ESTUDIO COMPARADO DE DIEZ SISTEMAS DE SALUD NACIONALES. LOS DIVERSOS MODELOS DE REGULACIÓN, FINANCIAMIENTO, ASEGURAMIENTO, PROVISIÓN Y CONTROL. ENTRE LA MAYOR RESPONSABILIDAD ESTATAL Y LAS NUEVAS FORMAS LEGALES DE LA PROVISIÓN.

ESTUDIO COMPARADO DE DIEZ SISTEMAS DE SALUD NACIONALES. LOS DIVERSOS MODELOS DE REGULACIÓN, FINANCIAMIENTO, ASEGURAMIENTO, PROVISIÓN Y CONTROL. ENTRE LA MAYOR RESPONSABILIDAD ESTATAL Y LAS NUEVAS FORMAS LEGALES DE LA PROVISIÓN.

Dr Patricio Narodowski[1]

INFORME DE INVESTIGACIÓN- PDTS 2017[2]

[1] Han colaborado en la búsqueda bibliográfica y en los Anexos los licenciados Mariano Kleiman, Guillermina Julierac, Victoria Vescio y Florencia Tenorio, todos han respondido a mis indicaciones metodológicas en función de hipótesis definidas a priori por mi y mis requerimientos. Por eso asumo toda la responsabilidad sobre la lógica investigativa de este informe. Agradezco especialmente a Mariano Kleiman que respondío a mis inquietudes para cubrir los faltantes de datos u otra información a traves de la búsqueda bibliográfica en la última etapa. Agradezco los comentarios realizados por Rocio Jaimarena.

[2] Este informe de investigación se ha realizado en el marco del Proyecto PDTS UNAJ-UNLP actualmente vigente y ha contado con el asesoramiento de Arnaldo Medina. Ha sido concluido en diciembre del año 2017. Es inédito

Contenidos

Capítulo 1. Introducción 10

Capítulo 2. Los sistemas de salud en países seleccionados..... 13

2.1. Reino Unido. El paradigma del seguro universal 13

1. Grandes hitos del sistema de salud ingles.....13

1.1) Los albores del sistema. La “Poor Law” y la contención de la indigencia 13

1.2) La pos guerra y el Estado benefactor: la revolución del “National Health Service” público, el orgullo inglés.....14

1.3) El sistema de salud público, universal y gratuito y la crisis del Estado. El neoliberalismo de Thatcher y su guerra abierta contra las tradiciones del NHS. 16

1.4) Del fracaso de las reformas de Thatcher al intento de recuperar las bases del “orgullo inglés”: El NHS ante un nuevo gobierno laborista. 21

1.5) La crisis de 2009 y el gobierno de consenso. La búsqueda del equilibrio fiscal y el compromiso con la salud 23

2. El funcionamiento del sistema ingles alrededor del seguro universal.....24

2.1) La prestigiosa atención primaria británica y los General Practitioner (GP) 29

2.2) La importancia de los hospitales públicos 31

2.3) La relación entre seguros y proveedores 33

2.4) Sanatorios y hospitales privados en un contexto de fuerte presencia estatal 34

2.5) El gran poder de los médicos ingleses.....35

2.6) Laboratorios y medicamentos. Genéricos y productos de innovación de la mano.....37

2.7) La investigación en salud: entre la estructura pública y el poderío de las farmacéuticas 39

2.8) Costosos fracasos y nuevos intentos en el uso de Tics 40

Bibliografía 44

2.2. Francia. Un modelo dinámico, pero no tan (socialmente) equitativo 62

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud 62

1.1) La salud en el siglo XIX modelo de mutuales y medicina liberal.....62

1.2) La seguridad social en la tradición mutualista con libertad médica 63

1.3) La crisis de los 70 y sus efectos sobre la seguridad social. Reformas y conflictos 67

1.4) Los 90s. El control estatal ante una seguridad social costosa. El Plan Jupee y las reformas sucesivas 69

1.5) Los 2000. De la cobertura universal y el "mejor sistema de salud del mundo" a las reformas para controlar los costos. 71

