



UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Equidad vertical en la distribución de la carga del financiamiento compulsivo en sistemas de salud de América Latina: Estudio comparativo de los casos de Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica.

Autor: Lautaro Gómez Sepiarsky

Directora del Trabajo: Mg. Lic. Gabriela Blejer

Co-Directora del Trabajo: Dra. Gisel Lorena Fattore

Rosario, 4 de julio de 2020

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), por haberme recibido en esta reconocida institución para realizar mis estudios de maestría.

A todos los docentes que formaron parte de este recorrido, por el conocimiento transmitido y experiencias compartidas.

A mi directora de tesis, la Mg. Lic. Gabriela Blejer, por brindarme orientación y seguimiento durante todo este proceso.

A mi tutora, la Dra. Gisel Lorena Fattore, por acompañarme de manera constante, por su valioso tiempo, sus inapreciables aportes y su apoyo permanente.

A Ernesto Báscolo, por contagiarme su pasión y por haberme brindado su confianza y respaldo desde el primer momento, mi más sincera gratitud.

A mi familia y a los afectos que siempre están a mi lado, por ser el sostén permanente en cada uno de mis pasos.

RESUMEN

Introducción: Durante las últimas décadas, los sistemas de salud en América Latina han sido objeto de procesos de reforma que han configurado nuevas fisonomías en sus arreglos institucionales y han provocado un impacto heterogéneo sobre la vigencia del principio de equidad en la distribución del financiamiento sectorial en cada país.

Objetivo: Comparar el grado de equidad vertical en la recaudación de financiamiento compulsivo en los sistemas de salud de cuatro países seleccionados de América Latina: Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal de los sistemas de salud en los cuales más del 50% del financiamiento sectorial provino de contribuciones compulsivas para el aseguramiento durante el año 2015. La comparación de la equidad vertical en el financiamiento compulsivo se realizó en base a la construcción de indicadores que posibilitaron el establecimiento de jerarquías ordinales de progresividad en dimensiones seleccionadas de las cotizaciones a los seguros contributivos obligatorios y de la recaudación impositiva.

Resultados: El financiamiento sanitario compulsivo fue verticalmente más equitativo en Costa Rica debido fundamentalmente a la progresividad del esquema de cotizaciones de su seguro de salud, mientras que el desempeño argentino fue el más inequitativo debido al efecto conjunto de ambas modalidades de financiamiento.

Discusión y conclusión: Las diferencias de equidad vertical en la distribución de la carga del financiamiento compulsivo en estos sistemas de salud se asocian a diferencias de grado en sus arreglos institucionales en torno a la progresividad de los esquemas de cotizaciones de los seguros contributivos obligatorios y a la regresividad en la distribución del peso de la carga impositiva.

Palabras clave: Argentina; Chile; Colombia; Costa Rica; Sistemas de salud; Financiamiento compulsivo; Equidad vertical.

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, health systems in Latin America have undergone reform processes that have shaped new institutional arrangements and have caused a heterogeneous impact on the validity of the principle of equity in the distribution of the weight of the sectoral financing in each country.

Objective: To compare the degree of vertical equity in the collection of compulsory financing in the health systems of four selected countries in Latin America: Argentina, Chile, Colombia and Costa Rica.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was carried out of health systems in which more than 50% of sector financing came from compulsory contributions for coverage during 2015. The comparison of vertical equity in compulsory financing was based on the construction of indicators that enabled the establishment of orderly hierarchies of progressiveness in selected dimensions of contributions to compulsory tax insurance and tax collection.

Results: Compulsory health financing was vertically more equitable in Costa Rica mainly due to the progressive nature of its health insurance contribution scheme, while the Argentine performance was the most inequitable due to the combined effect of both financing modalities.

Discussion and conclusion: Differences in vertical equity in the distribution of the burden of compulsory health financing in these health systems are associated with grade differences in institutional arrangements regarding the progressive nature of the contribution schemes of mandatory tax insurance and in the regressive nature of the tax burden weight distribution.

Key words: Argentina; Chile; Colombia; Costa Rica; Health systems; Compulsory financing; Vertical equity.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AFIP: Administración Federal de Ingresos Públicos

ANSeS: Administración Nacional de la Seguridad Social

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CINAI: Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación

COSUN: Consejo de Obras Sociales de Universidades Nacionales

ECOPETROL: Empresa Colombiana de Petróleos

EMP: Empresas de Medicina Prepaga

EO: Escala Ordinal

EPS: Entidades Promotoras de Salud

FC: Financiamiento Compulsivo

FODESAF: Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

FSR: Fondo Solidario de Redistribución

GPS: Gasto Público en Salud

INSSJyP - PAMI: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - Programa de Asistencia Médica Integral

IOSFA: Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad

IP: Indicador de Progresividad

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

IVA: Impuesto al Valor Agregado

MPS: Ministerio de la Protección Social

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OSN: Obras Sociales Nacionales

OSP: Obras Sociales Provinciales

OSPJN: Obra Social del Poder Judicial de la Nación

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

POS: Plan Obligatorio de Salud

RC: Régimen Contributivo

RE: Regímenes Especiales

RI: Recursos Impositivos

RS: Régimen Subsidiado

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud

TI: Trabajadores Independientes

UPC: Unidad de Pago por Capitación

INDICE

I.	Introducción	7
II.	Estado de la Cuestión	14
III.	Objetivos de Investigación	24
IV.	Marco Conceptual	25
V.	Contexto de Estudio	34
VI.	Metodología	45
VI.1.	Diseño de investigación	45
VI.2.	Unidad de Análisis	45
VI.3.	Fuentes de datos	45
VI.4.	Variables	46
VI.5.	Técnica de análisis de datos	49
VI.5.1.	Seguros de salud contributivos obligatorios	50
VI.5.2.	Gasto público en salud	56
VI.5.3.	Integración de las fuentes de financiamiento compulsivo	57
VII.	Resultados	59
VII.1.	Seguros de salud contributivos obligatorios	61
VII.2.	Gasto público en salud	66
VII.3.	Integración de las fuentes de financiamiento compulsivo	67
VIII.	Discusión	69
IX.	Conclusiones	75
X.	Bibliografía	77
XI.	Anexos	91

I. INTRODUCCIÓN

América Latina es una de las regiones más inequitativas del mundo (OPS, 2013), y es en ese contexto que existen amplios sectores de la población que están imposibilitados de acceder a servicios de salud integrales para prevenir las enfermedades, lograr una vida saludable y recibir servicios de salud cuando lo necesitan (OPS, 2014), incluso aunque la mayoría de estos países garanticen expresamente el derecho a la salud (Infante, Mata y López-Acuña, 2000).

Las constituciones y leyes de salud o seguridad social de prácticamente todos estos países establecen el derecho a la cobertura de salud, “usualmente con carácter universal y gratuito para los no asegurados, pero en más de la mitad de los países (los menos desarrollados) esta obligación no se cumple en la práctica” (Mesa-Lago, 2005: 43). Esta problemática se agudiza para los migrantes internacionales, dada la gran vulnerabilidad que suele rodear al fenómeno migratorio (Cabieses, 2014); si bien existen iniciativas para la integración de estas personas a la salud pública dentro de los países de la región, “todavía en ninguno se ha desarrollado una política de salud migratoria propiamente” (Cabieses, Gálvez & Ajraz, 2018: 290).

En este contexto, los países latinoamericanos han utilizado distintas formas de organización de sus sistemas de salud para responder a estos desafíos. Sin embargo, la fragmentación y segmentación han sido obstáculos en ese sendero que han caracterizado históricamente a estos arreglos institucionales, en concordancia con políticas sociales fragmentarias y usualmente vinculadas a la posición de los individuos en el mercado de trabajo, redundando en altos niveles de exclusión y desigualdad social (Almeida, 2005).

Esa segmentación de los sistemas de salud se ha materializado en la coexistencia de diferentes modelos de cobertura para grupos poblacionales distintos y con lógicas independientes en la recaudación, aseguramiento, pago y acceso a los servicios, en sintonía con las grandes inequidades

sociales características de los países de la región (Alleyne, 2002; Báscolo & Bloch, 2005).

Históricamente, la segmentación de estos sistemas de salud se ha materializado en modelos organizados mayoritariamente (aunque no únicamente) en forma tripartita, constituidos por (Mesa-Lago, 2005):

- Un (sub)sector de la seguridad social, que brinda cobertura obligatoria a la población trabajadora del sector formal de la economía (y sus dependientes), financiado principalmente mediante contribuciones de la nómina salarial.
- Un (sub)sector privado, compuesto por los seguros privados, los cuales brindan aseguramiento voluntario a la población de altos ingresos que compra estos servicios.
- Un (sub)sector público, financiado por el Estado a partir de las rentas generales, que está destinado a la población en condiciones de pobreza y a los trabajadores de la economía informal.

La segmentación de los sistemas de salud con fuentes y lógicas de financiamiento particulares ha incidido en forma determinante sobre la capacidad de cada sistema para brindar protección financiera, en función de las condiciones de aseguramiento y consecuencias distributivas de cada modelo de cobertura.

El financiamiento de los sistemas de salud comprende varias fuentes de recaudación de recursos que pueden ser compulsivas o voluntarias, cada una de las cuales contribuye en proporción heterogénea al financiamiento sectorial total de los países de la región. Se entiende por financiamiento compulsivo de los sistemas de salud a los recursos destinados al financiamiento sanitario que provienen de contribuciones obligatorias (no voluntarias), independientemente de que la administración de esos fondos sea realizada por organismos públicos o privados (Tobar, 2000).

En este sentido, la evidencia internacional sugiere que las fuentes compulsivas de financiamiento prepago (impuestos generales y contribuciones salariales obligatorias a la seguridad social en salud) tienden a ser las más equitativas, las fuentes prepagas voluntarias (aseguramiento voluntario) son menos equitativas, y los gastos de bolsillo son los más inequitativos (Kutzin, 2008).

En principio, y en función del modelo de cobertura que estos recursos suelen costear, tanto el gasto público en salud financiado mediante rentas generales como los sistemas de aseguramiento obligatorio a la seguridad social en salud se rigen por el principio solidario. Este principio determina, por un lado, que la población acceda a la atención sanitaria en función de sus necesidades y, por otro, que la capacidad de pago sea la base para la determinación de las contribuciones individuales, materializándose en un sistema de subsidios cruzados entre segmentos de población con distintos niveles de ingreso, perfiles de riesgo y/o edad (Evans, 2000; Saltman, 2004).

El financiamiento según la capacidad de pago requiere que personas con igual capacidad de pago paguen lo mismo (equidad horizontal) y que personas con diferente capacidad de pago paguen cantidades diferentes, de modo que aquellos que tienen más recursos contribuyan al sistema más que proporcionalmente respecto a su nivel de ingresos (equidad vertical) (Musgrave & Musgrave, 1992).

La segmentación del sistema con fuentes de financiamiento y modalidades particulares en la asignación de recursos en cada subsector atenta contra la vigencia del principio solidario y la capacidad de brindar protección financiera. Además, tiene un correlato en la fragmentación en la organización de los servicios de salud, la cual se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema (Acuña, 2005).

A pesar de las similitudes que existen entre los sistemas de salud de los países de la región, sus diferencias se han profundizado a partir de los procesos de reforma sectorial que se han implementado a partir de la década de 1980, los cuales han moldeado la configuración de nuevas y singulares fisonomías institucionales, con consecuencias sobre el modelo de aseguramiento y la estructura del financiamiento sectorial, entre otros (Atun et al., 2014).

Esas reformas surgieron en el contexto de procesos de reforma estructurales, motorizadas por diversos fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, que incluyeron: las transformaciones de la economía mundial y su impacto sobre las economías nacionales, las crisis fiscales de los Estados y la disminución de la inversión pública, el retorno de los gobiernos democráticos, el aumento de las desigualdades sociales, elevados niveles de ineficiencia en el gasto público, así como las condiciones establecidas por parte de los bancos acreedores en un contexto de elevado endeudamiento regional (Almeida, 2005).

Según autores como Lloyd-Sherlock (2000), Ugalde, Homedes y Zwi (2002), Almeida (2005) y Mesa-Lago (2005), entre otros, estas reformas fueron promovidas por la influencia de organismos financieros internacionales (como el Banco Mundial, el FMI y el BID), motivo por el cual ha primado en ellas una *visión económica* que ha redundado en un énfasis sobre mecanismos de mercado como “la expansión del subsector privado, la competencia y la libertad de elección, la reducción de costos, la eficiencia y la sostenibilidad, así como en la separación de funciones” (Mesa-Lago, 2005: 34). En sintonía con esa caracterización, la Organización Panamericana de la Salud sostiene que ese sesgo implicó una menor atención a las mejoras en el desempeño de los sistemas de salud en objetivos como la reducción de las inequidades en las condiciones sanitarias, en el acceso a los servicios de salud, a las mejoras en la efectividad de las acciones de salud, a la promoción de la calidad en la atención, entre otras (OPS, 2002).

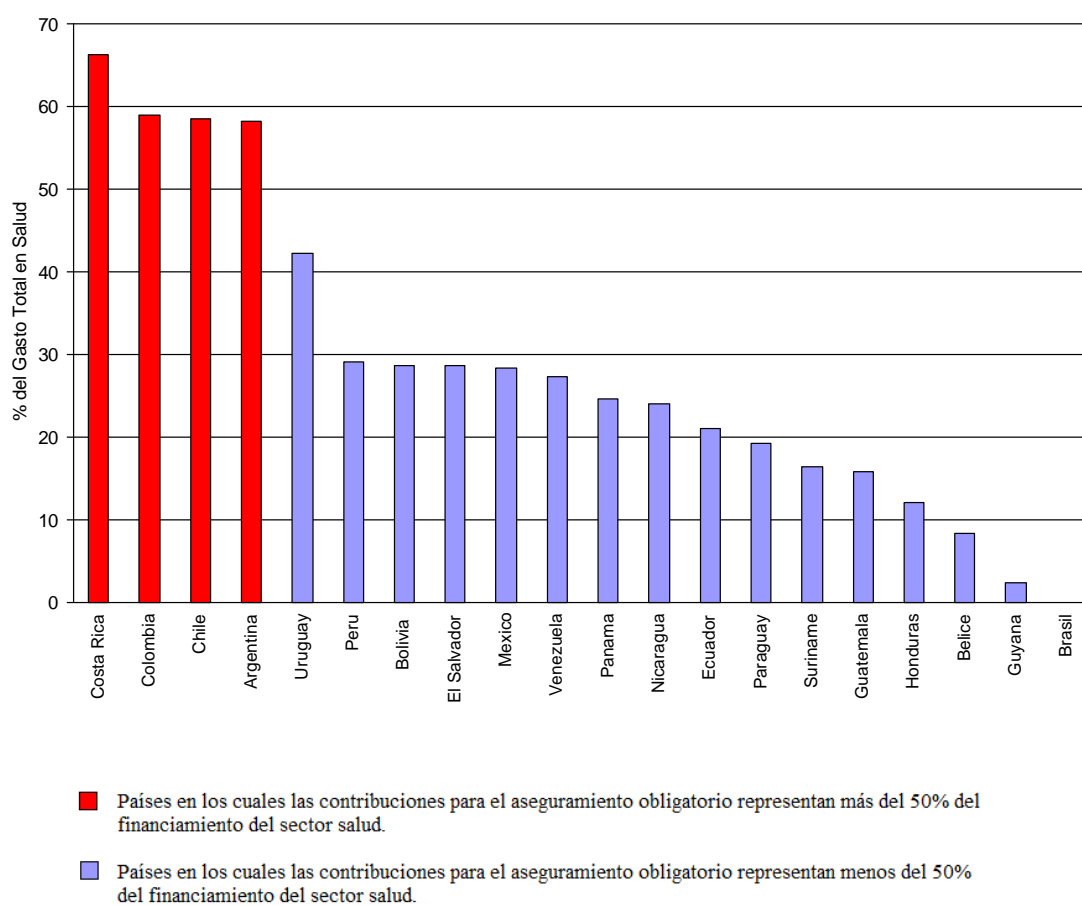
Estos procesos de reforma se fundamentaron en la necesidad de dar respuesta a desafíos como la superación de limitaciones de cobertura que generaban desigualdad en las condiciones de acceso a los servicios, problemas de eficiencia y calidad en la gestión y prestación de los servicios de salud, entre otros. Sin embargo, se implementaron sobre modelos de salud disímiles en cuanto a sus “principios articuladores, las responsabilidades del sector público y del privado, la cobertura de prestaciones y de la población, los modelos de financiamiento y de aseguramiento, y la regulación” (Sojo, 2001:140).

Las innovaciones se materializaron en novedosos arreglos institucionales que introdujeron mecanismos de mercado para promover la competencia como criterio organizador en el aseguramiento y en la provisión de servicios de salud. Por un lado, se promovió la competencia en los prestadores públicos mediante la separación de funciones con el objeto de mejorar la eficiencia y la calidad. Por otro lado, se incorporaron conjuntos de prestaciones (con distintas amplitudes y coberturas) a modo de garantías para las prestaciones de salud, privilegiando el incremento de la participación de entidades privadas en la provisión y financiamiento de los servicios de salud (Sojo, 2001).

Estas innovaciones han tenido repercusiones muy distintas respecto de la organización general de los sistemas, las condiciones de equidad vigentes en los respectivos esquemas de financiamiento, la cobertura de la población, el grado de desarrollo de los servicios de salud, la capacidad de implementación y su regulación (Sojo, 2000; 2001).

En ese contexto, los esquemas de financiamiento sectorial basados en contribuciones compulsivas para el aseguramiento de la población han adquirido mayor protagonismo, y en algunos países representan la modalidad de financiamiento preponderante.

Gráfico 1. Contribuciones obligatorias para el aseguramiento de la salud como porcentaje del Gasto Total en Salud en América Latina. Año 2015.



Fuente: elaboración propia en base a Global Health Expenditures Database (WHO, 2018).

Sin embargo, la estructura de financiamiento actual de los sistemas de salud de la región, así como el modo en que los esquemas basados en la solidaridad son financiados, varía significativamente entre los países de la región (Titelman et al., 2014).

