos negativos de la coexistencia de los seguros privados y públicos como una política nacional no han sido resueltos, incluyendo la ineficiencia, la selección adversa, los altos pagos directos, las desigualdades en la utilización de la atención especializada y una menor calidad de los servicios públicos. En este sistema segmentado los mecanismos de redistribución son pocos, porque los hogares de altos ingresos pueden optar por pagar su contribución al sector privado en lugar de financiar el sistema público (Manuel 2002). Como resultado, la calidad de los servicios es menor en el sector público y el acceso a la atención integral depende de los ingresos familiares.

En conclusión, mientras que Costa Rica y Chile han demostrado mejoras importantes a través de una amplia gama de indicadores de salud desde la introducción de sus políticas de “cobertura universal de salud”, Costa Rica ofrece un modelo de cobertura más eficiente, accesible, equitativo y de calidad que Chile. El sistema de salud de Costa Rica no está exento de desafíos o problemas y no es fácilmente reproducible (ya que se requiere un fuerte compromiso de los gobiernos hacia los servicios públicos), pero la evidencia empírica comparando el SUS con los regímenes de seguro demuestra

ventajas generalizadas y constantes para el primer modelo en la promoción de la universalidad en salud, lo cual subraya las ventajas de un sistema público único sólido en contraposición con un sistema público-privado fragmentado dirigido por un modelo de seguros. El debate sobre los mejores arreglos institucionales para garantizar la atención universal de la salud está lejos de concluir, pero este estudio de caso demuestra que los planes de seguro no son ni la única, ni la mejor opción.

## Endnotes

1 Traducción por los autores.

2 Las palabras clave utilizadas fueron: sistema de salud, atención médica, servicios de salud, trabajadores de la salud, pagos directos en salud, gastos catastróficos en salud, indicadores de salud, estadísticas de salud, datos de salud, enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, servicios médicos, mortalidad y morbilidad, VIH, encuesta nacional, ingreso familiar, nivel socioeconómico, cobertura, equidad, eficiencia, calidad, América, América Latina, Chile y Costa Rica.

3 Estimaciones obtenidas a partir del análisis de las bases de datos de Chile CASEN 2006 y 2011 y del análisis de la base de datos de Costa Rica ENSA 2006.

## ACERCA DE LOS AUTORES

**Luis Ortiz Hernández** es profesor en el Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México. Cuenta con un doctorado en Ciencias de Salud Colectiva. Tiene interés en la investigación sobre las desigualdades socioeconómicas, por racismo y homofobia en la salud. Puede ser contactado en: [lortiz@correo.xoc.uam.mx](mailto:lortiz@correo.xoc.uam.mx).

**Diana Pérez-Salgado** es asistente de investigación en el Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México. Cuenta con una Licenciatura en Nutrición. Tiene interés en la investigación sobre desigualdades sociales en salud y consejería en salud en el primer nivel de atención.

## Referencias

Acharya, A., Vellakkal, S., Taylor, F., Masset, E., Satija, A., Burke, M. et al. 2013. The impact of health insurance schemes for the informal sector in low- and middle-income countries. A systematic review. Policy Research Working Paper 6324. Washington, DC: World Bank.

Agostini, C., Saavedra, E. y Willington, M. 2007. Colusión en el mercado de Isapres: Modelación y evidencia empírica. Documento de Investigación I-190. Washington D.C: ILADES-Georgetown University, Universidad Alberto Hurtado. <http://fen.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/07/inv190.pdf> (revisado el 21 de abril 2014).