2. El rol del Ministerio y del seguro público 76

2.1) Los seguros y la segmentación de la calidad del servicio 78

2.2) Las agencias regionales, mucha responsabilidad, pocas alternativas 81

2.3) El caos de la atención primaria francesa y los actuales intentos de trabajar coordinadamente 82

2.4) La autonomía de los hospitales franceses 83

2.5) El poder de los médicos (sobre todo los del sector 2) 86

2.6) La elevada prescripción de medicamentos 88

2.7) La investigación en Salud y el éxito de la estrategia de articulación público-privada...90

2.8) La Seguridad Social Universal, contexto perfecto para un innovador en TICs 92

Bibliografía 95

2.3 España. Un modelo inclusivo y dinámico, pero no tan (regionalmente) equitativo113

1. Antecedentes 113

1.1) De la sanidad disputada entre la iglesia y el Estado hasta la guerra civil 113

1.2) La posguerra: el sistema en un Estado franquista y católico 114

1.3) El fin del franquismo. La salud como cuestión de las Comunidades Autónomas y la fragmentación regional del sistema.....116

1.4) Las reformas de los 90s. El ajuste fiscal y los experimentos en 19 sistemas de salud distintos. 119

1.5) Los cambiantes 2000. La inversión pública y privada en salud y la coordinación como eje de las políticas 121

2. El Sistema de Seguridad Social como acuerdo entre el estado nacional y las Comunidades Autónomas 123

2.1) La atención primaria en el centro del discurso 127

2.2) Los múltiples experimentos de gestión de hospitales.....129

2.3) Los profesionales y los vaivenes de la posición sindical 131

2.4) El alto consumo de medicamentos 133

2.5) Investigación en salud: iniciativas públicas como forma de evitar el rezago.....134

2.6) Uso de TICs: avances en seguimiento de pacientes y los límites que impone la desarticulación entre Comunidades Autónomas 137

Bibliografía 141

2.4. Italia. El sistema que parece querer seguir siendo completamente público 160

1. Antecedentes del Sistema de Salud 160

1.1) Siglo XIX: las sociedades de mutuo socorro y las iniciativas regionales 160

1.2) Los años 20. El fascismo y la Salud.....161

1.3) La crisis de los 70s y la regionalización como respuesta 163

1.4) Debilidades del nuevo sistema, la Segunda Reforma de 1992 y los cambios del 1997-99 165

1.5) Los 2000. Siempre el ajuste fiscal.....167

2. El funcionamiento del sistema, con presencia casi monopólica de la salud pública y grandes diferencias regionales.....169

2.1 Generalidades.....169

2.2) La experiencia de la Azienda Sanitaria Locale como gestora a partir de la atención primaria. 173

2.3) El predominio de los hospitales públicos y los nuevos hospitales autónomos italianos 175

2.4) Los médicos de familia y los médicos de los hospitales. 176

2.5) La política de medicamentos basada en genéricos.....178

2.6) La debilidad de la Investigación en un contexto de baja capacidad estatal.....179

2.7) Los TICs en salud en la comparación internacional: la materia pendiente de la salud italiana. 181

Bibliografía 183

2.5. Canadá. El rey del no copago 189

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud 189

1.1) El Sistema de Salud en el modelo federal canadiense. La eterna disputa entre financiamiento central y poder provincial 189

1.2) Los seguros médicos de la posguerra.....190

1.3) El ajuste de los 90s.....192

1.4) Reformas recientes: la vuelta al enfoque que prioriza la salud y el rol de las TICS ...194

2. La lógica de un modelo de seguro público universal y sin copagos 200

2.1) Los sistemas provinciales. Ontario y el resto 203

2.2) La importancia de los seguros complementarios.....204

2.3) La atención primaria como política pública 205

2.4) Los Hospitales de Medicare. Las entidades sin fines de lucro en un contexto de fuerte presencia estatal.....208

2.5) Clínicas y sanatorios privados, un actor que presiona para crecer.....210

2.6) El poder de los médicos, especialmente de la Ontario Medical Association (OMA) ..211

2.7) El alto nivel del gasto en medicamentos 212

2.8) La Investigación en salud: las instituciones públicas al servicio de los genéricos y los dispositivos médicos 215

