



**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

# **ESTUDIO DE SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS EN PAÍSES CON COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD**

**MSc. Julien Roger DUPUY  
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN  
ÁREA DE ECONOMÍA DE LA SALUD  
2010**

# Introducción

En los últimos años, el tema de la cobertura universal está tomando cada vez más importancia a nivel internacional: países de Asia con fuerte crecimiento económico han desarrollado instrumentos de cobertura universal y países de América Latina, históricamente caracterizados por grandes inequidades, están incrementando las coberturas en las poblaciones desprotegidas (Mills, 2007). En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS instó a sus estados miembros planificar instrumentos de cobertura a vocación universal para garantizar el acceso a los servicios de salud y ofrecer protección contra los riesgos financieros (OMS, 2005).

Es en este contexto internacional que el Estado Plurinacional de Bolivia está planteando la creación del Sistema Único de Salud, que incluye la cobertura universal de salud gratuita en el punto de atención, en aplicación de la Constitución Política del Estado. El problema de acceso es particularmente importante en nuestro país, ya que el 77% de la población está, en diferentes grados, excluido del Sistema de Salud, principalmente por razones económicas (UDAPE, OPS, 2004).

El problema central para alcanzar la cobertura universal en salud, y más aún en países de ingreso medio y bajo, es la implementación de un sistema de financiamiento que permita generar recursos suficientes para proveer prestaciones de salud de calidad para toda la población. Para tal efecto, la estrategia de financiamiento debe ser equitativa (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>), y “pro-pobres”.

El financiamiento del Sistema de Salud debe entonces originarse en contribuciones anticipadas y puestas en común, que poco a poco, deben reemplazar los pagos directos de los usuarios. Existen dos opciones posibles: un sistema de financiamiento de tipo Bismarck, mediante seguro(s) social(es) de salud obligatorio(s), o un sistema de tipo Beveridge basado en fondos públicos. Estas dos formas de organización pueden funcionar en paralelo: de hecho, un sistema mixto está preconizado cuando existen bases de financiamiento de la salud de ambos tipos (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>), como es el caso en Bolivia (cobertura del subsistema público y de Seguridad Social a corto plazo).

Para apoyar la decisión de las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes en los diferentes aspectos esenciales en el proceso de transición hacia la cobertura universal, el presente documento analiza los principales factores-claves determinantes en el logro de la cobertura universal desde el punto de vista de la economía de la salud a partir de la experiencia internacional y del estudio de indicadores en los países considerados como habiendo alcanzado la Cobertura Universal: en el primer capítulo, se resume el marco teórico-conceptual para la implementación de la cobertura universal, que fue detallada en un estudio anterior (Dupuy, 2011); en el segundo y tercer capítulos, se estudia experiencias y lecciones aprendidas a nivel internacional a partir del estudio de los factores claves identificados para alcanzar la cobertura universal en salud.

# Índice de Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
<b>Capítulo I. Marco teórico - conceptual</b> .....	<b>7</b>
<b>I.1. Definición de la cobertura universal en salud</b> .....	<b>7</b>
<b>I.2. El Financiamiento: función central de los sistemas de salud</b> .....	<b>7</b>
I.2.1. Función de recaudación de fondos .....	7
I.2.2. Función de puesta en común de los recursos (mancomunación) .....	8
I.2.3. Compra y provisión de Servicios.....	8
I.2.4. Objetivos del Sistema de Financiamiento .....	8
<b>I.3. La transición hacia la cobertura universal</b> .....	<b>9</b>
I.3.1. Incremento de los pagos anticipados y supresión de los pagos directos durante la etapa intermedia hacia la cobertura universal .....	9
I.3.2. Otras consideraciones importantes en la transición hacia la universalidad .....	9
I.3.3. Lograr rápidamente y mantener la cobertura universal en salud.....	10
<b>Capítulo II. Situación comparativa de los países con cobertura universal en salud</b> .....	<b>11</b>
<b>II.1. Financiamiento de la Salud en el Mundo</b> .....	<b>11</b>
II.1.1. Gasto en salud a nivel mundial .....	11
II.1.2. Formas de financiamiento dominantes en los países del mundo.....	11
<b>II.2. Países que han alcanzado la cobertura universal en salud</b> .....	<b>13</b>
<b>II.3. Situación económica y social de los países con cobertura universal</b> .....	<b>15</b>
II.3.1. Indicadores seleccionados .....	15
II.3.2. Tendencias en los países con CU en salud .....	16
<b>II.4. Situación política de los países con cobertura universal</b> .....	<b>20</b>
II.4.1. Indicadores seleccionados .....	20
II.4.2. Tendencias en los países con CU en salud .....	20
<b>II.5. Situación del financiamiento de las salud en los países con CU</b> .....	<b>23</b>
II.5.1. Indicadores seleccionados .....	23
II.5.2. Tendencias en los países con CU en salud .....	23
<b>II.6. Recursos humanos e infraestructuras sanitarias en países con CU</b> .....	<b>28</b>
II.6.1. Indicadores seleccionados .....	28
II.6.2. Tendencias en los países con CU en salud .....	28
<b>II.7. Cobertura de servicios de salud esenciales en los países con CU</b> .....	<b>30</b>
II.7.1. Indicadores seleccionados .....	30
II.7.2. Tendencias en los países con cobertura universal en salud .....	30
<b>II.8. Conclusión de la situación de países con cobertura universal</b> .....	<b>31</b>

<b>Capítulo III. Experiencias y Lecciones aprendidas en países con cobertura universal en salud .....</b>	<b>32</b>
<b>III.3. Experiencias y lecciones aprendidas en países con CU en salud .....</b>	<b>32</b>
III.3.1. Uzbekistán .....	32
III.3.2. Malasia .....	33
III.3.3. Costa Rica .....	34
<b>III.4. Países en vía de alcanzar la cobertura universal .....</b>	<b>35</b>
III.4.1. Países seleccionados para el estudio y estado situacional .....	35
III.4.2. Experiencias de Países en vía de alcanzar la cobertura universal .....	37
III.4.2.1. República Popular de China .....	37
III.4.2.2. Brasil .....	39
<b>Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>42</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>43</b>
Anexo 1. Métodos de financiamiento de la salud en el mundo .....	43
Anexo 2. Indicadores económicos y sociales de los países que alcanzaron la CU .....	48
Anexo 3. Indicadores sociales y humanos de los países que alcanzaron la CU .....	58
Anexo 4. Indicadores de financiamiento de la salud de los países con CU .....	61
Anexo 5. Indicadores de RRHH en salud e infraestructura de los países con CU .....	69
<b>Bibliografía .....</b>	<b>74</b>

# Índice de Tablas y Cuadros

<b>Cuadro 1</b>	– N° de países del mundo según principal fuente de financiamiento .....	12
<b>Cuadro 2</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal según sistema de financiamiento.....	13
<b>Cuadro 3</b>	– Indicadores económicos y sociales de Bolivia y de los países con CU .....	16
<b>Cuadro 4</b>	– PIB per cápita en US\$ internacional (1990) según año de inicio de la CU.....	19
<b>Cuadro 5</b>	– Indicadores políticos de Bolivia y de los países que alcanzaron la CU .....	20
<b>Cuadro 6</b>	– Indicadores de financiamiento de la salud de Bolivia y de países con CU.....	24
<b>Cuadro 7</b>	– Indicadores de RRHH en salud e infraestructura de Bolivia y de países con CU .....	29
<b>Cuadro 8</b>	– Indicadores de cobertura de servicios de Bolivia y de países con CU .....	31
<b>Cuadro 9</b>	– Indicadores económicos y sociales de Bolivia y países en vía de alcanzar la CU.....	36
<b>Cuadro 10</b>	– Indicadores políticos de Bolivia y de países en vía de alcanzar la CU.....	36
<b>Cuadro 11</b>	– Indicadores de financiamiento de Bolivia y de países en vía de alcanzar la CU.....	37
<b>Cuadro 12</b>	– Principales agentes de financiamiento de la salud en los países del Mundo (2007)....	43
<b>Cuadro 13</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según PIB por habitante en \$ PPA y tipo de financiamiento principal (2007) .....	48
<b>Cuadro 14</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de Desarrollo Humano (IDH) y tipo de financiamiento principal (2007).....	49
<b>Cuadro 15</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Coeficiente de Gini para los ingresos y tipo de financiamiento principal (2007) .....	50
<b>Cuadro 16</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según tamaño del sector informal (en % del PIB) y tipo de financiamiento principal (2000) .....	51
<b>Cuadro 17</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Valor agregado de la Agricultura en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2008) .....	52
<b>Cuadro 18</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según tasa de desempleo y tipo de financiamiento principal (2009).....	53
<b>Cuadro 19</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Tasa bruta de escolarización combinada y tipo de financiamiento principal (2007).....	54
<b>Cuadro 20</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Tasa de urbanización de la población y tipo de financiamiento principal (2009).....	55
<b>Cuadro 21</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Ingresos estatales / públicos totales en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2009).....	56
<b>Cuadro 22</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Ingresos fiscales en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2008).....	57
<b>Cuadro 23</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de percepción de la corrupción y tipo de financiamiento principal (2010) .....	58
<b>Cuadro 24</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de Derechos y Libertades Políticas y tipo de financiamiento principal (2010).....	59
<b>Cuadro 25</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de Eficiencia Gubernamental y tipo de financiamiento principal (2009) .....	60
<b>Cuadro 26</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto total en salud en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2008).....	61
<b>Cuadro 27</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto público en salud en % del gasto público total y tipo de financiamiento principal (2008).....	62
<b>Cuadro 28</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto público en salud (gobierno más Seguridad Social) en % del gasto total en salud y tipo de financiamiento principal (2008).....	63
<b>Cuadro 29</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto de bolsillo en salud en % del gasto total en salud y tipo de financiamiento principal (2008) .....	64
<b>Cuadro 30</b>	– Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto de Seguros Privados en % del gasto total en salud y tipo de financiamiento principal (2008).....	65

<b>Cuadro 31</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto total en salud por habitante (US\$ y \$ internacionales PPA) y tipo de financiamiento principal (2008).....	66
<b>Cuadro 32</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto público en salud por habitante (US\$ y PPA) y tipo de financiamiento principal (2008) .....	67
<b>Cuadro 33</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto de Bolsillo en salud por habitante (US\$ y PPA) y tipo de financiamiento principal (2008) .....	68
<b>Cuadro 34</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de médicos por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009).....	69
<b>Cuadro 35</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de personal de enfermería por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009).....	70
<b>Cuadro 36</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de odontólogos por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009) .....	71
<b>Cuadro 37</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de farmacéuticos por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009).....	72
<b>Cuadro 38</b> – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de camas hospitalarias por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009) .....	73

## Índice de Ilustraciones

<b>Ilustración 1</b> – Composición del Gasto en salud a nivel mundial, 2007.....	11
<b>Ilustración 2</b> – Mapa del Mundo según principal agente financiador de la salud .....	12
<b>Ilustración 3</b> – Países que han alcanzado la CU en salud según sistema de financiamiento .....	14
<b>Ilustración 4</b> – PIB/cápita (PPA) y coeficiente de Gini en Bolivia y países con CU en salud .....	17
<b>Ilustración 5</b> – Índice de Desarrollo Humano (IDH) en Bolivia.....	18
<b>Ilustración 6</b> – Índices de percepción de la corrupción y de eficiencia gubernamental en Bolivia y en los países con CU en salud .....	21
<b>Ilustración 7</b> – Número de Países con Libertades Políticas grandes, parciales e inexistentes según tipo de Cobertura Universal en Salud .....	22
<b>Ilustración 8</b> – PIB/cápita (PPA) y gasto en salud público y de la Seguridad Social en PPA.....	25
<b>Ilustración 9</b> – Gasto público en salud en % del PIB y en % del gasto público total .....	26
<b>Ilustración 10</b> – Repartición del gasto en salud entre agentes financiadores en Bolivia .....	27

# Capítulo I. Marco teórico - conceptual

La problemática central inherente a la implementación de la cobertura universal en salud es la elección de un sistema de financiamiento que sea a la vez equitativo y que permita asegurar un presupuesto sustancial y sostenible para cubrir a toda la población. En este marco, se resumen a continuación aspectos teórico-conceptuales sobre el financiamiento de la salud, que permiten entender las problemáticas claves en el logro de la cobertura universal en salud (Dupuy, 2011).

## I.1. Definición de la cobertura universal en salud

La cobertura universal está definida como una situación en la cual todos los individuos tienen acceso a servicios de salud integrales (promoción, prevención, curación y rehabilitación), adaptados y a un costo abordable cuando lo necesitan, lo que supone un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero. La cobertura universal en salud se sustenta en la noción de financiamiento equitativo, para el cual una parte importante del financiamiento debe provenir de contribuciones anticipadas y puestas en común, y no de pagos de bolsillos (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

## I.2. El Financiamiento: función central de los sistemas de salud

Los sistemas de salud tienen cuatro grandes funciones estrechamente inter-relacionadas (Murray y Frenk, 2000): Proveer servicios de salud; Generar recursos materiales y humanos para proveer estos servicios; Administrar y supervisar el sistema de salud (rectoría); y la función de financiamiento.

La función de financiamiento de la salud tiene a su vez tres sub-funciones, sobre las cuales las autoridades gubernamentales deben tomar decisiones políticas eficaces, con el fin de implementar un sistema de financiamiento de la salud eficaz y equitativo. Estas tres sub-funciones son la recaudación de fondos, la puesta en común y la compra (o provisión) de los servicios de salud:

### I.2.1. Función de recaudación de fondos

La recaudación de fondos es el proceso de recolección de las contribuciones de diferentes agentes para financiar la salud. Los países con cobertura universal han implementado sistemas basados en un régimen de seguro social (Bismarck), en la fiscalidad (Beveridge) o en un conjunto de ambos instrumentos (mixto): el aseguramiento de tipo bismarckiano recauda fondos mediante cotizaciones sociales y no es universal por naturaleza, ya que normalmente, solo cubre a las personas que contribuyen. Sin embargo, se puede extender a personas que no contribuyen mediante subvenciones cruzadas. En cambio, el modelo Beveridge, financiado mediante la fiscalidad general, supera el aseguramiento individual, ya que las contribuciones no favorecen solamente al conjunto de las personas que aportan, sino también a quienes no lo hacen (Van Parijs, 1994).

No se puede afirmar que un sistema es mejor que el otro en todas circunstancias, tanto del punto de vista de los resultados sanitarios, como de la sostenibilidad y de la equidad. Sin embargo, se deben tomar en cuenta algunas consideraciones para elegir y en particular factores estructurales del país, como la historia financiamiento de la salud, la situación macroeconómica, la capacidad administrativa, la priorización del sector salud, etc. (Mills 2007; Carrin y James 2004<sup>a</sup>):

### 1.2.2. Función de puesta en común de los recursos (mancomunación)

La puesta en común de recursos (o mancomunación) consiste en la agrupación de los fondos recaudados para que los gastos de salud sean repartidos entre todos los beneficiarios. La puesta en común cumple entonces una función de seguro, mediante la cual el riesgo financiero en salud no está soportado de manera individual, como con los pagos directos. La función de seguro es explícita en el caso de un seguro social, e implícita en el caso de un sistema Beveridge (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>).

La deficiente puesta en común de los recursos financieros se debe principalmente a la fragmentación del sistema de salud (Carrin y James, 2004<sup>a</sup>). En efecto, el sistema puede estar fragmentado en varios sub-sistemas, que cubren tramos de población diferentes, pero también existen formas de fragmentación inherentes a cada tipo de sistema: en los sistemas basados en la seguridad social, existe fragmentación entre varias Cajas de Seguros, por condicionar la afiliación a criterios específicos como el área de residencia, el tipo de profesión o la institución de trabajo. En los sistemas financiados mediante impuestos generales, la fragmentación es generalmente geográfica, en particular si existe una descentralización importante (Barillas, 1997). En ambos sistemas, se debe entonces implementar instrumentos de perecuación del riesgo (redistribución) para disminuir las desigualdades y asegurar que el riesgo financiero en salud este bien repartido.

### 1.2.3. Compra y provisión de Servicios

La última función del financiamiento de la salud consiste en la utilización de los fondos puestos en común, para comprar o proveer directamente prestaciones de salud adaptadas a las necesidades. En este marco, la problemática es la misma tanto para un sistema financiado por impuestos como para un sistema de seguro social: se debe definir quién provee los servicios de salud y elegir mecanismos de pago eficientes.

Asimismo, existen diferentes métodos de pago a los proveedores de servicios (remuneración al acto, al caso, por capitación, etc.), cual elección puede afectar significativamente los costos y la calidad de las intervenciones, y entonces contribuir en la utilización óptima de los recursos (Carrin y Hanvoravongchai, 2003). Se deben entonces tomar decisiones adecuadas sobre estos mecanismos y sobre la función de compra de servicios, reconociendo que no es suficiente aumentar los gastos en salud para mejorar el estado de salud, y que se debe mejorar la eficiencia del gasto, es decir la manera de utilizar los recursos (Audibert y Mathonnat, 2006).

### 1.2.4. Objetivos del Sistema de Financiamiento

Para alcanzar la cobertura universal, las autoridades gubernamentales y de salud deben tomar decisiones políticas eficaces sobre estas tres funciones, con el fin de implementar un sistema de financiamiento de la salud eficaz y que tenga los siguientes objetivos (Carrin y James, 2004<sup>b</sup>):

- Generar recursos económicos suficientes y de manera sostenible,
- Utilizar estos recursos de manera óptima y eficiente,
- Asegurar una accesibilidad financiera para todos.

Pero el sistema de financiamiento también debe perseguir los objetivos generales de los sistemas de salud (OMS, 2000), que son la mejora de la salud de toda la población (con igualdad), el trato adecuado y la seguridad financiera en materia de salud. En esta óptica, la finalidad última del sistema de financiamiento no es simplemente financiar la producción de servicios, sino de contribuir a optimizar relaciones continuas entre la recaudación de recursos en inicio de proceso y el impacto final sobre la salud de la población (Audibert y Mathonnat, 2006).

### **I.3. La transición hacia la cobertura universal**

Tomar decisiones políticas adecuadas sobre las tres sub-funciones del financiamiento de la salud, generalmente no permite alcanzar la cobertura universal de manera inmediata, ya que los sistemas de financiamiento evolucionan gradualmente. Al inicio de la transición, la cobertura es parcial, los grupos más pobres son los menos protegidos, y una parte de los usuarios sigue realizando pagos de bolsillo. Luego, la cobertura de los seguros y los pagos anticipados se incrementan y los pagos directos disminuyen progresivamente, hasta llegar a la cobertura universal (Carrin y James, 2004<sup>a</sup>).

#### **I.3.1. Incremento de los pagos anticipados y supresión de los pagos directos durante la etapa intermedia hacia la cobertura universal**

La etapa intermedia hacia la cobertura universal consiste en el desarrollo de varios instrumentos de pre-pago (principalmente de tipo beveridgiano o bismarckiano), para proteger la población de los riesgos financieros (gastos catastróficos) y asegurar fondos para el proveimiento de los servicios. Paralelamente se debe organizar la disminución y la supresión de los pagos directos en servicios.

En cuanto al desarrollo de las recaudaciones fiscales, se debe elegir si los impuestos a crear o a modificar deben estar asentados sobre los ingresos o el consumo, si deben ser nacionales o locales, generales o destinados (Savedoff, 2004). Al respecto, la experiencia muestra que para mayor equidad, es deseable operar una transición desde un sistema impositivo basado en el consumo hacia un sistema asentado sobre los ingresos y desarrollar estrategias que permitan, entre otros, reducir los costos administrativos, disminuir la evasión fiscal y maximizar la base impositiva (Tanzi y Yee, 2000), todo ello sin crear una carga fiscal excedentaria (Audibert y Mathonnat, 2006).

Por otra parte, además del desarrollo del sistema fiscal, se debe asegurar en la transición hacia una cobertura universal de tipo Beveridge, que existan arbitrajes presupuestarios favorables al sector salud. Generalmente, los Gobiernos, inclusive de países en desarrollo, tienen suficiente margen de maniobra para asignar más recursos a salud (Audibert y Mathonnat, 2006). Sin embargo, siempre es difícil lograr arbitrajes presupuestarios favorables, ya que el presupuesto para salud constituye una decisión “colectiva” que emerge de un proceso político que involucra a varios actores con interés diferentes y que no siempre coinciden con las necesidades de la población (Savedoff, 2004).

Paralelamente, se debe organizar la supresión progresiva de los pagos directos, lo que puede mejorar inmediatamente la utilización de los servicios de salud, siempre y cuando existen políticas claras para el financiamiento de la pérdida de ingreso consecuente (Oxfam International, 2009): si esta supresión no está bien preparada, pueden ocurrir problemas de disponibilidad de insumos (Yates *et al.*, 2009), de pagos informales (MSF, 2007) o de oposición del personal (Wagstaff, 2005), entre otros.

#### **I.3.2. Otras consideraciones importantes en la transición hacia la universalidad**

Durante la etapa intermedia de la transición hacia la cobertura universal, se deben resolver numerosos problemas que imposibilitan una cobertura realmente universal y eficiente, entre otros:

- La fragmentación del sistema de salud, que afecta a la puesta en común (Barillas, 1997) y contra la cual se deben crear mecanismos de redistribución efectivos (Carrin *et al.*, 2005<sup>b</sup>; Kwon, 2002).
- Las barreras de acceso al sistema de salud, que incluyen barreras económicas persistentes, como el costo de prestaciones no gratuitas y costos indirectos y barreras no-económicas (geográficas, culturales, relacionadas con la calidad, etc.) (James *et al.*, 2006; Mills, 2007).

- La fuerte exclusión de los grupos pobres, contra la cual se debe construir una estrategia de priorización que se enfoca específicamente en los pobres (Gwatkin 2004; Khoman, 1997). En el mismo marco, el periodo de transición puede ser más o menos largo según los grupos de población que quedan por cubrir (Carrin y James, 2004<sup>b</sup>).
- La existencia de mecanismos que alivian la demanda hacia el sistema público, como tickets moderadores o seguros privados (Carrin, James, 2004<sup>a</sup>), siempre y cuando estos no dañen la eficiencia y la equidad del sistema de salud (Baeza y Muñoz, 1999; Kutzin, 2000; Mills, 2007).
- La eficiencia del gasto, sobre todo asignativa, ya que generalmente, se atribuye demasiado presupuesto a servicios curativos en lugar de promoción de la salud y prevención de enfermedades, demasiado a hospitales en lugar de atención primaria y demasiado a áreas urbanas ricas en lugar de zonas rurales y pobres (Savedoff, 2004; Birdsall y Hecht, 1997).

### I.3.3. Lograr rápidamente y mantener la cobertura universal en salud

Además de las consideraciones anteriores, el logro y la rapidez de la transición hacia la cobertura universal dependen según la bibliografía internacional estudiada (Carrin y James, 2004<sup>a</sup>; Saenz-Pacheco, 2005; Savedoff, 2004; Birdsall y Hecht, 1997, entre otros), de numerosos factores externos al sector salud, dentro de los cuales están:

- Incremento del ingreso disponible en forma equitativa y crecimiento económico estable, que permiten aumentar la capacidad de los habitantes y empresas a pagar impuestos o cotizaciones sociales. Sin embargo, una condición analizada en la literatura es la necesaria redistribución equitativa de los ingresos y la disminución de las inequidades económicas.
- La formalización de la economía nacional, ya que los países en desarrollo que cuentan con grandes sectores agrícolas o informales tienen altas probabilidades de enfrentar problemas administrativos en la recolección de impuestos y cotizaciones.
- La urbanización de la población, ya que es más fácil cubrir poblaciones urbanas que cuentan con infraestructuras, medios de comunicación, y sobre todo, alta densidad poblacional.
- La capacidad administrativa, es decir la disponibilidad de capacidades contables, bancarias y informáticas, entre otros, formados en universidades o provenientes del sector privado.
- El nivel de solidaridad, es decir la propensión de los individuos a apoyar / ayudar los demás, ya que una cobertura equitativa implica un “interfinanciamiento” de los más ricos hacia los pobres, pero también de personas con bajo riesgo hacia las con mayor riesgo de enfermarse.
- El rol gubernamental, ya que tiene un papel de orientación muy importante en el proceso de priorización y de implementación de la cobertura universal, pero también un rol de apoyo estructural, como por ejemplo la elaboración de la política nacional de recursos humanos.

Finalmente, avanzar más rápidamente hacia la cobertura universal es un desafío, pero mantener los logros realizados puede ser igualmente difícil. Así, varios países han adaptado sus sistemas de financiamiento a las circunstancias, en un ámbito de cambio continuo (OMS, 2010<sup>b</sup>), y debieron regresar a un sistema de financiamiento inequitativo y excluyente después de haber ofrecido una cobertura universal más o menos completa.

## Capítulo II. Situación comparativa de los países con cobertura universal en salud

Frente a la existencia de numerosos factores que influyen en el logro y la rapidez de la transición hacia la cobertura universal, resulta necesario estudiar a través de indicadores la situación de los países con cobertura universal, comparativamente con la situación de Bolivia y de países sin CU, con dos fines principales: en primer lugar, este estudio descriptivo permitirá estimar cuales son los factores más importantes en el camino hacia la cobertura universal; en segundo lugar, permitirá identificar los países con características similares a Bolivia, para así direccionar el estudio de experiencias (Capítulo III) hacia estos países. En este marco, se presenta a continuación un resumen del financiamiento de la salud a nivel mundial, antes de analizar la situación específica de los países con cobertura universal en varias dimensiones (económica, política, salud, etc.).

### II.1. Financiamiento de la Salud en el Mundo

#### II.1.1. Gasto en salud a nivel mundial

A nivel mundial, la información proveniente de 191 países miembros de la Organización Mundial de la Salud muestra que el financiamiento privado predomina (36% entre pagos directos y seguros privados) en 2007 (ilustración 1). El financiamiento general público (excluyendo la Seguridad Social) representa el 35% del gasto en salud mundial, más que la Seguridad Social, con 25% (OMS, 2010<sup>a</sup>).

Ilustración 1 – Composición del Gasto en salud a nivel mundial, 2007

Otros  
4%

Fuente: OMS (2010<sup>a</sup>)

#### II.1.2. Formas de financiamiento dominantes en los países del mundo

El financiamiento privado y gubernamental dominan el gasto en salud a nivel mundial, pero viendo la situación individual de cada país, las diferencias son grandes (cuadro 1, ilustración 2 y anexo 1): En más de la mitad de los países del mundo, el Estado es el principal agente financiador (incluye fuentes fiscales y externas). En estos países, el financiamiento público representa en promedio, el 65% del gasto total en salud y los pagos directos de los usuarios “solamente” el 23% (OMS, 2010<sup>a</sup>).