- Azevedo, A.C. 1998. The provision of health services in Chile: Historical aspects, dilemmas and perspectives. *Revista de Saúde Pública*, 32: 192-199.
- Belizan, J.M., Althabe, F., Barros, F.C. y Alexander, S. 1999. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. *BMJ*, 319: 1397-1400.
- Bitran, R., Escobar, L. y Gassibe, P. 2010. After Chile's health reform: Increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs*, 29: 2161-2170.
- Bixby, L.R. 2004. Assessing the impact of health sector reform in Costa Rica through a quasi-experimental study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15: 94-103.
- Casas, A. y Vargas, H. 1980. The health system in Costa Rica: Toward a National Health Service. *Journal of Public Health Policy*, 1: 258-279.
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social). 2012. Memoria Institucional. San José: CCSS. [http://www.ccss.sa.cr/cultura\\_organizacional\\_detalle.php?id=3](http://www.ccss.sa.cr/cultura_organizacional_detalle.php?id=3) (revisado el 3 de junio 2014).
- Centro Centroamericano de Población y Universidad de Costa Rica. 2013. Primera Encuesta Nacional de Salud. San José: Investigación en Farmacoeconomía en Centroamérica.
- Clark, M.A. 2002. Health sector reform in Costa Rica: Reinforcing a public system. Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms. Washington, DC: Wilson Center.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978. Declaración de Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.
- Corporación Latinobarómetro. 2013. Latinobarómetro 1995-2013. Santiago de Chile: Corporación Latinobarómetro. <http://www.latinobarometro.org> (revisado el 12 de septiembre 2013).
- de la Jara, J.J. y Bossert, T. 1995. Chile's health sector reform: Lessons from four reform periods. *Health Policy*, 32: 155-166.
- Fiscalía Nacional Económica. 2013. Requerimiento en contra de Asociación Gremial de Ginecólogos Obstetras de la Provincia de Ñuble. [http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/requ\\_04\\_20131.pdf](http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2013/10/requ_04_20131.pdf) (revisado el 21 de abril 2014).
- Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J.S. y Harper, S. 2013. Achieving effective universal health coverage with equity: Evidence from Chile. *Health Policy Plan* (agosto): 1-15.
- Gibbons, L., Belizán, J.M., Lauer, J.A.A., Betrán, A.P., Merialdi, M. y Althabe, F. 2010. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report (2010) Background Paper, No 30. Ginebra: World Health Organization.
- Giovanella, L., Ruiz, G., Feo, O., Tobar, S. y Faria, M. 2012. Health systems in South America. En Institute of Government in Health, L. Giovanella, O. Feo, M. Faria y S. Tobar (Eds), *Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrity and equity*, 21-69. Rio de Janeiro: South American Institute of Government in Health.
- Guzmán, E. 2012. Epidemiological profile of caesarean section in Chile in the decade 2000-2010. *Medwave*, 12: e5331.

Instituto Nacional de Estadística. 2008. Resultados Encuesta de Presupuestos Familiares. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2006. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004. Principales resultados. San José: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

International Federation of Health Plans. 2012. Comparative price report. Variation in medical and hospital prices by country. <http://obamacarefacts.com/2012-Comparative-Price-Report.pdf> (revisado el 21 de abril 2014).

Knaul, F.M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. y Mendez, O. 2011. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México*, 53 Suppl 2: s85-95.

Manuel, A. 2002. The Chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública de México*, 44: 60-68.

Miesnik, S.R. y Reale, B.J. 2007. A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36: 605-615.

Ministerio de Desarrollo Social. 2013. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Bases de datos. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

Ministerio de Salud y CONASIDA. 2012. Informe Nacional sobre los avances en la lucha contra el Sida 2010-2011. San José: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. 2013. Estadísticas Mortalidad Infantil y Materna. San José: Ministerio de Salud. [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadistica-y-base-de-datos/cat\\_view/121-vigilancia-de-la-salud/122-consulta-a-bases-de-datos/344-estadisticas](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadistica-y-base-de-datos/cat_view/121-vigilancia-de-la-salud/122-consulta-a-bases-de-datos/344-estadisticas) (revisado el 15 de noviembre 2013).

MINSAL (Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud). 2013. Estadísticas de mortalidad. Indicadores básicos de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

MINSAL (Ministerio de Salud). 2010. Evolución del VIH-SIDA en Chile, 1984-2010. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. [http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais\\_1984-2010\\_vih\\_sida.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/VIH-SIDA/InformePais_1984-2010_vih_sida.pdf) (revisado el 17 de noviembre 2013).

MINSAL (Ministry of Health). 2012. Health system in Chile. En Institute of Government in Health, L. Giovanella, O. Feo, M. Faria y S. Tobar (Eds), *Health systems in South America: Challenges to the universality, integrity and equity*, 290-339. Rio de Janeiro: South American Institute of Government in Health.

Morera, M. y Aparicio, A. 2010. Determinants of health care utilization in Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 24: 410-415.

Morera, M. 2013. Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78: 119-125.