Las experiencias de Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica constituyen cuatro casos de interés de reformas en la gestión en salud, con diferencias multidimensionales que se traducen en una heterogénea vigencia de los principios de solidaridad y universalidad en sus respectivos sistemas de salud (Sojo, 2001):

- La reforma chilena (que data del decenio de 1980) fue la más radical de la región en cuanto a la erosión de los principios de solidaridad y

universalidad mediante la instauración de una lógica dual en su modelo de salud.

- Las reformas en Argentina y Colombia se centraron principalmente en modificaciones al modelo de financiamiento que propiciaron la competencia y propugnaron los principios de solidaridad y universalidad.
- En el caso de Costa Rica, con un escenario de salud eminentemente público y basado en principios de solidaridad y universalidad, la reforma tuvo como eje la incorporación de mercados internos mediante la introducción de un modelo organizativo y de financiamiento asociado al desempeño.

Teniendo presente que la promoción de una más equitativa distribución del peso del financiamiento sectorial es un objetivo de la política de financiamiento sanitaria que se dirime en el proceso de la recaudación de recursos (Kutzin, 2008), uno de los interrogantes que surgen como consecuencia de las reformas sectoriales implementadas en las últimas décadas se refiere al grado en que la heterogeneidad de arreglos institucionales que caracterizan a los sistemas de salud de Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica han erosionado la fuerza y alcance del principio solidario.

En ese marco, y a partir del reconocimiento de que la diferencia más clara entre sistemas de financiamiento alternativos está dado por el modo en que el financiamiento del costo de los sistemas de salud se distribuye entre la población (Evans, 2000), la pregunta que guía la investigación consiste en determinar ¿Cuál es el grado de vigencia del principio de equidad vertical en el financiamiento compulsivo de los sistemas de salud en Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica?

II. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En este apartado se presenta un mapeo de los estudios sobre la problemática de la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud direccionado a identificar los resultados observados principalmente por análisis de tipo comparativos, aunque también recurriendo en forma complementaria a estudios de caso, para conocer el estado del arte que permitirá contextualizar el abordaje realizado en esta tesis. Inicialmente se mencionarán los diversos enfoques utilizados para emprender este tipo de estudios, y luego se explorará la producción académica disponible haciendo énfasis en abordajes metodológicamente afines.

La concepción más tradicional sobre equidad en el financiamiento de los sistemas de salud, denominada análisis de la incidencia del financiamiento (Wagstaff, 2002) o enfoque de ingresos (Murray et al., 2003) tiene como principal preocupación el efecto marginal de los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud sobre el concepto más amplio del ingreso total del hogar. Este enfoque aborda la forma en que el financiamiento sectorial contribuye a la redistribución social del ingreso. En ese sentido, el grado en que las contribuciones al sistema de salud redistribuyen el ingreso está determinado por la progresividad de las contribuciones, lo cual es mensurable analizando la progresividad de cada modo de financiación ponderada por su importancia en relación con las otras fuentes (Deaton & Muellbauer, 1980; Murray et al., 2000, Murray et al., 2003).

El segundo enfoque, denominado enfoque de la carga por Murray et al. (2003), fue presentado por la OMS en “The world health report 2000. Health systems: improving performance” (WHO, 2000). Este abordaje analiza las contribuciones realizadas al sistema de salud en términos de la desutilidad experimentada por los hogares en función de la proporción de su capacidad de pago utilizada para realizar pagos al sistema de salud.

El tercer enfoque para evaluar la equidad en el financiamiento sanitario es conocido como el análisis de incidencia de beneficios (BIA, por sus siglas en inglés). Este abordaje estima el impacto distributivo del gasto público en la atención de los servicios de salud: mide en qué medida los diferentes grupos socioeconómicos se benefician de los subsidios públicos mediante el uso de los servicios sanitarios (Asante et al., 2016).

El cuarto enfoque está relacionado con la medición de la protección financiera, para lo cual se basa en el gasto directo de las personas en atención médica y relaciona los pagos de bolsillo con un determinado umbral. Comprende dos modalidades; una consiste en clasificar el gasto como "empobrecedor" si es lo suficientemente oneroso como para hacer que el hogar pase a estar debajo del umbral de pobreza a causa de los desembolsos médicos; la otra modalidad consiste en clasificar el gasto como "catastrófico" si excede una cierta proporción del ingreso del hogar, por los riesgos que imponen a las condiciones de vida de esos hogares (Wagstaff, 2008). Esta constituye la línea de investigación que más profusa producción ha generado en la literatura sobre estudios de equidad en el financiamiento de los sistemas de salud, y dentro de esta, la segunda modalidad ha sido la que más ampliamente se ha desarrollado.

Dentro del primer enfoque, en el cual se encuentra comprendido el análisis desarrollado en este trabajo, Van Doorslaer et al. (1999) señalan que la medida más inclusiva de equidad en el financiamiento sanitario consiste en mensurar las consecuencias netas sobre la redistribución social del ingreso generada por el efecto conjunto de la totalidad de las contribuciones al financiamiento sectorial.

Diversos autores han utilizado complejos métodos para evaluar la progresividad en el financiamiento impositivo y lo han aplicado al estudio del financiamiento a los sistemas de salud en países de todas las regiones del planeta: Akazili et al. (2012), Aronson et al. (1994), Chen et al. (2012), Gonzalez Pier & Parker (1999), Kakwani (1977), Kakwani et al. (1997), Limwattananon et al. (2011), Mangham (2006), Mills et al. (2012), Munge &

Briggs (2013), O'Donnell et al. (2008b), Rasell et al. (1994), Wagstaff et al. (1989), Wagstaff & Van Doorslaer (1992), Wagstaff & Van Doorslaer (1999), Yu et al. (2008), entre otros.

Abordando la variada forma en que se generan los ingresos dentro de cada fuente de financiamiento y la importancia relativa de cada fuente en los respectivos sistemas de salud, algunos de estos estudios desarrollados sobre países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Aronson et al., 1994; Kakwani et al., 1997; Rasell et al., 1994; Wagstaff et al., 1989; Wagstaff & Van Doorslaer, 1992; Wagstaff & Van Doorslaer, 1999; entre otros) indican que el financiamiento mediante impuestos directos es progresivo, mientras que el uso de impuestos indirectos es usualmente regresivo. El seguro social es progresivo en países donde la cobertura es universal¹, y regresivo en aquellos en los cuales los grupos de mayores ingresos quedan excluidos. También concluyen que los seguros privados son regresivos en países como Estados Unidos y Suiza, porque allí las primas de aseguramiento no están relacionadas al ingreso de los asegurados, sino que son constantes o están relacionadas con los riesgos. Adicionalmente, se enfatiza unánimemente la regresividad de los pagos de bolsillo, particularmente en los países donde la atención médica prepaga no cubre a los grupos de bajos ingresos.

Según Murray et al. (2000), los resultados de este primer enfoque sobre países desarrollados muestran que en los países donde el financiamiento sanitario es predominantemente privado, sea a través de seguros privados o pagos de bolsillo, el sistema es más regresivo. Los resultados en países basados en el seguro social son mixtos, dependiendo de si los grupos de mayores ingresos disponen de la opción de optar por participar o no del sistema, mientras que los sistemas financiados por vía impositiva son proporcionales o levemente progresivos.

¹ Según OPS (2014), la cobertura de salud se define como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”, y la cobertura universal de salud “implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población”.

Varios estudios han demostrado que la distribución de la carga del financiamiento sanitario en países seleccionados del África subsahariana (Nigeria, Ghana, Tanzania, Sudáfrica, Malawi, Costa de Marfil, Guinea y Madagascar), fue en general progresiva; es decir, que los hogares con mayores ingresos contribuyeron a los sistemas de salud con una mayor proporción de sus ingresos que los hogares de menores ingresos (Akazili et al., 2012; Castro-Leah et al., 2000; Mangham, 2006; Mills et al., 2012; Mtei et al., 2012; Onwejekwe et al., 2012; World Bank, 2012a; World Bank, 2012b; World Bank, 2012c).

En la mayoría de estos estudios se concluye que los impuestos y los seguros obligatorios son fuentes de financiamiento que propician una distribución progresiva del financiamiento sectorial. Los impuestos indirectos, particularmente el Impuesto al Valor Agregado (IVA), fueron regresivos en la mayoría de estos países, pero el grado de regresividad usualmente fue insuficiente para revertir la progresividad de los impuestos directos, mientras que los pagos de bolsillo y los seguros privados resultaron netamente regresivos. Los pagos de bolsillo fueron regresivos en todos los casos excepto en Zambia, donde el Banco Mundial encontró que la distribución era proporcional, y que los seguros privados fueron moderadamente regresivos en comparación a los pagos de bolsillo (World Bank, 2012c).

Según Munge & Briggs (2013), Kenia fue el único país del África subsahariana donde se observó que la distribución general de la carga del financiamiento sanitario favorecía a los sectores sociales de mayores ingresos.

En un estudio realizado sobre Jamaica, Ghana, Costa de Marfil, Perú y Bolivia, Baker & van der Gaag (1993) concluyeron que el financiamiento canalizado a través del sector público tuvo escasa incidencia en la reducción de las desigualdades en el gasto y el acceso a la atención médica en estos sistemas de salud.

Por otro lado, el cálculo de la progresividad de cada mecanismo de financiamiento en los sistemas de salud en Ghana, Sudáfrica y Tanzania realizado por Mills et al. (2012) demuestra que los impuestos indirectos fueron regresivos en Sudáfrica pero progresivos en Ghana y Tanzania. La regresividad de los impuestos indirectos en Sudáfrica está en consonancia con el panorama de los países de la OCDE y algunos otros países asiáticos de ingresos medianos y altos; en cambio, la progresividad de estos impuestos en Ghana y Tanzania se familiariza con el comportamiento de algunos países asiáticos de ingresos bajos y medianos. A medida que las economías crecen, los grupos socioeconómicos más bajos pueden comprar una gama más amplia de bienes y servicios que se gravan con impuestos indirectos, lo que hace que estos impuestos se vuelvan regresivos. Sin embargo, para los países de bajos ingresos que aún no han llegado a este umbral, los impuestos indirectos pueden ser una fuente de financiación no regresiva para la asistencia sanitaria, como es el caso del impuesto nacional de seguro médico en Ghana, que forma parte del IVA.

Varios estudios que analizan la distribución de la carga del financiamiento sanitario en países de la región del Asia-Pacífico (Chakraborty et al., 2012; Chen et al., 2012; Limwattananon et al., 2011; O'Donnell et al., 2007; O'Donnell et al., 2008a; World Bank, 2012d; World Bank, 2012e; World Bank, 2012f; Yu et al., 2008) indican que en estos países predominan distribuciones progresivas de la carga total del financiamiento de los respectivos sistemas de salud. La tributación y los seguros de salud obligatorios fueron las fuentes más progresivas, mientras que los seguros voluntarios fueron los menos progresivos.

Limwattananon et al. (2011) muestran que Malasia, Mongolia, Bangladesh, Vietnam, Indonesia, Sri Lanka, Nepal y Filipinas exhibieron distribuciones generales progresivas de la carga del financiamiento sanitario. Sin embargo, algunas fuentes de financiamiento mostraron distribuciones regresivas en determinados casos. Un ejemplo de ello es el caso de Tailandia, donde a pesar del impacto regresivo de los pagos de bolsillo y del seguro de salud

privado, una distribución altamente progresiva de los impuestos permitió que se verifique una distribución general progresiva en términos netos.

Chen et al. (2012) verificaron hallazgos similares en India, República Kirguisa y China, países en los que se observó que al menos una fuente de financiamiento era regresiva o proporcional. Con respecto a la distribución total de la carga del financiamiento sectorial, China fue el único país de la región que exhibió una distribución netamente regresiva.

Asante et al. (2016) observan que la población de altos ingresos en países de la región Asia-Pacífico debieron afrontar la mayor parte de la carga por el financiamiento del seguro de salud obligatorio. Un resultado también progresivo observan en el caso de los seguros obligatorios en el África subsahariana, lo cual asocian al hecho de que estos seguros están vinculados al empleo en el sector formal en la mayoría de estos países. Es por ello que la carga del pago de este seguro recae en gran medida en los empleados del sector formal, quienes suelen gozar de una mejor posición económica en términos relativos.

Una de las principales referencias en cuanto a estudios de la seguridad social en América Latina es el libro *Social Security in Latin America: pressure groups, stratification, and inequality* de Carmelo Mesa-Lago (1978), el cual constituye el primer intento de aplicar un enfoque desde las ciencias sociales y con un abordaje multidisciplinario al estudio comparativo de la seguridad social en varios países latinoamericanos: Chile, Uruguay, Perú, Argentina y México.

Mesa-Lago (1978) concluye que el efecto general de los sistemas de financiamiento de la seguridad social en estos países era probablemente regresivo debido al mayor peso y regresividad de las contribuciones de los empleadores y del Estado en relación a las contribuciones de los trabajadores. Observa que la desigualdad entre países era relativamente menor en lo que respecta a las contribuciones de los trabajadores que en relación a las contribuciones correspondientes a empleadores y al Estado.

Además, indica que la distribución del ingreso per cápita de la seguridad social entre grandes grupos ocupacionales mostraba la regresividad de los sistemas de financiamiento, y que el ingreso de la seguridad social se distribuía de forma más desigual que el ingreso nacional en cuatro de los cinco países analizados, lo cual profundizaba las desigualdades de ingresos en lugar de reducirlas.

Almeida (2002) y Maceira (2001; 2003) sostienen que los sistemas de salud en América Latina se han caracterizado históricamente por una significativa fragmentación y segmentación en el financiamiento y en la prestación de servicios. Observan que la seguridad social universal nunca se consolidó en la región, excepto en algunos países (como Costa Rica), motivo por el cual caracterizan a estos sistemas de aseguramiento sanitario como estructuras compartimentadas que limitan las posibilidades de partición de riesgos y transferencias de ingresos entre grupos de distintos niveles de riesgo e ingreso.

En *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, Mesa-Lago (2005) concluye que, como consecuencia de las reformas implementadas, el principio de equivalencia² entre la cotización y la prestación, tanto a nivel colectivo como individual, sustituyó parcialmente al principio de solidaridad, aunque en menor grado que lo acontecido en las reformas de pensiones. Sostiene que las reformas uniformaron en varios países las múltiples cotizaciones al seguro social, pero que esa multiplicidad persistió en sistemas donde subsistieron varios seguros o grupos separados que no fueron integrados, así como también aumentó la diversidad debido a la introducción de copagos, primas a los seguros privados, etc. Además, observa que sólo un reducido número de países aplicaron fondos de compensación solidaria y redistribución para disminuir las desigualdades entre grupos de diverso ingreso y riesgo.

² Los sistemas basados en la equivalencia excluyen a los que más necesitan de la seguridad social, porque no es posible incluir a los marginados en prestaciones basadas en cotizaciones.

En concordancia con Almeida (2005), Titelman et al. (2015) destacan que un rasgo distintivo de la estructura de financiamiento de la salud en América Latina es la importancia relativa del gasto privado que, en promedio, representa el 45% del gasto sanitario total, superando como porcentaje del PIB a los países de Europa y de la OCDE.

Además, afirman que el exceso de gastos de bolsillo en muchos de estos países se debe al alcance limitado de la seguridad social financiada a través de impuestos contributivos sobre los salarios y a las restricciones fiscales del régimen no contributivo (financiado con impuestos generales), consecuencia de dificultades históricas afrontadas por la región en la recaudación de impuestos, motivo por el cual los esfuerzos para generar los recursos en muchos países se han concentrado en mecanismos con bajo potencial de redistribución (Almeida, 2005; Titelman et al., 2015).

Molina et al. (2000) indican que en países como Honduras, en los que el gasto público es reducido y el gasto privado mostraba una tendencia creciente, se verifica una tendencia a que los quintiles más pobres destinen mayores porcentajes de sus ingresos al pago de medicamentos y copagos para consultas. En ese sentido, Lewis (2010) demuestra que los pagos informales a proveedores públicos se han constituido en una importante fuente de financiamiento de la asistencia sanitaria en muchos países en desarrollo, socavando el principio de equidad de la salud financiada públicamente.

En un análisis comparativo de los sistemas de protección social en Guatemala, Honduras y Nicaragua, Carrera et al. (2010) evidencian las limitaciones financieras e institucionales que determinan la baja cobertura y la baja calidad de los servicios de salud en estos países. Enfatizan aspectos como los bajos límites de cotización, los cuales restringen significativamente los recursos disponibles para los sistemas de seguridad social, socavan la solidaridad de su financiamiento y su impacto redistributivo. Además, mencionan otros factores determinantes, como la dinámica del mercado laboral, el insuficiente esfuerzo fiscal, entre otros.

Utilizando índices de Kakwani en un estudio sobre el financiamiento del sistema de salud en México, Gonzalez Pier & Parker (1999) encontraron que, en términos globales, el sistema no se aleja mucho de un tipo de financiamiento neutral, si bien el gasto de bolsillo es considerado regresivo y otras fuentes de financiamiento tienden a ser algo progresivas.

Según Ugá & Santos (2007), la distribución general del financiamiento del sistema de salud brasilero es regresiva, consecuencia atribuida principalmente al efecto regresivo de los pagos de bolsillo, cuyo efecto prevalece a pesar de la progresividad observada en la distribución del financiamiento de los seguros público y privado.

Según Peticara (2008), Argentina resalta como un país con una relativamente extendida cobertura de seguro social de salud. Sin embargo, Maceira (2008) destaca la desigualdad en el aseguramiento según grupos de ingreso, lo cual trae aparejado que los hogares deben desembolsar grandes sumas en concepto de gastos de bolsillo en relación a su capacidad de pago: el 10% de la población con mayor gasto tiene erogaciones que superan el 20% de su capacidad de pago total, contrastando con países como Chile (10%) y Ecuador (7,5%) (Peticara, 2008).

En ese contexto, Arnaudo et al. (2016) revelan un aumento de la importancia de las obras sociales dentro del sistema de salud argentino entre 2004 y 2011, así como “una reducción en las desigualdades en los fondos por beneficiario, lo cual parecería estar asociado a la atenuación de las diferencias salariales entre los diferentes sectores de la economía y al accionar del Fondo Solidario de Redistribución” (Arnaudo et al., 2016: 125).