**Cuadro 1 – Nº de países del mundo según principal fuente de financiamiento**

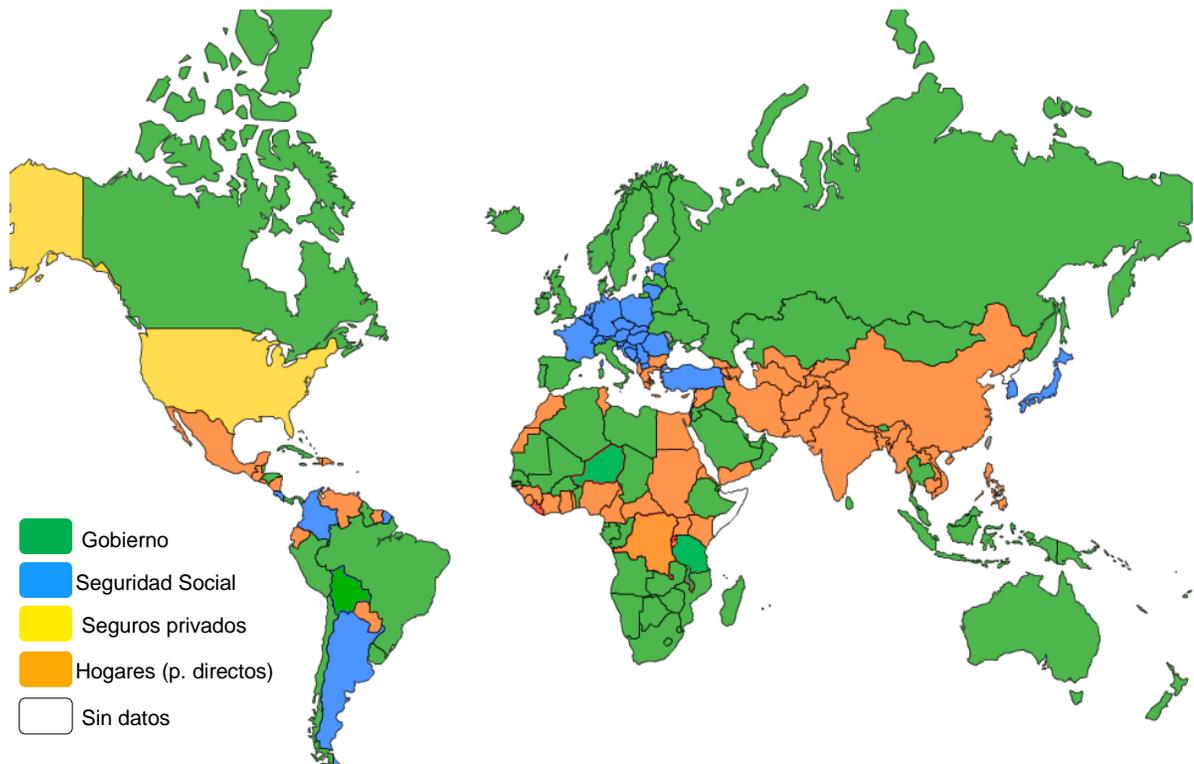
Características del Sistema	Gobierno General	Pagos Directos	Seguridad Social	Seguros Privados
<b>Nº de países</b>	103	57	30	1
<b>% del total de países</b>	53,4%	29,8%	16,2%	0,5%
<b>Algunos Países concernidos</b> (ejemplos)	Brasil Canadá Cuba Honduras Reino Unido Uruguay	Ecuador Irán México Nicaragua Paraguay Venezuela	Colombia Corea (Rep. de) Costa Rica Francia Japón Turquía	Estados Unidos de América

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

Según las estimaciones de la Organizaciones Mundiales de la Salud (que pueden ser diferentes de los datos nacionales oficiales por cuestión de metodología), los hogares, mediante los pagos de bolsillo, siguen siendo el principal agente de financiamiento en más de un cuarto de los países del mundo, inclusive en países considerados como habiendo logrado cobertura universal en salud según Carrin y James (2003), como Albania, Uzbekistán o Armenia (ver Anexo 1).

Por otra parte, la Seguridad Social es el primer agente financiador de la salud en 30 países, principalmente del continente europeo (ilustración 2), en los cuales financia un promedio de 59% del gasto total en salud. Finalmente, los Estados Unidos de América es el único país del Mundo en el cual los seguros privados constituyen el primer agente de financiamiento de la salud (OMS, 2010<sup>a</sup>).

**Ilustración 2 – Mapa del Mundo según principal agente financiador de la salud**



Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

## II.2. Países que han alcanzado la cobertura universal en salud

Los países que, a la fecha, han alcanzado la cobertura universal en salud o que tienen una ley de cobertura universal obligatoria figuran en el cuadro 2 y en la ilustración 3, según el tipo de sistema implementado (financiamiento por impuestos o seguro social).

**Cuadro 2 – Países que han alcanzado la cobertura universal según sistema de financiamiento**

Sistema de financiamiento de la salud dominante	Países que han alcanzado la cobertura universal en salud		
<p><b>Sistema basado en el impuesto (Beveridge)</b></p> <p>25 países con Cobertura Universal</p>	Albania Bielorrusia Cuba Finlandia Italia Malasia Omán Singapur Uzbekistán	Armenia Brunéi Dinamarca Irlanda Kuwait Malta Portugal Suecia	Bahréin Canadá Emiratos Árabes U. Islandia Lituania Nueva Zelanda Reino Unido Tailandia
<p><b>Sistema basado en la seguridad social (Bismarck)</b></p> <p>31 países con Cobertura Universal</p>	Alemania Austria República Checa Corea (Rep. de) Eslovaquia Estonia Hungría Letonia Noruega Romania Turquía	Andorra Bélgica Chile Costa Rica Eslovenia Francia Israel Luxemburgo Países Bajos San Marino	Australia Bulgaria Colombia Croacia España Grecia Japón Mónaco Polonia Suiza

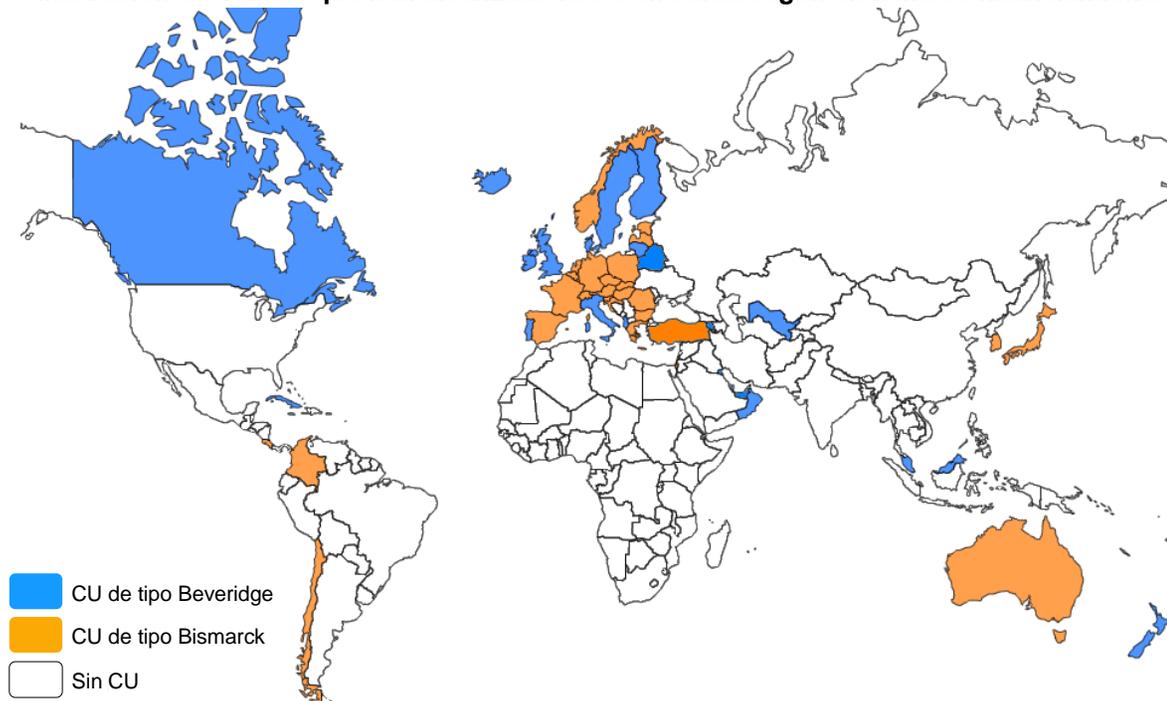
Fuente: elaboración propia en base a Carrin, James (2003) y SSA (2008, 2009<sup>a</sup>, 2009<sup>b</sup>, 2010).

La lista de los países que han alcanzado la cobertura universal en salud proviene principalmente del estudio de Carrin y James (2003) basado en datos de la *Social Security Administration* de 1999 y fue reactualizado con una revisión de informaciones sobre legislaciones nacionales centralizadas por la *Social Security Administration* entre 2008 y 2010 (SSA, 2008, 2009<sup>a</sup>, 2009<sup>b</sup>, 2010): en una primera etapa, se identificó los países con cobertura universal en salud, y luego se los clasificó entre sistema financiado por impuestos generales (Beveridge) y sistemas financiados mediante un Seguro Social (Bismarck). Aunque varios países tienen en realidad un sistema mixto, se clasificó los países en el cuadro 2 y en la ilustración 3 según el sistema de financiamiento que predomina.

No se consideran en esta lista los territorios autónomos que tienen cobertura universal en salud (CU) pero que dependen administrativamente de un país sin CU, como por ejemplo la Región Administrativa Especial de Hong Kong, dependiente de la República Popular de China.

Además, se debe notar que los países que tienen un sistema principalmente financiado por impuestos sobre salarios destinados a salud (payroll tax), como es el caso por ejemplo de España, están en esta clasificación dentro de la categoría de seguro social de tipo Bismarck, como es generalmente considerado en la literatura internacional, basándose en el hecho que los trabajadores y empleadores pagan directamente una contribución definida por ley para la atención en salud.

### Ilustración 3 – Países que han alcanzado la CU en salud según sistema de financiamiento



Fuente: elaboración propia en base a Carrin, James (2003) y SSA (2008, 2009<sup>a</sup>, 2009b, 2010).

Se puede observar que dentro de los 56 países que alcanzaron la cobertura universal en salud según Carrin y James (2003) y la *Social Security Administration*, la mayoría son países ricos e industrializados: así, de los 34 miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que reúne los países democráticos más ricos del mundo, solo los Estados Unidos y México no tienen todavía cobertura universal en salud.

En cuanto a los sistemas de financiamiento elegidos, la mayor parte de los países ha alcanzado la cobertura universal mediante la seguridad social (31 contra 25 países sistema beveridgiano). Sin embargo, este recuento depende de los criterios de clasificación utilizados por la *Social Security Administration*, y una parte de estos países, que tiene como principal fuente de financiamiento impuestos específicos sobre los salarios destinados a salud, podría también ser clasificada dentro de los países con Sistemas de tipo Beveridge según la visión conceptual que se tiene de los *payroll tax*, que son en realidad un modo de financiamiento intermedio entre la seguridad social y la fiscalidad general (son recaudaciones fiscales, pero destinadas *ex-ante* a salud).

Finalmente, se debe señalar que existe un vacío en la literatura económica y sobre salud pública para identificar con precisión y en forma sistemática los países que tienen una cobertura universal total y eficiente, ya que algunos países considerados en la presente lista como habiendo alcanzado la cobertura universal, como Colombia por ejemplo, no tienen una cobertura real de toda su población, pero si tienen una ley que la impone.

Con el fin de estudiar experiencias y lecciones aprendidas de países que tienen similitudes con el Estado Plurinacional de Bolivia y conocer la situación general de los países con CU, a continuación se clasifica los países que alcanzaron la cobertura universal en función a algunos indicadores económicos, sociales, políticos y de financiamiento y organización del sistema de salud.

## II.3. Situación económica y social de los países con cobertura universal

### II.3.1. Indicadores seleccionados

Los indicadores económicos globales seleccionados son los siguientes:

- **Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, en paridad de poder adquisitivo (PPA):** es el valor total de los bienes y servicios producidos en un año en un país dividido por el número total de habitantes de este país, expresado en paridad de poder adquisitivo (PPA) para poder realizar comparaciones. Los datos utilizados son para el año 2007 (PNUD, 2009).
- **Coefficiente de Gini:** es un indicador sintético que mide las desigualdades de ingreso dentro del país considerado. Se calcula a partir de la curva de Lorenz y su valor varía de 0 a 100, 0 significando una igualdad perfecta (todos los habitantes tienen el mismo ingreso) y 100 una desigualdad total (una persona tiene todo el ingreso). Los datos provienen principalmente del Informe de Desarrollo Mundial 2009 (PNUD, 2009) y han sido completados con otras fuentes para Bahrein, Cuba, Emiratos Árabes Unidos, Islandia y Omán (Vision of Humanity, 2010; CIA, 2010).
- **Índice de Desarrollo Humano (IDH):** es un indicador compuesto entre la esperanza de vida al nacer, dos indicadores de educación (tasas de alfabetización y escolarización) y el PIB per cápita en PPA. Su valor varía de 0 a 1 (valor alta = mayor desarrollo humano). Los datos utilizados en el presente documento han sido calculados para 2007 (PNUD, 2009), a la excepción de Mónaco y San Marino, para los cuales los últimos datos disponibles son de 1997.
- **Tamaño de la economía informal en % del PIB:** mide la importancia económica del sector informal en la economía total del país considerado, es decir la agregación de todas las actividades legales e ilegales, monetarias y no monetarias, que no son reportadas a las autoridades competentes. Los datos son para el año 2000 (Schneider, 2002).
- **Recaudaciones estatales en % del PIB:** mide los ingresos del Estado, incluyendo impuestos, cotizaciones sociales, concesiones y otros ingresos. Los datos son para el año 2009 (FMI, 2010), a excepción de Cuba, que cuenta con una estimación para 2008 (ECLAC, 2009).
- **Recaudaciones fiscales en % del PIB:** mide los ingresos fiscales, excluyendo las cotizaciones sociales y otros ingresos no fiscales. Los datos son para el año 2008 (Banco Mundial, 2010).
- **Tasa de desempleo:** el indicador mide el porcentaje de la población activa que está desempleada, es decir que está buscando trabajo activamente o está esperando volver a trabajar (no incluye personas que no están buscando trabajo). Los datos utilizados son principalmente estimaciones para el año 2010 (CIA, 2010).
- **Tasa bruta de escolarización combinada:** corresponde al N° de alumnos de niveles primario, secundario y terciario, sin consideraciones de edad, en % de la población con edad legal de escolarización primaria, secundaria y terciaria. Los datos utilizados son para 2007 (PNUD, 2009).
- **Tasa de Urbanización:** corresponde a la proporción de la población del país considerado que vive en área urbana. Las definiciones de área urbana y de ciudad pueden cambiar según los países. Los datos utilizados son estimaciones para el año 2009 (UNFPA, 2009).
- **Valor agregado del Sector Agrícola en % del PIB:** corresponde a la proporción del PIB producido por el Sector Agrícola, que incluye el cultivo de cosechas, la cría de animales, la silvicultura, la caza y la pesca. Los valores considerados son para 2008 (Banco Mundial, 2010).

### II.3.2. Tendencias en los países con CU en salud

En el cuadro 3, se observa los valores promedios, máximos y mínimos de los indicadores seleccionados para Bolivia, los 56 países que lograron alcanzar la CU y los demás países sin cobertura universal. Los valores de los indicadores seleccionados para Bolivia y todos los países con cobertura universal son consultables en el Anexo 2.

**Cuadro 3 – Indicadores económicos y sociales de Bolivia y de los países con CU**

País / Grupo de País	PIB / hab. PPA 2007 (\$)	IDH 2007	Gini 2007	Informalidad 2000 (PIB)	Agricultura en % PIB 2008
<b>BOLIVIA</b>	<b>\$ 4.206</b>	<b>0,729</b>	<b>58,2</b>	<b>67,1%</b>	<b>12,4%</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	\$ 7.476 ( $\sigma = 11.821$ )	0,669 ( $\sigma = 0,159$ )	44,0 ( $\sigma = 8,3$ )	37,8% ( $\sigma = 13,4%$ )	16,6% ( $\sigma = 13,4%$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>\$ 27.912</b> ( $\sigma = 14.989$ )	<b>0,905</b> ( $\sigma = 0,060$ )	<b>33,8</b> ( $\sigma = 6,7$ )	<b>24,6%</b> ( $\sigma = 10,2%$ )	<b>4,4%</b> ( $\sigma = 4,8%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	\$ 27.567 ( $\sigma = 15.579$ )	0,894 ( $\sigma = 0,069$ )	33,5 ( $\sigma = 5,0$ )	25,8% ( $\sigma = 11,8%$ )	5,8% ( $\sigma = 6,5%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	\$ 28.189 ( $\sigma = 14.750$ )	0,913 ( $\sigma = 0,050$ )	34,1 ( $\sigma = 7,9$ )	23,6% ( $\sigma = 8,9%$ )	3,2% ( $\sigma = 2,5%$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	\$ 79.485 (Luxemburgo)	0,971 (Noruega)	24,7 (Dinamarca)	8,8% (Suiza)	0,0% (Mónaco)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	\$ 2.425 (Uzbekistán)	0,710 (Uzbekistán)	58,5 (Colombia)	52,6% (Tailandia)	20,9% (Uzb., Alban.)

País / Grupo de País	Tasa de Desempleo	Escolar. 3 niveles 2007	Tasa de urbanización	Ing. Estado en % del PIB 2009	Ingreso fiscal % del PIB 2008
<b>BOLIVIA</b>	<b>8,3%</b>	<b>86,0 %</b>	<b>66%</b>	<b>31,2%</b>	<b>17,0%</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	16,3% ( $\sigma = 17,6%$ )	65,9% ( $\sigma = 15,5%$ )	51% ( $\sigma = 23%$ )	30,8% ( $\sigma = 31,2%$ )	17,1% ( $\sigma = 8,4%$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>8,0%</b> ( $\sigma = 4,8%$ )	<b>87,4%</b> ( $\sigma = 11,1%$ )	<b>74%</b> ( $\sigma = 15%$ )	<b>37,6%</b> ( $\sigma = 10,0%$ )	<b>18,8%</b> ( $\sigma = 6,9%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	7,1% ( $\sigma = 4,7%$ )	86,5% ( $\sigma = 12,3%$ )	74% ( $\sigma = 17,5%$ )	37,5% ( $\sigma = 11,8%$ )	18,8% ( $\sigma = 9,0%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	8,8% ( $\sigma = 4,7%$ )	88,1% ( $\sigma = 10,2%$ )	74% ( $\sigma = 12,8%$ )	37,7% ( $\sigma = 8,5%$ )	18,8% ( $\sigma = 4,9%$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	0,0% (Mónaco)	114,2% (Australia)	100% (Móna., Singa.)	67,0% (Kuwait)	35,0% (Dinamarca)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	20,0% (España)	65,1% (Andorra)	34% (Tailandia)	19,0% (Singapur)	0,9% (Kuwait)

Fuente: elaboración propia

Se constata que los países estudiados se caracterizan por su alto nivel económico, con un Producto Interno Bruto promedio por habitante en paridad de poder adquisitivo (PPA) de \$ 27.912 y 31 países

que cuentan con un PIB per cápita en PPA superior a US\$ 25.000 (ilustración 4). El nivel económico de estos países es mucho mayor que en los países sin cobertura universal en salud, para los cuales el PIB por habitante promedio es de \$ 7.476 en paridad de poder adquisitivo (cuadro 3).

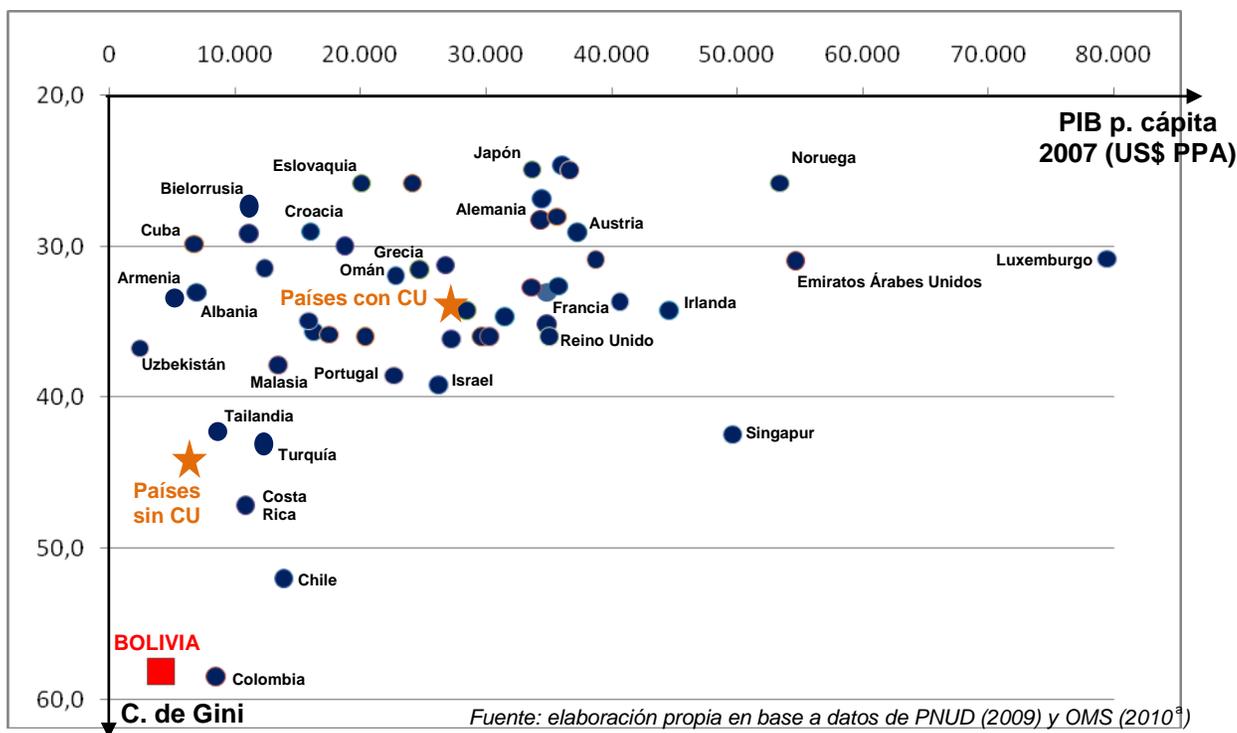
En este sentido, muy pocos de los países que alcanzaron la cobertura universal tienen un PIB per cápita comparable con el de Bolivia (\$ 4.206 en PPA): Uzbekistán (\$ 2.425), Armenia (\$ 5.693), Cuba (\$ 6.876), Albania (\$ 7.041), Tailandia (\$ 8.135) y Colombia (\$ 8.587).

Paralelamente a su mayor desarrollo económico, los países con cobertura universal también presentan un mayor desarrollo en sus sistemas fiscales y en los ingresos del Estado, lo que les permite recaudar proporcionalmente más fondos para el Sector Salud. Así, los Estados de países con CU, además de tener mayor PIB y entonces recaudar mecánicamente más ingresos, también tienen mayores porcentajes de recaudación estatal: recaudan cada año 37,6% de su PIB como promedio, tasa superior a los 30,8% de los países sin CU y a los 31,2% de Bolivia.

Las recaudaciones fiscales (que no incluyen aportes a la Seguridad Social), fundamentales en un sistema de tipo Beveridgiano, también son más importantes en los países con cobertura universal: de igual manera que para los recursos estatales, estos países recaudan más porque tienen una economía más desarrollada. Sin embargo, también tienen sistemas fiscales más eficaces, que permiten ingresos que representan el 18,8% de su PIB como promedio; este porcentaje es superior a la tasa de recaudación fiscal de Bolivia y de los países sin CU (17,0% y 17,1% respectivamente).

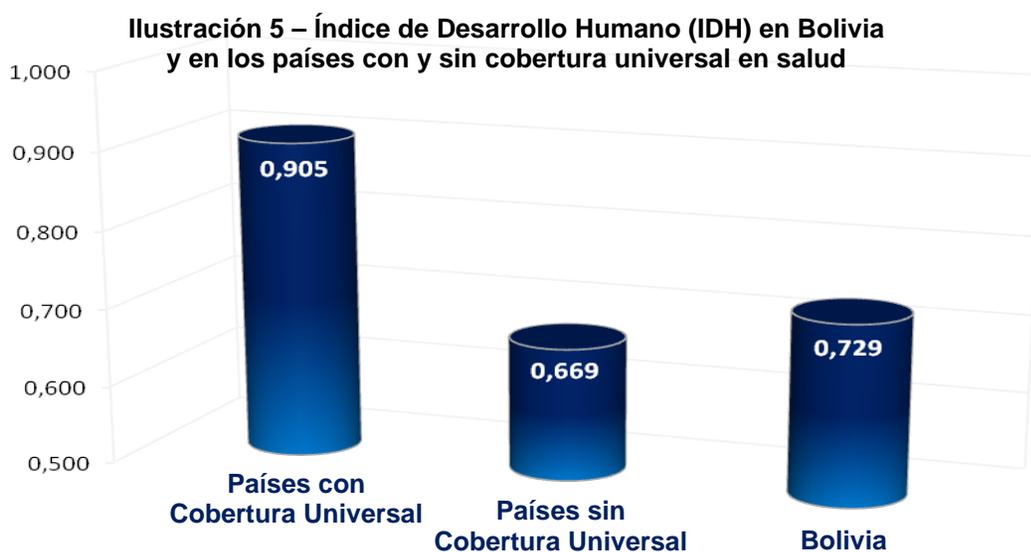
En cuanto a las desigualdades económicas dentro de su población, los países estudiados presentan una relativamente buena distribución del ingreso nacional, indiferentemente de su nivel de producto interno por habitante (ilustración 4). En efecto 44 de los 50 países para los cuales se dispone de información presentan un coeficiente de Gini inferior a 40, significando bajas inequidades. Con un coeficiente de Gini promedio de 33,8, los países con cobertura universal en salud presentan así mucho menos inequidades que los demás países, que tienen un coeficiente promedio de 44,0.

**Ilustración 4 – PIB/cápita (PPA) y coeficiente de Gini en Bolivia y países con CU en salud**



En cambio, Bolivia está dentro de los países más desiguales del mundo del punto de vista del ingreso, con un coeficiente de Gini de 58,5 y una participación del 10% de la población más rica en el PIB que representa 94 veces la participación del 10% de la población más pobre. Hasta en los países de ingreso bajo-medio que alcanzaron la cobertura universal, no existen desigualdades económicas tan importantes; por ejemplo, Uzbekistán, a pesar de tener PIB e Índice de Desarrollo Humano inferiores a los de Bolivia, tiene un coeficiente de Gini de 36,7 y una participación del 10% de la población más rica en el PIB que representa 10 veces la participación del decil más pobre. Sobre todos los países que alcanzaron la CU, se constata en la ilustración 9 que la gran mayoría presenta un Gini inferior a 40 con la notable excepción de países de América Latina (Colombia, Chile, Costa Rica), Turquía, Tailandia y Singapur.

El Índice de Desarrollo Humano es superior a 0,800 en 53 de los 56 países estudiados, y superior a 0,900 en 34 países (categoría “desarrollo humano muy alto”). Solamente Uzbekistán (0,710) tiene un nivel comparable al IDH de Bolivia (0,729). A nivel agregado, los países con CU tienen un IDH promedio de 0,905, muy encima del nivel de los países sin cobertura (0,669) (ilustración 5).



Fuente: elaboración propia en base a datos de PNUD (2009)

Por otra parte, dentro de los países con CU, los niveles de PIB y de índice de Desarrollo Humano son en promedio más altos en los países con sistema de seguridad social, y los países con IDH inferior a 0,800 tienen todos sistemas financiados mediante fiscalidad general, sugiriendo que es probablemente más factible implementar sistemas de tipo Beveridge en países en desarrollo.