2.9) Las TICs como respuesta a una cobertura en un inmenso territorio.....217

Bibliografía 221

2.6. EEUU. El sistema pro-mercado que pugnaba por mejorar la inclusión 245

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud 245

1.1) El siglo XIX y el nacimiento de la salud paga 245

1.2) La intervención estatal al estilo norteamericano: el nacimiento de Medicare y Medicaid y el auge de los prestadores privados de salud.....248

1.3) Las políticas de los ochenta y noventa. Los intentos de control de costos y mayor cobertura en un sistema fragmentado. 250

1.4) El Obamacare: los intentos de intervención estatal y las resistencias de los paladines de la competencia.....254

2. Un panorama general de libre mercado.....255
2.1) El modo en que el sector público fue ganando algún espacio.....259
2.2) Los seguros públicos y la necesidad creciente de contener a los sectores vulnerables 261
2.3) Los seguros privados en su salsa.....265
2.4) La atención primaria, de menor a mayor.....270
2.5) Los Hospitales y la fuerte influencia del sector “sin fines de lucro” en un contexto de fuertes inversiones.....271
2.6) El poder de los médicos y el lobby de la Asociación Americana de Médicos 274
2.7) El mercado farmacéutico más caro en el país con la industria más poderosa del planeta.....276
2.8) La investigación como piedra fundamental del poder del sistema.....278
2.9) Los incentivos públicos para controlar costos por TICs.....279
Bibliografía 283
2.7. Chile. El otro sistema pro-mercado que pugna por la inclusión 308
1. Grandes hitos del Sistema de Salud.....308
1.1) Antecedentes. Estado y mutualismo obrero.....308
1.2) Un sistema nacido fragmentado.....309
1.3) El golpe de estado y el principio de la configuración del actual sistema con la creación del FONASA y las ISAPRES 311
1.4) Los 2000 y el Plan AUGE: retomando el objetivo de la equidad.....315
2. Las características generales de un sistema que fue corrigiéndose 316
2.1) FONASA y las ISAPRES 318
2.2) La atención primaria como política.....321
2.3) Los hospitales y las alternativas de gestión 323
2.4) El poder de los médicos.....325
2.5) El alto gasto en medicamentos 327
2.6) Un sistema organizado para la investigación pero una tenaz falta de recursos.....328

2.7) Las políticas públicas alineadas a la esperanza en TICs. 329

Bibliografía 332

2.8. Colombia. Otro modelo pro-mercado aún muy excluyente 347

1. Historia del Sistema de Salud.....347

1.1) Siglo XIX. El sistema de beneficencia 347

1.2) La posguerra: vaivenes del seguro 348

1.3) La ley 100: aumento de cobertura contra desregulación y segmentación. 352

1.4) El siglo XXI: el aumento del gasto.....354

2. Panorama general de uno de los sistemas más mercantilizados de América Latina ...356

2.1) Una Seguridad Social que produce fragmentación 360

2.2) La atención primaria en un contexto desregulado 362

2.3) Los hospitales en la encrucijada 363

2.4) Los médicos reproducen el dualismo 366

2.5) La poca cobertura en medicamentos 367

2.6) Un modelo de investigación en salud con cierto apoyo político y pobres resultados .368

2.7) La brecha entre los avances institucionales en TICs y su concreción en la práctica 370

Bibliografía 373

2.9. México. Un sistema caótico de seguros..... 394

1. Grandes hitos del Sistema de Salud.....394

1.1) De Porfirio a la revolución mexicana y Lazaro Cárdenas 394

1.2) De los esfuerzos de la posguerra para aumentar la cobertura al ajuste de la crisis de la deuda.....395

1.3) El nuevo ciclo de ajuste del gobierno de Salinas de Gortari y sus efectos 398

2. Panorama general de un modelo de un (casi) único pagador 402

2.1) El conjunto de seguros como consecuencia de un cambio errático hacia la cobertura 405

2.2) Los seguros privados como alternativa complementaria 408

2.3) La atención primaria fragmentada como la seguridad social.....409

2.4) Los hospitales y el alto peso del sector privado 410

2.5) Los médicos y el multiempleo 412

2.6) Proveedores de medicamentos y poder de compra estatal 414

2.7) Un Sistema nacional de innovación fuerte pero un sistema industrial subalterno 416