Según Martinez (2017), la descentralización constituye el principal obstáculo a la equidad sanitaria en Argentina, ya que “las provincias y fondos sociales con mayor capacidad financiera tienen más posibilidades de brindar atención de alta calidad, diferenciándose de aquellos fondos de provincias y seguros más pobres” (Martinez, 2017: 7), repercutiendo sobre los gastos de bolsillo de las familias, que se concentran en el abono de copagos, seguros

voluntarios y la proporción de gastos en medicamentos no cubiertos por los seguros.

En un estudio sobre la equidad en el financiamiento y la protección financiera en el sistema de protección en salud chileno, Cid et al. (2006) ponen de manifiesto la inequidad que impera en la distribución del financiamiento entre los sectores público (Fondo Nacional de Salud (FONASA)) y privado (Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)). Dado que las cotizaciones están asociadas a los ingresos y a la segmentación de la población entre sistemas público y privado, el 59% de las contribuciones son captadas por el sector privado y sólo el 41% por el sector público (distribución que sólo se compensa parcialmente con un aporte fiscal). Por tal motivo, mientras el 38% de los recursos totales que el país gasta en salud se destinan al 21% de la población (ISAPRE), el 62% de los recursos se destina al restante 79% de la población (FONASA).

III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general: comparar el grado de equidad vertical en la recaudación de financiamiento compulsivo en los sistemas de salud de cuatro países seleccionados de América Latina durante el año 2015: Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica.

Objetivos específicos:

- 1) Analizar la progresividad relativa de dimensiones seleccionadas del financiamiento compulsivo de los sistemas de salud analizados.
- 2) Comparar la progresividad del financiamiento compulsivo entre los sistemas de salud analizados.

IV. MARCO CONCEPTUAL

Funciones de los sistemas de salud

En el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000, la OMS define a un sistema de salud como “todas las acciones cuyo propósito primario sea promover, restaurar o mantener salud” (WHO, 2000: 6), y considera que son tres los objetivos básicos de todo sistema de salud: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de la gente y proveer protección financiera para los costos de una mala salud.

Además, el reporte considera que los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas (WHO, 2000):

- *Rectoría*, definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en términos de capacidad institucional en materia de conducción de las acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud, la aplicación de las funciones esenciales en salud pública, de modulación del financiamiento, de la vigilancia del aseguramiento, de la supervisión de la compra y de la armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar el acceso universal y equitativo a la atención a la salud con criterios de calidad (OPS, 2002).
- *Generación de los recursos humanos y físicos* que hacen posible la prestación de servicios.
- *Prestación de servicios*.
- *Financiamiento*, función sobre la que se profundiza a continuación.

Financiamiento de los sistemas de salud

Según la OMS, la función de financiamiento de los sistemas de salud consiste en el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. El propósito de esta función, además de generar la disponibilidad de recursos financieros, consiste en establecer los incentivos financieros

adecuados para los proveedores con el objeto de procurar que “todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de salud pública y de atención sanitaria personal” (WHO, 2000: 109).

Dentro de la función de financiamiento existen tres subfunciones (WHO, 2000):

1. La *recaudación de ingresos* es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero de familias y organizaciones o empresas, así como de donantes.
2. La *mancomunación de recursos* (o función de aseguramiento) se refiere a la acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual.
3. La *compra de intervenciones* se refiere al proceso mediante el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto de intervenciones en salud.

Recaudación de ingresos

Existen diversas fuentes de financiamiento de los sistemas de salud, las cuales pueden clasificarse en compulsivas o voluntarias (Vergara-Iturriaga & Martínez-Gutiérrez, 2006):

- Se entiende por financiamiento voluntario al financiamiento sectorial compuesto por las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, gastos de bolsillo y donaciones.
- Por otro lado, el financiamiento compulsivo se compone de recursos generados mediante contribuciones obligatorias. Esta modalidad de financiamiento comprende las contribuciones para seguridad social en salud (cuya administración puede ser pública o privada) y el gasto público en salud con recursos de origen impositivo.

Ambas modalidades de financiamiento compulsivo constituyen recursos públicos derivados de tipo tributario (Martin, 2007):

1) Contribuciones para la seguridad social en salud

Constituyen una variedad específica dentro de las denominadas Contribuciones Parafiscales, una de las dos modalidades de Contribuciones Especiales. Entre las especificidades de estos recursos tributarios, cabe mencionar que generalmente son recaudados y administrados por entes descentralizados de la administración pública, y que están afectados específicamente al cumplimiento de los fines de dichos entes (Iturrioz, 1981).

En relación al financiamiento de la seguridad social en salud, Busse et al (2004) indican que la parte principal de la recaudación proviene fundamentalmente de contribuciones vinculadas a los salarios, las cuales son distribuidas entre trabajadores asalariados y empleadores. Sin embargo, existen diferencias relevantes entre diversos arreglos institucionales relacionadas a:

- a. Uniformidad de las contribuciones: hace referencia a la igualdad o desigualdad en las contribuciones de la población asegurada al interior de los sistemas de seguridad social de cada país. La segmentación del sector favorece la existencia de esquemas de financiamiento diferenciados con diseños institucionales disímiles.
- b. Ratio de contribuciones de empleador y asalariado: consiste en la proporción en la que se distribuye la alícuota total (%) de las contribuciones entre empleador y asalariado.
- c. Existencia de un tope de cotización: consiste en un límite nominal en el ingreso de los trabajadores que constituye la base sobre la cual se realizan los aportes y contribuciones al seguro de salud, el cual limita la redistribución vertical del ingreso al redundar en una disminución de la alícuota media que, sobre sus ingresos, contribuyen los trabajadores de mayor capacidad económica.

- d. Existencia de ingresos adicionales no vinculados a los salarios: en algunos arreglos institucionales existen componentes de ingreso adicionales a las contribuciones de origen salarial.
- e. Cálculo de contribuciones para la población no asalariada: como las contribuciones suelen basarse en los salarios, el cálculo de contribuciones para personas no asalariadas ha motivado el desarrollo de esquemas de financiamiento con diseños institucionales disímiles. Para el grupo más grande (jubilados), las contribuciones varían de un país a otro, tanto en términos de cuánto pagan como de quién paga la contribución.
- f. Rol de las rentas generales en el financiamiento del subsector: el supuesto común es que los países con sistemas de salud basados en esquemas de seguridad social dependen principalmente de las contribuciones de origen salarial para su financiamiento³. Para verificar ese supuesto, se debe estimar el porcentaje de los ingresos del sistema de seguridad social generados a través de contribuciones basadas en salarios y el porcentaje del gasto público en salud (financiado con recursos de las rentas generales) cubierto a través de la seguridad social.

2) Impuestos

Los impuestos constituyen la principal fuente de recursos de los Estados. Son tributos no vinculados que, fundados en la capacidad de pago de los contribuyentes, se destinan al cumplimiento de los fines del Estado. Por regla general, los impuestos no tienen afectación específica, lo que implica que el producido de su recaudación no tiene un destino financiero especial, sino que ingresa a las rentas generales de la hacienda pública para el financiamiento de los gastos públicos en general. En cambio, el

³ Según Busse et al (2004), en las estadísticas internacionales sobre las fuentes de financiamiento sanitario, suele no estar claro si el gasto a través de impuestos incluye los subsidios fiscales a los fondos de enfermedad o si estos se incluyen como gasto de seguridad social.

impuesto con afectación es aquel cuya recaudación por el fisco está “afectada”, esto es, destinada por disposición de ley respectiva, al cumplimiento de un fin específico mediante el gasto correspondiente (Fenochietto, 2006).

En relación al estudio de la potestad impositiva de los Estados, una forma utilizada para tener una idea cuantitativa de lo que el Estado recauda en forma coercitiva mediante impuestos la proporciona la noción de “presión o carga impositiva”, es decir, la relación porcentual entre monto de impuestos recaudados en un país y el producto o ingreso nacional de un año determinado.

Entonces, se entenderá por presión o carga impositiva al cociente de los ingresos o recursos impositivos (RI) recaudados por el sistema tributario sobre el Producto Bruto Interno (PIB) de un país: $\text{Carga impositiva} = \text{RI} / \text{PIB}$.

En la literatura tributaria pueden encontrarse distintas clasificaciones de impuestos, de las cuales sólo mencionaremos aquí la clasificación según el criterio jurídico-financiero. Según este criterio de clasificación, el elemento diferenciador de los impuestos está dado por la naturaleza exhibida de la capacidad contributiva o capacidad de pago de los contribuyentes, dado que dicha capacidad tiene diversas manifestaciones (Martín, 2007; Villegas, 2000):

- Se consideran impuestos **directos** a aquellos cuyo objeto fiscal es una circunstancia objetiva, una manifestación inmediata, ostensible, un “indicador” indubitable y directo de riqueza gravable. Son típicamente los impuestos que gravan la renta o el patrimonio en sus distintas expresiones: ganancias, beneficios eventuales, beneficios extraordinarios, patrimonio neto, capital de las empresas, propiedad inmueble, valores financieros, acervo sucesorio, etc.

- En contraste, se consideran impuestos **indirectos** a aquellos que se aplican sobre manifestaciones de capacidad tributaria menos visibles, de carácter mediato, meros “indicios” de aptitud económica, ya que las circunstancias o situaciones objetivas que se tienen en cuenta hacen solamente presumir un determinado nivel de riqueza, pero con un nivel de aproximación inferior al de los casos de exteriorización inmediata; tales son los casos de la producción, circulación y consumo de riqueza. Aquí se incluyen los impuestos que gravan las ventas o ingresos brutos, la producción obtenida, el valor agregado, la importación o exportación, las transmisiones hereditarias, el tráfico jurídico, etc.

Equidad en el financiamiento

El concepto de equidad se relaciona con aquello que consideramos “justo” y, por tanto, su significado depende de los valores o enfoques de sociedad y justicia social que adopten los individuos, grupos o gobiernos (Allan, 1974; Barr, 1993).

Según la OPS (2014), el concepto de equidad en salud hace referencia a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, y en dimensiones como el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en las contribuciones financieras y en el acceso a entornos saludables.

Para el análisis de la equidad en las políticas de salud, la diferencia más importante se encuentra entre el enfoque igualitarista, que formula los objetivos de equidad en términos de igualdad, y el enfoque neoliberal, que los expresa en términos de niveles mínimos y maximización del bienestar agregado. Estos enfoques igualitaristas y neoliberales de justicia social “darán lugar a sistemas de salud financiados de manera diferente y con consecuencias distintas en cuanto a la distribución final de los recursos y de los resultados de salud en los diversos grupos sociales” (Vargas et al., 2002: 929).

Las políticas de salud basadas en los valores neoliberales se dirigen a garantizar a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud. Por encima de esos estándares mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar (Pereira, 1988; Vargas et al., 2002).

El enfoque neoliberal sobre la equidad apunta, por tanto, hacia un financiamiento sanitario esencialmente privado, apoyándose en el principio de beneficio. Este principio se concentra exclusivamente en objetivos de eficiencia económica, ignorando objetivos sociales como la redistribución de los recursos (Albi, 1992).

En función de este criterio, los beneficiarios del gasto público deberían pagar por estas prestaciones, a través de impuestos, en proporción al beneficio que obtienen, lo cual implica extender al sector público los principios que se aplican en el sector privado: este principio reflejaría las elecciones de los consumidores, determinando las participaciones en la carga fiscal y la cantidad de bienes a proveer en forma simultánea. De este modo, el Estado se comportaría de modo similar a una empresa privada que vende bienes sociales y meritorios (Allan, 1974).

En contraste, las políticas de salud cuyos objetivos de equidad están expresados en términos igualitaristas se dirigen a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población. En este caso, se tenderá a sistemas de salud financiados públicamente y basados en el principio de capacidad de pago.

El principio de capacidad de pago es un principio de imposición más equitativo que establece que cada contribuyente debería contribuir impositivamente de acuerdo con su capacidad o potencia económica. La imposición bajo este enfoque requiere que las personas con la misma capacidad de pago paguen lo mismo, y que las personas con mayor capacidad de pago paguen más, lo cual permite diferenciar dos tipos de equidad (Wagstaff et al., 1993):

- Equidad horizontal: se refiere al tratamiento igual de las personas iguales. Implica que las personas que posean recursos iguales (igual nivel de renta) deben realizar contribuciones financieras iguales, independientemente de diferencias no relacionadas con su capacidad de pago (sexo, actividad laboral, estado civil, lugar de residencia, raza, etc.) (Allan, 1974; Vargas et al., 2002).
- Equidad vertical: implica que contribuyentes desiguales sean tratados con un grado adecuado de desigualdad (Allan, 1974), es decir, que aquellos con desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema, de modo que aquellos que tienen más recursos deben contribuir al sistema más que proporcionalmente respecto a su nivel de renta; quienes mayor capacidad de pago poseen deben ser quienes más impuestos paguen. “La equidad vertical de la financiación implica la redistribución final neta de la renta entre los miembros de una sociedad, ya que saldrán recursos de los más ricos hacia los más pobres” (Vargas et al., 2002: 929).

En este trabajo entenderemos a la equidad vertical en el financiamiento sanitario como la medida en la que las formas de financiamiento sectorial analizadas contribuyen a la redistribución del ingreso (Deaton & Muellbauer, 1980; Murray et al., 2000, Murray et al., 2003).

El grado en que las contribuciones al sistema de salud redistribuyen el ingreso está determinado por la progresividad de las contribuciones, lo cual es mensurable analizando la progresividad de cada modo de financiación ponderada por su importancia en relación con las otras fuentes (Murray et al., 2000).

En este sentido, una fuente de financiamiento progresiva es aquella en la que las contribuciones que realiza un individuo como proporción de su renta aumentan conforme aumenta su renta, pero de una forma más que proporcional. De este modo, se induce una redistribución neta de ingresos que se materializa mediante subsidios cruzados entre la población con niveles de renta desiguales (Iturrioz, 1981).

Alternativamente, el financiamiento es proporcional cuando el monto de la contribución cambia al cambiar la renta de los contribuyentes, pero lo hace en una proporción constante; el financiamiento perfectamente proporcional corresponde a la situación en la que cada contribuyente paga exactamente la misma proporción de su renta (Iturrioz, 1981).

Finalmente, el financiamiento es regresivo cuando la contribución aumenta con el aumento del ingreso de los contribuyentes, pero lo hace en una forma menos que proporcional; cuanto mayor es el ingreso de los contribuyentes, menor es la proporción de su renta destinada al pago de servicios de salud, por lo cual la carga es mayor cuanto menor sea el nivel de ingresos del individuo (Iturrioz, 1981).

En relación a la composición de las rentas generales de una hacienda pública, un sistema impositivo es progresivo desde el enfoque *socio-económico* cuando grava a perceptores, poseedores o consumidores de altas rentas o patrimonios (alta capacidad contributiva), mientras que es regresivo el que afecta más gravosamente a titulares de reducidos ingresos o riqueza (Martín, 2007).

En ese sentido, cuanto mayor sea la proporción de recursos tributarios generados mediante fuentes directas (utilizando el criterio jurídico-financiero de clasificación de los impuestos), más progresiva será la carga impositiva de un determinado sistema tributario. Por el contrario, a mayor proporción de recursos tributarios generados mediante fuentes indirectas, más regresiva será la carga impositiva (Martín, 2007; Musgrave & Musgrave, 1992).

V. CONTEXTO DE ESTUDIO

En esta sección se realizó una breve caracterización de la organización de los cuatro sistemas de salud analizados y sus esquemas de financiamiento, así como de la magnitud y composición del financiamiento sectorial en el ejercicio fiscal 2015.

Argentina

La salud en Argentina es un derecho colectivo, público y social y, si bien no se encuentra sistematizado en el texto constitucional⁴, la doctrina y la jurisprudencia han suplido esa falencia reconociéndolo como un derecho fundamental que no involucra exclusivamente la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino también su mantenimiento y regularidad a través del tiempo (Donato, 2017). Además, la protección de la vida y de la integridad psicofísica de las personas se enfatizó a partir de la reforma constitucional de 1994, que otorgó jerarquía constitucional a los tratados internacionales sobre derechos humanos (Galdós, 2008).

En ese marco, el sistema de salud argentino se compone de tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados en su interior: el sector público, el sector de seguridad social y el sector privado.

El sector público se compone de las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y de una red de hospitales y centros de salud que prestan atención gratuita a la población, en general personas sin seguridad social ni capacidad de pago. Su financiamiento proviene de recursos fiscales, fundamentalmente recursos del presupuesto nacional (Belló & Becerril-Montekio, 2011). En el año 2015 el gasto total en salud ascendió a 8,74 puntos del PIB, de los cuales 2,94 puntos correspondieron a gasto público en salud consolidado (GHED-WHO 2019).

⁴ La Constitución Nacional argentina establece en su artículo 42 que “Los consumidores de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno” (Const., 1994, art. 42).

El sector de la seguridad social se financia en base a aportes y contribuciones de la nómina salarial, y se organiza de la siguiente manera (Arce, 2012; Belló et al., 2011; Calabria et al., 2010):

- a. Las OSN brindan cobertura a los trabajadores asalariados formales y sus familias por rama de actividad, y se encargan del pooling de recursos y la compra de servicios. Su financiamiento proviene del pago de 9% del salario de los trabajadores activos (3% lo aporta el trabajador y 6% el empleador), mientras que los monotributistas aportan una suma fija (\$233 en septiembre de 2015) (SSA, 2016)⁵.
- b. Cada provincia cuenta con una OSP que cubre a los empleados públicos de su respectiva jurisdicción. Su financiamiento proviene de contribuciones de los empleados gubernamentales y aportes de los gobiernos provinciales (en su calidad de empleadores). Las alícuotas correspondientes a las cotizaciones a cada OSP varían según jurisdicción⁶ (Maceira, 2003).
- c. El INSSJyP – PAMI es la mayor entidad del país y cubre a los jubilados del sistema nacional de previsión y a sus familiares. Se financia con aportes de trabajadores (3% para dependientes y 5% para autónomos), de jubilados y pensionados (entre 3% y 6%), con contribuciones de los empleadores (entre 1,5% y 2% en función de la actividad) y con recursos fiscales.
- d. Existen otras Obras Sociales Nacionales: IOSFA, COSUN y OSPJN. El financiamiento del IOSFA se efectúa con contribuciones que ascienden al 14% de los haberes de los asegurados (6% afiliado y 8% empleador), en el caso del COSUN las contribuciones ascienden al 9% de los haberes (3% afiliado y 6% empleador), y para los afiliados a la OSPJN equivalen

⁵ La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) concentra la recaudación de los aportes y contribuciones y actúa como ente distribuidor. Una parte de estas contribuciones financia el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que se diseñó con el objeto de redistribuir recursos al interior del sistema para aumentar la equidad en la distribución de los recursos entre entidades y tiene el objetivo de cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita asociada al PMO (Belló et al., 2011; Bertranou et al. 2005).