Los países que alcanzaron la cobertura universal en salud tienen un nivel de informalidad promedio que representa el 24,6% del PIB, muy inferior al nivel estimado para Bolivia (67,1%) y para los países sin cobertura universal (37,8%). Además, los países con CU son en general menos dependientes económicamente de la agricultura (4,4% del PIB como promedio) que Bolivia (12,4%) y que los países sin CU (16,6%). Sin embargo, existen países que lograron cobertura universal a pesar de tener una economía informal y agrícola importante, para los cuales resultará interesante estudiar experiencias: Tailandia, Armenia, Bielorrusia, Uzbekistán, Malasia y Albania, entre otros.

Por otra parte, se observa que los países con sistema universal de tipo seguro social tienen menos informalidad (promedio de 23,6% del PIB) y menos dependencia económica a la agricultura (promedio de 3,2% del PIB) que los países con sistema de tipo Beveridge (informalidad de 25,8% y agricultura de 5,8% del PIB en promedio). Además, los países que han logrado cobertura universal a pesar de tener una economía altamente informal, como Tailandia, Bielorrusia y Armenia, lo han

hecho con sistema basado en la fiscalidad general, lo que sugiere que este sistema es más sostenible en países en desarrollo con importante economía informal y agrícola.

Respecto a los indicadores sociales, la tasa de escolarización combinada es de 87,4% como promedio entre los países con cobertura universal, muy encima del 65,9% promedio de los demás países. Sin embargo, este factor no debe ser un obstáculo para Bolivia, cual tasa combinada de escolarización (86%) es similar al promedio de los países con CU.

Para la tasa de desempleo, los datos recolectados indican que un sistema de cobertura universal en salud puede sostenerse con alto desempleo, tanto para sistemas de tipo Beveridge como de tipo Bismarck. En este sentido, el desempleo no estaría constituyendo un factor limitante para la implementación de un sistema a vocación universal en Bolivia, dónde la tasa de desempleo alcanza el 8,3% de la población activa en 2010, nivel inferior a muchos países con CU.

Aunque estos indicadores económicos y sociales contrastan con la situación de Bolivia, los países estudiados no tenían siempre un nivel económico elevado al momento de alcanzar la cobertura universal: el cuadro 4 muestra el producto interno bruto por habitante de los diferentes países con CU, para el año en el cual se inició la cobertura universal. El PIB está expresado en Dólares internacionales Geary-Khamis para 1990. Se constata así que países como Noruega, Bahréin y Japón tenían un PIB por habitante en el año de la implementación de su cobertura universal similar al de Bolivia para 2008 (US\$ 2.959 Internacionales Geary-Khamis para 1990).

**Cuadro 4 – PIB per cápita en US\$ internacional (1990) según año de inicio de la CU**

País	Año de la CU	PIB / hab. \$ Int GK 1990	País	Año de la CU	PIB / hab. \$ Int GK 1990
Noruega	1912	2.344	Finlandia	1972	10.448
Nueva Zelandia	1938	6.462	Dinamarca	1973	13.945
Japón	1938	2.449	Francia	1974	13.113
Alemania	1941	5.711	Australia	1975	13.170
Bélgica	1945	4.333	Irlanda	1977	7.795
Reino Unido	1948	6.746	Italia	1978	12.064
Kuwait	1950	28.878	Portugal	1979	7.733
Suecia	1955	7.478	Grecia	1983	8.866
Bahréin	1957	2.674	España	1986	9.998
Canadá	1966	10.946	Corea	1988	7.621
Países Bajos	1966	9.936	Singapur	1993	16.647
Austria	1967	8.297	Suiza	1994	20.653
Emiratos Árabes U.	1971	24.806	Israel	1995	14.799

Fuente: elaboración propia en base a datos de Maddison (2010).

## II.4. Situación política de los países con cobertura universal

### II.4.1. Indicadores seleccionados

La organización política y administrativa de un país puede teóricamente influir en el logro o no de la cobertura universal en salud. Tres fueron estudiados (datos completos disponibles en el anexo 3):

- **Índice de Percepción de la Corrupción (IPC):** es un indicador elaborado por la ONG *Transparency International*, que mide los niveles percibidos de corrupción del sector público basándose en encuestas a expertos y empresas. Su valor varía de 0 (percepción de alta corrupción) a 10 (baja corrupción). Los datos son para 2010 (*Transparency International*, 2010).
- **Índice de Derechos y Libertades Políticas (ILP):** este indicador permite dar cuenta de las libertades políticas de un país a partir de 10 variables relacionadas con procesos electorales, pluralismo, participación política, etc. El índice tiene un valor no lineal de 1 a 7, 1 representando el grado máximo de libertad política mientras que los países con un índice de 7 son los menos libres del mundo. Los datos utilizados son para el año 2009 (*Freedom House*, 2010).
- **Índice de Eficiencia Gubernamental (EG):** este indicador agregado mide la percepción de la calidad de los servicios públicos, grado de independencia frente a presiones políticas, calidad de las políticas y de su implementación, etc. Tiene un valor de -2,5 a 2,5, los valores más altos representando una mejor gobernanza. Como los dos indicadores precedentes, está medido a partir de encuestas. Los valores considerados son para el año 2009 (*Kaufmann et al.*, 2010).

### II.4.2. Tendencias en los países con CU en salud

En el cuadro 5, se observa los valores promedios, máximos y mínimos de los indicadores seleccionados para Bolivia, los 56 países que lograron alcanzar la CU y los demás países sin cobertura universal. Los indicadores seleccionados para todos los países están en el Anexo 3.

**Cuadro 5 – Indicadores políticos de Bolivia y de los países que alcanzaron la CU**

País / Grupo de País	Índice de percepción de Corrupción 2010	Índice libertades Políticas 2010	Índice de Eficiencia del Gobierno 2009
<b>BOLIVIA</b>	<b>2,8</b>	<b>3</b>	<b>- 0,717</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	3,2 ( $\sigma = 1,4$ )	3,9 ( $\sigma = 2,0$ )	- 0,337 ( $\sigma = 0,848$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>6,0</b> ( $\sigma = 2,1$ )	<b>2,2</b> ( $\sigma = 2,0$ )	<b>0,955</b> ( $\sigma = 0,753$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	5,9 ( $\sigma = 2,5$ )	3,4 ( $\sigma = 2,5$ )	0,883 ( $\sigma = 0,929$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	6,1 ( $\sigma = 1,8$ )	1,3 ( $\sigma = 0,6$ )	1,014 ( $\sigma = 0,578$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	9,3 (Dinam., NZ, Singapur.)	1 (37 países)	2,194 (Singapur)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	1,6 (Uzbekistán)	7 (Cuba, Uzbek., Bielo.)	- 1,099 (Bielorrusia)

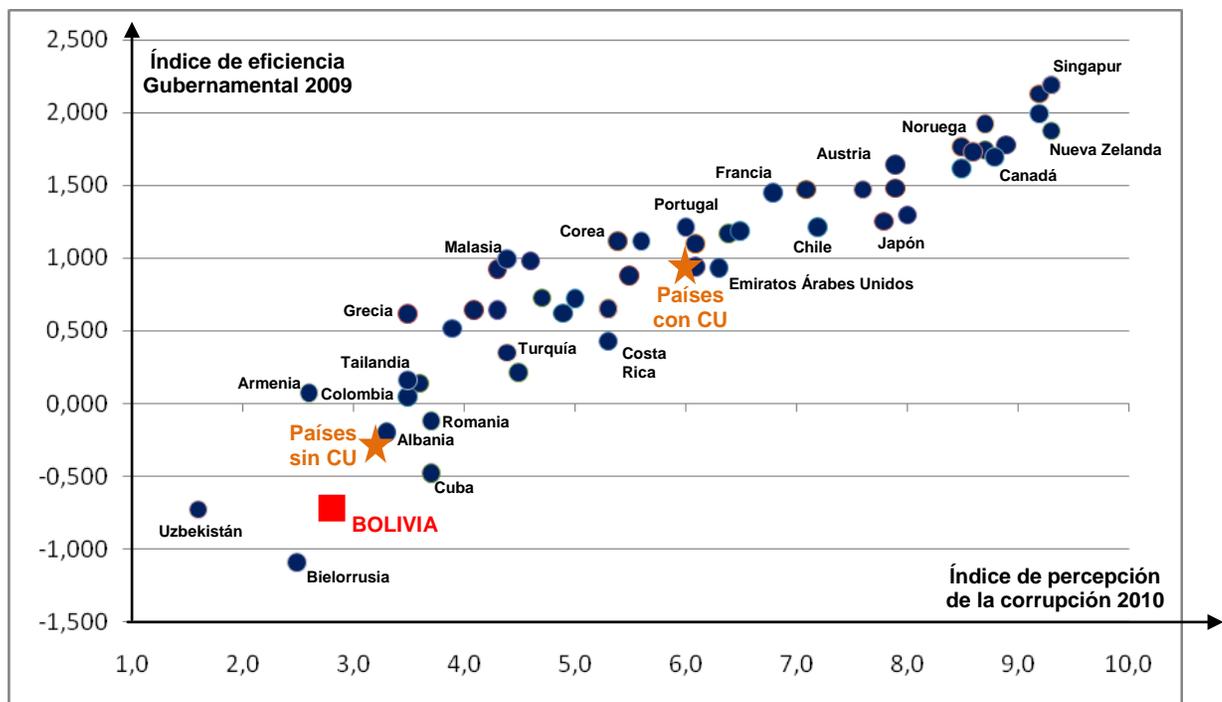
Fuente: elaboración propia

Los indicadores políticos sobre derechos, corrupción y eficiencia gubernamental muestran resultados contrastados (cuadro 5). En efecto, el IPC muestra claramente que se percibe menos corrupción en los países con cobertura universal (IPC promedio de 6,0) que en los 125 demás países que cuentan con información, para los cuales el IPC promedio es de solamente 3,1. Además, de los 16 primeros países menos corruptos del mundo según el IPC, todos tienen cobertura universal en salud. En cambio, se percibe más corrupción en Bolivia que en todos los países con cobertura universal, a la excepción de Uzbekistán (el cual pertenece a los diez países más corruptos del mundo según este indicador), de Bielorrusia y de Armenia (ilustración 6).

Sin embargo, la relación entre el indicador de corrupción y la capacidad de un país a gestionar un sistema de salud con cobertura universal no es muy clara en un principio, ya que el promedio del índice es relativamente alto entre los países con cobertura universal (6,0, con una mediana de 5,6), correspondiendo a valores de países democráticos desarrollados como España y Portugal. En contraste, varios países tienen CU en salud a pesar de mostrar altos niveles percibidos de corrupción, tanto en los sistemas de seguridad social como en los sistemas de fiscalidad general, lo que hace pensar que el factor corrupción tal vez facilita el alcance de la cobertura universal en salud, pero no constituye una condición absolutamente necesaria.

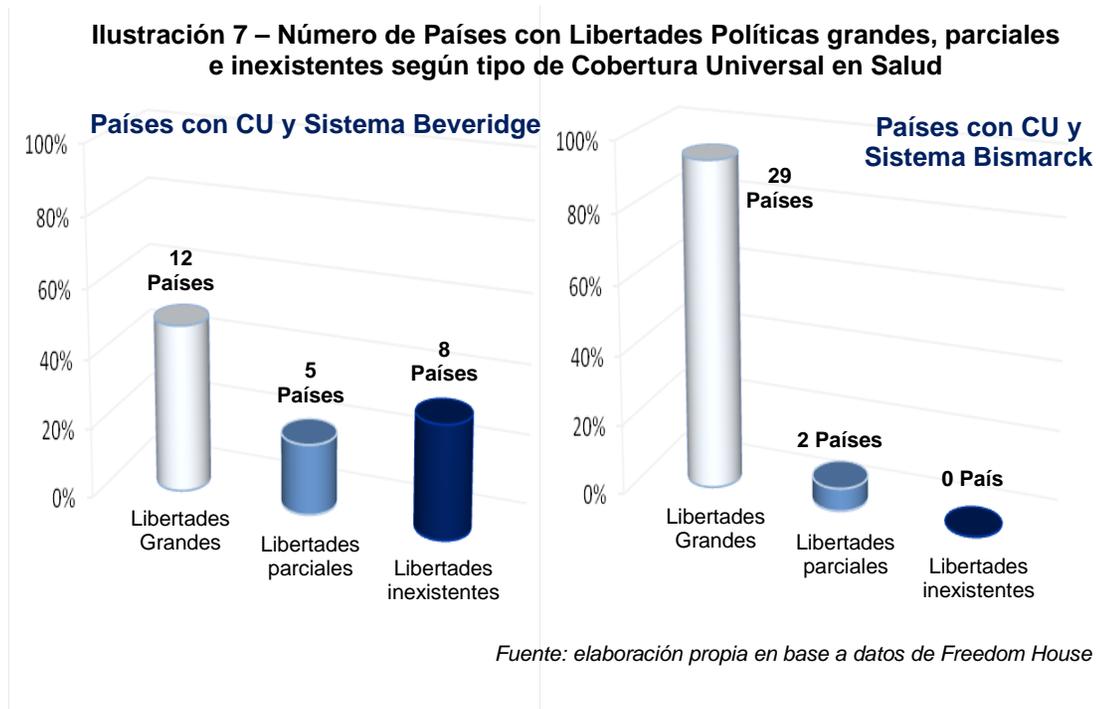
Sin embargo, la ilustración 6 muestra que existe una clara relación entre corrupción y eficiencia gubernamental, creando dudas sobre la eficacia y eficiencia de la cobertura universal en salud en países como Bielorrusia, Uzbekistán, Cuba, Albania, Armenia, Tailandia y Colombia, que presentan altos niveles de percepción de corrupción, además de bajos índices de eficiencia gubernamental. En este sentido, el estudio del funcionamiento del sistema de salud de estos países puede aportar insumos importantes para la implementación de una cobertura universal en salud en Bolivia, ya que nuestro país también se caracteriza por una baja eficiencia gubernamental (comparable con la de Uzbekistán) y una alta corrupción percibida, que podrían actuar conjuntamente como limitantes a la probabilidad de alcanzar la cobertura universal en salud.

**Ilustración 6 – Índices de percepción de la corrupción y de eficiencia gubernamental en Bolivia y en los países con CU en salud**



Fuente: elaboración propia en base a datos de Transparency International (2010) y Kaufmann et al. (2010)

Por otro lado, el índice de derechos y libertades políticas muestra grandes diferencias entre países que alcanzaron la cobertura universal mediante sistema de Seguridad Social (grandes libertades políticas) y los que la alcanzaron mediante un sistema basado en la fiscalidad general, dentro de los cuales hay una mayoría de países con libertades limitadas o inexistentes (ilustración 7).



El índice de derechos y libertades políticas (ILP) muestra que 29 de los 31 países con sistema principalmente financiado por seguro social están clasificados dentro de la categoría libertades políticas grandes, demostrando que un alto nivel de libertad política y sindical es necesario a la implementación y desarrollo de este tipo de sistema. Sin embargo, las libertades políticas no parecen ser un limitante a la implementación de un sistema financiado por fondos públicos, ya que más de la mitad de los países con sistema Beveridge, se tiene libertades parciales o inexistentes. En este caso, el factor político determinante parece ser más la voluntad propia del Gobierno, ya que regímenes autoritarios como por ejemplo Cuba pueden decidir por voluntad propia priorizar el sector salud e implementar una cobertura universal de calidad e internacionalmente reconocida.

Se puede entonces concluir que Bolivia tiene todavía un largo camino hasta lograr las condiciones políticas que facilitarán el alcance de la cobertura universal en salud. Sin embargo, las mejoras observadas en el índice de percepción de la corrupción desde el año 2005 llaman al optimismo.

Por otra parte, se debe aprender de la experiencia internacional y mejorar la eficiencia gubernamental, ya que esta parece constituir una importante barrera al logro de la cobertura universal en Bolivia, que presenta un índice de -0,717, muy por debajo del promedio de los países con cobertura universal (0,971) e inclusive inferior al promedio de los países sin cobertura universal (-0,385). En este marco, la implementación y sobre todo la eficacia de una cobertura universal en Bolivia son estrechamente relacionadas con la formación de recursos humanos de alta calidad, tanto de personal de salud para la atención, prevención y promoción, como personal administrativo para los diferentes niveles de gestión (Central, Departamental, Municipal y otros).

## II.5. Situación del financiamiento de la salud en los países con CU

### II.5.1. Indicadores seleccionados

Los siguientes indicadores fueron utilizados para analizar de manera global el financiamiento de la salud de los países con cobertura universal. La fuente de los datos es la división de Cuentas Nacionales de Salud de la Organización Mundial de la Salud: son estimaciones propias a la organización para el año 2008 y pueden ser diferentes de los datos nacionales oficiales (OMS, 2010<sup>a</sup>). Para Bolivia, los indicadores fueron calculados a partir de los resultados preliminares del estudio nacional de cuentas de salud 2007 (MSyD, 2010).

- **Gasto total en salud en % del PIB:** este indicador mide la proporción del Producto Interno Bruto que representa el gasto total en salud (público, seguridad social y privado).
- **Gasto Público en salud en % del Gasto público total:** este indicador mide la proporción que representa el gasto público en salud (las NHA de la OMS considera los gastos del gobierno y de seguridad social como gasto público) dentro del gasto público total (todos los sectores).
- **Gasto público en salud en % del Gasto en salud total:** este indicador mide la proporción que representa el gasto público en salud (gobierno y seguridad social) dentro del gasto total en salud. Los gastos privados restantes incluyen seguros privados, pagos de bolsillo, ONGs, etc.
- **Gasto de bolsillo en salud en % del Gasto en salud total:** este indicador mide la proporción del gasto total en salud realizado directamente por los hogares mediante pagos de bolsillo.
- **Gasto de bolsillo en salud en % del consumo final de los hogares:** este indicador mide la importancia del gasto de bolsillo en salud dentro del consumo final de los hogares.
- **Gasto total en salud por habitante:** este indicador mide el gasto en salud total en promedio por habitante y por año, expresado en valor nominal (US\$ según tasa de cambio vigente en 2008) y en Paridad de Poder Adquisitivo para realizar comparaciones internacionales.
- **Gasto público en salud por habitante:** este indicador mide el gasto en salud público (gobierno y seguridad social) por habitante y por año, expresado en valor nominal y en PPA.
- **Gasto de bolsillo en salud por habitante:** este indicador mide el gasto de bolsillo de los hogares en promedio por habitante y por año, expresado en valor nominal (US\$ según tasa de cambio vigente en 2008) y en Paridad de Poder Adquisitivo para realizar comparaciones.

### II.5.2. Tendencias en los países con CU en salud

En el cuadro 6, se observa los valores promedios, máximos y mínimos de los indicadores de financiamiento de la salud seleccionados para Bolivia (*fuentes: MSyD, 2010*), los 56 países que lograron alcanzar la cobertura universal y los demás países sin cobertura universal (*fuentes: OMS, 2010<sup>a</sup>*). Los valores de los indicadores de financiamiento de la salud seleccionados para Bolivia y todos los países con CU están en el Anexo 4.

Como consecuencia del alto nivel económico en los países con cobertura universal (producto interno bruto promedio de US\$ 27.912), el gasto total en salud es igualmente alto, con un promedio entre los 56 países estudiados de US\$ 2.664 (según tasa de cambio) y de \$ 2.214 (en paridad de poder adquisitivo). Así, 38 países (68% de los países con cobertura universal) tienen un gasto superior a US\$ 1.000 por habitante y por año.

En comparación, los 135 países miembros de la OMS que no cuentan con cobertura universal en salud presentan un gasto per cápita promedio de US\$ 294 y de \$ 431 en paridad de poder adquisitivo, es decir cinco veces menos que el promedio de los 56 países con cobertura universal.

**Cuadro 6 – Indicadores de financiamiento de la salud de Bolivia y de países con CU**

País / Grupo de País	Gasto total salud en % del PIB	Gasto público en salud en % del gasto público total	Gasto público en salud en % del gasto en salud total	Pagos de bolsillo en % del gasto en salud total	Seguros Privados en % del gasto en salud total
<b>BOLIVIA</b>	<b>5,1%</b>	<b>9,7%</b>	<b>65,9%</b>	<b>28,2%</b>	<b>4,3%</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	7,3% ( $\sigma = 2,5\%$ )	13,9% ( $\sigma = 4,3\%$ )	72,0% ( $\sigma = 12,7\%$ )	21,9% ( $\sigma = 12,2\%$ )	3,9% ( $\sigma = 4,2\%$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>7,3%</b> ( $\sigma = 2,5\%$ )	<b>13,9%</b> ( $\sigma = 4,3\%$ )	<b>72,0%</b> ( $\sigma = 12,7\%$ )	<b>21,9%</b> ( $\sigma = 12,2\%$ )	<b>3,9%</b> ( $\sigma = 4,2\%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	6,7% ( $\sigma = 3,2\%$ )	12,1% ( $\sigma = 4,2\%$ )	70,8% ( $\sigma = 15,6\%$ )	23,8% ( $\sigma = 15,3\%$ )	2,9% ( $\sigma = 3,4\%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	7,7% ( $\sigma = 1,7\%$ )	15,3% ( $\sigma = 3,9\%$ )	73,0% ( $\sigma = 9,9\%$ )	20,3% ( $\sigma = 9,1\%$ )	4,6% ( $\sigma = 4,6\%$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	11,9% (Cuba)	26,2% (Costa Rica)	96,2% (Cuba)	3,5% (Cuba)	0,0% (7 Países)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	2,0% (Kuwait)	4,7% (Omán)	35% (Singapur)	61% (Singapur)	19,0% (Chile)

País / Grupo de País	Gasto total en salud por habitante		Gasto público en salud por habitante		Gasto de bolsillo en salud por habitante	
	US\$ (tasa de cambio)	en PPA	US\$ (tasa de cambio)	en PPA	US\$ (tasa de cambio)	en PPA
<b>BOLIVIA</b>	<b>US\$ 68</b>	<b>\$ 199</b>	<b>US\$ 45</b>	<b>\$ 131</b>	<b>US\$ 19</b>	<b>\$ 56</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	US\$ 2.664 ( $\sigma = 2.353$ )	\$ 2.214 ( $\sigma = 1.412$ )	US\$ 2.031 ( $\sigma = 1.926$ )	\$ 1.663 ( $\sigma = 1.182$ )	US\$ 467 ( $\sigma = 419$ )	\$ 410 ( $\sigma = 274$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>US\$ 2.664</b> ( $\sigma = 2.353$ )	<b>\$ 2.214</b> ( $\sigma = 1.412$ )	<b>US\$ 2.031</b> ( $\sigma = 1.926$ )	<b>\$ 1.663</b> ( $\sigma = 1.182$ )	<b>US\$ 467</b> ( $\sigma = 419$ )	<b>\$ 410</b> ( $\sigma = 274$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	US\$ 2.178 ( $\sigma = 2.033$ )	\$ 1.939 ( $\sigma = 1.398$ )	US\$ 1.691 ( $\sigma = 1.706$ )	\$ 1.476 ( $\sigma = 1.171$ )	US\$ 369 ( $\sigma = 286$ )	\$ 359 ( $\sigma = 252$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	US\$ 3.056 ( $\sigma = 2.548$ )	\$ 2.435 ( $\sigma = 1.407$ )	US\$ 2.304 ( $\sigma = 2.073$ )	\$ 1.815 ( $\sigma = 1.188$ )	US\$ 546 ( $\sigma = 492$ )	\$ 452 ( $\sigma = 288$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	US\$ 8.905 (Mónaco)	\$ 6.047 (Luxemburgo)	US\$ 7.826 (Luxemburgo)	\$ 5.508 (Luxemburgo)	US\$ 23 (Cuba)	\$ 39 (Cuba)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	US\$ 51 (Uzbekistán)	\$ 134 (Uzbekistán)	US\$ 26 (Uzbekistán)	\$ 67 (Uzbekistán)	US\$ 2.147 (Suiza)	\$ 1.423 (Suiza)

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

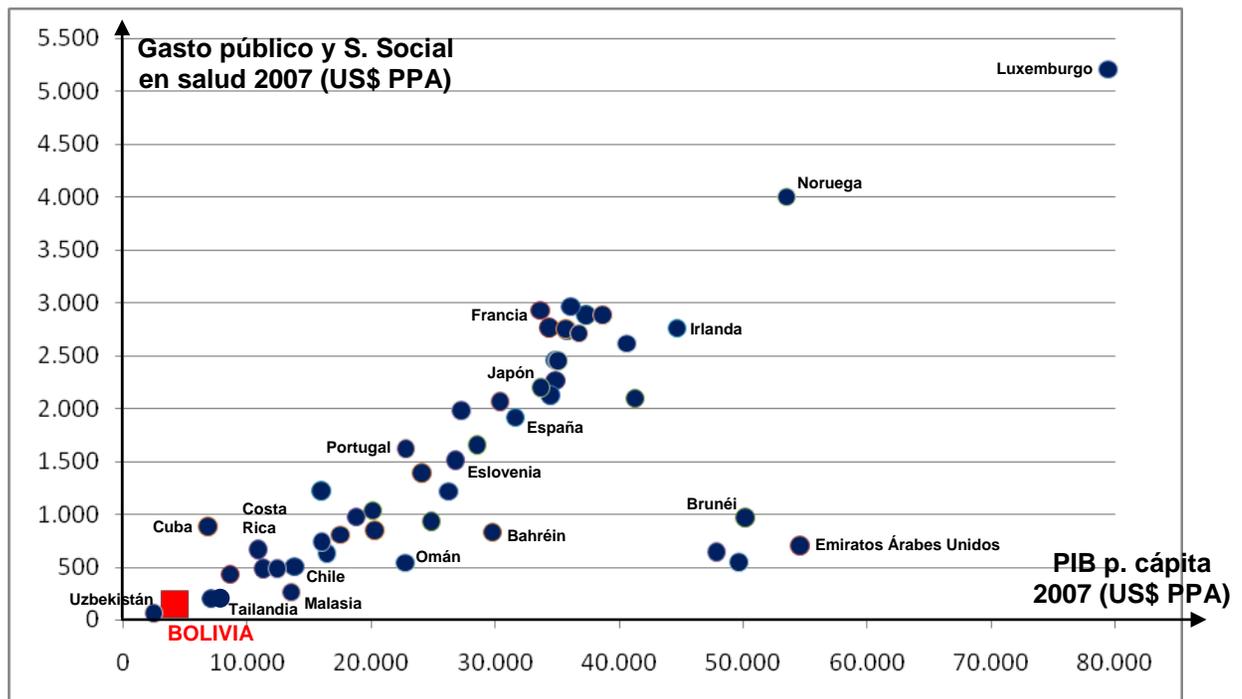
En el caso específico de Bolivia, el gasto total promedio es, según las estimaciones del MSyD, de US\$ 68 por habitante y por año a la tasa de cambio vigente en 2007, representando \$ 199 en

paridad de poder adquisitivo; este monto es aproximadamente 11 veces inferior al promedio de gasto por habitante en PPA de los países con cobertura universal, y 19 veces inferior a los niveles de gasto en PPA de países como Francia y Alemania.