2.8) Los intentos de imponer Tics en contextos regionales con problemas serios de infraestructura 417

Bibliografía 420

2.10. Brasil. El gran proyecto universal, estancado. 440

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud 440

1.1) El sistema de salud desde el siglo XIX, hasta la posguerra. De las mutuales al desarrollo del Estado benefactor de Getulio Vargas. 440

1.2) Del segundo Vargas a Goulart 442

1.3) La salud en el milagro brasilero 443

1.4) Los 90s y los 2000. El sistema Único de Salud. Los intentos de un "National Health Service" en el contexto latinoamericano 445

2. Un modelo basado en el SUS 448

2.1) La lógica del SUS y el mercado de seguros privados que crece 452

2.2) Los esfuerzos brasileros por imponer los equipos de medicina familiar 455

2.3) Los hospitales estatales y municipales, entre el poder político y la autonomía 457

2.4) El panorama de los médicos en un contexto de informalidad creciente 460

2.5) El problema del acceso a los medicamentos 461

2.6) ¿Brasil país innovador en desarrollo? 463

2.7) Las TICS: entre iniciativas federales y los problemas de la falta de recursos del sistema 465

Bibliografía 468

Conclusiones 483

Capítulo 1. Introducción

Este informe intenta relevar organizadamente la información para la entender la evolución de los sistemas de salud, desde la posguerra hasta su conformación actual analizar las virtudes y falencias de cada modelo, de los que suenan como paradigmas y los que suenan como problemáticos en el marco del proyecto PDTS-INAJ-UNLP dirigido por el Dr Arnaldo Medina. Se trata del estudio de los sistemas de salud de diez países, seis de los denominados desarrollados y cuatro de América Latina, como puede observarse en el índice. Para hacerlo, distinguimos metodológicamente entre regulación, planificación y control, financiamiento y provisión. Se estudió el origen, las reformas, y el panorama actual, con un abordaje similar, para hacerlos comparables. Los casos analizados parecen adecuados como ejemplo de una buena variedad de sistemas de salud. Los casos parecen representativos aunque quedaron pendientes países como Alemania y Holanda que no pudieron realizarse por un problema de idioma, la bibliografía en inglés nos resultó insuficiente para contener los debates locales.

La metodología consistió en el relevamiento exhaustivo de la bibliografía en que se describe y debate el sistema de salud de cada país, tanto con documentos generalmente comparativos de los organismos internacionales (BID, BM, UE, OCDE, OMS/OPS, Cepal) como de instituciones locales. También para cada país se relevaron casos específicos, ejemplos positivos llevados adelante en la escala micro-territorial, que pueden ser importantes cuando es difícil emprender reformas generales. Además de esa lectura de bibliografía, se trabajó con notas periodísticas y el análisis de las webs de los organismos públicos y privados fundamentales de cada país (los registros de esa investigación se incorporan como Anexo 2). Nos faltó trabajo de campo, por eso el documento está abierto a todas las observaciones que quieran hacerse.

En cada caso se podrá analizar con la información recabada los vaivenes que sufren los países sobre todo en relación al ciclo económico y político que a su vez está influenciado por el nivel de desarrollo; todo lo cual determina entre otras cosas el gasto per cápita en salud, el valor absoluto del gasto público y su relación con el gasto privado (que involucra las varias fuentes de financiamiento y la importancia creciente de los copagos). Pueden verse los diferenciales del grado de responsabilidad que asume el Estado en cada contexto y los niveles de equidad posibles, además de las ineficiencias que puedan existir en cada modelo. Se muestra cómo evolucionaron los modelos de gestión, el rol de los seguros sociales, los procesos de descentralización, las formas de autonomía de las unidades de gestión de la atención primaria, los especilaistas y los hospitales, los instrumentos de compra y pago, los cambios en las relaciones laborales y la presión de los médicos, y por último, el uso de las tics. También puede verse en cada ejemplo, los diferenciales en cuanto a la investigación en salud, los roles del Estado y de las empresas, sobre todo farmacéuticas; además, las disputas entre ambos.