⁶ En el Anexo 1 se detalla el status legal y el esquema de financiamiento de cada OSP.

al 3% de los ingresos (a cargo del afiliado) (Decreto Nac. 2271/2013; Resolución 1256-E/2017; Ley 24.741; Estatuto de la OSPJN – Anexo II).

El gasto de seguridad social en salud ascendió a 3,91 puntos del PIB en 2015, equivalente al 44,72% del gasto sectorial (GHED-WHO 2019).

El sector privado está conformado por las entidades de seguro voluntario denominadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), usualmente utilizadas por la población de mayor poder adquisitivo, ya sea por contratación directa o por tercerización de cobertura a través de una OSN. Además, este sector está compuesto por profesionales que prestan servicios de forma independiente, establecimientos asistenciales, y por cooperativas y mutuales de salud (Arce, 2012; Belló et al., 2011).

El sector privado se financia por medio de las primas de los planes prepagos y con pagos de bolsillo (Belló et al., 2011). Estas erogaciones representaron el 21,62% del gasto sectorial en 2015 (1,89 puntos del PIB) (GHED-WHO 2019).

Chile

Previo a la reforma de 2004, la Constitución chilena regulaba el derecho a la protección de la salud, imponiendo al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud, así como el derecho a elegir el sistema de salud (estatal o privado) al que acogerse. A partir de la sanción de la ley AUGE N° 19.966 de 2004, las garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y costo para un conjunto priorizado de prestaciones sanitarias predefinidas constituyen el núcleo del derecho constitucional a la salud (Zúñiga Fajuri, 2010).

En ese marco, el sistema de salud chileno consta de dos sectores, uno público y otro privado. El FONASA es el organismo del sector público encargado de reunir los recursos de las cotizaciones de sus afiliados y los

fondos nacionales destinados a los indigentes, así como los recursos de los programas de salud pública y su posterior distribución. Brinda cobertura a la mayor parte de la población: personas sin capacidad de pago, clase media (incluyendo a profesionales y técnicos de mayores ingresos) y jubilados, quienes son atendidos a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Existe un reducido sector de trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA pero utilizan los servicios del sector público en caso de necesidad (Becerril-Montekio et al., 2011).

El sector privado está constituido por las ISAPRE, aseguradoras privadas que se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones de sus afiliados. Brindan cobertura a los sectores de mayores ingresos y a algunos empleados y obreros en contrato colectivo dentro de su empresa (Vergara-Iturriaga & Martínez-Gutiérrez, 2006).

Además del FONASA y de las ISAPRE, unas pocas mutuales ofrecen cobertura para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales exclusivamente para trabajadores afiliados (Becerril-Montekio et al., 2011).

La totalidad de la población asalariada está obligada a contribuir al sistema de salud un monto que asciende al 7% de sus ingresos gravables, y pueden elegir abonarlo al FONASA o a alguna ISAPRE. Esa alícuota es fija para los afiliados al FONASA, pero dado que los planes que brindan las ISAPRE funcionan con la lógica de los seguros privados, las primas se determinan según cobertura y riesgo y pueden ser superiores a esa alícuota. Además, ofrecen planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a la obligatoria. Por otro lado, las contribuciones son voluntarias en el caso de los autoempleados (Becerril-Montekio et al., 2011; Cid-Pedraza, 2011).

En ese contexto, el gasto total en salud ascendió a 8,3 puntos del PIB en 2015, de los cuales 4,7 puntos correspondieron al aseguramiento compulsivo, equivalente al 56,6% del gasto sectorial. De ese monto, el

23,38% se destinó a aseguramiento privado y el 76,62% restante a aseguramiento público (GHED-WHO 2019).

Además de los recursos provistos por el financiamiento contributivo al FONASA, los servicios públicos de salud cuentan con recursos provenientes de impuestos generales, aportes de los municipios y los copagos que realizan los afiliados. El gasto público en salud consolidado fue de 0,18 puntos del PIB³ en el ejercicio fiscal 2015 (GHED-WHO 2019).

En el caso del sector privado, el financiamiento proviene de las cotizaciones, aranceles y copagos que los afiliados realizan a las ISAPRE. Además, existe un reducido sector de la población que paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo (Vergara-Iturriaga & Martínez-Gutiérrez, 2006).

El gasto privado voluntario ascendió a 3,42 puntos del PIB en 2015, equivalente al 41,3% del gasto sectorial. De ese monto, aproximadamente el 84% correspondió a gastos de bolsillo, mientras que el 16% restante se destinó otro tipo de aseguramiento privado (GHED-WHO 2019).

Por otro lado, el personal de Ejército, Marina, Aviación y Policía está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, el cual se financia con recursos de las rentas generales del Estado (Becerril-Montekio et al., 2011).

Colombia

El derecho a la salud en Colombia se encuentra consagrado no sólo en la Constitución de 1991, que consideró la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio coordinado y controlado por el Estado, sino también por disposiciones de origen legal y reglamentario, especialmente por medio de las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, así como por múltiples instrumentos jurídicos internacionales (Echavarría, 2012). Además, la Ley Estatutaria de la Salud (2015) consignó el derecho a la salud en el ámbito del sistema de salud, reconociendo su carácter de derecho social fundamental (OPS, 2017).

En ese marco, el sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social centrado en el SGSSS, que busca brindar cobertura a toda la población a través de dos regímenes de afiliación obligatoria: uno contributivo (RC) y otro subsidiado (RS). Mientras el RC brinda cobertura a asalariados, pensionados y trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, el RS cubre a las personas sin capacidad de pago y a las no cubiertas por el RC (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez., 2011).

El financiamiento contributivo a la seguridad social comprende las cotizaciones obligatorias al RC que equivalen al 12,5% de los ingresos laborales: los asalariados y pensionados contribuyen el 4% de sus ingresos y el empleador (o pagador de pensión) aporta el restante 8,5%. Por su parte, los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución (SSA, 2016).

Esos recursos son recaudados por entidades promotoras de salud (EPS), las cuales remiten esas cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este organismo les devuelve una unidad de pago por capitación (UPC) equivalente al valor actuarial de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) que ofrecen a través de instituciones prestadoras de servicios (IPS), cobertura que pueden ampliar con la compra planes complementarios (medicina prepaga) (Riveros-Pérez & Amado-González, 2012).

Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA y equivalen a 1,5 puntos porcentuales que provienen del 12,5% de la cotización del RC, los cuales se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales: un aporte de las cajas de compensación familiar, aportes del presupuesto nacional, rendimientos financieros, recursos de remesas de utilidades de las exportaciones de petróleo y recursos del IVA social, entre otros (Guerrero et al., 2011; Riveros-Pérez & Amado-González, 2012).

En ese contexto, el gasto total en salud ascendió a 6,02 puntos del PIB en 2015, de los cuales 3,55 puntos correspondieron al aseguramiento compulsivo, equivalente al 59% del gasto sectorial (GHED-WHO 2019).

Además del gasto en seguridad social correspondiente al RS, el gasto público directo comprende el efectuado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y sus entidades adscritas mediante gastos de administración e inversión, saneamiento ambiental y servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, así como gastos de dependencias y programas oficiales (Guerrero et al., 2011). En ese contexto, el gasto público en salud consolidado fue de 0,39 puntos del PIB en el ejercicio fiscal 2015 (GHED-WHO 2019).

Las EPS contratan servicios de atención con las IPS en el sector privado y los hospitales públicos de acuerdo con el tipo de plan ofrecido a sus afiliados, y realizan pagos por servicio bajo diferentes modalidades (Guerrero et al., 2011).

Existen algunos grupos de la población cubiertos por otros esquemas de seguridad social que pertenecen a los denominados Regímenes Especiales (RE), tales como: el Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y trabajadores de universidades públicas y ECOPETROL, los cuales han conservado sus propios mecanismos de financiamiento, administración y, en algunos casos, también de prestación de servicios (Guerrero et al., 2011).

Existe un sector exclusivamente privado de menor dimensión, el cual es utilizado por sectores de altos ingresos y por sectores de ingresos medios que acuden a consultas privadas por carecer de cobertura, o en busca de mejores condiciones de acceso a las ofrecidas por el SGSSS (Guerrero et al., 2011).

El gasto privado comprende los gastos en atención brindado por los seguros privados voluntarios, los planes de medicina prepaga y los gastos de bolsillo. El gasto privado voluntario ascendió a 2,08 puntos del PIB en 2015, equivalente al 34,5% del gasto sectorial. De ese monto, aproximadamente el

57% correspondió a gastos de bolsillo, lo que representa 1,18 puntos del PIB (GHED-WHO 2019).

Costa Rica

La Constitución Política costarricense reconoce el derecho a la vida y establece en el artículo 177 que los seguros sociales deben ser universales y cubrir a todos los habitantes del país. Además, la Ley General de Salud (1973) define la salud de la población como un bien público y le confiere al Estado la función de velar por ella a través del sistema de salud (OPS, 2017).

En ese marco, el sistema de salud costarricense está compuesto por un sector público y otro privado. El primero está centrado en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución responsable del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud, en un modelo de atención hegemónico por la estructura institucional de la CCSS (Sáenz et al. 2011).

El seguro de salud de la CCSS integra dos tipos de protección: “contributiva” para los asegurados directos que contribuyen al sistema y sus familiares dependientes, así como los pensionados y los familiares dependientes, y “no contributiva” para los no asegurados que son pobres y sus familiares. Existe además la categoría de población no asegurada (personas con capacidad contributiva que no aportan a la seguridad social y migrantes indocumentados) que pueden hacer uso de los servicios de segundo y tercer nivel por la vía de la atención de emergencias (Sáenz, Bermúdez, & Acosta, 2010).

El financiamiento del seguro de salud se genera mediante los aportes de empleadores, Estado y trabajadores. Todos los asegurados pagan por la atención sanitaria integrada como un derecho indivisible protegido por la constitución y las leyes del Estado (Sáenz et al., 2010). El Estado efectúa aportes por los trabajadores a su servicio y, de forma subsidiaria, parte de lo

correspondiente a los asegurados por cuenta propia (OISS, 2014; SSA, 2016):

- a. Asalariados: 5,5% trabajador, 9,25% empleador, 0,25% Estado.
- b. Pensionados: 5% de la pensión, 8,75% el fondo que paga la pensión, 0,25% Estado.
- c. Trabajadores Independientes: el trabajador aporta entre 4,75% y 7,75% de los ingresos declarados. El Estado aporta el 0,25% sobre la masa cotizante.
- d. Asegurados Voluntarios⁷: las contribuciones se determinan por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución que apruebe la Junta Directiva. La diferencia entre el porcentaje de contribución que paga el asegurado y el porcentaje de contribución global, es asumido por el Estado como cuota complementaria. Además, el Estado aporta el 0.25% sobre la masa cotizante.
- e. Asegurados por el Estado en condición de pobreza⁸: estos grupos poblacionales están asegurados por medio de un Régimen No Contributivo financiado por el Estado mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), así como por impuestos de afectación específica sobre la lotería electrónica y las ventas de tabaco y bebidas alcohólicas (Sáenz et al., 2010)

El gasto total en salud ascendió a 7,78 puntos del PIB en 2015. De ese total, el gasto correspondiente a aseguramiento compulsivo en salud (incluyendo los aportes del Estado como empleador y la parte correspondiente para los asegurados por cuenta propia) ascendió a 5,49 puntos del PIB, equivalente al 70,5% del gasto sectorial. Adicionalmente, el Estado destinó presupuestariamente 0,28 puntos del PIB³ a gasto público en salud consolidado (GHED-WHO 2019).

⁷ Personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente.

⁸ Se entiende por Asegurado por cuenta del Estado al asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud, según la ley 5349 de 1973 y Decreto Ejecutivo 1 7898-S. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado, mediante un mecanismo especial de financiamiento, basado en núcleos familiares.

La participación del sector privado es baja. Se desarrolla bajo la modalidad de libre elección médica, donde se reconoce parte del costo y bajo otras formas de la cooperación (OISS, 2014). El sector privado se financia de forma directa con pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir la atención, los cuales ascendieron a 1,77 puntos del PIB en 2015 (GHED-WHO 2019).

Carga impositiva desagregada por tipo de impuesto

La tabla 1 muestra el detalle de la carga impositiva desagregada por tipo de impuesto, lo que permite caracterizar la composición del financiamiento de las rentas generales con las cuales se financió el gasto público en salud en el ejercicio fiscal 2015 en los cuatro países estudiados.

Tabla 1. Carga Impositiva desagregada por nivel de gobierno y tipo de impuesto en Argentina, Colombia, Chile y Costa Rica (en porcentaje del PIB). Clasificación jurídico-financiera. Año 2015.

Concepto	Argentina	Colombia	Chile	Costa Rica	Clasificación jurídico financiera
Ingresos Impositivos Totales	26,1	18,2	19,7	14,1	
I. Tributos cuya potestad corresponde al Gobierno Central					
Recaudación neta de devoluciones del gobierno central	19,5	14,9	18,1	13,3	
Imp. sobre la renta, utilidades y ganancias de capital	6,6	6,7	7,6	4,3	Directo
Impuestos sobre la propiedad	0,3	0,7	-	0,8	Directo
Impuestos generales sobre el consumo	7,4	5,3	8,5	4,6	Indirecto
Impuestos selectivos	1,6	0,7	1,5	2,9	Indirecto
Impuestos sobre transacciones financieras	1,7	0,9	-	-	Indirecto
Impuestos sobre el comercio exterior	1,9	0,6	0,2	0,6	Indirecto
Regímenes simplificados	0,1	-	-	-	Directo
Otros*	0,0	0,0	0,3	0,0	S/D
II. Tributos cuya potestad corresponde a los Gob. Subnacionales					
Recaudación Total Subnacional	6,6	3,4	1,6	0,7	
II.a. Estados / Provincias / Regiones / Departamentos					

Recaudación Provincial / Estadual total	5,4	0,9	-	n.d.	
Impuestos sobre la propiedad	0,7	0,1	-	-	Directo
Impuestos generales sobre el consumo	4,1	-	-	-	Indirecto
Impuestos selectivos	-	0,5	-	-	Indirecto
Otros	0,6	0,3	-	-	Indirecto
II.b. Municipios					
Recaudación Municipal total	1,2	2,5	1,6	0,7	
Impuestos sobre la propiedad	-	0,8	-	0,3	Directos
Impuestos generales sobre el consumo	-	0,9	-	0,4	Indirecto
Impuestos selectivos	-	0,2	-	-	Indirecto
Impuestos sobre el comercio exterior	-	-	-	0,0	Indirecto
Otros*	-	0,6	-	0,0	S/D

* No hay especificaciones sobre el tipo de impuestos incluidos, motivo por el cual se los excluye de la clasificación jurídico-financiera.

Fuente: elaboración propia en base a Base de Datos BID-CIAT (2017)

La recaudación impositiva (a nivel consolidado), con cuyos recursos el Estado (en sus diferentes niveles) ejecutó el gasto público en salud en el ejercicio fiscal 2015 estuvo compuesto por recursos generados por impuestos indirectos aproximadamente en un 69% en Argentina, 58% en Chile, 52% en Colombia y 61% en Costa Rica.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Diseño de investigación

Se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal y retrospectivo sobre los sistemas de salud de Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica en el año 2015. El recorte se realizó ya que dichos países constituyen casos de interés en América Latina por tener estructuras de financiamiento centradas en las contribuciones obligatorias para el aseguramiento en salud como estrategia de financiamiento sectorial..

VI.2. Unidad de Análisis

Se seleccionó el financiamiento compulsivo de los sistemas de salud de los países de América Latina en los cuales las cotizaciones obligatorias para aseguramiento en salud superó el 50% del financiamiento sectorial total en el año 2015: Costa Rica, Colombia, Chile y Argentina (GHED-WHO, 2018).

La elección del año 2015 como período de análisis se debe a que era el último año con disponibilidad de datos al momento de iniciar el trabajo para las siguientes fuentes de información:

- Global Health Expenditure Database (World Health Organization).
- Base de Datos BID-CIAT 2015 (2017). Presión fiscal equivalente de América Latina y el Caribe (1990-2015).

VI.3. Fuentes de datos

Se utilizaron datos secundarios disponibles públicamente en los sitios Web de organismos oficiales de los países bajo estudio y de organismos internacionales. También se consultó bibliografía académica para obtener información específica sobre datos no encontrados en fuentes oficiales.

Para obtener información sobre aportes y contribuciones a la seguridad social, se consultó a Social Security Administration (2016), el sitio Web de la

Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) y, en algunos casos, la normativa de los respectivos regímenes. Además, para el caso de Argentina también se consultó a Maceira & Ceriani (2003).

Se utilizaron estadísticas de financiamiento de los sistemas de salud de la Global Health Expenditure Database (2019) de la Organización Mundial de la Salud.

Se recurrió a la base de datos de BID-CIAT 2017 sobre la presión fiscal equivalente de América Latina y el Caribe (1990-2015) para analizar la estructura de los ingresos impositivos de cada país en el ejercicio fiscal 2015.

VI.4. Variables

La complejidad de la medición de la inequidad vertical en el financiamiento compulsivo de los sistemas de salud ha determinado que se comparen sólo algunos aspectos del mismo. Para ello, se presentan dos variables y seis dimensiones del financiamiento sectorial en los cuatro países.

- A. Para analizar la variable ***Recaudación de las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud***, se parte del reconocimiento de que la relación de financiamiento entre los individuos y los fondos de aseguramiento varía entre los países analizados. En ese marco, y en función de la disponibilidad de fuentes de datos, se seleccionaron las siguientes dimensiones:
 - a. *Contribuciones de trabajadores asegurados*: consiste en la alícuota (%) de contribución al seguro de salud deducido de los ingresos formales de los trabajadores.
 - b. *Aportes patronales y estatales*: consiste en la sumatoria de las alícuotas (%) de los aportes al seguro de salud sobre los ingresos

formales de los trabajadores realizados por el empleador y el Estado⁹.