En paralelo, el gasto público en salud (gobierno y seguridad social) es de US\$ 2.031 por habitante como promedio en los países con Cobertura Universal (\$ 1.663 en PPA), mucho más encima de los US\$ 45 por habitante de Bolivia (\$ 131 en PPA) y del promedio de US\$ 175 en los países sin cobertura universal (\$ 249 en PPA).

En la ilustración 8, se constata que la posición de Bolivia según su PIB per cápita y gasto público en salud 2007 (en PPA) es muy baja en comparación de los países que alcanzaron la cobertura universal, para los cuales el gasto en salud es generalmente proporcional al Producto Interno Bruto, a la excepción de países caracterizados por un PIB muy alto y poca población (productores de petróleo de la península árabe como Emiratos Árabes Unidos y Kuwait, así que Brunéi y Singapur).

**Ilustración 8 – PIB/cápita (PPA) y gasto en salud público y de la Seguridad Social en PPA en Bolivia y en los países que alcanzaron la cobertura universal en salud**



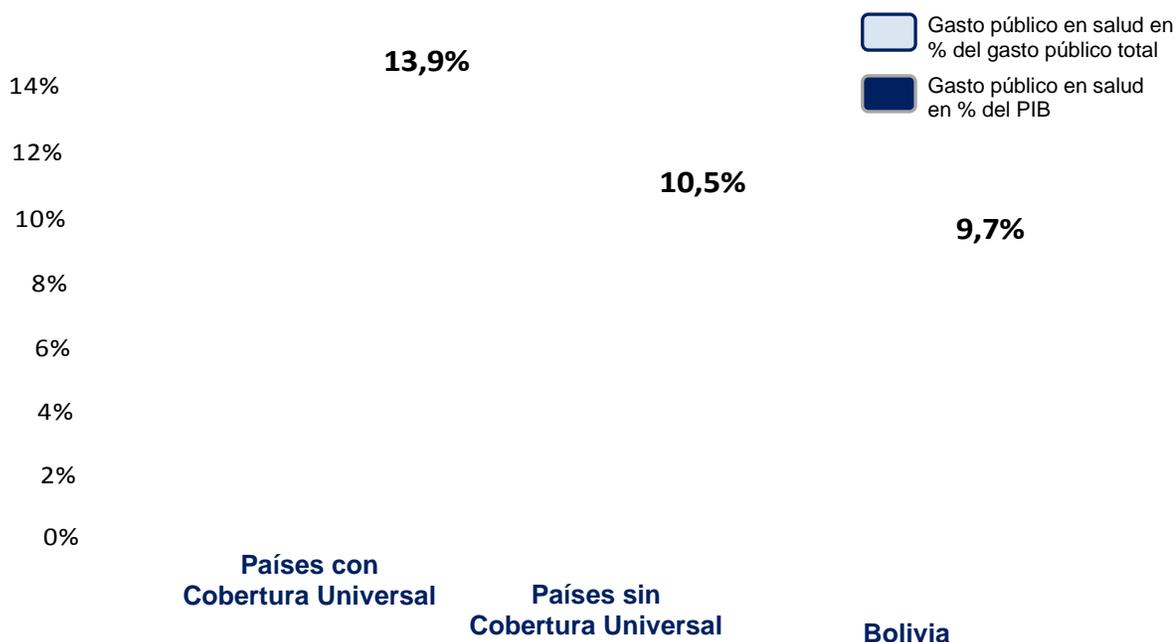
Fuente: elaboración propia en base a datos de PNUD (2009), OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

El análisis de estos datos permite confirmar que un crecimiento económico sostenible constituye un factor clave para alcanzar la cobertura universal en salud, ya que permite, entre otros, disponer de más recursos económicos y así más recursos para el sector salud (con la condición que no haya arbitrajes desfavorables al sector salud).

Sin embargo, algunos países con sistema de cobertura de tipo Beveridge muestran un gasto público relativamente bajo y comparable con la situación en Bolivia (\$ 131 / habitante / año en PPA): Uzbekistán (\$ 67), Armenia (\$ 100), Albania (\$ 228), Tailandia (\$ 242) y Malasia (\$ 273). Parece entonces oportuno estudiar las experiencias de estos países para entender si la cobertura es realmente universal y en qué grado las prestaciones son cubiertas con un gasto público tan bajo.

En resumen, los países con cobertura universal en salud gastan mecánicamente montos más grandes para salud que los demás países, ya que tienen un nivel económico promedio más elevado. Pero no solamente gastan más debido a la disponibilidad de más recursos, sino que también presentan arbitrajes más favorables al sector salud que en los demás países: el gasto en salud representa un promedio de 7,3% del PIB, contra 6,3% en los países sin cobertura universal. La diferencia es aún más grande para el gasto público (gobierno + seguridad social), que representa un promedio entre los países con CU de 5,3% del PIB y de 13,9% del gasto público total, mientras que el gasto público en los países sin cobertura universal representa un promedio de 3,5% del PIB y de 10,5% del gasto público total (ilustración 9).

**Ilustración 9 – Gasto público en salud en % del PIB y en % del gasto público total en Bolivia y en los países con y sin cobertura universal en salud**



Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

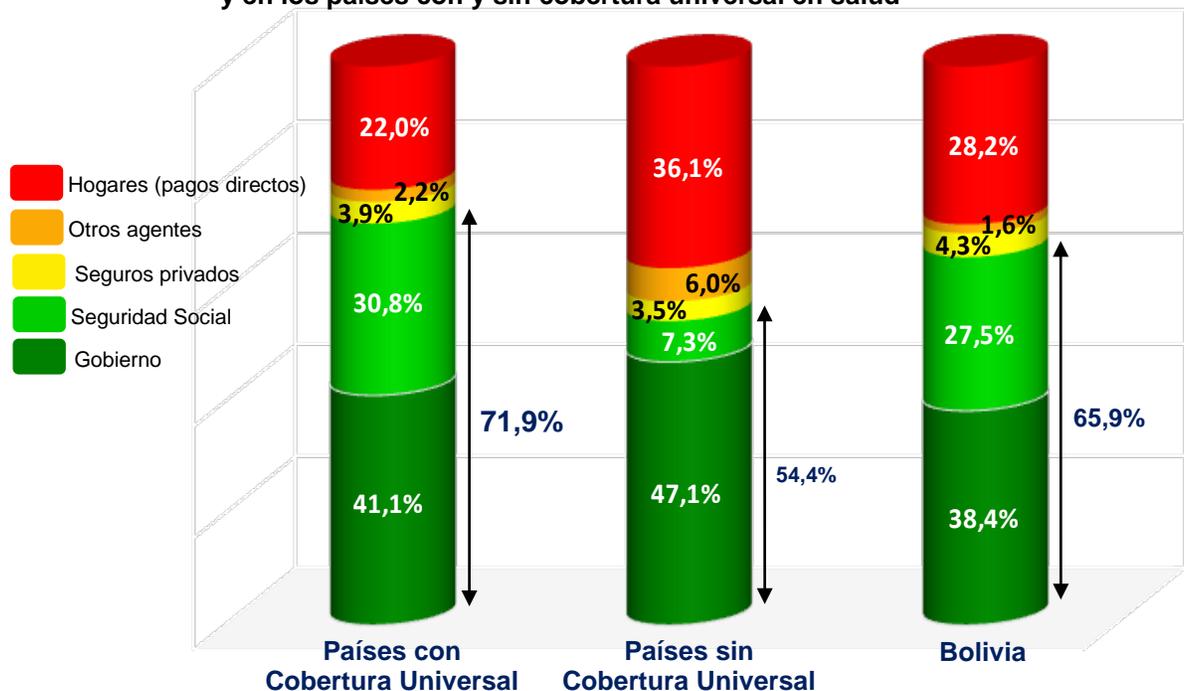
Se constata en la ilustración 9 que la priorización política de la salud en Bolivia es aún inferior al promedio de los países sin cobertura universal y que todavía se deben mejorar los arbitrajes públicos a favor del sector salud en nuestro país. Así, el contraste entre Bolivia y otros países latinoamericanos en cuanto a la priorización presupuestaria de la salud es muy grande, ya que en Cuba, Colombia y Costa Rica, el gasto público en salud representa respectivamente 15,5%, 18,8% y 26,2% del gasto público total, muy encima de los 9,7% de Bolivia.

Por otra parte, la información de la OMS muestra que existen países con cobertura universal y con ingreso (PIB) medio o bajo que, al igual que Bolivia, tienen baja priorización presupuestaria del sector salud y para los cuales resultará entonces oportuno el estudio de experiencias: Malasia (gasto público en salud de 6,9% del gasto público total), Armenia (7,6%), Uzbekistán (8,7%), Albania (8,9%) y Bielorrusia (9,9%). Cabe señalar que los países con CU productores de petróleo (Bahréin, Brunei, Emiratos Árabes, Kuwait y Omán) también se caracterizan por un bajo nivel de gasto de salud en % del gasto público, ya que estos están caracterizados por un alto presupuesto público, debido a los ingresos de hidrocarburos y poca población a cubrir, lo que constituye una situación bien particular que no se puede comparar con el contexto situación boliviano.

Dentro de los países con cobertura universal, se constata que los con sistema de seguridad social permiten de manera general una mayor asignación presupuestaria al sector salud que los países con sistema Beveridgiano: en efecto, 11 países con cobertura universal de tipo Beveridge (44% de los 25) tienen un porcentaje de gasto en salud dentro del gasto público total inferior a 10% y solamente 8 (32%) superior al 15% en 2008. En cambio, ninguno de los países con CU basada en la Seguridad Social o en los *payroll-tax* tiene un nivel de gasto inferior al 10% del gasto público total. Estos datos confirman que los sistemas de tipo Beveridge asignan una menor proporción de recursos al sector salud (12,1% del gasto público en promedio) debido a que son dependientes del proceso político de arbitraje presupuestario. En cambio, los sistemas de tipo Bismarck permiten una mayor recolección y asignación de recursos (15,3% del gasto público en promedio) ya que esta es automática a través de las cotizaciones sociales y *payroll-tax*. Sin embargo, se debe recordar que estos datos conciernen países con muy poca informalidad, y que en este sentido, un sistema de seguridad social no asegura de ninguna manera mayor recaudación de fondos en países en desarrollo con economía altamente informal como es el caso de Bolivia.

Finalmente, la repartición del financiamiento entre agentes financiadores tiene el siguiente esquema entre los países con cobertura universal: 71,9% financiado por el Estado y los seguros sociales (41,1% y 30,8% respectivamente), 3,9% por seguros privados, 2,2% directamente por los hogares mediante pagos de bolsillo y 2,2% por otros agentes (ONGs, etc.). En cambio, la estructura promedio de gasto en los 135 demás países miembros de la OMS muestra que el 54,4% del gasto corresponde al Estado y a los seguros sociales (47,1% y 7,3% respectivamente), 3,5% a los seguros privados, 36,1% a los pagos de bolsillo y 6,0% a otros agentes (ilustración 10).

**Ilustración 10 – Repartición del gasto en salud entre agentes financiadores en Bolivia y en los países con y sin cobertura universal en salud**



Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

Se verifica que la proporción del gasto total financiado mediante agentes públicos es más importante en los países con cobertura universal, en los cuales el pago de bolsillo tiene mecánicamente menos importancia que en los demás países. Sin embargo, estos pagos directos siguen teniendo una gran importancia en los países con cobertura universal, ya que en solamente

seis países tienen un gasto de bolsillo que representa menos del 10% del gasto total representan US\$ 467 por habitante y por año y 22% del gasto total en salud como promedios entre los 56 países estudiados; aunque esta proporción es muy inferior al porcentaje promedio observado entre los países sin cobertura universal (36,1%), este dato sugiere que siguen existiendo problemas de accesibilidad económica en los países considerados como habiendo alcanzado la cobertura universal, probablemente debido a la existencia de coparticipación de los usuarios (tickets moderadores y otros) y de la cobertura limitada a una lista restringida de prestaciones, entre otros.

Es más, en algunos países de la lista, los pagos de bolsillo constituyen la principal fuente de financiamiento, como en Singapur (61%), Albania (56,5%), Armenia (50,9%) y Uzbekistán (48,5%): estos datos relativizan la supuesta “universalidad” en estos países y llaman a un análisis más profundo de las causas de tal distribución del financiamiento.

## II.6. Recursos humanos e infraestructuras sanitarias en países con CU

### II.6.1. Indicadores seleccionados

Los siguientes indicadores fueron utilizados para analizar de manera global la disponibilidad de personal de salud y de infraestructuras sanitarias de los países con cobertura universal. La fuente de los datos es la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010<sup>a</sup>; OMS 2011), para el periodo 2001-2009 según la disponibilidad de los datos.

- **Densidad de médicos por 10.000 habitantes:** este indicador mide la proporción de médicos (sectores públicos, de la Seguridad Social y privado) por cada 10.000 habitantes.
- **Densidad de personal de enfermería por 10.000 habitantes:** este indicador mide la proporción de enfermeras, auxiliares de enfermería y parteras formadas formalmente (sectores públicos, de la Seguridad Social y privado) por cada 10.000 habitantes.
- **Densidad de odontólogos por 10.000 habitantes:** este indicador mide la proporción de odontólogos (sectores públicos, de la Seguridad Social y privado) por cada 10.000 habitantes.
- **Densidad de farmacéuticos por 10.000 habitantes:** este indicador mide la proporción de farmacéuticos (sectores públicos, de la Seguridad Social y privado) por cada 10.000 habitantes.
- **Densidad de camas hospitalarias por 10.000 habitantes:** este indicador mide la proporción de camas hospitalarias (sectores públicos, de la Seguridad Social y privado) por cada 10.000 habitantes. Las camas hospitalarias son destinadas al uso regular de pacientes hospitalizados (no se incluye camillas, catres de campaña, colchonetas, carros de movilización interna, etc.).

### II.6.2. Tendencias en los países con CU en salud

En el cuadro 7, se observa los valores promedios, máximos y mínimos de los indicadores de densidad de personal de salud y de infraestructura de Bolivia, de los 56 países que lograron alcanzar la cobertura universal y de los demás países sin cobertura universal.

Los valores de los indicadores de personal de salud e infraestructura seleccionados para Bolivia y todos los países con CU están en el Anexo 5.

Se constata que existe una importante medicalización del sector salud en los países con cobertura universal y en particular en los países más ricos: el índice de densidad es de 29,6 médicos por

10.000 habitantes, a pesar de las observaciones de la OMS, que considera que no es necesario sobrepasar 15,4 médicos por 10.000 habitantes (equivalente a 1 médico por cada 650 habitantes).

Añadiendo el personal de enfermería, para el cual la densidad en los países con CU es de 71,2 por cada 10.000 habitantes como promedio, la densidad total del personal médico-sanitario es superior a 100 personas por cada 10.000 habitantes (100,8), mientras que en Bolivia, el ratio es de 33,5 médicos y personal de enfermería por cada 10.000 habitantes según datos de la OMS. En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2006, la OMS estima un valor crítico de este indicador, de 25 médicos y personal de enfermería por cada 10.000 habitantes, debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMS, 2006).

**Cuadro 7 – Indicadores de RRHH en salud e infraestructura de Bolivia y de países con CU**

País / Grupo de País	Densidad de Médicos por 10.000 hab.	Densidad de p. de enfermería por 10.000 hab.	Densidad de Odontólogos por 10.000 hab.	Densidad de Farmacéuticos por 10.000 hab.	Densidad camas hospitalarias por 10.000 hab.
<b>BOLIVIA</b>	<b>12,2</b>	<b>21,3</b>	<b>7,1</b>	<b>5,5</b>	<b>11</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	9,9 ( $\sigma = 11,0$ )	25,8 ( $\sigma = 24,9$ )	2,4 ( $\sigma = 4,0$ )	2,5 ( $\sigma = 3,4$ )	23,7 ( $\sigma = 21,2$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>29,6</b> ( $\sigma = 12,8$ )	<b>71,2</b> ( $\sigma = 43,9$ )	<b>6,2</b> ( $\sigma = 3,1$ )	<b>6,5</b> ( $\sigma = 3,8$ )	<b>53,5</b> ( $\sigma = 32,0$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	27,6 ( $\sigma = 13,7$ )	81,3 ( $\sigma = 44,3$ )	5,5 ( $\sigma = 3,8$ )	5,5 ( $\sigma = 3,4$ )	44,6 ( $\sigma = 24,2$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	31,2 ( $\sigma = 12,0$ )	62,8 ( $\sigma = 42,4$ )	6,7 ( $\sigma = 2,4$ )	7,3 ( $\sigma = 4,1$ )	60,8 ( $\sigma = 36,1$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	64,0 (Cuba)	164,8 (Islandia)	17,8 (Cuba)	19,1 (Mónaco)	196 (Mónaco)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	3,0 (Tailandia)	1,5 (Países Bajos)	0,7 (Tailandia)	0,3 (Uzbekistán)	10 (Colombia)

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>; 2011)

Entre los países con cobertura universal en salud, se constata que los países con sistema basado principalmente en la Seguridad Social presentan mayores densidades de médicos, odontólogos y farmacéuticos que los países con sistema Beveridge; estos, a su vez, presentan una mayor densidad de personal de enfermería que los países con sistema de tipo Bismarckiano.

De manera general, existe entonces mayor disponibilidad de recursos humanos en los países con cobertura universal. Sin embargo, el solo indicador de densidad no es suficiente para analizar adecuadamente las diferencias entre países sin y con CU en salud, y también se deberían tomar en cuenta la repartición geográfica de los RRHH, el subsector en el cual trabajan, la categoría de profesional (médico general, familiar, especialista, etc.), el tiempo de trabajo (completo o medio tiempo), el acceso de la población a los establecimientos de salud, entre otros. No hay datos inmediatamente disponibles a nivel mundial sobre estas consideraciones, pero deberán ser tomadas en cuenta al momento de evaluar la situación específica de Bolivia.

Respecto a la disponibilidad de camas hospitalarias, los países con cobertura universal en salud muestran una densidad mayor que los países sin CU (53,5 y 23,7 camas por 10.000 habitantes respectivamente) y que Bolivia: en el país, hay 11 camas por 10.000 habitantes según datos de la Organización Mundial de la Salud para 2008. Según el Sistema Nacional de Información en Salud

(SNIS), 15.226 camas están registradas para el año 2010, representando una densidad de 14,6 camas por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, si solo se toma en cuenta los establecimientos de segundo y tercer nivel (10.738 camas) que son los únicos que corresponden a hospitalización, el número de camas es de solamente 10,3 por 10.000 habitantes.

En este marco, la densidad de cama por habitante mostro un regreso en los últimos años, ya que en el 2005, el SNIS registraba un total de 14.924 camas (15,8 x 10.000 hab.), de las cuales 10.602 eran en los 2do y 3er nivel (11,2 x 10.000 habitantes).

## II.7. Cobertura de servicios de salud esenciales en los países con CU

### II.7.1. Indicadores seleccionados

Los siguientes indicadores fueron utilizados para analizar en forma global el acceso de la población a servicios de salud esenciales (salud materna, vacunaciones, etc.) en los países con cobertura universal. Se utilizó los indicadores oficiales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para salud, pues estos son generalmente disponibles para todos los países del Mundo, lo que no es el caso para otros indicadores de cobertura en salud. La fuente de los datos es la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010<sup>a</sup>), para el periodo 2001-2009 según la disponibilidad de los datos. Para Bolivia, los datos provienen de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 (MSyD, INE, 2010). Se analizó los siguientes indicadores:

- **% de partos atendidos por personal de salud calificado:** este indicador mide la proporción del total de partos anuales que fueron atendidos por personal de salud calificado (médicos o personal de enfermería); corresponde a un indicador del ODM 5 (mejorar la salud materna).
- **Cobertura de vacuna anti-sarampión:** este indicador mide la proporción de menores de un año de edad vacunado contra el sarampión en el país considerado (ODM 4).
- **Tasa de detección de tuberculosis:** este indicador mide la proporción de casos esperados de tuberculosis detectados por el sistema de salud (ODM 6).

### II.7.2. Tendencias en los países con cobertura universal en salud

En el cuadro 8, se puede observar las tendencias actuales de los tres indicadores seleccionados para Bolivia, para los países sin cobertura universal y para los 56 países estudiados considerados como teniendo cobertura universal en salud.

Sin sorpresa, los países con cobertura universal muestran un acceso a servicios de salud esenciales muy por encima de los países si CU, debido al acceso facilitado proveido por una cobertura económica amplia. Sin embargo, la escasez de los datos de cobertura de servicios a nivel internacional dificulta este ejercicio, ya que se deberían tomar en cuenta más indicadores.

**Cuadro 8 – Indicadores de cobertura de servicios de Bolivia y de países con CU**

País / Grupo de País	% de parto asistido por p. calificado	Cobertura de vacuna anti sarampión	Tasa de detección de tuberculosis
<b>BOLIVIA</b>	<b>71,1%</b>	<b>85,8%</b>	<b>64,0%</b>
<b>Promedio de los países sin cobertura universal</b> (desviación estándar $\sigma$ )	74,1% ( $\sigma = 26,6\%$ )	83,3% ( $\sigma = 15,5\%$ )	67,5% ( $\sigma = 26,5\%$ )
<b>Promedio de los países que alcanzaron la CU</b>	<b>99,2%</b> ( $\sigma = 2,6\%$ )	<b>94,4%</b> ( $\sigma = 4,7\%$ )	<b>89,6%</b> ( $\sigma = 13,8\%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Beveridge</b>	99,5% ( $\sigma = 1,3\%$ )	94,3% ( $\sigma = 5,3\%$ )	89,2% ( $\sigma = 18,0\%$ )
<b>Promedio de los países con CU tipo Bismarck</b>	98,9% ( $\sigma = 3,3\%$ )	94,4% ( $\sigma = 4,4\%$ )	90,0% ( $\sigma = 9,3\%$ )
<b>Mejor valor dentro de los países con CU</b>	100% (41 países)	99% (9 países)	140% (Bielorrusia)
<b>Peor valor dentro de los países con CU</b>	83% (Turquía)	78% (Malta)	50% (Uzbekistán)

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>3</sup>) y MSyD, INE (2010)

## II.8. Conclusión de la situación de países con cobertura universal

El estudio de algunos indicadores económicos, sociales, políticos y en relación con el financiamiento de la salud muestran en promedio una gran diferencia con la situación boliviana y con los países sin cobertura universal en general. Sin embargo, es difícil estimar cuales de los indicadores analizados son los más determinantes, aunque todos tienen en algún grado un impacto directo o indirecto sobre la posibilidad de alcanzar una cobertura universal en salud efectiva y sostenible.

Según un estudio econométrico realizado por Carrin y James (2003), las cuatro variables más explicativas de la capacidad o voluntad de un país a alcanzar la cobertura universal en salud (indiferentemente del tipo de sistema) son el PIB por habitante, las inequidades de ingreso (coeficiente de Gini), la educación formal (en el caso de Carrin y James, el indicador es la tasa neta de escolarización secundaria) y el índice de derechos políticos. Este estudio sugiere entonces que la decisión de adoptar la cobertura universal en salud no es solamente una decisión económica pragmática referente a la disponibilidad de los recursos económicos para el financiamiento de la CU, sino que es también una decisión gerencial basada en la disponibilidad de suficiente recurso humano cualificado para utilizar estos recursos eficientemente (Carrin y James, 2003).

Finalmente, los países que en función a los indicadores seleccionados, tienen más similitudes con Bolivia son Uzbekistán, Armenia, Albania, Cuba, Tailandia, Bielorrusia, Colombia y Malasia entre otros. Para la búsqueda de experiencias y lecciones aprendidas (III.3), se priorizará entonces estos países, aunque algunos indicadores de financiamiento de la salud, como los gastos de bolsillo en salud, cuestionan la universalidad, la eficiencia y la equidad de sus sistemas de salud.

# Capítulo III. Experiencias y Lecciones aprendidas en países con cobertura universal en salud

## III.3. Experiencias y lecciones aprendidas en países con CU en salud

A partir de la identificación de los países que alcanzaron la cobertura universal en salud, se enfocó el estudio sobre algunos países que tienen similitudes con Bolivia en cuanto a PIB per cápita, Índice de Desarrollo Humano y otros indicadores utilizados en el acápite III.1. Las lecciones aprendidas en estos países permiten identificar factores claves para alcanzar la cobertura universal, además de conocer experiencias adaptables al contexto boliviano en el marco del proceso de elaboración de la propuesta técnica y de implementación de la cobertura universal en Bolivia, dentro del Sistema Único de Salud previsto por la Constitución política del Estado.

### III.3.1. Uzbekistán

El sistema de salud uzbeko, como todas las ex-Repúblicas de la Unión Soviética, ha evolucionado a partir del modelo soviético “Semashko”: el sector público es dominante y el Estado dirige el sistema, tanto del punto de vista regulatorio (mediante el Ministerio de Salud) como del financiamiento (mediante el Ministerio de Finanzas). Sin embargo, la administración de los establecimientos de salud está descentralizada, entre los tres principales niveles de la República de Uzbekistán: el primer nivel está gestionado por autoridades del *rayon* (de tamaño equivalente a los Municipios de Bolivia); el segundo nivel por los *oblasts* (equivalente a Departamentos) y el tercer nivel por el nivel nacional, en algunos casos directamente por el Ministerio de Salud (Ahmedov *et al.*, 2007).

En la época soviética, el sistema de salud era exclusivamente público y gratuito para un amplio rango de prestaciones gracias al financiamiento basado en la fiscalidad general, permitiendo así una protección eficaz contra las enfermedades infecciosas y otros problemas de salud específicos a los países en desarrollo. Pero al mismo tiempo, el sistema soviético también presentaba problemas estructurales considerables, que se revelaron aún más con el cambio progresivo del perfil epidemiológico: baja calidad, baja eficiencia de los numerosos médicos empleados, centralización extrema, inequidades geográficas, falta de equipamiento e insumos, falta de servicios básicos en los establecimientos, etc. (Rowland, 1991).

Después de la caída de la unión Soviética, la primera constitución del país de 1992 garantizó el acceso de todos a servicios médicos, pero no de manera gratuita, como en la Constitución de la Unión Soviética. En este marco, la ley sobre protección de la salud votada en 1996 establece un paquete básico de prestaciones gratuitas, que debe estar financiado por el Estado, mientras que los servicios complementarios deben ser financiados por otras fuentes: seguros, empleadores, gastos de bolsillo, etc. El paquete básico gratuito incluye atención primaria (que incluye atención materno-infantil), emergencias, atención de “condiciones sociales y de riesgo significativas” y atención especializada para los grupos de población considerados como vulnerables (Ahmedov *et al.*, 2007).

Sin embargo, frente a la insuficiencia del gasto público para mantener el sistema, las reformas sectoriales incentivaron entonces los pagos de bolsillo. Al inicio de los años 2000, se buscó reemplazar los pagos directos por un sistema de seguro de salud, pero esta iniciativa no tuvo éxito y como consecuencia, los pagos de bolsillo de los usuarios siguen teniendo una gran importancia en el sistema de salud (Ahmedov *et al.*, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud, los pagos de

bolsillo representan en 2008 casi la mitad (48,5%) del gasto total en salud (OMS, 2010<sup>a</sup>), dato que cuestiona el acceso real de la población al sistema público y la adecuación del paquete básico (gratuito) a las necesidades reales de la población.