Nicolle, E y Mathauer, I. 2010. Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability. Discussion Paper No. 8. Washington, DC: World Health Organization.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2010. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra: OMS.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2011. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2012. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: Un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC: OPS.
- PAHO (52nd Directing Council of Pan-American Health Organization). 2013b. Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2014-2019. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- PAHO (Executive Committee of the Pan American Health Organization – World Health Organization). 2013a. CE152.R4: Social Protection in Health. 152nd Session. Washington, DC: PAHO.
- Paraje, G. y Vasquez, F. 2012. Health equity in an unequal country: The use of medical services in Chile. *International Journal of Equity in Health*, 11: 81.
- Pardo, C. y Schott, W. 2013. Health insurance selection in Chile: A cross-sectional and panel analysis. *Health Policy and Planning*, 3: 302-12.
- RF, UNICEF y WHO (Rockefeller Foundation; Save the Children; United Nations Children's Fund; World Health Organization). 2013. Universal health coverage: A commitment to close the gap. Londres: Save the Children.
- Rodríguez, R. 2006. La reforma de salud en Costa Rica. Financiamiento del Desarrollo 173. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- Roemer, M.I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14: 335-353.
- Sáenz, L. 2005. La reforma de los servicios de salud y la universalización de la atención. En X. Bustamante (Ed), *Atención primaria de salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata*, 21-58. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Saenz, M.R., Acosta, M., Muiser, J. y Bermudez, J.L. 2011. The health system of Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53 Suppl 2: s156-167.
- Sapelli, C. y Torche, A. 2001. The mandatory health insurance system in Chile: Explaining the choice between public and private insurance. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 1: 97-110.
- Tobar, J., Cabrera, S., Núñez, P., Vasallo, C., Guerrero, J.L. y Ríos, M. 2012. Mercado de la salud privada en Chile. Estudio solicitado por Fiscalía Nacional Económica, octubre. Valparaíso, Chile: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. <http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf> (revisado el 27 de abril 2014).
- UN (General Assembly of United Nations 67/81). 2012. Global health and foreign policy. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December. Nueva York: United Nations General Assembly.
- Unger, J.P., De Paepe, P., Cantuarias, G.S. y Herrera, O.A. 2008. Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique. *PLoS Medicine*, 5: e79.

UNICEF. 2013. América Latina y el Caribe. <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/latinamerica.html> (revisado el 1 de diciembre 2013).

Vanderbilt University. 2014. Latin American Public Opinion Project. Nashville, EE.UU.: Vanderbilt University. <http://www.vanderbilt.edu/lapop/about-americasbarometer.php> (revisado el 20 de enero 2014).

Vasquez, F., Paraje, G. y Estay, M. 2013. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33: 98-106.

Villegas, H. 2005. Atención primaria de salud y Salud para Todos: Costa Rica y Centroamérica. Escenarios, participación, desafíos siglo XXI. En X. Bustamante (Ed), *Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata*, 21-58. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

Whitehead, M. y Dahlgren, G. 2006. Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Studies on social and economic determinants of population health, No. 2. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.

WHO (World Health Organization). 2013a. Global Health Expenditure Database. National Health Accounts Indicators. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx> (revisado el 13 de octubre 2013).

WHO (World Health Organization). 2013b. Global Health Observatory Data Repository. Region of Americas. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.regionAMR?lang=en> (revisado el 12 de mayo 2014).

WHO (World Health Organization). 2010. Health systems financing: The path to universal coverage. Ginebra: World Health Organization.

WHO (World Health Organization) y World Bank. 2013. Background document. Towards Universal Health Coverage: Concepts, lessons and public policy challenges. Documento preparado para el WHO/World Bank Ministerial-level Meeting on Universal Health Coverage, 18-19 de febrero, Ginebra, Suiza. [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc\\_who\\_worldbank\\_feb2013\\_background\\_document.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_feb2013_background_document.pdf) (revisado el 15 de julio 2013).

World Bank. 2003. Miniatlases of global development. Washington, DC: World Bank.

World Bank. 1993. World Development Report. Investing in health. Nueva York: Oxford University Press.

Xu, K. 2005. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. Ginebra: OMS.

Zúñiga-Brenes, M.P., Vargas, J. y Vindas, A. 2010. Out-of-pocket and catastrophic health expenditures puzzle: The Costa Rican experience. <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%20uno/Costa%20Rica%20WP1.pdf> (revisado el 21 de noviembre 2013).

[www.municipalservicesproject.org](http://www.municipalservicesproject.org)

### **Oficina canadiense**

Queen's University  
Global Development Studies  
152 Albert St.  
Kingston, Ontario, K7L 3N6  
CANADA

### **Oficina sudafricana**

University of the Western Cape  
School of Government  
Private Bag X17  
Bellville 7535  
SOUTH AFRICA