- c. Contribución de la población pasiva: consiste en la alícuota (%) de contribución al seguro de salud deducido de las pensiones de la población laboralmente pasiva.
- d. Tope de cotización: consiste en un límite nominal en el ingreso de los trabajadores que constituye la base sobre la cual se realizan los aportes y contribuciones al seguro de salud.

Fuentes de datos de la variable A

Para las dimensiones a), b), c) y d) se consultó a SSA (2016). Adicionalmente, para la dimensión a):

- en el caso de Argentina se consultó a Maceira & Ceriani (2003) para acceder a las alícuotas de aportes y contribución a las Obras Sociales Provinciales (OSP); al Decreto Nacional 2271/2013 y a la Resolución 1256-E/2017 del Ministerio de Defensa para obtener datos sobre las contribuciones al Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad (IOSFA), a la Ley Nacional 24.741 para acceder a los valores de las alícuotas de las contribuciones al Consejo de Obras Sociales de Universidades Nacionales (COSUN), y a la normativa disponible en el sitio web de Obra Social del Poder Judicial de la Nación (OSPJN) (<https://www.ospjn.gov.ar/web/normativas/index.php>) para acceder a datos sobre las contribuciones a dicha entidad.
- En el caso de Colombia, para acceder a las alícuotas de aportes y contribución de los Regímenes Especiales se consultó la Ley Número 1122 de 2007 (Fuerzas Militares y Policía Nacional y

⁹ Los aportes estatales destinados al financiamiento de los seguros de salud contributivos son difíciles de cuantificar en el sistema chileno porque esos recursos no consisten en un porcentaje sobre los ingresos de la población asegurada, sino en la utilización de recursos de las rentas generales (motivo por el cual son analizados en el abordaje de la segunda variable de este estudio) para el financiamiento parcial del costo de las prestaciones por enfermedad (en el caso del sistema privado) y para la cobertura del costo total de las prestaciones por maternidad y de los déficits en el sistema nacional de salud (en el sistema público) (SSA, 2016).

Universidades Públicas), Leyes 812 de 2003 y 100 de 1993 (Magisterio) y al Acuerdo 01 de 1977 (Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL)).

B. Para analizar la variable ***Recaudación del financiamiento del gasto público en salud***, se examina la carga impositiva de los países utilizando el criterio jurídico-financiero de clasificación de los impuestos como mecanismo para diferenciar el tipo de imposición que genera los recursos públicos que el gobierno utiliza para financiar el gasto en salud en el marco de su política fiscal. Se analizarán las siguientes dimensiones:

- *Carga de la Imposición Directa*: consiste en la carga impositiva generada mediante impuestos directos.
- *Carga de la Imposición Indirecta*: consiste en la carga impositiva generada mediante impuestos indirectos.

Para analizar la carga impositiva de cada país, se considerará Carga de la Imposición Directa a la sumatoria de la carga impositiva generada por:

- Impuestos sobre la renta, utilidades y ganancias de capital
- Impuestos sobre la propiedad
- Regímenes simplificados

Se considerará Carga de la Imposición Indirecta a la sumatoria de la carga impositiva generada por:

- Impuestos generales sobre el consumo
- Impuestos selectivos
- Impuestos sobre transacciones financieras
- Impuestos sobre el comercio exterior
- Otros (imp. indirectos)

Fuentes de datos de la variable B

Se consultó la base de datos de BID-CIAT 2017 sobre la presión fiscal equivalente de América Latina y el Caribe (Actualización a Agosto de 2017).

Tabla 2. Variables, Dimensiones e Indicadores.

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional
Recaudación de las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud	Grado en que la seguridad social en salud es financiada en función de la capacidad de pago de los contribuyentes	Contribuciones de trabajadores asegurados	Alícuota (%) de contribución al seguro de salud deducido de los ingresos formales de los trabajadores
		Aportes patronales y estatales	Sumatoria de las alícuotas (%) de los aportes al seguro de salud sobre los ingresos formales de los trabajadores realizados por el empleador y el Estado
		Contribución de la población pasiva	Alícuota (%) de contribución al seguro de salud deducido de las pensiones de la población laboralmente pasiva
		Tope de cotización	Límite nominal en el ingreso de los trabajadores que constituye la base sobre la cual se realizan los aportes y contribuciones al seguro de salud
Recaudación del financiamiento del gasto público en salud	Medida en la que los recursos impositivos utilizados para afrontar el financiamiento público (régimen no contributivo) de los servicios de salud es generado mediante impuestos sobre manifestaciones mediatas o inmediatas de capacidad contributiva	Carga de la Imposición Directa	Carga impositiva generada mediante impuestos directos
		Carga de la Imposición Indirecta	Carga impositiva generada mediante impuestos indirectos

Fuente: elaboración propia en base a Pineda et al. (1994)

VI.5. Técnica de análisis de datos

Para la descripción de la equidad vertical en la recaudación del financiamiento compulsivo de los sistemas de salud analizados, se utilizan

dos grupos de datos que son analizados separadamente en un primer momento, y posteriormente integrados en un análisis conjunto.

El primer conjunto de datos provee información normativa sobre aportes y contribuciones obligatorias basadas en los ingresos de trabajadores independientes, trabajadores asalariados y de la población económicamente pasiva, con cuyos recursos se financia el sistema de seguridad social en salud.

El segundo conjunto de datos brinda información sobre la carga impositiva de los países estudiados, la cual permitirá identificar la composición de los ingresos empleados por el Estado para financiar el gasto público en salud en función del carácter directo o indirecto de las fuentes utilizadas para recaudar dichos recursos.

Se estudiará comparativamente la progresividad en la recaudación de recursos de ambas fuentes de financiamiento del siguiente modo:

VI.5.1. Seguros de salud contributivos obligatorios

Se analizarán algunas características de la recaudación del financiamiento sectorial, atendiendo a las especificidades de los arreglos institucionales de cada país.

Los indicadores que se proponen como dimensiones de la *Recaudación de las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud* están referidos a los ingresos de los beneficiarios, y su formulación está basada en las dimensiones del financiamiento de los seguros de salud en los cuales suele haber diferencias relevantes entre distintos arreglos institucionales según Busse et al. (2004) y, además, están inspirados en las metodología de análisis de la inequidad en el financiamiento de la seguridad social en América Latina realizado por Mesa-Lago (1978).

Estos indicadores están expresados bajo la forma ad-valorem¹⁰, salvo en el caso del Tope de Cotización (expresado en US\$ corrientes). En el caso de las Contribuciones de trabajadores asegurados, la existencia de múltiples valores se debe a al abordaje de múltiples regímenes vigentes en cada subsistema.

Es menester explicitar la diversidad y multiplicidad de regímenes existentes en cada país, circunstancia que materializa el fenómeno de la segmentación de la cobertura, así como especificidades de los arreglos institucionales de cada sistema. En ese marco, se hacen algunas especificaciones:

a) Argentina

En función de la segmentación que caracteriza al sistema de seguridad social en salud argentino, el análisis contemplará las diferentes alícuotas de cotización sobre los ingresos que rigen en los esquemas de aseguramiento de las Obras Sociales Nacionales (OSN), OSP, IOSFA, COSUN, OSPJN y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI).

b) Chile

Dado que la contribución al FONASA y la contribución mínima a las ISAPRE equivalen al 7% de los ingresos de los trabajadores (Cid Pedraza, 2011), se asume que todos los trabajadores contribuyen esa misma alícuota sobre sus ingresos.

Se excluye del análisis la cobertura de los miembros de las Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación y Policía) y sus dependientes, ya que esta población es beneficiaria de un seguro de salud ajeno al FONASA y las ISAPRE que se financia con impuestos generales (Becerril-Montekio, Reyes & Manuel, 2011).

¹⁰ Modalidad de instrumentación de tributos en los cuales el monto del mismo “queda determinado por la aplicación de una alícuota sobre la base de tributación medida en unidades monetarias” (Iturrioz, 1981).

c) Colombia

Además de los beneficiarios del Régimen Contributivo (RC) y Subsidiado (RS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social y que pertenecen a los regímenes especiales (RE) o de excepción. Los RE aseguran a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las Universidades públicas.

El análisis de esta sección excluye al RS, dado que es un régimen no contributivo cuyo financiamiento opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. También se excluye el RE de ECOPETROL, cuyo financiamiento es realizado íntegramente por la empresa.

d) Costa Rica

En el abordaje del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se analizará el financiamiento del seguro contributivo de los trabajadores asalariados, trabajadores independientes y pensionados. Se excluye del análisis a los asegurados voluntarios y a los asegurados por el Estado en condición de pobreza¹¹.

Para abordar el problema de la inequidad vertical en el financiamiento de los seguros de salud, se analizarán cuatro indicadores de progresividad:

1. *Contribuciones de trabajadores asegurados*¹²:

Para abordar el problema de la progresividad de los aportes de los trabajadores activos, se consideran los siguientes supuestos:

¹¹ Estos grupos poblacionales son asegurados por medio de un Régimen No Contributivo financiado por el Estado (Sáenz et al., 2010).

¹² Este indicador consiste en una adaptación del análisis de la inequidad en las contribuciones a la seguridad social de los trabajadores asalariados en América Latina realizado por Mesa-Lago (1978).

- a. Que los trabajadores independientes (TI) tienen ingresos medios inferiores a los demás grupos de trabajadores asalariados.
- b. Que el porcentaje de contribución de los TI debería ser menor que el de los demás grupos para permitir la posibilidad de un sistema progresivo.
- c. Que si el porcentaje de contribución de los TI es superior al de los otros grupos, resultará en un efecto probablemente regresivo.

El siguiente paso consiste en computar las diferencias (en puntos porcentuales) entre el porcentaje de contribución de los TI¹³ y el de los otros grupos^{14,15,16}. Si la contribución de TI es menor a la de los otros grupos, un signo positivo (indicando progresividad) es asignada a esa diferencia. Inversamente, si el porcentaje de contribución de TI es mayor que lo otros grupos, un signo negativo (indicando regresividad) es asignada a esa diferencia. Las cuatro diferencias resultantes de los cálculos en cada país serán resumidas y promediadas. Finalmente, se formularán ratios usando esos puntajes mediante su relación con el país más progresivo, que es considerado la media y recibirá el valor de 1.

Para ello, se implementará un Indicador de Progresividad (IP_1), cuya fórmula es:

¹³ En el caso de las contribuciones de los Trabajadores Independientes en Argentina, se calculó el valor de la alícuota como la relación entre las contribuciones establecidas por ley en moneda nacional correspondientes a esta categoría de trabajadores y el ingreso mínimo legal definido por el sistema de seguridad social para realizar aportes contributivos.

¹⁴ En el caso de las OSP de Argentina, se utilizará como alícuota representativa al promedio simple de las contribuciones de las 23 OSP.

¹⁵ Dado que las alícuotas de las contribuciones al RC del SGSSS y de los RE en el sistema de salud de Colombia son equivalentes, se realiza un único cálculo que incluye cada uno de los respectivos regímenes. La única excepción se verifica en el caso de Ecopetrol (excluido de este estudio), en el cual la empresa asume el costo integral de la atención en salud de los servidores públicos, pensionados y familiares inscriptos.

¹⁶ Como ya se advirtió anteriormente, existe en Costa Rica un régimen de aseguramiento voluntario para personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar pero que se afilian voluntariamente que queda excluido de este análisis. Dicha exclusión se debe a que la contribución que corresponde a los asegurados voluntarios está determinada por los ingresos de referencia del solicitante y el porcentaje de contribución establecido en la escala contributiva que apruebe la Junta Directiva por recomendación de la Dirección Actuarial y de Planificación Económica de la CCSS.

$$IP_{1i} = 1 + (X - x_i) / X$$

Donde X representa la media del sistema más progresivo y x_i el valor medio de cada uno de los sistemas.

A medida que aumenta el valor de IP_{1i} , menor será la progresividad en relación al país más progresivo.

2. *Aportes patronales y estatales.*

Para abordar el problema de la progresividad de los aportes patronales y estatales, se asumirá que cuanto menor sea la relación (R_i) entre la alícuota de las contribuciones de los trabajadores asalariados (A_i) de cada sistema¹⁷ y la suma de las alícuotas de los aportes de Empleador-Estado (EE_i), mayor será la progresividad relativa de cada régimen.

$$R_i = A_i / EE_i$$

Posteriormente, se calculará un IP_2 , cuya fórmula es:

$$IP_{2i} = R_i / R^*$$

Donde R^* es el menor valor de R_i .

A medida que aumenta el valor de IP_{2i} , menor será la progresividad en relación al país más progresivo.

3. *Contribución de la población pasiva.*

Para abordar el problema de la progresividad de las contribuciones de la población pasiva, se supone que el ingreso promedio de las pensiones es inferior al salario medio de cada economía. En ese marco, se analizará la diferencia en las alícuotas entre las contribuciones de los trabajadores asalariados (A_i) y la población pasiva (PP_i).

¹⁷ En el caso de Argentina, el análisis se limitará al subsector de las OSN, dado que es el más importante en términos de cobertura poblacional y volumen de recursos (Cetrángolo, 2014).

$$P_i = A_i - PP_i$$

Posteriormente, se calculará un IP_{3i} , cuya fórmula es:

$$IP_{3i} = 1 + (1 - P_i / P^*)$$

Donde P^* es el mayor valor de P_i .

A medida que aumenta el valor de IP_{3i} , menor será la progresividad en relación al país más progresivo.

4. Tope de cotización

En los casos en que hubiera un límite superior o tope de cotización para las contribuciones salariales que restrinja el carácter solidario del financiamiento sectorial, se analizarán comparativamente los topes de cotización de cada arreglo institucional en relación al ingreso mínimo computable para las contribuciones al seguro de salud obligatorio.

Para ello, se calculará la relación entre el valor monetario del ingreso mínimo (IM_i) y el tope contributivo (TC_i) institucionalmente definidos para realizar las contribuciones al seguro de salud.

$$S_i = IM_i / TC_i$$

Posteriormente, se calculará un IP_{4i} , cuya fórmula es:

$$IP_{4i} = S_i / S^*$$

Donde S^* es el menor valor de S_i .

A medida que aumenta el valor de IP_{4i} , menor será la progresividad en relación al país más progresivo.

Complementariamente, se presentará una escala de tipo ordinal (EO_i) de medición de variables por cada IP_i . Cada EO_i servirá para clasificar cada uno de los IP_i en forma jerárquica según el grado de progresividad relativa de

cada régimen, pero no proporcionará información sobre la magnitud de las diferencias así clasificadas, es decir, no reflejará la distancia entre una y otra categoría o cuánto es mayor una que otra (Pineda et al., 1994).

Posteriormente, se presentará el ss o $EO_{promedio}$, que muestra el promedio simple del valor de las EO_i por cada país y permitirá sintetizar el análisis de las cuatro dimensiones trabajadas para esta primera variable¹⁸. El ss expresará un ordenamiento jerárquico de cada uno de los cuatro sistemas en función de la progresividad promedio en las cuatro dimensiones estudiadas.

VI.5.2. Gasto Público en Salud

Se asume que la progresividad de la carga impositiva mediante la cual se recaudan los recursos que conforman las rentas generales puede hacerse extensiva para caracterizar el financiamiento de cualquiera de las partidas de gasto público en particular, entre ellas el gasto público en salud (GPS).

A partir de ese supuesto, se determinará comparativamente el grado de progresividad en la recaudación de recursos para financiar el GPS en función de la relación entre la carga fiscal generada mediante impuestos indirectos ($I_{Ind.i}$) e impuestos directos ($I_{Dir.i}$).

$$I_i = I_{Ind.i} / I_{Dir.i}$$

Posteriormente, se calculará un IP_{imp} , cuya fórmula es:

$$IP_{imp} = I_i / I^*$$

Donde I^* es el menor valor de I_i .

A medida que aumenta el valor de IP_{imp} , menor será la progresividad de la recaudación fiscal en relación al país más progresivo.

¹⁸ La asignación de igual ponderación a cada dimensión en la determinación de la progresividad en el financiamiento de la seguridad social en salud es un supuesto metodológico adoptado con el objeto de facilitar el abordaje, pero que no necesariamente refleja la verdadera relevancia de cada dimensión.

Cuanto mayor sea el valor de IP_{imp} , y por ende mayor sea la proporción de la recaudación impositiva generada mediante impuestos indirectos en cada país, menos progresiva será esta fuente de financiamiento sanitario.

Posteriormente, en función de los respectivos valores del IP_{imp} , se presentará una clasificación de tipo ordinal (EO_{imp} o gps_i) que servirá para clasificar los países en forma jerárquica según el grado de progresividad relativa del financiamiento del GPS.

VI.5.3. Integración de las fuentes de financiamiento compulsivo

La clasificación ordinal de la progresividad relativa en el financiamiento compulsivo de los sistemas de salud analizados (fc) está determinada por la estimación de la progresividad de cada modo de financiación, según la metodología propuesta, ponderada por su importancia en relación con las otras fuentes de financiamiento:

$$(1) \quad fc_i = \alpha_i \cdot ss_i + \beta_i \cdot gps_i \quad \text{y} \quad (2) \quad \alpha_i + \beta_i = 1$$

Donde α_j representa el peso ponderado del financiamiento del subsector de la seguridad social en salud sobre el financiamiento compulsivo (FC), ss_j indica un ordenamiento jerárquico de cada uno de los cuatro sistemas en función de la progresividad promedio en las dimensiones de financiamiento de la seguridad social en salud, β_j representa el peso ponderado del financiamiento correspondiente al GPS sobre el FC, y gps_j indica la clasificación ordinal del grado de progresividad en el financiamiento del GPS entre los sistemas de salud abordados.

A partir de (1) y (2), y en función de las siguientes consideraciones:

- Incomensurabilidad de ss y gps debido a la diferente naturaleza de las dimensiones analizadas por cada uno de ellos,
- Debido al criterio utilizado para definir la unidad de análisis se tiene que $\alpha_i > \beta_i$, motivo por el cual se desprende que ss_i es el componente más importante de fc_i .