En el sector público, existen pagos de bolsillo formales para la alimentación y para algunos medicamentos, de los cuales algunos grupos de población son exentos: pacientes con ciertas enfermedades (cáncer, VIH, enfermedades mentales, etc.), personas con discapacidad, veteranos de guerra, huérfanos, personas solas y registradas en servicios sociales, etc. (Ahmedov *et al.*, 2007). Sin embargo, existen también pagos de bolsillo informales en el sector público, particularmente en el segundo y tercer nivel de atención, que representarían montos más importantes que los formales, debido a la ausencia de mecanismos de control eficaces y a la insuficiente respecto de los derechos de los pacientes: según un estudio del Banco Mundial, aproximadamente dos tercios de los pacientes realizan pagos informales, tanto monetarios como en especie, afectando seriamente el acceso y el nivel de pobreza de los grupos de población más vulnerables (Banco Mundial, 2003). Otro estudio mostró que el 75% de mujeres con niños menor de dos años estuvo pagando por servicios incluidos en el paquete básico, que son normalmente gratuitos (PNUD, 2006). Además de limitar la accesibilidad, se demostró que los pagos de bolsillo crearon incentivos para el personal de salud a la ineficiencia y a la aplicación de prestaciones innecesarias (Ahmedov *et al.*, 2007).

Se puede constatar entonces que las barreras económicas al acceso son muy importantes en Uzbekistán, dónde se supone que existe una cobertura universal. Estas barreras son particularmente grandes en el segundo y el tercer nivel de atención, debido a la ausencia de varias prestaciones esenciales dentro del paquete universal gratuito y a la generalización de los pagos de bolsillo informales (Ahmedov *et al.*, 2007). Además, la insuficiente asignación de recursos al Sector Salud hace que existen varios problemas relacionados con la calidad de atención: según una encuesta realizada en el año 2006, el 77% de los pacientes de todo el país estaban insatisfechos por la calidad de los servicios (PNUD, 2006). También se identificaron numerosos problemas y falta de coordinación en el proceso de descentralización del sistema de salud, provocando grandes ineficiencias, como por ejemplo la repetición de prestaciones de laboratorio entre los diferentes niveles (Ahmedov *et al.*, 2007).

Uzbekistán, por sus numerosas similitudes con el Estado Plurinacional de Bolivia (sin acceso al mar, pobreza, índice de desarrollo humano, corrupción, informalidad de la economía, etc.), presenta una experiencia de la cual se debe aprender, ya que en este país, no se logró dar acceso gratuito a un paquete de prestaciones suficientemente amplio y de calidad para evitar barreras económicas al acceso, las mismas que se incrementaron aún más debido a la insuficiencia del gasto público en salud y de las derivas correspondientes, como la generalización de los pagos informales.

### **III.3.2. Malasia**

El Sistema de Salud de Malasia, en Asia del Sur-este, asegura la cobertura universal mediante gastos gubernamentales. Este representaba en 1997 el 59% del gasto total en salud, principalmente pagados por el Tesoro General de la Nación, ya que a pesar de esfuerzos para descentralizar, el gobierno central concentra todavía la mayor parte de las funciones (Barraclough, 1997). En consecuencia, los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación son gratuitos o a muy bajo costo de acceso en los tres niveles de atención (Rosnah, Ng Kok Eng, 2009).

Malasia tiene la particularidad, al contrario de la mayoría de los países con cobertura universal, de no tener base de aseguramiento social cuando se inició el sistema financiado mediante fiscalidad general en 1957, sino de utilizar los establecimientos construidos durante el periodo colonial británico (Sayedoff, 2004). Cuando el país ganó su independencia, hizo grandes inversiones a partir de esta base y dio prioridad al área rural, inclusive en zonas inaccesibles, con un doble objetivo:

equidad para el desarrollo, pero también como un modo de luchar contra las guerrillas comunistas entonces activas (Barraclough, 1997).

Paralelamente, se desarrolló programas efectivos para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, disminuir la prevalencia de enfermedades infecciosas y mejorar la salud reproductiva. En parte como consecuencia de estos esfuerzos, la mortalidad infantil disminuyó de 75 por 1.000 nacidos vivos en 1957 a 17 x 1.000 en 1990 y a 6 x 1.000 en 2008 (Savedoff, 2004; OMS, 2010<sup>a</sup>).

Los gastos públicos en salud en Malasia son relativamente bajos en comparación con estándares internacionales, llegando a solamente 1,95% del PIB y a 6,9% del gasto gubernamental total en 2007 (OMS, 2010<sup>a</sup>). Sin embargo, a partir de los años 80, los políticos de este país mostraron reticencia frente al incremento anual de 10% del gasto público en salud per cápita, aunque este era similar al crecimiento económico del país, y implementaron políticas para incentivar la creación de establecimientos y seguros privados (Savedoff, 2004), debido principalmente a presiones de corporaciones privadas bien relacionadas con el poder político (Chan, 2000). El objetivo era que las poblaciones de ingreso medio y alto contribuyan al financiamiento de su salud, pero sin suprimir el acceso gratuito de los pobres a los servicios públicos (Rosnah, Ng Kok Eng, 2009). Es así que la cobertura de seguros privados en la población se incrementó de aproximadamente 1,5% en 1983 a 15% en 1995 y a 18,8% en el año 2006 (Rosnah, Ng Kok Eng, 2009).

Además, el crecimiento económico muy alto, el incremento de las clases medias y las promesas de las nuevas tecnologías médicas hicieron incrementar las expectativas en salud de la población más rápidamente que la capacidad de respuesta del sistema público, y es así que en los años 2000, el 73% de la población enferma privilegió las infraestructuras privadas para atención de primer nivel (Savedoff, 2004), ya que las infraestructuras privadas tenían generalmente médicos más experimentados y horarios de atención más convenientes (Aljundid, Zwi, 1997).

En cambio, el sistema de hospitales públicos acoge el 89% de las hospitalizaciones, ya que son gratuitos y de alta calidad (Savedoff, 2004).

Sin embargo, la privatización también concierne el sector público, con procesos muy poco transparentes que han afectado a la eficiencia de este sector: es así que en 1994, se privatizó el centro de abastecimiento en medicamentos e insumos a beneficio de una empresa cercana al poder político, lo que provocó un incremento significativo de los precios de los medicamentos, sin tener evidencia de mejora de la calidad de los productos o de los servicios prestados; en 1996, se privatizó los servicios de apoyo de los establecimientos públicos, como limpieza, manejo de desechos hospitalarios y mantenimiento de equipamientos, multiplicando en un año el costo de estos servicios por 3,2, sin que se incremente su calidad o su volumen (Chan, 2000).

El ejemplo de Malasia muestra bien las dificultades que se puede tener para priorizar la salud en los presupuestos gubernamentales a pesar de tener un fuerte crecimiento de los ingresos públicos: en efecto, aunque mostró pruebas evidentes de grande eficiencia, el financiamiento público fue disminuido a favor del sector privado, debido principalmente al lobbying de poderosos grupos de interés cercanos a los dirigentes políticos. También muestra que por razones de calidad y en particular de fila de espera, la población prefiere a veces realizar pagos directos que acudir a servicios públicos gratuitos. Es así que la participación del Estado en Malasia disminuye gradualmente: en el año 2000, representaba el 52,4% del gasto total en salud, y en 2007, esta proporción era de 44,4% (OMS, 2010<sup>a</sup>). Aunque no existen todavía estudios específicos al respecto, se puede temer que este tipo de políticas tenga graves efectos sobre la equidad del sistema.

### III.3.3. Costa Rica

Al contrario de los dos países anteriores, Costa Rica alcanzó una cobertura universal efectiva (bien que presentando problemas en muchos aspectos), y además con un modelo de seguridad social, lo que constituye un caso único para un país considerado “en desarrollo y en transición”. Costa Rica

inició su régimen de seguro de salud obligatorio en 1941, cuando fue creada la Caja de Seguridad Social de Costa Rica en 1941. A esta fecha, las poblaciones-blancos eran los habitantes de algunas zonas urbanas y productoras de café, con un principio de adhesión obligatoria y un enfoque en los trabajadores de bajos ingresos. Sin embargo, solamente los salariables podían beneficiar de las prestaciones médicas.

Eso cambió en 1956, cuando la cobertura fue extendida a las familias (pareja, niños y padres dependientes) de los salariables afiliados. En 1960, una nueva reglamentación multiplicó por dos el ingreso máximo imponible para la Seguridad Social, lo que permitió una subida importante de las cotizaciones colectadas y una extensión del paquete de prestaciones médicas ofrecidas. En 1961, fue votada la ley de extensión del seguro obligatorio a toda la población, incluyendo los trabajadores independientes y los indigentes. Sin embargo, la cobertura universal no fue inmediata. Así, en 1990, todavía 15% de la población no estaba cubierta por el Seguro obligatorio (Miranda, 1994).

En 1970, el sistema se transformó en un Sistema público Único, ya que los hospitales y establecimiento del Ministerio de Salud pasaron bajo dependencia de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que hasta hoy, sigue siendo encargada de la prestación de servicios de salud a través del Seguro de Salud (OPS, 2009) y administra la mayor proporción de los recursos del Sector.

Según las autoridades del Ministerio de Salud de Costa Rica, existen todavía números problemas que impiden un acceso con calidad óptima, y que justifican que parte de la población con capacidad de pago se dirige hacia el sector privado. Unos de los problemas identificados son la baja capacidad resolutive del primer nivel de atención (por el cual es obligatorio entrar), la existencia de filas de espera creadas artificialmente por los médicos para favorecer su negocio privado, etc.

Una de las soluciones a corto y mediano plazo es la contratación de servicios privados por parte del Seguro de salud y un plan de articulación entre los sectores públicos y privados.

### **III.4. Países en vía de alcanzar la cobertura universal**

La identificación de los países con cobertura universal en salud mostró que muy pocos tienen condiciones comparables al contexto boliviano para ofrecer suficientes puntos de comparación y de experiencia en cuanto a cobertura universal. En este sentido, parece también interesante observar otras experiencias internacionales, de países que están cerca de alcanzar la cobertura universal.

#### **III.4.1. Países seleccionados para el estudio y estado situacional**

Los países denominados “en vía de alcanzar la cobertura universal” han sido seleccionados en base a criterios de disponibilidad de información y de bibliografía sobre financiamiento de la salud, además de criterios regionales, priorizando países de América Latina. Por otra parte, la literatura estudiada debía demostrar argumentos objetivos que explicaban porque estos países deberían alcanzar la cobertura universal en un plazo relativamente corto.

En este marco, los países seleccionados para el análisis son: Brasil, República Popular de China, República Dominicana y México; señalando que el proceso de transición hacia la cobertura universal está en marcha, con más o menos avances según los casos, pero que siempre pueden ocurrir cambios, políticos o económicos, que podrían impedir el logro de la cobertura universal en salud en estos países.

A continuación, se presenta los indicadores económicos, sociales, políticos y de financiamiento de la salud para los países seleccionados, con el objetivo de analizar de manera global la situación de estos países y abrir temas de comparación con el Estado Plurinacional de Bolivia. Los indicadores seleccionados son los mismos que para los países con cobertura universal en salud (ver III.2).

En una segunda etapa, se estudió el caso específico de cada uno de los países seleccionados en base a un análisis bibliográfico (ver III.4.2).

**Cuadro 9 – Indicadores económicos y sociales de Bolivia y países en vía de alcanzar la CU**

Indicador	BOLIVIA	BRAZIL	R. POPULAR DE CHINA	REPÚBLICA DOMINICANA	MÉXICO
PIB / hab. PPA 2007	\$ 4.206	\$ 9.567	\$ 5.383	\$ 6.706	\$ 14.104
Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2007	0,729	0,813	0,772	0,777	0,854
Coefficiente de Gini 2007	58,2	55,0	41,5	50,0	48,1
Tasa de Informalidad 2000 (PIB)	67,1%	39,8%	13,1%	32,1%	30,1%
Agricultura en % del PIB 2008	12,4%	6,6%	10,7%	6,1%	3,8%
Tasa de Desempleo	8,5%	8,1%	4,3%	14,9%	5,5%
Tasa escolarización (3 niveles) 2007	86,0 %	87,2%	68,7%	73,5%	80,2%
Tasa de urbanización	66%	86%	44%	70%	78%
Ingresos del Estado en % del PIB 2009	31,2%	36,1%	20,0%	17,3%	22,2%
Ingresos fiscales en % del PIB 2008	17,0%	16,0%	9,9%	15,9%	11,7%

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 10 – Indicadores políticos de Bolivia y de países en vía de alcanzar la CU**

Indicador	BOLIVIA	BRAZIL	R. POPULAR DE CHINA	REPÚBLICA DOMINICANA	MÉXICO
Índice de percepción de Corrupción 2010	2,8	3,7	3,5	3,0	3,1
Índice libertades Políticas 2010	3	2	7	2	2
Índice de Eficiencia del Gobierno 2009	- 0,717	0,076	0,116	- 0,440	0,168

Fuente: elaboración propia

Los indicadores económicos y políticos (cuadros 9 y 10) muestran que al igual que Bolivia, estos países tienen obstáculos específicos al alcance de la cobertura universal en salud, como la fuerte ruralidad de la población en la República popular de China, las grandes inequidades en Brasil, etc.

Sin embargo, los Gobiernos de estos países trabajan especialmente en la reducción de estos obstáculos, con, por ejemplo, la cobertura en salud rural creada en China o los programas de reducción de la pobreza en Brasil.

Respecto a los indicadores de financiamiento de la salud (cuadro 11), se evidencia que los países estudiados están todavía lejos de finalizar su transición hacia la cobertura universal, ya que los pagos de bolsillo tienen una importancia fundamental, representando el 31,9% del gasto total en salud en Brasil, 49% en China y 49,6% en México. En el caso de Brasil, también se debe señalar la gran importancia de los seguros privados, que representan el 23,1% del gasto total en salud, a pesar de ser inaccesibles por una gran parte de la población.

**Cuadro 11 – Indicadores de financiamiento de Bolivia y de países en vía de alcanzar la CU**

Indicador		BOLIVIA	BRAZIL	R. POPULAR DE CHINA	REPÚBLICA DOMINICANA	MÉXICO
Gasto total salud en % del PIB 2008		5,1%	8,4%	4,3%	5,5%	5,9%
Gasto público en salud en % del G.Público total		9,7%	6,0%	9,9%	9,2%	15,0%
Gasto público en salud en % del gasto total en salud		65,9%	44%	46,7%	33,9%	46,7%
Pagos de bolsillo en % del gasto en salud total		28,2%	31,9%	49,0%	43,1%	49,6%
Seguros Privados en % del gasto en salud total		4,3%	23,1%	3,8%	14,5%	3,8%
Gasto total en salud por habitante	US\$ (cambio)	US\$ 68	US\$ 722	US\$ 142	US\$ 251	US\$ 602
	PPA	\$ 199	\$ 904	\$ 259	\$ 446	\$ 890
Gasto público en salud por habitante	US\$ (cambio)	US\$ 45	US\$ 318	US\$ 66	US\$ 85	US\$ 281
	PPA	\$ 131	\$ 398	\$ 121	\$ 151	\$ 415
Gasto de bolsillo en salud por habitante	US\$ (cambio)	US\$ 19	US\$ 231	US\$ 69	US\$ 108	US\$ 298
	PPA	\$ 55	\$ 289	\$ 127	\$ 193	\$ 441

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>)

### III.4.2. Experiencias de Países en vía de alcanzar la cobertura universal

#### III.4.2.1. República Popular de China

La República Popular de China cuenta con un sistema de cobertura en salud de tipo mixto, dividido entre diferentes regímenes: los principales son el programa del seguro médico de los trabajadores urbanos (SMTU), que cubre a todos los trabajadores de zonas urbanas; el régimen del Seguro Médico Básico de los Residentes Urbanos (SMBRU), creado en 2007 y que cubre con subsidios estatales a la población no asalariada (niños, adultos mayores del área urbana) y el Régimen

Médico Cooperativo Rural (NRMCR), que cubre con subsidios estatales a todos los residentes rurales (AISS, 2009). Este último sistema de tipo Beveridge creado en 2003, que estaba beneficiando en 2008 a 815 millones de personas, fue al origen de la increíble extensión de coberturas en el país: así, se ha logrado extender la cobertura de los regímenes de protección financiera (seguros y Beveridge) de unos 190 millones de personas en 2003 (15% de la población) a más de 1.130 millones de personas (85% de la población) en 2008 (Zhu, 2009).

Paralelamente, el gasto público en salud por habitante fue casi triplicado en menos de diez años, pasando de US\$ 17 en el año 2000 a US\$ 49 en el 2007; en consecuencia, la proporción del financiamiento público dentro del gasto total en salud se incrementó de 38,7% a 44,7% en el mismo periodo, haciendo disminuir la importancia del sector privado (OMS, 2010<sup>a</sup>).

La creación del Nuevo Régimen Médico Cooperativo Rural intervino en un contexto de desprotección casi total de las poblaciones rurales en materia de salud: las reformas de economía de mercado iniciadas en el 1978 hicieron caer las coberturas importantes logradas durante el periodo de planificación económica (1949-1978), en el cual más del 90% de los gastos médicos de la población estaban cubiertos en zonas urbanas, mientras que aproximadamente 90% de los habitantes de zonas rurales se beneficiaban de una asistencia médica simple pero básicamente gratuita, financiada por copagos y prepagos, complementados con subsidios colectivos (Fisher, 2009). A partir de las reformas y el cambio hacia el modelo de responsabilidad individual (1978-2003), el sistema y la red de asistencia comunitaria se desestabilizaron, lo que provocó un descenso de la tasa de cobertura, (menos de 10% de la población rural) y un importante incremento de los pagos de bolsillo (AISS, 2009). Así se estima que los pagos de bolsillo representaban solamente el 20% del gasto total en el año 1980, proporción que se incrementó a 60% en el 2000 (OMS, 2010<sup>b</sup>).

El nuevo enfoque también implicó que los hospitales tuvieron que sobrevivir a partir de los pagos de los pacientes, lo que presionó a los médicos a prescribir medicamentos y tratamientos en base a su potencial de generación de ingresos, en lugar de su eficacia clínica (OMS, 2010<sup>b</sup>).

Estos cambios en China permiten plantear una serie de lecciones (AISS, 2009):

- Evitar reformar cualquier sistema de financiamiento de la salud antes de realizar un estudio completo y exhaustivo, y de prepararse a soportar los costos financieros del cambio,
- El Estado tiene que mantener una participación financiera adecuada y aplicar normas apropiadas para evitar la división social y la fragmentación del sistema.
- Los factores que han contribuido a esta rápida extensión de las coberturas son, entre otros, la creciente implicación de académicos e interlocutores sociales en las reformas, los enfoques progresivos y sucesivos gestionados gubernamentalmente, el aumento de las transferencias sociales condicionales e incondicionales a regiones menos desarrolladas y grupos con bajos ingresos, las campañas especiales de extensión de la cobertura y la inclusión de cuotas de extensión en los planes de desarrollo socioeconómico del gobierno central y local (AISS, 2009).

A pesar de los grandes logros conseguidos, la República Popular de China debe avanzar y resolver muchos problemas para alcanzar la cobertura universal, incluyendo a la fragmentación de los regímenes de asistencia médica, los bajos importes de los fondos comunes, la continua división social entre el medio urbano y rural, las diferencias de ingresos entre diferentes regiones y grupos sociales, el envejecimiento de la población y la escasez de centros de asistencia médica a escala comunitaria, en particular en zonas rurales (Zhu, 2009). Estos problemas han sido analizado en un nuevo Plan decenal aprobado en 2009, que debería permitir alcanzar una cobertura universal de los servicios médicos básicos para el año 2020, con el incremento de las coberturas de los programas de seguro médico primario (SMTU, SMBRU y NRMCR), la introducción de un sistema de medicamentos esenciales, la mejora de los centros de primer nivel, un acceso equitativo a los servicios de salud y la introducción de reformas piloto en los hospitales públicos (AISS, 2009).

### **III.4.2.2. Brasil**

El Sistema Único de Salud del Brasil (SUS) es un sistema basado en el impuesto relativamente reciente y que se apoya en un sistema fiscal bastante complicado debido a la descentralización, pero finalmente eficaz en el sentido que recoge una suma de impuestos y recaudaciones gubernamentales que representan cerca del 37% del producto interno bruto nacional. La República Federativa del Brasil gasta en salud el 8,4% de estos montos fiscales recaudados (Savedoff, 2004).

La mayor parte de los recursos para salud son recaudados nacionalmente y luego redistribuidos a los Estados Federales y a las Municipalidades, que tienen la responsabilidad de proveer los servicios de salud. Los principales gastos en salud del Gobierno son inversiones directas en infraestructura sanitaria, pagos por servicio, pagos anticipados a proveedores públicos y privados y subvenciones globales para atención primaria (Savedoff, 2004).

Como la mayor parte de los países con financiamiento Beveridgiano dominante, Brasil presenta una larga historia de financiamiento mediante seguros sociales antes de adoptar un sistema basado en la fiscalidad general: fue en 1930 que el Gobierno implementó un sistema de seguridad social para los empleados del sector formal, gestionado por el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS). Sin embargo, la informalidad de la Sociedad hizo que el aseguramiento social nunca llegó a cubrir más del tercio de la población (Savedoff, 2004), creando así grandes inequidades en salud dentro del país, ya que solo los contribuyentes, principalmente habitantes del área urbana, tenían derecho a las prestaciones de salud del INAMPS y que el sistema público era limitado a pocos servicios de los Estados y Municipios y algunos hospitales especializados dependientes del Ministerio de Salud, completados por algunos establecimientos filantrópicos que proporcionaban servicios gratuitos a las familias pobres e indigentes (Medici, 1994).

En efecto, el esencial del accionar del Ministerio de Salud de entonces eran actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con énfasis en las campañas de vacunación y control de endemias (De Souza, 2002).

Para revertir esta situación, los Gobiernos siguientes, tanto militares como democráticos, buscaron ampliar los servicios públicos del Ministerio de Salud y de las Secretarías de Salud de los Estados. Sin embargo, este sistema también mostró grandes inequidades, ya que las inversiones se concentraron en las zonas urbanas y ricas (Savedoff, 2004), es decir donde el sistema de seguridad social ya era predominante y dónde gran parte de la población desprotegida podía acceder a servicios privados.

Estas inequidades y la grande fragmentación del sistema de salud, entre diferentes cajas de seguridad social y entre diferentes programas públicos, hicieron que a partir de los años 70, los gobiernos sucesivos iniciaron una reflexión sobre la racionalización e integración del sistema, en un contexto político y social favorable: democratización, crecimiento de las organizaciones sociales, existencia de organizaciones de salud pública fuertes, como la Fundación Oswaldo Cruz, y aserciones regionales para una mayor descentralización (Savedoff, 2004). Estas tendencias culminaron con la Constitución de la República Federativa del Brasil de 1988, que garantiza la asistencia sanitaria como un "derecho de todos y una obligación del Estado" y que prevé la creación del Sistema Único de Salud de Brasil, que reúne al subsistema de la seguridad social y al sistema público del Ministerio de Salud y de los diferentes Estados federados (CNB, 1988; Medici, 1994).

El Sistema Único de Salud fue oficialmente creado con la promulgación de la Ley Órgánica de Salud Nº 8080 en septiembre de 1991, dentro de la cual se establece los principios de universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención. El SUS era inicialmente mixto, ya que se siguió pagando las cotizaciones sociales en el sistema del INAMPS durante casi dos años. A partir de mayo de 1993, el Ministerio de la Seguridad Social dejó de distribuir los recursos de la Seguridad Social al Ministerio de Salud, convirtiendo el SUS en un sistema financiado integralmente mediante impuestos y provocando en el corto plazo una enorme falta de recursos (De Souza, 2002). Como consecuencia, el Gobierno Federal creó un nuevo impuesto sobre transacciones financieras que hoy proporciona los recursos nacionales dedicados a Sistema Único de Salud (Savedoff, 2004).

Desde la implementación del SUS, el estado de salud de los Brasileños ha mejorado significativamente: por ejemplo, la mortalidad infantil disminuyó de 45 por 1.000 nacidos vivos en 1988, a 27 x 1.000 en 1998 y a 18 x 1.000 en 2008 (Nascimento *et al.*, 2003; OMS, 2010<sup>a</sup>). Sin embargo, es más relevante atribuir estos resultados al crecimiento económico y al desarrollo humano acelerado del Brasil desde los años 70 / 80 (Savedoff, 2004): en efecto, el SUS sufrió y sigue sufriendo de numerosos problemas, en particular de equidad, haciendo imposible una verdadera universalidad como era previsto en la Constitución de 1988 y en la Ley 8080.

Asimismo, uno de los aspectos limitativos al inicio de la Ley fue la preservación de la estructura y actividades del INAMPS, pero de forma absorbida dentro de las instancias federales, de los estados y de los municipios gestores del SUS: al ser preservado el INAMPS, se preservó también su lógica de financiamiento y de distribución de recursos financieros, inequitativa por naturaleza. Es decir, el SUS no adoptó una lógica de financiamiento propia y siguió beneficiando más a los Estados ricos (De Souza, 2002). Como consecuencia, fuertes inequidades regionales siguen existiendo, y el SUS sigue criticado por su mala calidad y sus coberturas relativamente bajas: en 2002, aproximadamente 40% de la población solo acudía al sistema público, el 44% acudía en ambos público y privado, y el 16% restante nunca utilizaba los servicios públicos (Savedoff, 2004).

Sin cobertura universal pública, el sector privado sigue ocupando una posición de gran importancia en Brasil: en el año 2007, el sector público (SUS) representaba solamente el 41,6% del gasto total en salud, mientras que el gasto privado representaba el 58,4%, con mayor importancia de los pagos de bolsillo, que representaba el 58,8% del gasto privado, es decir el 34,3% del gasto total en salud. Sin embargo, las tendencias entre los años 2000 y 2007 muestran un ligero incremento de la proporción del gasto total en salud cubierto por el SUS, de 40 a 41,6%, además de un incremento de la protección financiera privada, resultando en una disminución de la proporción de gastos de bolsillo dentro del gasto total en salud, de 37,6% en 2000 a 34,3% en 2007 (OMS, 2010<sup>a</sup>).

Finalmente, se debe destacar los grandes avances respecto al financiamiento de la cobertura en Brasil, sobrepasando poco a poco las dificultades iniciales, particularmente gracias a una descentralización efectiva: en el 1997, el nivel central del Estado seguía pagando directamente los servicios de salud en 82,7% de los municipios, representando el 75,9% del presupuesto total del Fondo Nacional de Salud. Esta situación se revirtió a partir de la capacitación y certificación de los Municipios para gestionar ellos mismos el sistema de salud. Así, en 1998, 89,9% de los Municipios financiaban los servicios a partir de su cuenta municipal de salud; en el 2001, el 99,2% de los Municipios eran capacitados y habilitados en gestión integral o en gestión primaria, y pagaban entonces los servicios de salud a partir de su propia cuenta. Como consecuencia, en el 2001, el 66,9% de los recursos del SUS estaba transferido del Fondo Nacional a los fondos municipales y estatales, y ya no directamente a los establecimientos de salud (De Souza, 2002).