Entonces, se supone que la clasificación ordinal de fc_i está determinada por ss_i , mientras que gps_i adquiere carácter determinante sólo en caso de igualdad de ss_i entre los casos (j) bajo estudio.

VII. RESULTADOS

Esta sección buscó dar respuesta a los objetivos específicos de este trabajo. Inicialmente se presenta el valor de los indicadores provenientes del diseño institucional de los sistemas de salud estudiados, los cuales versan sobre los mecanismos de recaudación de las contribuciones para el financiamiento de la seguridad social en salud y la recaudación impositiva utilizada para erogar el gasto público en salud. Para dar cuenta del primer objetivo específico, a continuación se analizaron ambos subsistemas en forma aislada. Con ese propósito, se realizaron los cálculos necesarios para obtener los indicadores de progresividad (IP_{ij}) que permitieron operativizar la comparación de las dimensiones del financiamiento seleccionadas. Además, se utilizó una escala de medición de tipo ordinal (EO_{ij}) que sirvió para clasificar cada IP_{ij} en forma jerárquica según el grado de progresividad relativa de cada régimen. Posteriormente, para dar cuenta del segundo objetivo específico, se presenta un análisis integrador de las dimensiones de ambos subsistemas.

En la Tabla 3 se observa la distribución de los indicadores según las unidades de análisis seleccionadas para examinar comparativamente la progresividad en el financiamiento compulsivo de los cuatro sistemas de salud estudiados.

Tabla 3. Distribución de variables e indicadores del financiamiento compulsivo de los sistemas de salud en países seleccionados de América Latina. Año 2015.

Variables	Indicadores	Argentina	Chile	Colombia	Costa Rica
-----------	-------------	-----------	-------	----------	------------

Recaudación de las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud	Contribuciones de trabajadores asegurados ¹⁹	OSN = 3%; OSP* = 4,22%; IOSFA = 6%; COSUN = 3%; OSPJN = 3%; TI = 3,9%**	FONASA = 7%; ISAPRE = 7%*; TI = 7%	RC = 4%; RE = 4%; TI = 12,5%	RC = 5,5%; TI = 4,75%*
	Aportes patronales y estatales	6%***	0%**	8,5%*	9,5%
	Contribución de la población pasiva	3,0%****	3,0%	4,0%	5,0%
	Tope de cotización (1)	US\$ 5.159,03	US\$ 2.616,98	Sin tope	Sin tope
Recaudación del financiamiento del gasto público en salud	Carga de la Imposición Directa (% PIB)	7,70%	7,59%	8,29%	5,43%
	Carga de la Imposición Indirecta (% PIB)	15,74%	10,53%	9,02%	8,51%

Fuentes: elaboración propia en base a: Acuerdo 01 de 1977 (Colombia); BID-CIAT (2017); Decreto Nac. 2271/2013 (Arg.); Ley 24.741 (Arg.); Ley 1.122 (Col.); Ley 812 (Col.); Ley 100 (Col.); Maceira & Ceriani (2003); Estatuto de la OSPJN – Anexo II (Arg.); Resolución 1256-E/2017 (Arg.); SSA (2016).

(1) El tope de cotización indica el ingreso nominal mensual definido normativamente como límite superior para el cálculo de la base contributiva en los respectivos seguros de salud de cada régimen (expresado en US\$ corrientes).

Argentina

* Se utiliza el promedio simple de las alícuotas de las contribuciones salariales vigentes en los diferentes regímenes de las OSP.

** Dado que el aporte consiste en un aporte nominalmente definido, se lo ha convertido en alícuota calculando la relación entre dicha contribución y el ingreso mínimo utilizado como base de aportes al seguro de salud por parte de los trabajadores asalariados.

*** Se utiliza la alícuota vigente en el subsector de las OSN, dado que es el más importante en términos de cobertura poblacional y volumen de recursos.

**** Si bien las contribuciones de la población pasiva varía entre 3% - 6% de sus ingresos dependiendo del monto de sus haberes, se toma como referencia la menor de esas alícuotas ya que es la alícuota que rige para los beneficiarios de menores haberes.

Chile

* Las contribuciones a las ISAPRE ascienden por lo menos al 7% de los ingresos brutos, según el plan de salud suscrito

** Los empleadores no realizan aportes a FONASA o a las ISAPRE. El sistema público no realiza contribuciones vinculadas al ingreso de los trabajadores asegurados, pero cubre el costo total de las prestaciones de maternidad y cualquier déficit en el sistema nacional de salud.

Colombia

* Tanto en el RC como en los RE los empleadores realizan aportes equivalentes al 8,5% del salario bruto de los trabajadores.

¹⁹ OSN = Obras Sociales Nacionales; OSP = Obras Sociales Provinciales; IOSFA = Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, COSUN = Consejo de Obras Sociales de Universidades Nacionales, OSPJN = Obra Social del Poder Judicial de la Nación; TI = Trabajadores Independientes; RC = Régimen Contributivo; RE = Regímenes Especiales.

Costa Rica

*Las contribuciones de los TI oscila entre 4,75% y 7,75% de los ingresos declarados. Por ese motivo, aquí se utiliza como alícuota de trabajo el valor más bajo (4,75%), ya que es el que se aplica para los TI de menores ingresos.

Los indicadores propuestos como dimensiones de la *Recaudación de las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud* están referidos a los ingresos de los trabajadores o pensionados (en el caso de las contribuciones de la población pasiva). Los mismos están expresados bajo la forma tributos ad-valorem, salvo en el caso del Tope de Cotización (expresado en US\$ corrientes). En el caso de las Contribuciones de trabajadores asegurados, la existencia de múltiples valores se debe a al abordaje de múltiples regímenes vigentes en cada subsistema.

Los indicadores propuestos como dimensiones de la *Recaudación del financiamiento del gasto público en salud* están referidos a mediciones de la recaudación impositiva a nivel nacional consolidado, expresados como porcentaje del PIB de los respectivos países.

Análisis de Indicadores

En función de las especificaciones detalladas en la sección metodológica, a continuación se presenta el análisis de los indicadores desagregados por país (cuyos valores fueron expuestos en la Tabla 3) en tres subsecciones.

VII.1. Seguros de salud contributivos obligatorios

A continuación se presenta el análisis de progresividad relativa en las cuatro dimensiones de financiamiento del subsector de la seguridad social en salud en los países seleccionados para el año 2015.

La Tabla 3 muestra que la alícuota de las contribuciones a la seguridad social de los trabajadores de menores ingresos (TI) fue inferior a la correspondiente a trabajadores asalariados en Costa Rica, mientras que las contribuciones fueron proporcionales en el caso chileno, ya que se aplicó una misma alícuota para TI y asalariados. En cambio, en Argentina y Colombia rigieron esquemas en los cuales las alícuotas de las

contribuciones de los TI fueron superiores a las correspondientes a la población asalariada.

Tabla 4. Contribuciones de los trabajadores asegurados en los subsistemas de seguridad social en salud en países seleccionados de América Latina: indicador de progresividad (IP_{1j}) y clasificación mediante escala ordinal (EO_{1j}). Año 2015.

Países	IP_1 en las contribuciones de los trabajadores	EO_1 en las contribuciones de los trabajadores
Argentina	2,12	3
Chile	2,00	2
Colombia	13,33	4
Costa Rica	1	1

Fuente: elaboración propia.

Esa caracterización se observa sintéticamente en la Tabla 4, donde el IP_{1j} (cuyo cálculo se presenta en el Anexo 2) permitió establecer un ordenamiento de cada uno de los cuatro subsistemas en función de la progresividad relativa en las contribuciones a la seguridad social de los trabajadores asegurados.

Costa Rica fue el único caso en el cual el financiamiento de la seguridad social contempló alícuotas de contribución más bajas para los TI pertenecientes a los tramos de menores ingresos que las correspondientes a trabajadores asalariados. También fue el único caso en el cual el aseguramiento de los TI contempló aportes del Estado vinculados a sus ingresos a modo de complemento.

Con respecto al segundo de los indicadores propuestos, la sumatoria de las alícuotas de los aportes de los empleadores y del Estado (sobre los ingresos salariales) para el financiamiento de los seguros de salud de la población asalariada (EE) mostró valores disímiles entre los países estudiados. Además, se observaron diferencias en la participación relativa de EE y trabajadores asalariados en el financiamiento de los seguros de salud en cada subsistema (Tabla 3).

Los ratios entre las alícuotas de las contribuciones de los trabajadores asalariados y los aportes del EE observados en la Tabla 5 muestran que la participación relativa de EE en el financiamiento de los seguros de salud en el sistema de salud colombiano fue relativamente mayor que en los demás casos analizados.

Tabla 5. Aportes patronales y estatales en los subsistemas de seguridad social en salud en países seleccionados de América Latina: indicador de progresividad (IP_{2j}) y clasificación mediante escala ordinal (EO_{2j}). Año 2015.

Países	Alícuota de contribución de población asalariada / EE*	IP_2 en aportes patronales y estatales	EO_2 en aportes patronales y estatales
Argentina	0,50	1,06	2
Chile	0,00	-	4
Colombia	0,47	1,00	1
Costa Rica	0,58	1,23	3

*EE designa la sumatoria de las alícuotas de los aportes, sobre los ingresos salariales, de los empleadores y del Estado para el financiamiento de los seguros de salud de la población asalariada.

Fuente: elaboración propia en base a SSA (2016)

En contraste, en el sistema de salud chileno sólo la población trabajadora contribuyó al financiamiento del aseguramiento en salud mediante cotizaciones vinculadas al ingreso de los beneficiarios, tanto en el sistema público (FONASA) como en el privado (ISAPRE), siendo éste el único caso analizado en el que los empleadores no realizaron aporte alguno. Si bien el Estado chileno tampoco realizó aportes financieros vinculados al ingreso de los trabajadores, el gobierno debió cubrir el costo total de las prestaciones de maternidad y cualquier déficit en el sistema nacional de salud (en el sistema público) y financió parcialmente el costo de las prestaciones de enfermedad (en el sistema privado) (SSA, 2016).

Con respecto al tercero de los indicadores propuestos, el financiamiento de los seguros de salud de la población laboralmente pasiva (o retirada) se financió (al menos parcialmente) mediante las contribuciones realizadas por los beneficiarios mediante deducciones de sus haberes previsionales.

Esas contribuciones se realizaron en función de alícuotas cuyo valor difiere entre los subsistemas analizados (Tabla 3). Adicionalmente, se observaron variaciones en la diferencia entre las alícuotas de las contribuciones de la población asalariada y las contribuciones de la población pasiva de los respectivos países (Tabla 6).

Tabla 6. Contribuciones de la población pasiva en los subsistemas de seguridad social en salud en países seleccionados de América Latina: indicador de progresividad (IP_{3j}) y clasificación mediante escala ordinal (EO_{3j}). Año 2015.

Países	Contribuciones de la población pasiva como % de su pensión (1)	Contribuciones asalariados (2)	(2) - (1)	IP_{3j} en las contribuciones de la población pasiva	EO_{3j}^{20} en las contribuciones de la población pasiva
Argentina	3,00%	3,00%	0,00%	2,00	3
Chile	3,00%	7,00%	4,00%	1,00	1
Colombia	4,00%	4,00%	0,00%	2,00	4
Costa Rica	5,00%	5,50%	0,50%	1,88	2

Fuente: elaboración propia en base a SSA (2016)

En los seguros de Argentina y Chile rigieron las menores alícuotas de contribución de la población económicamente pasiva. Sin embargo, mientras que en Chile la alícuota correspondiente a pensionados era 4 puntos porcentuales inferior a la correspondiente a los asalariados, lo cual implica una diferencia de 133% (la mayor diferencia en los 4 sistemas analizados), en el caso argentino la alícuota mínima correspondiente a la población retirada fue similar a la que rigió para la población asalariada (OSN).

Al igual que en el régimen argentino, en el sistema colombiano se verificó la vigencia de igualdad de alícuotas en las contribuciones de la población pasiva y asalariada, aunque el valor de la alícuota fue mayor en éste último caso.

²⁰ Aunque la diferencia de alícuotas en Argentina y Colombia era nula, la alícuota relativamente más elevada en el seguro para pensionados en Colombia explica la clasificación asignada en la escala ordinal.

Por otro lado, si bien la alícuota vigente en el seguro costarricense para la población en edad de retiro fue la más elevada, la contribución de los asalariados fue 0,5 puntos porcentuales superior, lo cual implica que la diferencia entre estas alícuotas haya sido la segunda más elevada de los cuatro casos.

La Tabla 7 especifica aquellos subsistemas en cuyos esquemas de financiamiento rigieron topes de cotización sobre los ingresos de los trabajadores, así como el valor de esos topes expresados en US\$ a valores corrientes del año 2015.

Tabla 7. Tope de cotización sobre los ingresos de los trabajadores en los subsistemas de seguridad social en salud en países seleccionados de América Latina: indicador de progresividad (IP_{4j}) y clasificación mediante escala ordinal (EO_{4j}). Año 2015.

Países	Tope de cotización (US\$ corrientes 2015) (1)	Ingreso Contributivo Mínimo (US\$ corrientes 2015) (2)	(2) / (1)	IP_{4j} en los topes de cotización	EO_{4j}^{21} en los topes de cotización
Argentina	5.159,03	634,96	0,12	1,00	3
Chile	2.616,98	344,85	0,13	1,07	4
Colombia	-	207,25	-	-	2
Costa Rica	-	388,08	-	-	1

Fuente: elaboración propia en base a SSA (2016)

En la Tabla 7 se observa que no se verificó la vigencia de tope de cotización alguno en los programas de Colombia y Costa Rica, a diferencia de lo que se evidenció en los casos de Argentina y Chile. Además, se observa que el tope de cotización vigente en el programa argentino (OSN) fue 97,13% superior al que rigió en el caso chileno (medido en US\$ corrientes de 2015), y que el ratio entre los ingresos de cotización mínimo y máximo fue relativamente menor en el régimen argentino.

²¹ Dado que en Colombia y Costa Rica no rige tope de cotización alguno a los respectivos seguros, la clasificación asignada en la escala ordinal se explica por el umbral mínimo a partir del cual los trabajadores están obligados cotizar a los respectivos regímenes contributivos.

Concluyendo con el análisis de las dimensiones de la primera variable analizada, la siguiente tabla muestra una estimación integradora por país de la escala ordinal (EO_j) de los cuatro indicadores de progresividad (IP_j) analizados en esta subsección.

Tabla 8. Cotizaciones obligatorias para el financiamiento de la seguridad social en salud en países seleccionados de América Latina: clasificación ordinal (EO_{ij}) de indicadores de progresividad (IP_{ij}) y cálculo de $EO_{promedio}$ (ss). Año 2015.

Países	EO_1	EO_2	EO_3	EO_4	$EO_{promedio}$ (ss)*
Argentina	3	2	3	3	2,75
Chile	2	4	1	4	2,75
Colombia	4	1	4	2	2,75
Costa Rica	1	3	2	1	1,75

* Indica el promedio simple de las EO_j de cada país.

Fuente: elaboración propia.

Los resultados expuestos en la Tabla 8 indican que los valores de ss_j de los subsistemas de Argentina, Chile y Colombia fueron superiores al que se obtuvo en el caso de Costa Rica, pero además fueron equivalentes entre sí.

VII.2. Gasto Público en Salud

A continuación se analiza comparativamente la progresividad relativa en la recaudación de recursos impositivos con los cuales el Estado financió el gasto público en salud (GPS) en el ejercicio fiscal 2015 en los cuatro países estudiados.

La Tabla 9 muestra una caracterización aproximativa de la carga impositiva (expresada como porcentaje del PIB) de los cuatro países según el criterio jurídico-financiero de clasificación de los impuestos.

Tabla 9. Composición de la carga impositiva según el criterio jurídico-financiero de clasificación de los impuestos para países seleccionados de América Latina: indicador de progresividad (IP_{imp}) y clasificación mediante escala ordinal (EO_{imp}). Año 2015.*

Países	Impuestos Directos (% PIB)	Impuestos Indirectos (% PIB)	IP _{imp} en la recaudación impositiva	EO _{imp} en la recaudación impositiva (o <i>gps</i>)
Argentina	7,7	15,74	1,88	4
Chile	7,59	10,53	1,27	2
Colombia	8,29	9,02	1,00	1
Costa Rica	5,43	8,51	1,44	3

* Sólo se incluye la carga impositiva susceptible de ser clasificada según el criterio jurídico-financiero, en función de la información disponible en la fuente consultada.

Fuente: elaboración propia en base a BID-CIAT (2017).

En función de la magnitud relativa de ingresos tributarios generados por impuestos directos e indirectos, el IP_{imp} permite caracterizar la composición de la carga impositiva de cada país como más progresiva cuanto menor sea su valor.

La carga impositiva total, expresada como porcentaje del PIB, fue mayor en Argentina que en el resto de los países. Adicionalmente, los impuestos indirectos tuvieron en este caso una preeminencia mayor que en los demás, si bien todos los países estudiados se caracterizaron por poseer estructuras impositivas en las cuales los impuestos directos tuvieron una ponderación relativamente menor. En este sentido, se verifica que Colombia tuvo la carga impositiva con menor peso relativo de impuestos indirectos.

VII.3. Integración de las fuentes de financiamiento compulsivo

En esta subsección se incluyó un análisis que integra ambas fuentes de financiamiento compulsivo del sector salud en los países estudiados en el año 2015.

Tabla 10. Clasificación ordinal del grado de progresividad en el financiamiento compulsivo de los sistemas de salud en países seleccionados de América Latina. Integración de ambas fuentes de financiamiento: seguros de salud contributivos obligatorios y gasto público en salud. Año 2015.

Países	Clasificación ordinal del grado de progresividad en el financiamiento de la seguridad social en salud (<i>ss</i>)	Clasificación ordinal del grado de progresividad en el financiamiento del Gasto Público en Salud (<i>gps</i>)	Clasificación ordinal del grado de progresividad en el financiamiento compulsivo (<i>fc</i>)
Argentina	2,75	4	4

Chile	2,75	2	3
Colombia	2,75	1	2
Costa Rica	1,75	3	1

Fuente: elaboración propia.