La eficiencia del sistema fue entonces mejorada por condicionar la descentralización de la gestión a la presentación de certificados en capacidad de gestión por parte de los Estados y de las Municipalidades. Pero además, también se mejoró la equidad entre las regiones a partir de la modificación de la lógica de distribución de los recursos desde el Fondo Nacional hacia los Fondos descentralizados: en una primera etapa, se disminuyó la lógica de “post-pago” (pago de todas las prestaciones) para implementar una lógica de redistribución según criterios de población para el financiamiento de las prestaciones de primer nivel. En una segunda etapa, se superó el criterio único de número de habitantes, hacia criterios múltiples: compromiso de los Municipios a asumir niveles de atención más complejos, producción de servicios y adhesión de los Municipios a acciones estratégicas y programas prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, como los Programas de Agentes Comunitarios de Salud, Salud de la Familia, Combate a las Carencias Nutritivas, Acciones Básicas de Vigilancia Sanitaria, entre otros (De Souza, 2002).

La experiencia brasileña constituye entonces un modelo interesante para la implementación de la cobertura universal en un contexto de unificación del sistema de salud y de alta descentralización,

resaltando mecanismos interesantes, como la capacitación y certificación de los territorios descentralizados en la gestión del sistema de salud para poder acceder a los recursos financieros. Sin embargo, aunque Brasil tiene un sistema bastante similar a lo que se pretende implementar en Bolivia con la Ley del Sistema Único, tiene características propias muy diferentes a nuestro contexto, como el nivel de recaudaciones fiscales y la gran importancia que tienen los seguros privados a pesar de ser inaccesibles a la mayoría de la población.

## Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones

El estudio de algunos indicadores económicos, sociales, políticos y en relación con el financiamiento de la salud muestran en promedio una gran diferencia con la situación boliviana y con los países sin cobertura universal en general. Sin embargo, es difícil estimar sin un estudio más profundo cual indicadores analizados son los más determinantes, aunque todos tienen en algún grado un impacto sobre la posibilidad de alcanzar una cobertura universal en salud efectiva y sostenible.

Según un estudio econométrico realizado por Carrin y James (2003), las cuatro variables más explicativas de la capacidad o voluntad de un país a alcanzar la cobertura universal en salud (indiferentemente del tipo de sistema) son el PIB por habitante, las inequidades de ingreso (coeficiente de Gini), la educación formal (en el caso de Carrin y James, el indicador es la tasa neta de escolarización secundaria) y el índice de derechos políticos. Este estudio sugiere entonces que la decisión de adoptar la cobertura universal en salud no es solamente una decisión económica pragmática referente a la disponibilidad de los recursos económicos para el financiamiento de la CU, sino que es también una decisión gerencial basada en la disponibilidad de suficiente recurso humano cualificado para utilizar estos recursos eficientemente. La decisión de la cobertura universal también está condicionada por la voluntad de la población para la redistribución económica (solidaridad) y por su confianza en el gobierno para que implemente los procesos de cambio. En este sentido, la cobertura universal no es inalcanzable en países que no pueden mantener altos niveles de crecimiento económico para incrementar el nivel de recursos disponibles. En este caso, una mano de obra más calificada, una reducción de las inequidades de ingreso y una mejora de los derechos políticos constituyen factores claves para facilitar la transición hacia la cobertura universal, inclusive en los países de ingreso medio-bajo (Carrin y James, 2003).

En cuanto a estos tres últimos factores, Bolivia muestra falencias, en particular en la equidad de la distribución de ingresos, lo que sugiere que no se podrá alcanzar una verdadera cobertura universal en el país sin una disminución de las grandes desigualdades existentes. Esta afirmación se confirma con el estudio de las inequidades de ingreso entre los países con cobertura universal, los cuales tienen un coeficiente de Gini muy inferior al de Bolivia, con la notable excepción de Colombia. Respecto a la disponibilidad de recursos humanos calificados, esta todavía hace falta en Bolivia, tanto para personal de salud como para personal administrativo. Por ejemplo, la densidad de médico en Bolivia es de 12,2 por 10.000 habitantes, muy por debajo del promedio de los países con cobertura universal (29,6 x 10.000 habitantes). La creación de un sistema de salud con cobertura universal deberá entonces realizarse paralelamente al desarrollo de una política de formación, capacitación y gestión por resultados de los recursos humanos del Sector Salud.

Por otra parte, el logro de la cobertura universal está relacionado con el crecimiento económico, pero sobre todo en el marco de un sistema principalmente de tipo Beveridgiano como lo que se quiere implementar en Bolivia, con el desarrollo del sistema fiscal y el incremento de las recaudaciones. En este campo, el Estado Plurinacional de Bolivia tiene todavía mucho por mejorar, pero sobre todo, se deben asegurar arbitrajes presupuestarios favorables al Sector Salud, ya que la proporción del gasto público asignado a salud es todavía muy insuficiente.

En este marco, la experiencia internacional muestra que existen grandes dificultades relativas al alcance de una cobertura universal efectiva, pero un compromiso político fuerte es una condición indispensable a la creación de condiciones de transición hacia la CU. En este sentido, se recomienda realizar una recolección sistemática de experiencias, para poder contar con informaciones valiosas para la construcción e implementación del Sistema Único de Salud en Bolivia y de su componente de cobertura universal.

# Anexos

## Anexo 1. Métodos de financiamiento de la salud en el mundo

**Cuadro 12 – Principales agentes de financiamiento de la salud en los países del Mundo (2007)**

Estado miembro OMS	Gobierno (Fiscalidad General)	Seguridad Social	Seguros Privados	Hogares (Pagos Directos)	Otros (ONGs, etc.)	Principal Agente de Financiamiento
Afganistán	23,63%	0,00%	0,00%	75,56%	0,81%	Hogares (p. directos)
Albania	26,57%	14,64%	0,00%	55,18%	3,61%	Hogares (p. directos)
Argelia	56,39%	25,21%	0,94%	17,42%	0,03%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Andorra	8,38%	61,42%	6,98%	22,59%	0,64%	Seguridad Social
Angola	80,30%	0,00%	0,00%	19,70%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Antigua and Barbuda	69,36%	0,00%	4,12%	26,52%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Argentina	20,93%	29,84%	25,45%	21,12%	2,67%	Seguridad Social
Armenia	47,31%	0,00%	0,12%	48,17%	4,40%	Hogares (p. directos)
Australia	67,51%	0,00%	7,82%	18,04%	6,64%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Austria	31,63%	44,78%	4,56%	15,39%	3,64%	Seguridad Social
Azerbaiyán	26,84%	0,00%	0,70%	64,26%	8,20%	Hogares (p. directos)
Bahamas	49,68%	1,35%	28,51%	19,91%	0,55%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bahréin	69,33%	0,29%	3,88%	20,55%	5,95%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bangladés	33,59%	0,00%	0,02%	64,70%	1,70%	Hogares (p. directos)
Barbados	63,81%	0,14%	6,96%	29,09%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bielorrusia	72,88%	2,05%	0,02%	17,41%	7,65%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bélgica	8,70%	65,38%	5,84%	19,80%	0,29%	Seguridad Social
Belice	59,55%	5,56%	0,00%	34,89%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Benín	51,58%	0,24%	2,42%	45,73%	0,03%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bután	80,34%	0,00%	0,00%	19,66%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bolivia	38,37%	27,51%	4,31%	28,25%	1,57%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bosnia and Herzegovina	2,62%	54,23%	0,00%	43,15%	0,00%	Seguridad Social
Botsuana	74,65%	0,00%	1,32%	6,92%	17,12%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Brasil	41,59%	0,00%	23,04%	34,35%	1,02%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Brunei Darussalam	81,50%	0,00%	0,10%	18,30%	0,10%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Bulgaria	21,15%	36,02%	0,36%	37,02%	5,45%	Hogares (p. directos)
Burkina Faso	55,87%	0,19%	0,90%	40,11%	2,92%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Burundi	31,70%	6,00%	0,10%	37,68%	24,51%	Hogares (p. directos)
Camboya	28,98%	0,00%	0,00%	60,15%	10,87%	Hogares (p. directos)
Camerún	25,85%	0,01%	0,00%	70,06%	4,07%	Hogares (p. directos)
Canadá	68,57%	1,42%	12,78%	14,88%	2,36%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Cape Verde	53,71%	20,85%	0,08%	25,37%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
República Centroafricana	34,74%	0,00%	0,00%	61,98%	3,28%	Hogares (p. directos)
Chad	56,33%	0,00%	0,17%	42,01%	1,49%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Chile	48,74%	10,00%	19,29%	21,96%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
China	20,01%	24,73%	3,95%	50,85%	0,46%	Hogares (p. directos)

Fuente: OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

Estado miembro OMS	Gobierno (Fiscalidad General)	Seguridad Social	Seguros Privados	Hogares (Pagos Directos)	Otras Fuentes	Principal Agente de Financiamiento
Colombia	25,17%	59,05%	8,10%	7,68%	0,00%	Seguridad Social
Comoras	57,22%	0,00%	0,00%	42,78%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Congo	70,40%	0,00%	0,00%	29,60%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Islas Cook	91,69%	0,00%	0,00%	8,31%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Costa Rica	12,89%	60,03%	2,45%	22,91%	1,71%	Seguridad Social
Costa de Marfil	23,98%	0,00%	8,58%	67,44%	0,00%	Hogares (p. directos)
Croacia	7,86%	79,16%	1,05%	11,92%	0,00%	Seguridad Social
Cuba	95,46%	0,00%	0,00%	4,14%	0,40%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Chipre	45,54%	0,06%	5,86%	45,93%	2,61%	Hogares (p. directos)
República Checa	8,29%	76,90%	0,22%	13,18%	1,41%	Seguridad Social
Rep. Democrática del Congo	20,82%	0,00%	0,00%	40,93%	38,24%	Hogares (p. directos)
Dinamarca	84,49%	0,00%	1,63%	13,81%	0,07%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Yibuti	69,30%	7,34%	0,32%	23,04%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Dominica	62,06%	0,00%	6,38%	31,56%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
República Dominicana	29,77%	6,18%	14,06%	41,82%	8,17%	Hogares (p. directos)
Ecuador	23,42%	15,68%	3,14%	45,83%	11,93%	Hogares (p. directos)
Egipto	27,85%	10,21%	0,14%	58,89%	2,92%	Hogares (p. directos)
El Salvador	33,23%	25,63%	4,52%	36,62%	0,00%	Hogares (p. directos)
Guinea Ecuatorial	80,35%	0,00%	0,00%	14,85%	4,80%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Eritrea	45,28%	0,00%	0,00%	54,72%	0,00%	Hogares (p. directos)
Estonia	11,71%	64,77%	0,29%	22,13%	1,10%	Seguridad Social
Etiopía	58,09%	0,00%	1,27%	33,78%	6,85%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Fiji	70,20%	0,00%	4,48%	23,59%	1,73%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Finlandia	60,12%	14,53%	2,11%	18,85%	4,39%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Francia	5,21%	73,78%	13,43%	6,83%	0,75%	Seguridad Social
Gabón	63,19%	1,31%	0,00%	35,50%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Gambia	47,91%	0,00%	1,59%	25,23%	25,27%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Georgia	7,35%	11,03%	1,51%	70,87%	9,23%	Hogares (p. directos)
Alemania	9,03%	67,85%	9,28%	13,09%	0,75%	Seguridad Social
Ghana	26,53%	25,07%	2,84%	38,40%	7,16%	Hogares (p. directos)
Grecia	29,10%	31,25%	2,17%	37,48%	0,00%	Hogares (p. directos)
Granada	51,12%	0,00%	0,00%	47,50%	1,38%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Guatemala	18,36%	10,90%	3,13%	65,54%	2,07%	Hogares (p. directos)
Guinea	10,85%	0,16%	0,01%	88,53%	0,45%	Hogares (p. directos)
Guinea-Bissau	25,11%	0,77%	0,00%	41,30%	32,82%	Hogares (p. directos)
Guyana	87,70%	0,00%	0,00%	12,30%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Haití	23,27%	0,00%	0,00%	44,06%	32,67%	Hogares (p. directos)
Honduras	49,22%	16,47%	1,37%	32,93%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Hungría	12,38%	58,24%	1,15%	24,89%	3,34%	Seguridad Social
Islandia	55,53%	26,98%	0,00%	16,04%	1,45%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
India	21,66%	4,51%	1,58%	66,39%	5,86%	Hogares (p. directos)
Indonesia	45,81%	8,73%	2,14%	30,10%	13,22%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Irán	27,61%	19,15%	2,03%	50,78%	0,43%	Hogares (p. directos)
Iraq	75,01%	0,00%	0,00%	24,99%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Irlanda	80,05%	0,64%	8,10%	9,89%	1,32%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Israel	15,22%	40,67%	6,74%	32,81%	4,56%	Seguridad Social

 Fuente: OMS (2010<sup>a</sup>)

Estado miembro OMS	Gobierno (Fiscalidad General)	Seguridad Social	Seguros Privados	Hogares (Pagos Directos)	Otras Fuentes	Principal Agente de Financiamiento
Italia	76,43%	0,11%	0,94%	20,16%	2,37%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Jamaica	50,31%	0,00%	12,73%	35,25%	1,70%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Japón	17,30%	64,02%	2,55%	15,08%	1,04%	Seguridad Social
Jordania	60,41%	0,21%	2,19%	34,79%	2,41%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Kazakstán	66,13%	0,00%	0,05%	33,32%	0,50%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Kenia	38,55%	3,48%	5,11%	44,75%	8,11%	Hogares (p. directos)
Kiribati	84,00%	0,00%	0,00%	0,85%	15,16%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Kuwait	77,49%	0,00%	1,90%	20,61%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Kirguistán	21,68%	32,35%	0,00%	42,23%	3,74%	Hogares (p. directos)
Laos	16,62%	2,29%	0,32%	61,73%	19,04%	Hogares (p. directos)
Letonia	57,89%	0,00%	0,99%	40,90%	0,22%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Libano	21,81%	22,89%	10,14%	42,92%	2,24%	Hogares (p. directos)
Lesoto	58,33%	0,00%	0,00%	28,69%	12,98%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Liberia	26,24%	0,00%	0,00%	38,53%	35,23%	Hogares (p. directos)
Libia	71,80%	0,00%	0,00%	28,20%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Lituania	13,68%	59,29%	0,40%	26,57%	0,06%	Seguridad Social
Luxemburgo	20,70%	70,21%	1,86%	6,31%	0,93%	Seguridad Social
Madagascar	66,23%	0,00%	5,10%	22,94%	5,73%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Malawi	59,67%	0,00%	6,31%	11,45%	22,57%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Malasia	44,01%	0,37%	8,03%	40,72%	6,87%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Maldivas	65,38%	0,00%	1,60%	24,93%	8,09%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Mali	51,38%	0,00%	0,24%	48,37%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Malta	77,49%	0,00%	2,03%	20,09%	0,39%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Islas Marshall	85,47%	11,96%	0,00%	2,57%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Mauritania	65,27%	0,00%	0,00%	34,73%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Isla Mauricio	48,97%	0,00%	5,15%	41,60%	4,29%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
México	18,67%	26,74%	3,75%	50,85%	0,00%	Hogares (p. directos)
Micronesia	74,57%	21,24%	0,00%	4,18%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Mónaco	1,19%	72,98%	4,81%	21,02%	0,00%	Seguridad Social
Mongolia	54,72%	26,95%	0,00%	15,47%	2,87%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Montenegro	10,66%	46,51%	0,00%	24,48%	18,36%	Seguridad Social
Marruecos	24,68%	9,07%	9,07%	57,18%	0,00%	Hogares (p. directos)
Mozambique	71,60%	0,25%	0,42%	11,85%	15,88%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Myanmar	11,53%	0,19%	0,00%	83,99%	4,30%	Hogares (p. directos)
Namibia	40,83%	1,22%	37,34%	3,34%	17,26%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Nauru	70,88%	0,00%	0,00%	24,58%	4,53%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Nepal	39,66%	0,00%	0,26%	54,81%	5,27%	Hogares (p. directos)
Países Bajos	5,39%	76,65%	6,20%	6,02%	5,74%	Seguridad Social
Nueva Zelanda	69,80%	9,13%	4,95%	15,11%	1,01%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Nicaragua	39,72%	15,13%	0,72%	42,01%	2,42%	Hogares (p. directos)
Niger	52,12%	0,72%	1,53%	45,48%	0,15%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Nigeria	25,34%	0,00%	2,31%	71,56%	0,78%	Hogares (p. directos)
Niue	98,94%	0,00%	0,00%	1,06%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Noruega	72,10%	11,99%	0,00%	15,12%	0,79%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Omán	78,75%	0,00%	4,92%	13,04%	3,29%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Pakistán	28,71%	1,26%	0,20%	57,49%	12,33%	Hogares (p. directos)
Palao	78,44%	0,00%	9,34%	8,69%	3,53%	Gob. (Fiscalidad Gen.)

Fuente: OMS (2010<sup>a</sup>)

Estado miembro OMS	Gobierno (Fiscalidad General)	Seguridad Social	Seguros Privados	Hogares (Pagos Directos)	Otras Fuentes	Principal Agente de Financiamiento
Panamá	32,74%	31,89%	6,12%	29,25%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Papúa Nueva Guinea	81,32%	0,00%	1,15%	7,72%	9,80%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Paraguay	25,79%	16,60%	0,76%	55,90%	0,96%	Hogares (p. directos)
Perú	33,65%	24,74%	8,64%	31,35%	1,63%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Filipinas	26,95%	7,74%	6,40%	54,67%	4,24%	Hogares (p. directos)
Polonia	12,27%	58,58%	0,55%	24,26%	4,34%	Seguridad Social
Portugal	69,83%	0,82%	4,04%	22,73%	2,57%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Qatar	75,59%	0,00%	0,00%	21,53%	2,88%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
República de Corea	12,28%	42,66%	4,13%	35,70%	5,24%	Seguridad Social
Moldava	16,46%	34,29%	0,22%	48,05%	0,98%	Hogares (p. directos)
Romania	13,51%	66,84%	0,22%	19,42%	0,02%	Seguridad Social
Rusia	39,31%	24,87%	3,43%	29,74%	2,66%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Ruanda	45,16%	1,84%	5,39%	23,51%	24,09%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Saint Kits y Neváis	57,79%	0,00%	2,36%	39,86%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Saint Lucía	52,38%	1,83%	2,56%	43,24%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
San Vicente y Granadinas	61,25%	0,00%	0,00%	38,75%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Samoa	83,90%	0,62%	0,00%	11,77%	3,70%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
San Marino	12,52%	73,02%	0,54%	13,92%	0,00%	Seguridad Social
Sao Tome and Príncipe	47,15%	0,00%	0,00%	31,12%	21,73%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Saudí Arabia	79,46%	0,00%	6,23%	6,61%	7,70%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Senegal	53,76%	2,21%	7,89%	34,56%	1,58%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Serbia	4,07%	57,71%	0,18%	35,05%	2,98%	Seguridad Social
Seychelles	67,59%	2,61%	0,00%	18,62%	11,17%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Sierra Leona	31,32%	0,00%	2,64%	40,41%	25,63%	Hogares (p. directos)
Singapur	27,66%	4,98%	1,87%	63,27%	2,21%	Hogares (p. directos)
Eslovaquia	6,76%	60,09%	0,00%	26,22%	6,93%	Seguridad Social
Eslovenia	5,21%	66,30%	12,91%	13,85%	1,72%	Seguridad Social
Islas Salomón	92,35%	0,00%	0,00%	5,10%	2,55%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Sud África	40,18%	1,26%	38,78%	17,38%	2,40%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
España	66,77%	5,02%	5,87%	21,06%	1,28%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Sri Lanka	47,40%	0,06%	4,77%	45,57%	2,20%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Sudan	32,68%	4,16%	0,00%	63,16%	0,01%	Hogares (p. directos)
Surinam	27,67%	19,76%	0,40%	31,62%	20,55%	Hogares (p. directos)
Swaziland	62,54%	0,00%	6,52%	15,85%	15,09%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Suecia	81,72%	0,00%	0,20%	15,90%	2,18%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Suiza	16,51%	42,76%	9,20%	30,57%	0,97%	Seguridad Social
Siria	45,89%	0,00%	0,00%	54,11%	0,00%	Hogares (p. directos)
Tayikistán	21,48%	0,00%	0,00%	74,12%	4,39%	Hogares (p. directos)
Tailandia	66,06%	7,13%	5,23%	19,22%	2,36%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Macedonia	5,12%	60,51%	0,00%	34,36%	0,00%	Seguridad Social
Timor-Leste	84,64%	0,00%	0,00%	5,71%	9,65%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Togo	21,68%	3,21%	3,26%	63,23%	8,63%	Hogares (p. directos)
Tonga	70,32%	0,00%	1,06%	25,13%	3,49%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Trinidad and Tobago	56,07%	0,00%	2,83%	39,40%	1,69%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Túnez	28,93%	21,60%	6,93%	41,70%	0,84%	Hogares (p. directos)
Turquía	34,28%	34,69%	4,46%	22,28%	4,29%	Seguridad Social
Turkmenistán	47,50%	4,59%	0,00%	47,92%	0,00%	Hogares (p. directos)

Fuente: OMS (2010<sup>a</sup>)

Estado miembro OMS	Gobierno (Fiscalidad General)	Seguridad Social	Seguros Privados	Hogares (Pagos Directos)	Otras Fuentes	Principal Agente de Financiamiento
Tuvalu	99,79%	0,00%	0,00%	0,21%	0,00%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Uganda	26,24%	0,00%	0,15%	37,64%	35,96%	Hogares (p. directos)
Ucrania	57,33%	0,26%	0,78%	39,20%	2,42%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Emiratos Árabes Unidos	70,52%	0,00%	7,47%	19,14%	2,87%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Reino Unido	81,73%	0,00%	1,25%	11,45%	5,56%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Tanzania	63,63%	2,15%	3,55%	25,66%	5,01%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Estados Unidos de América	32,85%	12,69%	34,57%	12,30%	7,58%	Seguros Privados
Uruguay	48,02%	25,99%	8,96%	13,08%	3,95%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Uzbekistán	46,10%	0,00%	0,00%	52,84%	1,06%	Hogares (p. directos)
Vanuatu	76,35%	0,00%	2,54%	16,93%	4,18%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Venezuela	30,83%	15,68%	1,70%	47,11%	4,68%	Hogares (p. directos)
Vietnam	26,62%	12,71%	1,63%	54,75%	4,29%	Hogares (p. directos)
Yemen	39,57%	0,00%	0,97%	59,09%	0,37%	Hogares (p. directos)
Zambia	57,70%	0,00%	1,56%	28,61%	12,13%	Gob. (Fiscalidad Gen.)
Zimbabue	46,26%	0,00%	15,48%	27,06%	11,20%	Gob. (Fiscalidad Gen.)

Fuente: OMS (2010<sup>a</sup>)

**Anexo 2. Indicadores económicos y sociales de los países que alcanzaron la CU**
**Cuadro 13 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según PIB por habitante en \$ PPA y tipo de financiamiento principal (2007)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	PIB / hab	País	PIB / hab
<b>PIB bajo</b> PIB por habitante en PPA < 3.000 \$	Uzbekistán	2.425		
<b>PIB medio-bajo</b> 3.000 < PIB < 12.000	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(4.206)</b>	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(4.206)</b>
	Armenia	5.693	Colombia	8.587
	Cuba	6.876	Costa Rica	10.842
	Albania	7.041	Bulgaria	11.222
	Tailandia	8.135		
<b>PIB medio-alto</b> 12.000 < PIB < 25.000			Romania	12.369
			Turquía	12.955
			Chile	13.880
	Malasia	13.518	Polonia	15.987
	Lituania	17.575	Croacia	16.027
	Portugal	22.765	Letonia	16.377
	Omán	22.816	Hungría	18.755
	Malta	23.080	Eslovaquia	20.076
			Estonia	20.361
			República Checa	24.144
		Corea (Rep. de)	24.801	
<b>PIB alto</b> PIB por habitante en PPA > \$ 25.000			Israel	26.315
			Eslovenia	26.753
	Nueva Zelanda	27.336	Grecia	28.517
	Bahréin	29.723	Mónaco	30.000
	Italia	30.353	España	31.560
	Finlandia	34.526	Japón	33.632
	Reino Unido	35.130	Francia	33.674
	Islandia	35.742	Alemania	34.401
	Canadá	35.812	Australia	34.923
	Dinamarca	36.130	Bélgica	34.935
	Suecia	36.712	Austria	37.370
	Irlanda	44.613	Países Bajos	38.694
	Kuwait	47.812	Suiza	40.658
	Singapur	49.704	Andorra	41.235
	Brunéi	50.200	San Marino	41.900
	Emiratos Árabes U.	54.626	Noruega	53.433
		Luxemburgo	79.485	

Fuente: elaboración propia en base a datos de PNUD (2009)

**Cuadro 14 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de Desarrollo Humano (IDH) y tipo de financiamiento principal (2007)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	IDH	País	IDH
<b>Desarrollo Humano nivel medio</b> 0,500 < IDH < 0,800	Uzbekistán	0,710	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(0,729)</b>
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(0,729)</b>		
	Tailandia	0,783		
	Armenia	0,798		
<b>Desarrollo Humano nivel alto</b> 0,800 < IDH < 0,900			Turquía	0,806
			Colombia	0,807
			Romania	0,837
	Albania	0,818	Bulgaria	0,840
	Bielorrusia	0,826	Costa Rica	0,854
	Malasia	0,829	Letonia	0,866
	Omán	0,846	Croacia	0,871
	Cuba	0,863	Chile	0,878
	Lituania	0,870	Hungría	0,879
	Bahréin	0,895	Eslovaquia	0,880
			Polonia	0,880
		Estonia	0,883	
<b>Desarrollo Humano Nivel muy alto</b> IDH > 0,900			República Checa	0,903
			Eslovenia	0,929
	Malta	0,902	Andorra	0,934
	Emiratos Árabes U.	0,903	Israel	0,935
	Portugal	0,909	Corea (Rep. de)	0,937
	Kuwait	0,916	Grecia	0,942
	Brunéi	0,920	San Marino	0,944
	Singapur	0,944	Mónaco	0,946
	Reino Unido	0,947	Alemania	0,947
	Nueva Zelanda	0,950	Bélgica	0,953
	Italia	0,951	Austria	0,955
	Dinamarca	0,955	España	0,955
	Finlandia	0,959	Japón	0,960
	Suecia	0,963	Luxemburgo	0,960
	Irlanda	0,965	Suiza	0,960
	Canadá	0,966	Francia	0,961
	Islandia	0,969	Países Bajos	0,964
			Australia	0,970
			Noruega	0,971

Fuente: elaboración propia en base a datos de PNUD (2009)

**Cuadro 15 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Coeficiente de Gini para los ingresos y tipo de financiamiento principal (2007)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Gini	País	Gini
<b>Inequidades altas</b> Gini > 40	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(58,2)</b>	Colombia	58,5
	Singapur	42,5	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(58,2)</b>
	Tailandia	42,5	Chile	52,0
			Costa Rica	47,2
		Turquía	43,2	
<b>Inequidades medias</b> 30 < Gini < 40	Portugal	38,5	Israel	39,2
	Malasia	37,9	Estonia	36,0
	Uzbekistán	36,7	Letonia	35,7
	Nueva Zelanda	36,2	Australia	35,2
	Italia	36,0	Polonia	34,9
	Reino Unido	36,0	España	34,7
	Bahréin	36,0	Grecia	34,3
	Lituania	35,8	Suiza	33,7
	Irlanda	34,3	Bélgica	33,0
	Armenia	33,8	Francia	32,7
	Albania	33,0	Corea (Rep. de)	31,6
	Canadá	32,6	Romania	31,5
	Omán	32,0	Eslovenia	31,2
	Emiratos Árabes U.	31,0	Países Bajos	30,9
		Luxemburgo	30,8	
		Hungría	30,0	
<b>Inequidades bajas</b> Gini < 30	Cuba	29,8	Bulgaria	29,2
	Islandia	28,0	Austria	29,1
	Bielorrusia	27,9	Croacia	29,0
	Finlandia	26,9	Alemania	28,3
	Suecia	25,0	República Checa	25,8
	Dinamarca	24,7	Eslovaquia	25,8
			Noruega	25,8
		Japón	24,9	
<b>Otros</b> (datos no disponibles)	Brunéi	-	Andorra	-
	Kuwait	-	Mónaco	-
	Malta	-	San Marino	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de PNUD (2009), Vision of Humanity (2010) y CIA (2010)

**Cuadro 16 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según tamaño del sector informal (en % del PIB) y tipo de financiamiento principal (2000)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% inform.	País	% inform.
<b>Sector informal dominante</b> (% informal > 50%)	<b>(BOLIVIA)</b> Tailandia	<b>(67,1%)</b> 52,6%	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(67,1%)</b>
<b>Sector informal importante</b> (25% > inform. > 50%)	Bielorrusia Armenia Uzbekistán Albania Malasia Lituania Omán Italia Emiratos Árabes U.	48,1% 46,3% 34,1% 33,4% 31,1% 30,3% 27,4% 27,0% 26,4%	Letonia Colombia Bulgaria Romania Croacia Turquía Grecia Polonia Corea (Rep. de) Eslovenia Costa Rica Hungría	39,9% 39,1% 36,9% 34,4% 33,4% 32,1% 28,6% 27,6% 27,5% 27,1% 26,2% 25,1%
<b>Sector informal medio-bajo</b> (% informal < 25%)	Portugal Suecia Bahréin Kuwait Finlandia Dinamarca Canadá Irlanda Singapur Nueva Zelanda Reino Unido	22,6% 19,1% 18,4% 18,4% 18,3% 18,2% 16,4% 15,8% 13,1% 12,7% 12,6%	Bélgica España Israel Chile República Checa Noruega Eslovaquia Alemania Australia Francia Países Bajos Japón Austria Suiza	23,2% 22,6% 21,9% 19,8% 19,1% 19,1% 18,9% 16,3% 15,3% 15,3% 13,0% 11,3% 10,2% 8,8%
<b>Otros</b> (sin datos)	Brunéi Cuba Islandia Malta	- - - -	Andorra Estonia Luxemburgo Mónaco San Marino	- - - - -

Fuente: elaboración propia en base a datos de Schneider (2002)

Cuadro 17 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Valor agregado de la Agricultura en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2008)

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% Agr.	País	% Agr.
<b>Economía dependiente de la agricultura</b> (% Agr. > 8%)	Albania Uzbekistán Armenia <b>(BOLIVIA)</b> Tailandia Bielorrusia Malasia	20,9% 20,9% 20,7% <b>(12,4%)</b> 11,6% 10,0% 8,7%	<b>(BOLIVIA)</b> Turquia Colombia	<b>(12,4%)</b> 9,0% 8,5%
<b>Economía poco dependiente de la agricultura</b> (2% < % Agr. < 8%)	Brunéi Cuba Nueva Zelanda Islandia Lituania Malta Finlandia Portugal Canadá Italia	6,9% 6,4% 6,2% 5,7% 4,3% 2,8% 2,7% 2,3% 2,1% 2,0%	Romania Costa Rica Croacia Bulgaria Polonia Hungría Chile Grecia Letonia Estonia España Corea (Rep. de) Eslovaquia Israel Australia Eslovenia República Checa Francia	7,2% 7,0% 6,8% 6,0% 4,5% 4,3% 3,9% 3,3% 3,1% 2,9% 2,8% 2,7% 2,6% 2,6% 2,5% 2,4% 2,3% 2,0%
<b>Economía no dependiente de la agricultura</b> (% Agr. < 2%)	Emiratos Árabes U. Irlanda Omán Suecia Dinamarca Bahréin Reino Unido Kuwait Singapur	1,8% 1,7% 1,7% 1,5% 1,3% 0,8% 0,7% 0,4% 0,1%	Austria Países Bajos Japón Noruega Suiza Alemania Bélgica Luxemburgo San Marino Mónaco	1,9% 1,7% 1,4% 1,2% 1,1% 0,9% 0,8% 0,4% 0,1% 0,0%
<b>Otros</b> (sin datos)			Andorra	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de Banco Mundial (2010)

**Cuadro 18 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según tasa de desempleo y tipo de financiamiento principal (2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Desemp.	País	Desemp.
<b>Desempleo alto</b> ( > 10% )	Bahréin	15,0%	España	18,0%
	Omán	15,0%	Letonia	17,1%
	Lituania	13,7%	Croacia	16,1%
	Albania	12,8%	Turquía	14,1%
	Irlanda	11,8%	Estonia	13,8%
			Colombia	12,0%
<b>Desempleo medio</b> ( > 5% y < 10% )			Eslovaquia	11,4%
			Hungría	10,8%
			Chile	9,6%
			Grecia	9,5%
			Eslovenia	9,2%
	Portugal	9,5%	Bulgaria	9,1%
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(8,5%)</b>	Francia	9,1%
	Finlandia	8,5%	Polonia	8,9%
	Canadá	8,3%	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(8,5%)</b>
	Suecia	8,3%	República Checa	8,1%
	Islandia	8,2%	Bélgica	7,9%
	Italia	7,7%	Costa Rica	7,8%
	Reino Unido	7,6%	Romania	7,8%
	Armenia	7,1%	Israel	7,6%
Malta	7,0%	Alemania	7,5%	
Nueva Zelanda	6,2%	Andorra	7,0%	
<b>Desempleo bajo</b> ( < 5% )			Luxemburgo	5,9%
			Australia	5,6%
			Japón	5,1%
	Dinamarca	4,3%	Países Bajos	4,9%
	Brunéi	3,7%	Austria	4,8%
	Malasia	3,7%	Suiza	4,4%
	Singapur	3,0%	Corea (Rep. de)	3,7%
	Emiratos Árabes U.	2,4%	Noruega	3,2%
	Kuwait	2,2%	San Marino	3,1%
	Cuba	1,7%	Mónaco	0,0%
	Tailandia	1,2%		
	Uzbekistán	1,1%		
	Bielorrusia	1,0%		

Fuente: elaboración propia en base a datos de CIA (2010)

**Cuadro 19 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Tasa bruta de escolarización combinada y tipo de financiamiento principal (2007)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% Esc	País	% Esc
<b>Escolarización baja</b> (Tasa < 80%)	Albania Omán Emiratos Árabes U. Malasia Kuwait Uzbekistán Armenia Brunéi Tailandia	67,8% 68,2% 71,4% 71,5% 72,6% 72,7% 74,6% 77,7% 78,0%	Andorra Turquía Costa Rica Croacia Colombia Romania	65,1% 71,1% 73,0% 77,2% 79,0% 79,2%
<b>Escolarización media</b> (80% < tasa < 90%)	Malta <b>(BOLIVIA)</b> Portugal Reino Unido	81,3% <b>(86,0%)</b> 88,8% 89,2%	Eslovaquia Bulgaria Chile Suiza República Checa <b>(BOLIVIA)</b> Japón Polonia Alemania Israel	80,5% 82,4% 82,5% 82,7% 83,4% <b>(86,0%)</b> 86,6% 87,7% 88,1% 89,9%
<b>Escolarización alta</b> (90% < tasa < 100%)	Bahréin Bielorrusia Italia Lituania Suecia Islandia Irlanda Canadá Cuba Dinamarca Finlandia Nueva Zelanda	90,4% 90,4% 91,8% 92,3% 94,3% 96,0% 97,6% 99,3% 100,8% 101,3% 101,4% 107,5%	Hungría Letonia Austria Estonia Eslovenia Bélgica Luxemburgo Francia España Países Bajos Corea (Rep. de) Noruega Grecia Australia	90,2% 90,2% 90,5% 91,2% 92,8% 94,3% 94,4% 95,4% 96,5% 97,5% 98,5% 98,6% 101,6% 114,2%
<b>Otros</b> (sin datos)	Singapur	-	Mónaco San Marino	- -

Fuente: elaboración propia en base a datos de PNUD (2009)

**Cuadro 20 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Tasa de urbanización de la población y tipo de financiamiento principal (2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% Urb	País	% Urb
<b>Población mayormente rural</b> (Tasa de urbanización < 50%)	Tailandia Uzbekistán Albania	34% 37% 47%	Eslovenia	48%
<b>Población mayormente urbana</b> (50% > Tasa de urbanización > 85%)	Portugal Irlanda Armenia Finlandia <b>(BOLIVIA)</b> Lituania Italia Malasia Omán Bielorrusia Brunéi Cuba Emiratos Árabes U. Canadá Suecia	60% 62% 64% 64% <b>(66%)</b> 67% 68% 71% 72% 74% 75% 76% 78% 81% 85%	Romania Eslovaquia Croacia Grecia Polonia Costa Rica <b>(BOLIVIA)</b> Austria Japón Hungría Letonia Turquía Estonia Bulgaria Alemania República Checa Suiza Colombia España Francia Noruega Corea (Rep. de) Luxemburgo Países Bajos	54% 57% 58% 61% 61% 64% <b>(66%)</b> 67% 67% 68% 68% 69% 70% 71% 74% 74% 74% 75% 77% 78% 78% 82% 82% 82%
<b>Población muy urbanizada</b> (Tasa de urbanización > 85%)	Dinamarca Nueva Zelanda Bahréin Reino Unido Islandia Malta Kuwait Singapur	87% 87% 89% 90% 92% 95% 98% 100%	Andorra Australia Chile San Marino Israel Bélgica Mónaco	89% 89% 89% 89% 92% 97% 100%

Fuente: elaboración propia en base a datos de UNFPA (2009)

**Cuadro 21 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Ingresos estatales / públicos totales en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Ingreso Est.	País	Ingreso Est.
<b>Ingresos medio-bajo</b> (< 30% del PIB)	Singapur Tailandia Armenia Bahréin Emiratos Árabes U. Albania Malasia	19,0% 20,8% 21,1% 22,6% 25,8% 25,9% 27,0%	Chile Costa Rica Corea (Rep. de) Colombia Japón	21,7% 22,3% 24,0% 26,7% 29,5%
<b>Ingresos altos</b> (30% PIB < ingreso < 45% del PIB)	<b>(BOLIVIA)</b> Nueva Zelanda Lituania Irlanda Reino Unido Uzbekistán Canadá Portugal Islandia Malta Omán Brunéi	<b>(31,2%)</b> 31,2% 34,4% 34,4% 36,9% 37,4% 38,3% 38,8% 39,5% 40,2% 40,7% 42,6%	<b>(BOLIVIA)</b> Turquia Romania Australia Eslovaquia España Letonia Bulgaria Grecia Israel Polonia Suiza Croacia República Checa Eslovenia Luxemburgo Alemania	<b>(31,2%)</b> 31,7% 31,8% 33,3% 34,0% 34,6% 36,2% 36,3% 36,9% 36,9% 37,3% 38,1% 38,7% 40,2% 41,3% 41,8% 44,4%
<b>Ingresos muy altos</b> (> 45% del PIB)	Bielorrusia Cuba Italia Finlandia Suecia Dinamarca Kuwait	45,9% 45,9% 46,6% 47,0% 51,9% 55,6% 67,0%	Países Bajos Estonia Hungría Bélgica Francia Austria Noruega	45,0% 45,5% 45,7% 48,0% 48,4% 48,8% 56,0%
<b>Otros</b> (sin datos)			Andorra Mónaco San Marino	- - -

Fuente: elaboración propia en base a datos de FMI (2010)

**Cuadro 22 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Ingresos fiscales en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Ingr. fiscal	País	Ingr. fiscal
<b>Ingresos medio-bajo</b> (< 10% del PIB)	Kuwait Emiratos Árabes U. Bahréin Omán	0,9% 1,7% 4,9% 7,4%	Suiza	10,0%
<b>Ingresos altos</b> (10% PIB < ingreso < 20% del PIB)	Canadá Singapur Tailandia Malasia Armenia <b>(BOLIVIA)</b> Albania Lituania Suecia	12,9% 13,8% 16,5% 16,6% 17,0% <b>(17,0%)</b> 17,3% 17,4% 19,0%	Colombia Alemania Japón Eslovaquia España República Checa Letonia Estonia Costa Rica Corea (Rep. de) <b>(BOLIVIA)</b> Romania Polonia Turquia Chile Grecia Eslovenia	11,6% 11,8% 12,0% 13,5% 13,9% 14,8% 14,9% 15,1% 15,8% 16,3% <b>(17,0%)</b> 17,9% 18,3% 18,6% 19,7% 19,8% 20,0%
<b>Ingresos muy altos</b> (> 20% del PIB)	Finlandia Portugal Italia Irlanda Cuba Islandia Bielorrusia Reino Unido Malta Nueva Zelanda Dinamarca	21,4% 22,1% 22,6% 22,9% 23,6% 24,4% 25,4% 28,5% 28,6% 31,7% 35,0%	Austria Croacia Francia San Marino Países Bajos Hungría Luxemburgo Australia Bulgaria Israel Bélgica Noruega	20,2% 20,3% 21,4% 22,4% 22,8% 23,6% 23,8% 24,2% 24,2% 25,3% 25,6% 28,2%
<b>Otros</b> (sin datos)	Brunéi Uzbekistán	- -	Andorra Mónaco	- -

Fuente: elaboración propia en base a datos de Banco Mundial (2009)

**Anexo 3. Indicadores sociales y humanos de los países que alcanzaron la CU**
**Cuadro 23 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de percepción de la corrupción y tipo de financiamiento principal (2010)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	IPC 2010	País	IPC 2010
<b>Corrupción percibida alta</b> (IPC < 5)	Uzbekistán	1,6	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(2,8)</b>
	Bielorrusia	2,5	Colombia	3,5
	Armenia	2,6	Grecia	3,5
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(2,8)</b>	Bulgaria	3,6
	Albania	3,3	Romania	3,7
	Tailandia	3,5	Croacia	4,1
	Cuba	3,7	Eslovaquia	4,3
	Italia	3,9	Letonia	4,3
	Malasia	4,4	Turquía	4,4
	Kuwait	4,5	República Checa	4,6
	Bahréin	4,9	Hungría	4,7
<b>Corrupción percibida media</b> (5 < IPC < 8)			Polonia	5,3
			Costa Rica	5,3
			Corea (Rep. de)	5,4
	Lituania	5,0	España	6,1
	Omán	5,3	Israel	6,1
	Brunéi	5,5	Eslovenia	6,4
	Malta	5,6	Estonia	6,5
	Portugal	6,0	Francia	6,8
	Emiratos Árabes U.	6,3	Bélgica	7,1
	Reino Unido	7,6	Chile	7,2
			Japón	7,8
		Alemania	7,9	
		Austria	7,9	
<b>Corrupción percibida baja</b> (IPC > 8)				
<b>Otros</b> (sin datos)				

Fuente: elaboración propia en base a datos de Transparency International (2010)

**Cuadro 24 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de Derechos y Libertades Políticas y tipo de financiamiento principal (2010)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	ILP	País	ILP
<b>Países sin libertades políticas</b> (5,5 > IL > 7)	Bielorrusia	7		
	Cuba	7		
	Uzbekistán	7		
	Armenia	6		
	Bahréin	6		
	Brunéi	6		
	Emiratos Árabes U.	6		
	Omán	6		
<b>Países con libertades políticas parciales</b> (2,5 > IL > 5)	Singapur	5		
	Tailandia	5		
	Kuwait	4	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(3)</b>
	Malasia	4	Colombia	3
	Albania	3	Turquía	3
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(3)</b>		
<b>Países con libertades políticas grandes</b> (1 > IL > 2)			Bulgaria	2
			Letonia	2
			Mónaco	2
			Romania	2
			Alemania	1
			Andorra	1
			Australia	1
			Austria	1
			Bélgica	1
	Canadá	1	Corea (Rep. de)	1
	Dinamarca	1	Costa Rica	1
	Finlandia	1	Croacia	1
	Irlanda	1	República Checa	1
	Islandia	1	Chile	1
	Italia	1	Eslovaquia	1
	Lituania	1	Eslovenia	1
	Malta	1	España	1
	Nueva Zelanda	1	Estonia	1
	Portugal	1	Francia	1
	Reino Unido	1	Grecia	1
	Suecia	1	Hungría	1
			Israel	1
			Japón	1
			Luxemburgo	1
			Noruega	1
			Países Bajos	1
			Polonia	1
			San Marino	1
			Suiza	1

Fuente: elaboración propia en base a datos de Freedom House (2010)

**Cuadro 25 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Índice de Eficiencia Gubernamental y tipo de financiamiento principal (2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	EG	País	EG
<b>Gobiernos con eficiencia baja</b> (EG < 0)	Bielorrusia Uzbekistán <b>(BOLIVIA)</b> Cuba Albania	- 1,099 - 0,725 <b>(- 0,717)</b> - 0,483 - 0,204	<b>(BOLIVIA)</b> Romania	<b>(- 0,717)</b> - 0,127
<b>Gobiernos con eficiencia media</b> (0 > EG > 1,5)	Armenia Tailandia Kuwait Italia Bahréin Omán Lituania Brunéi Emiratos Árabes U. Malasia Malta Portugal Irlanda Reino Unido	0,069 0,152 0,206 0,517 0,624 0,645 0,718 0,874 0,927 0,989 1,110 1,207 1,299 1,476	Colombia Bulgaria Turquía Costa Rica Grecia Letonia Croacia Polonia Hungría Eslovaquia España República Checa Israel Corea (Rep. de) Eslovenia Estonia Chile Japón Francia Bélgica Alemania	0,041 0,142 0,352 0,431 0,608 0,637 0,639 0,645 0,730 0,917 0,936 0,982 1,095 1,112 1,163 1,179 1,209 1,256 1,442 1,475 1,484
<b>Gobiernos con eficiencia alta</b> (EG > 1,5)	Islandia Canadá Nueva Zelanda Suecia Finlandia Dinamarca Singapur	1,611 1,780 1,876 1,985 2,131 2,191 2,194	Andorra Austria Países Bajos Noruega Australia Luxemburgo Suiza	1,547 1,634 1,691 1,726 1,744 1,760 1,915
<b>Otros</b> (sin datos)			Mónaco San Marino	- -

Fuente: elaboración propia en base a datos de Kaufmann et al., (2010)

#### Anexo 4. Indicadores de financiamiento de la salud de los países con CU

**Cuadro 26 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto total en salud en % del PIB y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% PIB	País	% PIB
<b>Nivel de gasto en salud bajo</b> (Gasto total < 5% del PIB)	Kuwait	2,0%		
	Brunei	2,4%		
	Omán	2,4%		
	Em. Árabes	2,4%		
	Singapur	3,4%	Mónaco	4,0%
	Bahréin	3,6%	Romania	4,7%
	Armenia	3,8%		
	Tailandia	4,0%		
	Malasia	4,3%		
<b>Nivel de gasto en salud medio</b> (Gasto total entre 5% y 10% del PIB)			Turquía	5,0%
			<b>BOLIVIA</b>	<b>(5,1%)</b>
			Colombia	5,9%
			Estonia	5,9%
			Letonia	6,5%
			Corea del Sur	6,6%
			Polonia	6,6%
	Uzbekistán	5,0%	República Checa	6,8%
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(5,1%)</b>	Chile	6,9%
	Lituania	6,2%	San Marino	7,1%
	Bielorrusia	6,5%	Luxemburgo	7,2%
	Albania	6,9%	Bulgaria	7,3%
	Malta	7,5%	Hungría	7,4%
	Finlandia	8,4%	Andorra	7,5%
	Irlanda	8,7%	Eslovaquia	7,8%
	N. Zelanda	9,0%	Croacia	7,8%
	Reino Unido	9,0%	Eslovenia	7,8%
	Italia	9,0%	Israel	8,0%
	Suecia	9,1%	Japón	8,1%
	Dinamarca	9,9%	Costa Rica	8,2%
		Noruega	8,6%	
		España	8,7%	
		Australia	8,8%	
		Países Bajos	9,1%	
		Bélgica	9,7%	
		Grecia	9,7%	
<b>Nivel de gasto en salud alto</b> (Gasto total > 10% del PIB)	Portugal	10,1%	Austria	10,1%
	Canadá	10,3%	Alemania	10,4%
	Islandia	11,7%	Suiza	10,5%
	Cuba	11,9%	Francia	11,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 27 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto público en salud en % del gasto público total y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% G.Púb	País	% G.Púb
<b>Nivel de gasto en salud bajo</b> (salud < 8% del gasto público)	Omán Kuwait Brunei Malasia Armenia	4,7% 6,3% 6,7% 6,9% 7,6%		
<b>Nivel de gasto en salud medio</b> (salud entre 8% y 15% del gasto público)	Singapur Uzbekistán Albania Em. Árabes <b>(BOLIVIA)</b> Bahréin Bielorrusia Lituania Finlandia Malta Tailandia Suecia Italia	8,2% 8,7% 8,9% 8,9% <b>(9,7%)</b> 9,8% 9,9% 12,9% 12,9% 13,7% 14,1% 14,1% 14,4%	<b>(BOLIVIA)</b> Letonia Romania Turquía Hungria Israel Polonia Bulgaria Estonia Corea del Sur Grecia Eslovenia República Checa San Marino Bélgica	<b>(9,7%)</b> 10,0% 10,3% 10,3% 10,5% 10,7% 10,8% 11,2% 11,5% 12,6% 13,2% 13,2% 13,5% 13,6% 14,4%
<b>Nivel de gasto en salud alto</b> (salud > 15% del gasto público)	Portugal Cuba Reino Unido Dinamarca Irlanda Islandia N. Zelanda Canadá	15,4% 15,5% 15,6% 16,2% 17,1% 17,8% 18,0% 18,1%	Eslovaquia España Mónaco Austria Países Bajos Francia Luxemburgo Croacia Australia Japón Noruega Alemania Colombia Suiza Chile Andorra Costa Rica	15,0% 15,6% 15,8% 15,9% 16,4% 16,6% 17,3% 17,6% 17,6% 17,9% 18,0% 18,2% 18,8% 19,8% 19,8% 21,3% 26,2%

 Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 28 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto público en salud (gobierno más Seguridad Social) en % del gasto total en salud y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% G.Púb	País	% G.Púb
<b>% de gasto público bajo</b> (gasto público salud < 60% del gasto total)	Singapur	35,0%	Corea del Sur	54,9%
	Albania	42,0%	Israel	57,2%
	Armenia	43,7%	Bulgaria	57,8%
	Malasia	44,1%	Suiza	59,0%
	Uzbekistán	50,5%	Chile	59,4%
			Letonia	59,6%
<b>% de gasto público medio</b> (gasto público salud entre 60% y 80% del gasto total)	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(65,9%)</b>	Grecia	60,9%
	Em. Árabes	67,3%	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(65,9%)</b>
	Bahréin	69,7%	Eslovaquia	66,8%
	Canadá	69,8%	Australia	68,0%
	Portugal	70,2%	Turquía	69,0%
	Lituania	73,0%	Andorra	69,9%
	Omán	73,2%	Hungría	70,3%
	Finlandia	74,8%	Polonia	71,0%
	Tailandia	75,1%	Eslovenia	71,4%
	Bielorrusia	75,3%	España	72,8%
	Kuwait	76,8%	Bélgica	74,3%
	Italia	77,4%	Mónaco	74,9%
	Malta	77,4%	Austria	76,6%
	N. Zelanda	78,7%	Alemania	76,8%
			Costa Rica	76,9%
			Estonia	78,7%
		Francia	79,0%	
<b>% de gasto público alto</b> (gasto público salud > 80% del gasto total)	Brunei	81,0%	Japón	80,9%
	Suécia	82,0%	Romania	81,0%
	Irlanda	82,0%	Países Bajos	82,1%
	Reino Unido	82,8%	Colombia	83,1%
	Dinamarca	84,7%	Noruega	84,2%
	Islandia	87,5%	República Checa	84,7%
	Cuba	96,2%	Croacia	84,9%
			San Marino	85,5%
		Luxemburgo	91,1%	

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 29 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto de bolsillo en salud en % del gasto total en salud y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% G.Bols	País	% G.Bols
<b>% de gasto de bolsillo alto</b> (gasto de bolsillo > 30% del gasto total)	Singapur	61,0%	Letonia	39,0%
	Albania	56,5%	Grecia	37,0%
	Armenia	50,9%	Bulgaria	36,5%
	Uzbekistán	48,5%	Corea del Sur	34,7%
	Malasia	40,9%	Israel	31,9%
			Suiza	30,8%
<b>% de gasto de bolsillo medio</b> (gasto de bolsillo entre 10% y 30% del gasto total)	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(28,2%)</b>	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(28,2%)</b>
	Lituania	26,6%	Eslovaquia	26,2%
	Portugal	23,1%	Hungría	25,2%
	Em. Árabes	22,1%	Polonia	24,2%
	Kuwait	21,3%	Andorra	22,5%
	Malta	20,1%	Turquía	22,3%
	Bahréin	19,7%	Chile	21,6%
	Italia	19,4%	Mónaco	20,4%
	Finlandia	18,8%	España	20,3%
	Brunei	18,8%	Estonia	20,1%
	Tailandia	17,7%	Bélgica	19,6%
	Bielorrusia	17,4%	Costa Rica	19,6%
	Omán	17,0%	Romania	18,7%
	Suecia	15,9%	Australia	17,6%
	N. Zelanda	15,2%	Japón	15,4%
	Canadá	15,0%	Austria	15,3%
	Dinamarca	13,6%	Noruega	15,1%
	Islandia	11,5%	Croacia	14,1%
	Reino Unido	10,8%	Eslovenia	13,9%
			San Marino	13,9%
		República Checa	13,7%	
		Alemania	13,1%	
<b>% de gasto de bolsillo bajo</b> (gasto de bolsillo < 10% del gasto total)			Colombia	7,8%
	Irlanda	9,2%	Francia	6,8%
	Cuba	3,5%	Países Bajos	6,3%
			Luxemburgo	6,2%

 Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 30 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto de Seguros Privados en % del gasto total en salud y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	% S.priv	País	% S.priv
<b>% de seguros privados alto</b> (gasto Seguros privados > 8% del gasto total)	Canadá	13,0%	Chile	19,0%
	Malasia	8,1%	Francia	13,5%
			Eslovenia	13,0%
			Alemania	9,3%
			Suiza	9,3%
<b>% de seguros privados medio</b> (gasto Seguros privados entre 2% y 8% del gasto total)			Colombia	8,2%
			Australia	7,7%
	Irlanda	7,5%	Andorra	7,0%
	Em. Árabes	7,3%	Israel	6,5%
	Omán	6,4%	Países Bajos	6,0%
	Tailandia	5,2%	Bélgica	5,8%
	N. Zelanda	5,0%	España	5,7%
	Bahréin	4,5%	Mónaco	4,8%
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(4,3%)</b>	Corea del Sur	4,5%
	Portugal	4,1%	Austria	4,5%
	Finlandia	2,1%	Turquía	4,5%
	Malta	2,0%	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(4,3%)</b>
	Kuwait	2,0%	Japón	2,6%
			Grecia	2,1%
		Costa Rica	2,1%	
<b>% de seguros privados bajo</b> (gasto Seguros privados < 2% del gasto total)	Singapur	1,8%	Luxemburgo	1,8%
	Dinamarca	1,6%	Hungría	1,2%
	Reino Unido	1,2%	Croacia	1,1%
	Italia	0,9%	Letonia	1,0%
	Lituania	0,4%	Polonia	0,5%
	Armenia	0,2%	San Marino	0,5%
	Suecia	0,2%	Bulgaria	0,4%
	Brunei	0,1%	Estonia	0,3%
	Bielorrusia	0,0%	República Checa	0,2%
	Albania	0,0%	Romania	0,2%
	Cuba	0,0%	Eslovaquia	0,0%
	Islandia	0,0%	Noruega	0,0%
	Uzbekistán	0,0%		

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 31 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto total en salud por habitante (US\$ y \$ internacionales PPA) y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge			Sistema de CU de tipo Bismarck		
	País	Gasto total Salud		País	Gasto total Salud	
		US\$	\$ PPA		US\$	\$ PPA
<b>Gasto en salud bajo</b> gasto total en salud < US\$ 730 por habitante (< US\$ 2 / día)	Uzbekistán	51	134			
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(68)</b>	<b>(199)</b>	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(68)</b>	<b>(199)</b>
	Armenia	145	228	Colombia	320	523
	Tailandia	162	323	Romania	441	665
	Albania	284	543	Bulgaria	480	910
	Malasia	353	620	Turquía	509	695
	Bielorrusia	406	800	Costa Rica	549	936
	Omán	458	592	Chile	697	997
	Cuba	667	1.132			
<b>Gasto en salud medio</b> (gasto total en salud entre US\$ 730 y US\$ 5.000 por habitante)				Polonia	911	1.162
				Letonia	971	1.112
	Lituania	881	1.178	Estonia	1.028	1.226
	Brunei	881	1.194	Hungría	1.131	1.419
	Bahréin	1.000	1.241	Croacia	1.231	1.496
	Kuwait	1.006	795	Corea del Sur	1.255	1.820
	Singapur	1.341	1.757	Eslovaquia	1.366	1.717
	Malta	1.518	4.039	República Checa	1.419	1.684
	Em. Árabes	1.551	943	Eslovenia	2.117	2.183
	Portugal	2.319	2.334	Israel	2.266	2.288
	N. Zelanda	2.690	2.465	España	3.087	2.791
	Italia	3.533	2.825	Grecia	3.096	2.852
	Reino Unido	3.924	3.230	Japón	3.102	2.751
	Finlandia	4.311	2.979	Andorra	3.331	3.191
	Canadá	4.631	4.095	Australia	4.301	3.448
	Suecia	4.767	3.423	San Marino	4.349	2.962
				Bélgica	4.589	3.392
				Alemania	4.628	3.692
				Países Bajos	4.821	3.749
<b>Gasto en salud alto</b> (gasto total en salud > US\$ 5.000 por habitante)				Austria	5.038	3.836
	Irlanda	5.275	3.676	Francia	5.122	3.778
	Islandia	6.109	4.300	Suiza	6.973	4.620
	Dinamarca	6.178	3.630	Noruega	8.097	4.989
				Luxemburgo	8.592	6.047
				Mónaco	8.905	2.559

 Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>3</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 32 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto público en salud por habitante (US\$ y PPA) y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge			Sistema de CU de tipo Bismarck		
	País	G. público Salud		País	G. público Salud	
		US\$	\$ PPA		US\$	\$ PPA
<b>Gasto público bajo</b> gasto público en salud < US\$ 730 por habitante (< US\$ 2 / día)	Uzbekistán	26	67			
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(45)</b>	<b>(131)</b>	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(45)</b>	<b>(131)</b>
	Armenia	64	100	Colombia	266	435
	Albania	119	228	Bulgaria	277	526
	Tailandia	122	242	Turquía	351	479
	Malasia	156	273	Romania	357	539
	Bielorrusia	306	602	Chile	414	593
	Omán	336	434	Costa Rica	422	720
	Singapur	469	615	Letonia	579	663
	Cuba	642	1.089	Polonia	647	825
	Lituania	643	860	Corea del Sur	689	999
	Bahréin	697	865			
	Brunei	714	967			
<b>Gasto público medio</b> (gasto público en salud entre US\$ 800 y US\$ 3.000 por habitante)				Hungría	795	997
				Estonia	808	965
				Eslovaquia	913	1.148
	Kuwait	772	611	Croacia	1.045	1.269
	Em. Árabes	1.044	634	República Checa	1.201	1.426
	Malta	1.175	3.127	Israel	1.296	1.308
	Portugal	1.629	1.639	Eslovenia	1.510	1.557
	N. Zelanda	2.118	1.941	Grecia	1.884	1.735
	Italia	2.735	2.187	España	2.249	2.033
				Andorra	2.327	2.230
				Japón	2.510	2.226
				Australia	2.923	2.343
	<b>Gasto público alto</b> (gasto público en salud > US\$ 3.000 por habitante)				Bélgica	3.412
Finlandia		3.223	2.227	Alemania	3.556	2.837
Canadá		3.234	2.860	San Marino	3.720	2.534
Reino Unido		3.248	2.674	Austria	3.857	2.937
Suecia		3.907	2.805	Países Bajos	3.957	3.077
Irlanda		4.326	3.014	Francia	4.045	2.983
Dinamarca		5.233	3.074	Suiza	4.111	2.724
Islandia		5.347	3.763	Mónaco	6.667	1.916
				Noruega	6.818	4.201
				Luxemburgo	7.826	5.508

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

**Cuadro 33 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según Gasto de Bolsillo en salud por habitante (US\$ y PPA) y tipo de financiamiento principal (2008)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge			Sistema de CU de tipo Bismarck		
	País	Gasto de bolsillo		País	Gasto de bolsillo	
		US\$	\$ PPA		US\$	\$ PPA
<b>Gasto de Bolsillo alto</b> gasto de bolsillo en salud > US\$ 730 por habitante (> US\$ 2 / día)				Suiza	2.147	1.423
	Dinamarca	841	494	Mónaco	1.814	521
	Singapur	818	1.073	Noruega	1.223	753
	Finlandia	809	559	Grecia	1.145	1.055
	Suecia	758	544	Bélgica	899	665
				Austria	770	587
			Australia	755	605	
			Andorra	751	719	
<b>Gasto de Bolsillo medio</b> (gasto de bolsillo en salud entre US\$ 100 y US\$ 800 por hab.)				Israel	722	729
				España	626	566
				Alemania	607	484
	Islandia	700	492	San Marino	605	412
	Canadá	694	613	Luxemburgo	531	374
	Italia	685	548	Japón	478	424
	Portugal	535	538	Corea del Sur	435	631
	Irlanda	486	339	Letonia	379	434
	Reino Unido	424	349	Eslovaquia	358	450
	N. Zelanda	410	376	Francia	350	258
	Em. Árabes	343	209	Países Bajos	302	235
	Malta	306	813	Eslovenia	295	304
	Lituania	234	313	Hungría	285	357
	Kuwait	214	169	Polonia	220	281
	Bahréin	197	245	Estonia	206	246
	Brunei	165	224	República Checa	194	230
	Albania	160	307	Bulgaria	175	332
	Malasia	145	254	Croacia	173	210
				Chile	150	215
				Turquía	113	155
			Costa Rica	107	183	
<b>Gasto de Bolsillo bajo</b> (gasto de bolsillo en salud < US\$ 100 por habitante)	Omán	78	101			
	Armenia	74	116	Romania	83	125
	Bielorrusia	71	139	Colombia	25	41
	Tailandia	29	57	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(19)</b>	<b>(56)</b>
	Uzbekistán	25	65			
	Cuba	23	39			
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(19)</b>	<b>(56)</b>			

 Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>) y MSyD (2010)

## Anexo 5. Indicadores de RRHH en salud e infraestructura de los países con CU

Cuadro 34 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de médicos por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009)

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Médicos x 10.000 hab	País	Médicos x 10.000 hab
<b>Densidad de médicos baja</b> (Nº de médicos < 20 por 10.000 habitantes)	Tailandia	3,0		
	Malasia	9,4		
	Albania	11,5	Chile	10,9
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(12,2)</b>	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(12,2)</b>
	Brunei	14,2	Costa Rica	13,2
	Bahréin	14,4	Colombia	13,5
	Kuwait	17,9	Turquía	14,5
	Singapur	18,3	Romania	19,2
	Omán	19,0	Corea del Sur	19,7
	Canadá	19,1		
Em. Árabes Unidos	19,3			
<b>Densidad de médicos media</b> (entre 20 y 40 médicos por 10.000 hab.)			Japón	20,6
			Polonia	21,4
			Eslovenia	24,7
			Croacia	25,9
	Nueva Zelanda	23,8	Luxemburgo	28,6
	Uzbekistán	26,2	Australia	29,9
	Finlandia	27,4	Bélgica	29,9
	Reino Unido	27,4	Letonia	29,9
	Malta	30,7	Eslovaquia	30,0
	Irlanda	31,9	Hungría	31,0
	Dinamarca	34,2	Estonia	34,1
	Suecia	35,8	Francia	35,0
	Lituania	36,6	Alemania	35,3
	Armenia	37,0	República Checa	36,3
	Portugal	37,6	Israel	36,3
	Islandia	39,3	Bulgaria	36,4
		España	37,1	
		Andorra	37,2	
		Países Bajos	39,2	
<b>Densidad de médicos alta</b> (Nº de médicos > 40 por 10.000 habitantes)			Suiza	40,7
	Italia	42,4	Noruega	40,8
	Bielorrusia	48,7	Austria	47,5
	Cuba	64,0	Mónaco	58,1
		Grecia	60,4	
<b>Otros</b> (sin datos)			San Marino	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>; 2011)

**Cuadro 35 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de personal de enfermería por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	P. enferm. x 10.000 hab	País	P. enferm. x 10.000 hab
<b>Densidad de Personal de enfermería baja</b> (Nº de p. de enfermería < 50 por 10.000 habitantes)	Tailandia	15,2	Países Bajos	1,5
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(21,3)</b>	Bélgica	3,0
	Malasia	27,3	Colombia	5,5
	Bahréin	37,3	Chile	6,3
	Albania	40,3	Costa Rica	9,3
	Em. Árabes Unidos	40,9	Turquía	18,9
	Omán	41,1	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(21,3)</b>
	Kuwait	45,5	Grecia	36,6
	Armenia	48,7	Japón	41,4
	Brunei	48,8	Andorra	41,8
			Romania	41,9
		Bulgaria	47,2	
		Letonia	48,4	
<b>Densidad de Personal de enfermería media</b> (entre 50 y 120 p. de enfermería por 10.000 hab.)	Portugal	53,3	España	51,6
	Singapur	59,0	Corea del Sur	52,9
	Italia	65,2	Croacia	55,8
	Malta	66,3	Polonia	57,3
	Lituania	73,2	Israel	61,5
	Cuba	86,4	Hungría	63,3
	Canadá	100,5	Eslovaquia	65,8
	Reino Unido	103,0	Estonia	68,2
	Uzbekistán	108,1	Austria	78,4
	Nueva Zelanda	108,7	Eslovenia	81,6
	Suecia	115,7	República Checa	85,5
			France	89,4
			Australia	95,9
		Alemania	108,2	
		Luxemburgo	113,2	
<b>Densidad de Personal de enfermería alta</b> (Nº de p. de enfermería > 120 por 10.000 habitantes)	Bielorrusia	125,6	Mónaco	145,0
	Dinamarca	145,4	Noruega	147,6
	Finlandia	155,2	Suiza	159,6
	Irlanda	156,7		
	Islandia	164,8		
<b>Otros</b> (sin datos)			San Marino	-

 Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>; 2011)

**Cuadro 36 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de odontólogos por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Odontól. x 10.000 hab	País	Odontól. x 10.000 hab
<b>Densidad de Odontólogos baja</b> (Nº de odontol. < 4 por 10.000 habitantes)	Tailandia	0,7		
	Malasia	1,4		
	Uzbekistán	1,7		
	Omán	2,0	Romania	2,0
	Brunei	2,1	Turquía	2,4
	Singapur	3,2	Polonia	3,4
	Albania	3,3		
	Kuwait	3,5		
	Bahréin	3,6		
	Armenia	3,9		
<b>Densidad de Odontólogos media</b> (entre 4 y 10 odontol. por 10.000 hab.)			Chile	4,3
			Costa Rica	4,8
			Corea del Sur	5,0
			Eslovaquia	5,0
			Hungría	5,1
			Países Bajos	5,1
			Suiza	5,5
	Em. Árabes Unidos	4,3	Austria	5,6
	Malta	4,4	España	5,9
	Nueva Zelanda	4,6	Eslovenia	6,2
	Italia	4,9	Letonia	6,7
	Bielorrusia	5,0	Francia	6,8
	Reino Unido	5,2	Australia	6,9
	Irlanda	6,2	República Checa	6,9
	Lituania	6,5	Andorra	7,0
	Portugal	6,7	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(7,1)</b>
	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(7,1)</b>	Croacia	7,2
	Finlandia	7,8	Bélgica	7,3
	Suecia	8,3	Japón	7,4
Dinamarca	8,4	Alemania	7,7	
		Colombia	7,8	
		Luxemburgo	8,0	
		Bulgaria	8,3	
		Noruega	8,9	
		Estonia	9,4	
<b>Densidad de Odontólogos alta</b> (Nº de odontol. > 10 por 10.000 habitantes)	Islandia	10,0	Mónaco	10,6
	Canadá	11,8	Israel	11,2
	Cuba	17,8	Grecia	13,2
<b>Otros</b> (sin datos)			San Marino	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>; 2011)

**Cuadro 37 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de fármacos por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Farmac. x 10.000 hab	País	Farmac. x 10.000 hab
<b>Densidad de fármacos baja</b> (Nº de farmac. < 3 por 10.000 habitantes)	Uzbekistán Armenia Brunei Tailandia Malasia Bahréin	0,3 0,5 1,1 1,2 1,7 2,4	Romania Bulgaria Países Bajos	0,4 1,3 1,7
<b>Densidad de fármacos media</b> (entre 3 y 10 farmac. por 10.000 hab.)	Kuwait Bielorrusia Singapur Albania Dinamarca <b>(BOLIVIA)</b> Malta Em. Árabes Unidos Cuba Portugal Reino Unido Nueva Zelanda Suecia Lituania Omán Canadá	3,0 3,1 3,7 3,9 4,8 <b>(5,5)</b> 5,6 5,9 6,2 6,5 6,6 7,1 7,3 7,7 8,1 8,3	Turquía Chile Eslovaquia Eslovenia Costa Rica <b>(BOLIVIA)</b> Croacia República Checa Hungría Suiza Letonia Alemania Austria Polonia Estonia Israel Noruega Luxemburgo Grecia	3,3 3,8 4,7 5,0 5,3 <b>(5,5)</b> 5,7 5,8 5,8 5,8 5,9 6,0 6,1 6,1 6,6 7,6 7,6 8,5 8,8
<b>Densidad de fármacos alta</b> (Nº de farmac. > 10 por 10.000 habitantes)	Irlanda Italia Finlandia Islandia	10,2 10,2 10,7 11,8	Australia España Andorra Bélgica Corea del Sur Francia Japón Mónaco	10,4 10,7 10,9 12,0 12,1 12,3 13,6 19,1
<b>Otros</b> (sin datos)			Colombia San Marino	- -

 Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>; 2011)

**Cuadro 38 – Países que han alcanzado la cobertura universal clasificados según densidad de camas hospitalarias por 10.000 habitantes y tipo de financiamiento principal (2000-2009)**

	Sistema de CU de tipo Beveridge		Sistema de CU de tipo Bismarck	
	País	Camas x 10.000 hab	País	Camas x 10.000 hab
<b>Densidad de Camas baja</b> (Nº de médicos < 20 por 10.000 habitantes)	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(11)</b>		
	Kuwait	18	Colombia	10
	Malasia	18	<b>(BOLIVIA)</b>	<b>(11)</b>
	Em. Árabes Unidos	19	Costa Rica	13
	Bahréin	20	Chile	23
	Omán	20	Andorra	26
	Tailandia	22	Turquía	28
	Brunei	26		
	Albania	29		
<b>Densidad de Camas media</b> (entre 20 y 40 médicos por 10.000 hab.)			España	34
			Australia	39
	Singapur	32	Noruega	39
	Canadá	34	Eslovenia	47
	Dinamarca	35	Grecia	48
	Portugal	35	Países Bajos	48
	Italia	39	Polonia	52
	Reino Unido	39	Bélgica	53
	Armenia	41	Croacia	53
	Uzbekistán	48	Suiza	55
	Suecia	52	Estonia	56
	Irlanda	53	Israel	58
	Cuba	60	Luxemburgo	63
	Nueva Zelanda	62	Bulgaria	64
	Finlandia	68	Romania	65
	Islandia	75	Eslovaquia	68
	Malta	78	Hungría	71
			Francia	72
		Letonia	76	
		Austria	78	
<b>Densidad de Camas alta</b> (Nº de médicos > 40 por 10.000 habitantes)			República Checa	81
	Lituania	81	Alemania	83
	Bielorrusia	112	Corea del Sur	86
			Japón	139
			Mónaco	196
<b>Otros</b> (sin datos)			San Marino	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de OMS (2010<sup>a</sup>)

## Bibliografía

- **Ahmedov, Azimov, Alimova y Rechel (2007)**, *Uzbekistan: Health system review*, Health Systems in Transition, 2007; 9(3): 1–210, OMS, disponible en [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).
- **Aljunid y Zwi (1997)**, *Public and Private Practitioners in Rural District of Malaysia: Complements or Substitutes?* in Bennett *et al.* (1997), *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the public interests?* Zed Books pp 40-50.
- **Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS (2009)**, *las reformas de la asistencia médica china se dirigen hacia la cobertura universal*, disponible en [www.issa.int](http://www.issa.int).
- **Audibert y Mathonnat (2006)**, *Financement de la santé* (versión preliminar), CNRS / CERDI.
- **Baeza y Muñoz (1999)**, *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI*, Documentos para el Diálogo en Salud 3, Centro Latinoamericano de Investigación en Sistema de Salud, Santiago.
- **Banco Mundial (2003)**, *Uzbekistan Living Standards Assessment*, Washington D.C., World Bank (Report No. 25923-UZ), disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Banco Mundial (2010)**, *World Development Indicators*, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Barillas (1997)**, *La fragmentación de los sistemas nacionales de salud*, Revista Panamericana de Salud Publica 1997, v. 1, n. 3, pp. 246-249, disponible en <http://www.scielosp.org>.
- **Barracough (1997)**, *The Growth of Corporate Private Hospitals in Malaysia: Policy Contradictions in Health System Pluralism*, International Journal of Health Services, 1997, 27 (4), 643-659.
- **Birdsall, Hecht (1997)**, *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*, in Colclough (1997), *Marketising Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage?* Oxford: Oxford University Press.
- **Carrin y Hanvoravongchai (2003)**, *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?*, Human Resources for Health 2003, 1:6, disponible en [www.human-resources-health.com](http://www.human-resources-health.com).
- **Carrin y James (2003)**, *Determinants of achieving universal coverage of health care: an empirical analysis*, in Audibert, Mathonnat y De Roodenbeke (2003), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala ed, Paris, 2003, pp 299-321.
- **Carrin y James (2004<sup>a</sup>)**, *Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage*, International Social Security Review, Vol. 58, 1/2005, p. 45-64, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Carrin y James (2004<sup>b</sup>)**, *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire: Problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition*, Discussion Paper N°2 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP), WHO, Geneva, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Carrin, James y Evans (2005<sup>b</sup>)**, *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*, WHO, Department of Health Systems Financing, Technical Briefs for policy-makers N°1, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Central Intelligence Agency CIA (2010)**, *CIA World Factbook 2010*, disponible en [www.cia.gov](http://www.cia.gov).

- **Chan (2000)**, *Privatization, the State and Healthcare Reforms: Global Influences & Local Contingencies in Malaysia*, 4th GASPP Seminar on Global Social Policies and Social Rights, New Delhi, India, November 8-10, 2000, disponible en <http://prn.usm.my>.
- **Comisión Económica para América Latina y Caribe ECLAC (2009)**, *Economic Survey of Latin America and the Caribbean, Policies for creating quality jobs*, disponible en [www.eclac.org](http://www.eclac.org).
- **Congreso Nacional de Brasil CNB (1988)**, *Constituição da República Federativa do Brasil*, disponible en [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br).
- **De Souza (2002)**, *El Sistema Público de Salud Brasileño*, Ministerio de Salud de Brazil, Seminario Internacional sobre Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas, São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002, disponible en <http://bvsms.saude.gov.br>.
- **Dupuy (2011)**, *Factores claves y marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud*, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes (no publicado).
- **Fisher (2009)**, *China's Policies for Overcoming the Crisis: Old Reflexes or Strategy for a New Reform Miracle?*, Observatorio de la Crisis Mundial del Empleo, Organización Internacional del Trabajo, disponible en [www.ilo.org](http://www.ilo.org).
- **Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2009)**, *Estado de la Población Mundial 2009*, disponible en [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).
- **Fondo Monetario Internacional FMI (2010)**, *World Economic Outlook (WEO), Recovery, Risk, and Rebalancing*, October 2010, International Monetary Fund, disponible en [www.imf.org](http://www.imf.org).
- **Freedom House (2010)**, *Freedom in the World 2010, Erosion of Freedom Intensifies*, Selected data from Freedom House's Annual Survey of Political Rights and Civil Liberties, disponible en [www.freedomhouse.org](http://www.freedomhouse.org).
- **Gwatkin (2004)**, *Are free Government Health Services the Best Way to Reach the Poor?* HNP Discussion Paper, World Bank, September 2004, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **James, Hanson, McPake, Balabanova, Gwatkin, Hopwood, Kirunga, Knippenberg, Meessen, Morris, Preker, Soucat, Souteyrand, Tibouti, Villeneuve y Xuh (2006)**, *To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries*, *Appl Health Econ Health Policy*. 2006;5(3):137-53, disponible en [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).
- **Kaufmann, Kraay y Mastruzzi (2010)**, *The Worldwide Governance Indicators: A Summary of Methodology, Data and Analytical Issues*, World Bank Policy Research, disponible en [www.govindicators.org](http://www.govindicators.org).
- **Khoman (1997)**, *Rural Health Care Financing in Thailand*, in *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*, G.J. Schieber, ed. Washington, D.C.: World Bank, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Kutzin (2000)**, *Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for analysis*, Health, Nutrition and Population Department, World Bank, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Kwon (2002)**, *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea*, Organización Internacional del Trabajo, Geneva, disponible en [www.ilo.org](http://www.ilo.org).
- **Maddison (2010)**, *Statistics on World Population, GDP and Per Capita GDP, 1-2008 AD*, copyright Angus Maddison, university of Groningen, disponible en [www.ggdc.net](http://www.ggdc.net).
- **Medici (1994)**, *Evolución de la Estructura del Sistema de Salud en Brasil*, disponible en [www.tecsi.fe.usp.br](http://www.tecsi.fe.usp.br).
- **Médicos Sin Fronteras MSF (2007)**, *From emergency relief to development: No cheap solution for health care in Liberia*, disponible en [www.msf.org.uk](http://www.msf.org.uk).

- **Mills (2007)**, *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, disponible en <http://web.wits.ac.za>.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD, Instituto Nacional de Estadísticas INE (2010)**, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008*.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD (2010)**, *Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia* (Investigador Principal: W. Valdés, Asistente: R. Peñaloza), estudio preliminar no publicado.
- **Miranda (1994)**, *La Seguridad social y el Desarrollo en Costa Rica*, Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).
- **Nascimento, Andrade, Silva, Vieira da Silva, Teixeira, Cardeal (2003)**, *Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica*, Revista de Saúde Pública 37(6), 2003, disponible en [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org).
- **Organización Mundial de la Salud (2000)**, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, OMS, Ginebra, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2010<sup>a</sup>)**, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2010<sup>b</sup>)**, *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Mundial de la Salud (2011)**, *WHO global atlas of the health workforce*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Organización Panamericana de la Salud (2009)**, *Perfil del Sistema de Salud de Costa Rica*, disponible en <http://new.paho.org/>.
- **Oxfam International (2009)**, *Your Money or your Life, will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?*, disponible en [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org).
- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2006)**, *Health for all: a key goal for Uzbekistan in the new millennium*, Tashkent, United Nations Development Programme Uzbekistan, disponible en [www.undp.org](http://www.undp.org).
- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2009)**, *Informe sobre Desarrollo Humano 2009, superando barreras: Movilidad y desarrollo humano*, disponible en [www.undp.org](http://www.undp.org).
- **Rowland (1991)**, *Soviet health care from two perspectives*, Health Affairs, 10(3):71-86, disponible en [content.healthaffairs.org](http://content.healthaffairs.org).
- **Rosnah y Ng Kok Eng (2009)**, *Private Health Insurance in Malaysia: Policy Options for a Public-Private Partnership*, International Journal of Institutions and Economies, Faculty of Economics and Administration, University of Malaya, vol. 1(2), pages 234-252, October.
- **Saenz-Pacheco (2005)**, *The role of equity and solidarity within social health insurance, Chances and risk of the Costa Rica way towards universal coverage* International Conference on Social Health insurance in Developing Countries, Berlin, Dec 2005, disponible en [www.shiconference.de](http://www.shiconference.de)
- **Savedoff (2004)**, *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, Discussion Paper N°4 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP), WHO, Geneva, disponible en [www.who.int](http://www.who.int).
- **Schneider (2002)**, *Size and measurement of the informal economy in 110 countries around the world*, World Bank, disponible en [www.eldis.org](http://www.eldis.org).
- **Social Security Administration (2008)**, *Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific 2008*, disponible en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).

- **Social Security Administration (2009<sup>a</sup>)**, *Social Security Programs Throughout the World: Africa 2009*, disponible en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).
- **Social Security Administration (2009<sup>b</sup>)**, *Social Security Programs Throughout the World: America 2009*, disponible en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).
- **Social Security Administration (2010)**, *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2010*, disponible en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov).
- **Transparency International (2010)**, *Índice de Percepción de la Corrupción 2010*, disponible en [www.transparency.org](http://www.transparency.org).
- **Vision of Humanity (2010)**, *Global Peace Index 2010*, disponible en [www.visionofhumanity.org](http://www.visionofhumanity.org).
- **Wagstaff (2005)**, *Health systems in East Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers*, World Bank Policy Research Paper 3790, Washington DC, disponible en [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- **Yates (2009)**, *Universal health care and the removal of user fees*, *The Lancet*, 373: 2078-2081, disponible en [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
- **Zhu (2009)**, *A case study on social security coverage extension in China*, Working Paper No. 7 Project "Examining the Existing Knowledge on Social Security Coverage Extension", Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, Geneva, 2009, disponible en [www.issa.int](http://www.issa.int).