En función de las especificaciones metodológicas enunciadas y a partir de la constatación de que el valor de ss_j de los regímenes de Argentina, Chile y Colombia fueron similares y superiores al valor que dicho indicador asumió para el caso de Costa Rica (Tabla 10), pudo concluirse que el valor de gps_j resultó determinante para el establecimiento de la clasificación ordinal de progresividad en el financiamiento sanitario compulsivo para esos primeros tres casos.

VIII. DISCUSIÓN

A partir de la aseveración de Evans (2000) de que la diferencia más clara entre sistemas de financiamiento alternativos está dada por el modo en que el financiamiento del costo total de los sistemas de salud se distribuye entre la población, este trabajo analizó en términos comparativos la vigencia del principio de equidad vertical en la distribución de la carga del financiamiento compulsivo de los sistemas de salud en países seleccionados de América Latina durante el año 2015.

Sin desconocer la complejidad que implica realizar comparaciones entre sistemas de salud tan disímiles como los seleccionados, dada la singularidad sociopolítica de cada país y el carácter idiosincrásico de las estructuras de gobernanza de cada sistema de salud, este estudio puso inicialmente en evidencia algunos contrastes entre los arreglos institucionales y los correspondientes esquemas de financiamiento de los sistemas de salud de Argentina, Chile, Colombia y Costa Rica.

En ese sentido, mientras que Costa Rica posee un sistema de salud público integrado en el que la CCSS asume ordinariamente y por medios propios la prestación directa de servicios de salud integrales a toda la población (Sáenz et al., 2010; 2011), Argentina, Chile y Colombia tienen sistemas de salud segmentados que responden a las características de modelos de universalismo estratificado de protección social en salud, en los que coexisten diferentes modelos de cobertura para grupos poblacionales distintos, con lógicas independientes en la recaudación, aseguramiento y pago a los servicios y con una mayor participación del sector privado (Báscolo & Bloch, 2005; Becerril-Montekio et al., 2011; Belló & Becerril-Montekio, 2011; Guerrero et al., 2011).

Además, los resultados de este estudio muestran que el financiamiento compulsivo del sistema de salud de Costa Rica fue verticalmente más equitativo que el observado en los sistemas de Chile, Colombia y Argentina, siendo este último el caso más inequitativo así como el más costoso

expresado en términos del PIB. Mientras que el diseño institucional del financiamiento del seguro de salud exhibe mayor progresividad en el régimen costarricense, el financiamiento proveniente de rentas generales fue más progresivo en el sistema de salud colombiano y más regresivo en Argentina. Estos resultados ponen en evidencia las consecuencias distributivas de arreglos institucionales singulares y heterogéneos, cada uno de los cuales cuenta con capacidades disímiles para brindar protección financiera a su población.

El sistema de salud costarricense se caracteriza por un esquema de financiamiento que integra en un solo fondo mancomunado solidario la mayor parte del financiamiento sectorial, y en el cual no hay separación de servicios dependiendo de diferentes tipos de seguros, sino que todos los asegurados pagan por la atención sanitaria integrada como un derecho indivisible protegido por la constitución y las leyes del Estado (Sáenz et al. 2010). En ese sentido, Xu et al. (2003), Zúñiga-Brenes et al. (2012) y Briceño Chamorro & Vargas Brenes (2017), entre otros, advierten la reducida incidencia que tiene el gasto catastrófico en los hogares costarricenses, lo cual evidencia los logros en términos de protección financiera de este sistema (OISS, 2014; Sáenz et al., 2011).

Los demás sistemas de salud analizados se caracterizan por la coexistencia de diferentes modelos de cobertura para grupos poblacionales distintos y con lógicas diferentes de financiamiento y acceso a los servicios (Alleyne, 2002; Sáenz et al., 2011; Becerril-Montekio et al., 2011; Belló & Becerril-Montekio, 2011; Guerrero et al., 2011). En estos casos, se observan distribuciones más regresivas de la carga del financiamiento compulsivo: mientras que la financiación en un solo fondo mancomunado implica la existencia de un esquema de financiamiento con una lógica o coherencia singular en la distribución de la carga financiera, la segmentación de los sistemas de salud se asocia a esquemas de financiamiento en los que existen múltiples lógicas de distribución de la carga financiera sin una necesaria coherencia entre cada una de ellas, circunstancia que posibilita la

coexistencia de estrategias de financiación con criterios de equidad disímiles (Báscolo & Bloch, 2005).

Además, distribuciones más regresivas en la carga del financiamiento sanitario se asocian a sistemas de salud con limitaciones en la capacidad de brindar protección financiera para los grupos poblacionales de mayor riesgo de contraer enfermedades. En este sentido, se verifica una asociación inversa entre el ordenamiento jerárquico de progresividad relativa en el financiamiento compulsivo obtenida en nuestro estudio y la prevalencia de gastos catastróficos encontrados por Knaul et al., (2012), los cuales varían desde menos del 1% de los hogares en Costa Rica al 10-15% de los hogares en Argentina y zonas urbanas de Chile, entre otros.

La inequidad en la distribución de la carga financiera observada en Colombia es sustentada por estudios que muestran las limitaciones en la protección financiera en ese país. Valbuena & Ureña (2017) evidencian las limitaciones de la protección financiera brindada por el sistema de salud colombiano al verificar que los gastos de bolsillo recaen de forma más onerosa sobre los hogares de menores ingresos. Además, Amaya-Lara (2016) muestra que casi 1 de cada 10 hogares colombianos afronta gastos catastróficos, y que la ocurrencia de cualquier evento de hospitalización aumenta su riesgo de ocurrencia.

Cid et al. (2006) ponen de manifiesto la inequidad que impera en la distribución del financiamiento en el sistema de protección en salud chileno como consecuencia de la segmentación de la población entre los sectores público (FONASA) y privado (ISAPRE). Esa inequidad se asocia a la baja protección financiera a la que se exponen amplios sectores de la sociedad chilena, circunstancia que se evidencia en la magnitud de los gastos de bolsillo en salud de los hogares, los cuales constituyen la principal fuente de financiamiento sectorial (Bitrán y Muñoz, 2012).

Si bien Peticara (2008) destaca la extensión de la cobertura del seguro social en Argentina, también constata las grandes sumas que los hogares

deben desembolsar en concepto de gastos de bolsillo, en tanto que Abeldaño (2017) postula que el gasto catastrófico compromete al 2,3% de los hogares argentinos. En este sentido, Maceira (2008) afirma que esa situación está asociada a la desigualdad en el aseguramiento en salud según grupos de ingreso.

Por otro lado, las rentas generales utilizadas para financiar el gasto público en salud como parte de la política fiscal del Estado, se integran de recursos mayoritariamente generados por fuentes impositivas indirectas en los cuatro países analizados, lo que se asocia a sistemas de impuestos generales probablemente regresivos (Hills, 2000). Esa aseveración contrasta con lo observado en la mayoría de los países de altos ingresos, donde la responsabilidad tributaria suele ser aproximadamente proporcional al ingreso o medianamente progresiva (Wagstaff et al., 1999)

No obstante, Evans (2000) enfatiza que incluso el financiamiento sanitario realizado mediante sistemas de impuestos generales proporcionales o medianamente regresivos genera efectos redistributivos sustanciales entre la población saludable y de altos ingresos respecto de la población enferma y de bajos ingresos, dado el historial de enfermedad y la correspondiente necesidad de servicios de salud de los diferentes grupos poblacionales.

Según Wagstaff et al. (1993), a priori se podría esperar que el financiamiento de los sistemas de seguridad social sea menos progresivo que el gasto público en salud financiado mediante rentas generales, dado que la base contributiva del financiamiento de la seguridad social en salud suele no ser omnicompreensiva y que algunos sistemas incluyen topes de cotización. En ese sentido, cuatro décadas atrás Mesa-Lago (1978) concluía que el efecto general de los sistemas de financiamiento de la seguridad social en algunos países de la región era probablemente regresivo debido a la regresividad de las contribuciones de los empleadores y del Estado en relación a las contribuciones de los trabajadores. Y si bien la existencia de topes de cotización que limiten la redistribución vertical del ingreso es frecuente en los

seguros de salud de la región (Mesa-Lago, 2005), esos topes no han sido incorporados en los regímenes de Costa Rica y Colombia (SSA, 2016).

El análisis propuesto en este trabajo permitió establecer un ordenamiento comparativo de equidad vertical en las fuentes de financiamiento compulsivas entre los sistemas seleccionados a partir de la construcción de indicadores que posibilitaron el establecimiento de jerarquías ordinales de progresividad en el financiamiento, constituyéndose en una propuesta novedosa y con proyecciones de ulterior desarrollo. Si bien los aportes de este trabajo se enmarcan en la línea de trabajo de la concepción más tradicional sobre equidad en el financiamiento de los sistemas de salud, denominada *análisis de la incidencia del financiamiento* (Wagstaff, 2002) o *enfoque de ingresos* (Murray et al., 2003), la cual cuenta con voluminosa producción académica, no se hallaron antecedentes de estudios similares; es decir, no se encontraron trabajos previos que hayan estudiado la vigencia del principio de equidad en el financiamiento de los sistemas de salud latinoamericanos haciendo foco en las fuentes compulsivas, es decir, aquellas fuentes en las cuales la población está obligada a contribuir por disposiciones legales.

Por otro lado, la equidad vertical en la recaudación de recursos constituye sólo un aspecto a comparar entre esquemas de financiamiento de sistemas de salud, y es por ello que el abordaje realizado en esta tesis no tiene pretensiones de exhaustividad en sus resultados y conclusiones. Además, se analizó parcialmente la función de financiamiento al omitir las subfunciones de la mancomunación de recursos y la compra de intervenciones. Existen algunas otras limitaciones que vale la pena explicitar: a) los indicadores construidos reflejan sólo algunas dimensiones de las fuentes de financiamiento analizadas; b) se excluyó el abordaje de las fuentes de financiamiento voluntarias, las cuales tienen una incidencia determinante sobre la equidad vertical en la distribución de la carga financiera; c) los indicadores de progresividad utilizados para el análisis de la primera variable son inconmensurables entre sí, y la asignación a cada uno de ellos de igual ponderación en la determinación de la progresividad en el

financiamiento de la seguridad social en salud es una definición metodológica adoptada con el objeto de facilitar el abordaje que no necesariamente refleja la verdadera relevancia de cada una de esas dimensiones; d) la comparación de la progresividad relativa en la generación de recursos impositivos mediante la clasificación jurídico-financiera de los impuestos constituye un abordaje que no desconoce las omisiones que como propuesta metodológica entraña, pero que tiene la virtud de facilitar comparaciones entre sistemas tributarios con criterios objetivos y operativos; e) el criterio de integración de las dos fuentes de financiamiento compulsivas también supuso la adopción de supuestos metodológicos no neutrales, pero que permitieron operativizar el análisis propuesto en el marco de las limitaciones propias de una tesis de maestría. Además, un abordaje del financiamiento sanitario no puede ser realmente exhaustivo sin hacer referencia a indicadores de acceso y resultados sanitarios, entre otros.

IX. CONCLUSIONES

En el contexto de una Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud que se dicta en el seno de una de las regiones más inequitativas del mundo, se torna imperativo problematizar los sistemas de financiamiento sanitario de los países de la región, los cuales constituyen la cristalización institucional de las disputas de economía política entre actores sociales con intereses en pugna.

Según la Organización Panamericana de la Salud, la equidad en salud es un concepto amplio que se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud y en dimensiones como el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en el acceso a entornos saludables y en las contribuciones financieras (OPS, 2014).

En ese marco, la promoción de una más equitativa distribución del peso del financiamiento sectorial es un objetivo de la política de financiación sanitaria que se dirime en el proceso de la recaudación de recursos (Kutzin, 2008). Es por ello que avanzar y fortalecer los mecanismos de mancomunación solidaria de fondos que consideren fuentes de financiamiento diversas y acordes a las especificidades político-institucionales de cada país, constituye una condición necesaria a fin de aumentar la protección financiera, la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud en la región, con el objeto de lograr que la mayor cantidad de personas tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan.

Los esquemas de financiamiento sectorial basados en contribuciones compulsivas para el aseguramiento de la población se han constituido en la modalidad de financiamiento preponderante sólo en algunos países de América Latina. Sin embargo, las disputas de economía política que subyacen a la especificidad de estos arreglos institucionales determinan la singularidad de la configuración de cada uno de estos sistemas de financiamiento, en los cuales la distribución de la carga financiera adquiere configuraciones disímiles.

Aún reconociendo las limitaciones de este estudio, el mismo constituye un aporte para hacer un llamado de atención en torno a la necesidad de profundizar el estudio y la problematización de principios como la equidad en la implementación de políticas sanitarias.

Es en ese marco que la ambición del presente trabajo consiste en contribuir a enriquecer el reservorio de contenidos con enfoque igualitarista pasible de ser utilizado por actores sociales con injerencia en la agenda de las políticas públicas en torno a la regulación del sector salud, aún reconociendo las limitaciones que en ese sentido implica haber trabajado con datos de 2015 ante la imposibilidad de acceder a fuentes más actualizadas al momento de realizar el análisis.

Si bien la posibilidad de que esta investigación tenga algún tipo de injerencia en la elaboración de políticas sanitarias está supeditada a múltiples y complejos factores, este trabajo constituye un insumo para promover la discusión en torno a una problemática que concierne a todos los países de la región. En caso de que el principio de equidad sea un eje problemático de consideración en los formuladores de políticas sanitarias, este estudio brinda algunas referencias conceptuales y fácticas en torno a casos de estudio de trascendencia en América Latina.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño, R. A. (2017). Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1631-1640.
- Abritta, S., Darsaut, A. H., Devoto, E., Giordano, H. A., Pozzo, O., Ramírez, G. A. & Taddei, P. (2010). El Modelo de Agencia Única y su relación con los Recursos de la Seguridad Social. Cuadernos del Instituto AFIP, C13. Instituto de Estudios Tributarios, Aduaneros y de los Recursos de la Seguridad Social (AFIP). Bs. As.
- Acuerdo 01 de 1977. Disponible en: <http://ecopetrol.rediseno.intranet.beta.axesnet.net/contenido/contenido.aspx?catID=419&conID=38025&pagID=129260>.
- Acuña, M. C. (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS
- Akazili, J., Garshong, B., Aikins, M., Gyapong, J. & McIntyre, D. (2012) Progressivity of health care financing and incidence of service benefits in Ghana. *Health Policy and Planning* 27: i13–i22. PMID: 22388496
- Allan, Charles M. (1974). La teoría de la tributación. Editorial Alianza, Madrid.
- Alleyne, G. A. (2002). La equidad y la meta de salud para todos. *Revista panamericana de salud pública*, 11(5-6), 291-296.
- Almeida, C. (2002). Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, S23-S36.
- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(9).
- Almeida, C., Braveman, P., Gold, M. R., Szwarcwald, C. L., Ribeiro, J. M., Miglionico, A., ... & Segall, M. (2001). Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *The Lancet*, 357(9269), 1692-1697.

- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(5), 414-418.
- Arnaudo, M. F., Lago, F., Moscoso, N., Báscolo, E. & Yavich, N. (2016). Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: un análisis comparativo de los años 2004 y 2011. *Salud Colectiva*, 12, 125-137.
- Asante, A., Price, J., Hayen, A., Jan, S. & Wiseman, V. (2016). Equity in health care financing in low-and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PloS one*, 11(4), e0152866.
- Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... & De Paula, J. B. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247.
- Baker, J. & van der Gaag, J. (1993). Equity in health care and health care financing: evidence from five developing countries. *Equity in the finance and delivery of health care: An international perspective*.
- Báscolo, E. (2008). Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina. CEPAL.
- Bascolo, E. & Bloch, C. (2005). Bases para una estrategia de extensión de la protección social en salud. Plan Fénix (Mimeo).
- Base de Datos BID-CIAT 2015 (2017). Presión fiscal equivalente de América Latina y el Caribe (1990-2015). (Actualización a Agosto de 2017) Versión digital.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D. D. & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud pública de México*, 53, s132-s142.
- Belló, M. & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53, s96-s109.
- Berman, P., Arellanes, L., Henderson, P. & Magnoli, A. (1999). Health care financing in eight latin american and caribbean nations: the first regional national health accounts network. In *Health Sector Reform Initiative (No. 16)*. OPS.
- Bertranou, F., Bonari, D. & Bertranou, E. (2005). Protección social en

Argentina: financiamiento, cobertura y desempeño 1990-2003. Oficina Internacional del Trabajo.

- Bitrán, R. & Muñoz, R. (2011). Health financing and household health expenditure in Chile. Volume 1, p. 129. Chapter 6. In: Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, eds. Financing health in Latin America. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, Fundación Mexicana para la Salud, IDRC, and distributed by Harvard University Press.
- Briseño, R. J., Elizondo-Jara, M. & Zúñiga, G. G. (2006). Catástrofe económica generada por mala salud: Una aplicación para Costa Rica 2005. In Simposio Costa Rica a la luz de la ENIG (p. 184).
- Busse, R., Saltman, R. B. & Dubois, H. F. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. *Social Health Insurance Systems In Western Europe*, 33.
- Cabieses, B. (2014). La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de salud. *Value in Health Regional Issues*, 5, 1-6.
- Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 285-291.
- Calabria, A. A., Rottenschweiler, S., Calero, A. & Gaiada, J. (2010). Fuentes de financiamiento de los sistemas de seguridad social en países de América del Sur.
- Carrera, F., Sojo, A. & Castro, M. (2010). Progresar hacia la equidad: sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Honduras y Nicaragua. En: *Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral*. Santiago: CEPAL, 2010. p. 41-63. LC/G. 2475.
- Castro-Leal F., Dayton J., Demery L. & Mehra K (2000) Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization* 78: 66–74. PMID: 10686734
- Cetrángolo, Oscar (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura

desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 38.

- Chakraborty L.S., Singh Y. & Jacob JF (2013) *Analyzing Public Expenditure Benefit Incidence in Health Care: Evidence from India*. India: Levy Economics Institute.
- Chen M., Chen W. & Zhao Y. (2012) New evidence on financing equity in China's health care reform—A case study on Gansu province, China. *BMC Health Services Research* 12: 466. doi: 10.1186/1472-6963-12-466 PMID: 23244513
- Chuma J., Maina T. & Ataguba J. (2012) Does the distribution of health care benefits in Kenya meet the principles of universal coverage? *BMC Public Health* 12: 20. doi: 10.1186/1471-2458-12-20 PMID: 22233470
- Cid Pedraza, C., Muñoz, A., Riesco, X. & Inostroza, M. (2006). *Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general*. Cuadernos Médico Sociales, 46, 5-12.
- Cid Pedraza, C. (2011). *Diagnoses-based risk adjusted capitation payments for improving solidarity and efficiency in the Chilean health care system: evaluation and comparison with a demographic model (Doctoral dissertation, Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften» Fachgebiet Betriebswirtschaftslehre» Medizinmanagement)*
- Deaton, A. & Muellbauer, J. (1980). *Economics and consumer behavior*. Cambridge university press.
- Decreto Nacional 2271/2013. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/224328/norma.htm>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Disponible en: <http://www.dane.gov.co/>.
- Dmytraczenko, T. & Almeida, G. (Eds.). (2017). *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados*. World Bank Publications.
- Donato, Nora (2017). *Derecho a la salud*. Disponible en:

<http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/135#:~:text=En%20efecto%20y%20conforme%20el,a%20la%20protecci%C3%B3n%20de%20su>

- Echavarría, J. (2012). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monitor Estratégico*, 3(7).
- Escobar, M. L., Griffin, C. C. & Shaw, R. P. (Eds.). (2011). The impact of health insurance in low-and middle-income countries. Brookings Institution Press.
- Estatuto de la Obra Social del Poder Judicial de la Nación (Anexo II) – Disponible en: <https://www.ospjn.gov.ar/web/normativas/estatuto/Anexo2.pdf>
- Evans, R.G. (2000) Financing health care: taxation and the alternatives. HPRU 2000: 15D Working Paper. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Vancouver.
- Fenochietto, R. (2006). Economía del sector público: análisis integral de las finanzas públicas y sus efectos. La Ley.
- Frenk J., Lozano R. & González Block M.A. (1994). Economía y Salud: Propuesta para el Avance del Sistema de Salud en México. Informe Final. Fundación Mexicana para la Salud.
- Galdós, J. M. (2008). La salud y los bienes sociales constitucionales. La Ley.
- Giedion, U., Andrés Alfonso, E. & Díaz, Y. (2013). The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence.
- Glaser, W. A. (1991). Health Insurance in Practice: international variations in financing, benefits, and problems. In Health insurance in practice: International variations in financing, benefits, and problems. Jossey-Bass Publishers.
- Global Health Expenditure Database - World Health Organization (GHED-WHO) (2019). Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database>
- González Pier, E. & Parker, S. (1999). Equity in the Finance and delivery of health care: Results from Mexico. Document elaborated for the PHO/UNPD/World Bank, EquiLAC/IHEP Proyect. Washington, DC:

PAHO/WHO.

- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. salud pública de México, 53, s144-s155.
- Hills, J. (2000) Taxation for the Enabling State, CASE Discussion Paper No. 41. London: Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science.
- Indicadores del Desarrollo Mundial. Consultado el 20/08/2018. Disponible en: <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=indicadores-del-desarrollo-mundial>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>
- Iturrioz, Eulogio. (1981). Curso de Finanzas Públicas. Ediciones Macchi, Buenos Aires.
- Kakwani, N. C. (1977). Measurement of tax progressivity: an international comparison. The Economic Journal, 87 (345), 71-80.
- Kakwani, N., Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (1997). Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. Journal of econometrics, 77 (1), 87-103.
- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. & Méndez, O. (2011). Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Salud Publica Mex, 53(suppl 2), s85-95.
- Knaul, F. M., Wong, R. & Arreola-Ornelas, H. (2012a). Household Spending and Impoverishment. Vol. 1, Financing Health in Latin America.
- Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. (2012b) Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of 12 Latin American and Caribbean countries. Chapter 3. In: Knaul FM, Wong R,

Arreola-Ornelas H, eds. Financing health in Latin America. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, Fundación Mexicana para la Salud, IDRC, and distributed by Harvard University Press.

- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., ... & Kershenobich, D. (2012c). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259-1279.
- Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.
- Kutzin, J. (2010). Conceptual framework for analysing health financing systems and the effects of reforms¹. *Implementing Health Financing Reform*, 1.
- Infante, A., Mata, I. D. L., & López-Acuña, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 13-20.
- Lewis, M. (2010). Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries.
- Ley 100 de 2003 – Colombia: Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Normatividad/Leyes/Ley100-1993.pdf>.
- Ley 812 de 2003 – Colombia: Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/Ley812_de_2003.pdf.
- Ley Nacional 24.741 - Argentina. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/40991/norma.htm>
- Ley Número 1122 de 2007 – Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.
- Limwattananon S., Prakongsai P. & Tangcharoensathien V (2011) The equity impact of Universal Coverage: health care finance, catastrophic health expenditure, utilization and government subsidies in Thailand.

Consortium for Research on Equity in Health Systems (CREHS) Report.

- Lloyd-Sherlock, Peter (2000), Healthcare Reform and Poverty in Latin America. Londres: University of London, Institute of Latin American Studies
- Maceira, D. (2001). Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe. In Iniciativa de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Ediciones Especiales (No. 3). OPS.
- Maceira, D. (2003). Seguros sociales de salud en el Cono Sur: experiencias y desafíos. Buenos Aires: Centro de estudios de estado y sociedad.
- Maceira, D. (2003). Instituciones sanitarias en un país federal: las obras sociales provinciales en contexto. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Maceira, D. (2008). Sistema de salud en Argentina. En F. Barten, W. Flores, & A. Hardoy, La Inequidad en la Salud Hacia un abordaje integral (pág.) Buenos Aires, Argentina: IIED-América Latina Publicaciones.
- Maceira, D. (2014). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. Documentos de Trabajo CEDES 122/2014. UNICEF, Buenos Aires.
- Mangham, L. (2006) Who benefits from public spending on health care in Malawi? An application of Benefit Incidence Analysis to Health Sector. Malawi Medical Journal 18: 60–65.
- Martín, Julio (2007) Temas de Finanzas Públicas. 5ta edición ampliada. 2da reimpresión. UNR Editora. Rosario.
- Martínez, M. F. (2017). Inequidad en los Sistemas de Salud de América Latina: Análisis para Colombia, Argentina y México. VISIÓN-Revista de Investigaciones UNICIENCIA, 2(1), 71-81.
- Mesa-Lago, C. (1978). Social Security in Latin America: pressure groups, stratification, and inequality. University of Pittsburgh Press.
- Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el

Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social (No. 63). Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Mills, A., Ataguba, J. E., Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S., ... & McIntyre, D. (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet* (London, England), 380(9837), 126-133.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo>.
- Ministry of Health, Viet Nam (2001). Comments and suggestions of Vietnam Ministry of Health/Health Policy Unit as regards the World Health Report 2000. Hanoi, Viet Nam.
- Molina, R., Pinto, M., Henderson, P. & Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista panamericana de salud pública*, 8, 71-83.
- Mossialos, E. & Dixon, A. (2002) Funding health care: an introduction. In *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series.
- Mtei, G., Makawia, S., Ally, M., Kuwawenaruwa, A., Meheus, F. & Borghi, J. (2012) Who pays and who benefits from health care? An assessment of equity in health care financing and benefit distribution in Tanzania. *Health Policy and Planning* 27: i23–i34. PMID: 22388497
- Murray, C. J., Knaul, F. M., Ke, X., Musgrove, P. & Kawabata, K. (2000). Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. Geneva, Switzerland. World Health Organization (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.24.).
- Murray, C. J., Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Hanvoravongchai, P., Zeramdini, R., Aguilar-Rivera A.M. & Evans, D. B. (2003). Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 12.

- Musgrave, R. & Musgrave, P. (1992). Hacienda Pública: teórica y aplicada. Mac Graw Hill. México.
- Obra Social del Poder Judicial de la Nación (OSPJN) (<https://www.ospjn.gov.ar/web/normativas/index.php>)
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R.P., Somanathan, A., Adhikari, S.R., Harbianto, D., et al. (2007) The Incidence of Public Spending on Healthcare: Comparative Evidence from Asia. *The World Bank Economic Review* 21: 93–123.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R.P., Somanathan, A., Adhikari, S.R., Akkazieva, B., et al. (2008a) Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics* 27: 460–475. doi: 10.1016/j.jhealeco.2007.08.005 PMID: 18179832
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008b). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: The World Bank.
- Onwujekwe, O., Hanson, K. & Uzochukwu, B. (2012) Are the poor differentially benefiting from provision of priority public health services? A benefit incidence analysis in Nigeria. *International Journal for Equity in Health* 11: 70. doi: 10.1186/1475-9276-11-70 PMID: 23158434
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) (2014). Banco de información de los sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos. Edición año 2014, Madrid. Disponible en: <http://www.oiss.org/bissi/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002). La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2009). Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica. 3ra edición, Septiembre 2009. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) Resolución CD53. R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la

cobertura universal de salud. 53ª Consejo Directivo, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017) Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.
- Pannarunothai, S. & Mills, A. (1997). The poor pay more: health-related inequality in Thailand. *Social Science & Medicine*, 44(12), 1781-1790.
- Peticara, M. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. CEPAL.
- Pineda, E. B., Alvarado, E. L. D., & Canales, F. H. D. (1994). Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. In Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud (No. 35). OPS.
- Rasell, E., Bernstein, J. & Tang, K. (1994). The impact of health care financing on family budgets. *International journal of health services*, 24 (4), 691-714.
- Resolución 1256-E/2017 del Ministerio de Defensa. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/305000-309999/305644/norma.htm>
- Riveros-Pérez, E. & Amado-González, L. N. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23).
- Sáenz, M. R., Acosta, M., Muiser, J. & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud pública de México*, Vol. 53 (suplemento 2).
- Sáenz, M. R., Bermúdez, J. L. & Acosta, M. (2010). Universal Coverage in a Middle Income Country: Costa Rica. *World Health Report (2010)*. World Health Organization. Background Paper, 11.
- Saltman, R. B. (2004). Social health insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. *Social Health Insurance Systems In Western Europe*, 3.

- Schneider, F. (2012). *The Shadow Economy and Work in the Shadow: What Do We (Not) Know?* (No. 6423). Institute for the Study of Labor (IZA).
- Social Security Administration (SSA) (US) (Ed.). (2016). *Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2015* (No. 13). Government Printing Office. Washington DC.
- Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. In CEPAL Serie políticas sociales (No. 39). CEPAL.
- Sojo, A. (2001). Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la CEPAL*, vol. 139, p. 157.
- Stone, D.A. (1993) The struggle for the soul of health insurance, *Journal of Health Politics Policy and Law*, 18(2): 287–318.
- Titelman, D., Cetrángolo, O. & Acosta, O. L. (2015). La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *MEDICC Review*, 17(S1), 68-72.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y sociedad*, 23(2), 83-108.
- Ugá, M. A. & Santos, I. S. (2007). An analysis of equity in Brazilian health system financing. *Health affairs (Project Hope)*, 26 (4), 1017.
- Ugalde, A., Homedes, N., & Zwi, A. (2002). Globalisation, equity and health in Latin America. *Exclusion and engagement: Social policy in Latin America*, 151-171.
- Valbuena, G. J. P. & Ureña, A. S. (2017). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Revista del Banco de la República*, 88(1051), 27-56.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H., Christiansen, T., Contoni, G. & Di Biase, R. (1999). The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18(3), 291-313.
- Vargas, I., Vázquez, M. L. & Jané, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en latinoamérica equity and health systems reform in latin america. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 927-937.

- Vergara-Iturriaga, M. & Martínez-Gutiérrez, M. S. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *salud pública de méxico*, 48(6), 512-521.
- Villegas, H. B. (2000). *Manual de finanzas públicas: la economía jurídicamente regulada del sector público en el mundo globalizado*. Depalma.
- Wagstaff, A. (2002). Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. *Health economics*, 11(2), 103-115.
- Wagstaff, A. (2008). *Measuring financial protection in health (Vol. 4554)*. World Bank Publications.
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of health economics*, 11(4), 361-387.
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (1993). Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*, 7-19.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Paci, P. (1989). Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 89-112
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., ... & Johnson, P. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons¹. *Journal of health economics*, 18 (3), 263-290
- World Bank (2012a) *Health equity and financial protection report—Ghana*. Washington DC: The World Bank.
- World Bank (2012b) *Health equity and financial protection report—Malawi*. Washington DC: The World Bank.
- World Bank (2012c). *Health equity and financial protection report—Zambia*. Washington DC: The World Bank.
- World Bank (2012d) *Health equity and financial protection report—Mongolia*. Washington DC: The World Bank.
- World Bank (2012e) *Health equity and financial protection report—*

Pakistan. Washington DC: The World Bank.

- World Bank (2012f) Health equity and financial protection report—Vietnam. Washington DC: The World Bank.
- World Health Organization (WHO) (2000). The world health report 2000. Health systems: improving performance. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2010). Informe Sobre la Salud en El Mundo: La Financiación Dos Sistemas de Salud - El Camino Hacia la Cobertura Universal. World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*, 362(9378), 111-117.
- Yu, C.P., Whynes, D.K. & Sach, T.H. (2008) Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International Journal for Equity in Health* 7.
- Zúñiga-Brenes, M. P. (2008). Three essays in Health Economics in Developing Countries (Tesis Doctoral). Universidad de Lausanne. Lausanne, Switzerland.
- Zúñiga-Brenes, M. P., Vargas, J. R. & Vindas, A. (2012). Out-of-pocket and catastrophic health expenditure puzzle—The Costa Rican experience. *Financing Health in Latin America*, 1.
- Zúñiga Fajuri, A. (2010). Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE. *Revista de derecho (Valdivia)*, 23(2), 113-130.

XI. ANEXOS

Anexo 1

Tabla 11. Obras Sociales Provinciales, Normativa.

Provincia	Nombre	OSP	Status Legal	Aportes y Contribuciones		
				Contribución Salarial	Aporte Patronal	Total
Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	Ley 6892/87 - entidad autárquica con capacidad para actuar pública y privadamente	4,50%	4,50%	9,00%
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 3509 - Entidad autárquica financiera, administrativa y funcional	4,50%	4,00%	8,50%
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	Ley 4044 - Organismos autárquico y funcionalmente autónomo.	6,50%	6,50%	13,00%
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	ISSS - SEROS	Ley 1404	3,00%	4,00%	7,00%
Córdoba	Instituto Provincial de Atención Médica	IPAM	Ley 5299 - Entidad Autárquica con individualidad Financiera	4,00%	4,50%	8,50%
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	Ley 3341 - Parte del Instituto de Seguridad Social	6,00%	4,00%	10,00%
Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos	IOSPER	Ley 5326 (p) - Persona jurídica autárquica	3,00%	4,00%	7,00%
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Públicos	IASEP	Decreto Ley 1463/62 (p) - Organismo descentralizado y autárquico.	5,00%	4,00%	9,00%
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	Ley 4282/87	4,00%	6,00%	10,00%
La Pampa	Instituto de Seguridad Social - Servicios Médico Previsional	SEMPRE	Norma Jurídica de Facto 1170/82 - Entidad autárquica financiera y administrativa. Personería jurídica y patrimonio propio	3,50%	4,50%	8,00%
La Rioja	Administración General de Obra Social	APOS	Entidad con autarquía financiera, administrativa y funcional.	4,10%	5,50%	9,60%
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Organismo Descentralizado. Cualquier modificación de estructura orgánico funcional debe contar con decreto del Poder Ejecutivo	3,00%	9,00%	12,00%
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	Ley 568/71 - Parte del Instituto de Seguridad Social. Carácter autárquico, dependiente del Ministerio de Hacienda y Finanzas. Capacidad para actuar pública y privadamente	5,00%	5,00%	10,00%
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	S/D	5,00%	7,00%	12,00%
Río Negro	Instituto Provincial de Seguro de Salud	IPROSS	Ley 2753/93 - Entidad autárquica con individualidad financiera. Funcionará en jurisdicción del Ministerio de Asuntos Sociales	3,50%	5,50%	9,00%
Salta	Instituto Provincial de Seguro	IPS	Ley 712/01 - Entidad autárquica con personería jurídica, individualidad administrativa, económica y financiera	4,00%	5,00%	9,00%
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y asistencia Social	IPSA	Ley 4373 modificada por decreto 4202 - Ente descentralizado con plena autarquía	3,50%	5,50%	9,00%
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	Ley 3419/72 derogada - Ley 4042/79 derogada	4,00%	4,00%	8,00%
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	S/D	4,00%	6,00%	10,00%
Santa Fe	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	Ley 8288/78 - Personería jurídica autárquica en el ámbito del Poder Ejecutivo. Relacionada mediante el Ministerio de Bienestar Social	4,50%	6,00%	10,50%
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	Parte del Instituto de Seguridad Social	5,00%	5,00%	10,00%
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	Ley 10/72 - Organismo autárquico	3,00%	6,00%	9,00%
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán	IPSST	Ley 6443/93 (p) - Servicio público con autarquía administrativa, personalidad jurídica e individualidad financiera	4,50%	4,50%	9,00%

Fuente: Maceira (2003)

Anexo 2

Tabla 12. Contribuciones salariales a los seguros de salud por parte de trabajadores: cálculo del IP_1 .

PAÍSES	DIFERENCIA DE ALÍCUOTAS RESPECTO A LAS CONTRIBUCIONES DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES						SUMATORIA	MEDIA	IP ₁ *
	TI - TI	TI - OSN	TI- OSP	TI- IOSFA	TI-COSUN	TI-SOPJN			
Argentina	0,0%	-0,90%	0,32%	2,10%	-0,90%	-0,90%	-0,280%	-0,0467%	2,12
Chile	TI - TI	TI - (FONASA/ISAPRE)							
	0,0%	0,00%	-	-	-	-	0,000%	0,0000%	2,00
Colombia	TI - TI	TI - RC							
	0,00%	-8,50%	-	-	-	-	-8,500%	-4,2500%	13,33
Costa Rica	TI - TI	TI - RC							
	0,00%	0,75%	-	-	-	-	0,750%	0,3750%	1

Fuente: elaboración propia.

* $IP_{1i} = 1 + (X - x_i) / X$ donde X representa la media del sistema más progresivo y x_i el valor medio de cada uno de los sistemas.