Las hipótesis que tenemos a esta altura del proyecto son las siguientes

1) Es claro que el gasto per cápita condiciona fuertemente las performances de los sistemas, que las diferencias en ese sentido son enormes y que los países de América Latina (AL) están lejos de los niveles suficientes para afrontar los desafíos de los servicios de salud actuales y garantizar una cobertura amplia de los sectores vulnerables, incluso de ciertos segmentos de sus clases medias. Sobresale la potencia de Reino Unido (RU), Canadá, y algunas Comunidades Autónomas (CCAA) de España; también surge el caso chileno, sobre todo debido a los esfuerzos inclusivos de los últimos años, se puede ver la mejora de Colombia pero se muestra su grado de fragmentación como difícil de superar. Brasil sobresale por su intento de universalización pero es clara la precariedad general actual.

2) Al margen de la génesis de cada sistema, las estrategias reales actuales se basan en el cuasi-mercado, pero que los gobiernos, sobre todo en los países desarrollados, se han ido alejando de las versiones más radicalizadas, generandose una convergencia. Sólo quedan algunas posiciones teóricas extremas, tanto de origen neoinstitucionalista como del sanitarismo más duro

3) En la mayor parte de los casos se mantienen y a veces aumentan los niveles de responsabilidad del Estado en la regulación, (fundamentalmente para ser capaz de distribuir riesgos e impedir cuasi-rentas privadas), pero también en el financiamiento.

4) La descentralización administrativa parece no tener retorno. La descentralización (en España e Italia especialmente) genera complicaciones pero hay países que intentan corregirla. Cada país debió responder a su propia historia, hay una gran heterogeneidad, la búsqueda continua.

5) Pero hay una separación cada vez mayor entre financiamiento y aseguramiento

6) En la provisión hay siempre más autonomía y la misma está –no importa la propiedad legal- cada vez está más alejada de presupuestos históricos y más cerca de retribuciones atadas a resultados y/o a cápitas con incentivos asociados a la complejidad técnica o socia.

7) Algunas estrategias innovadoras como las redes, el trabajo horizontal en equipo, la atención centrada en el paciente o los diferentes usos de TICs ayudan a la integración en los sistemas más fragmentados y a generar procesos participativos, pero aun no son –por diversos motivos- disruptivas del modelo hospitalario y médico hegemónico. La información recabada en la lógica en que el trabajo se ha hecho permite abordar estas temáticas y verificar al menos superficialmente las hipótesis. A continuación se presentan los sistemas nacionales con algunas conclusiones, en otro texto se presentarán los analisis comparativos con mayor nivel de elaboración y las conclusiones más detalladas.

Capítulo 2. Los sistemas de salud en países seleccionados

2.1. Reino Unido. El paradigma del seguro universal

1. Grandes hitos del sistema de salud ingles

1.1) Los albores del sistema. La "Poor Law" y la contención de la indigencia

La atención médica en el siglo XIX fue principalmente privada o vinculada a la caridad. Esto fue cambiando a partir de la nueva Ley de Pobres de 1834 (una enmienda de la originales del siglo catorce y quince). La misma focalizaba los cuidados de la salud en los indigentes pero con el tiempo fue haciéndose más laxa respecto a las personas tratadas (Webb, 1928). Lo hacía a través de hospicios vinculados a parroquias, que funcionaban como enfermerías y algunos hospitales municipales (Boyle, 2011; Goldblatt & Whitehead, 2000). En paralelo se Establecieron las nuevas Poor Law Unions que comprendían un área geográfica mucho mayor y daban responsabilidad a los sindicatos a través de los Consejos de Guardianes (Green, 2010).

Los trabajadores independientes acudian a consultorios y hospitales privados pero luego, en el período previo a la primera guerra mundial el Gobierno liberal de 1906-1914, siguiendo el ejemplo alemán, introdujo un plan nacional de obras sociales. El esquema era financiado por las contribuciones de los empleados y empleadores, y el Estado y solo cubría la atención primaria de sus aportantes directos, excluyendo los servicios hospitalarios (Gorsky, 2012). En 1919 se creó el Ministerio de salud.

Durante la entreguerrase aprobaban sociedades privadas que competían ofreciendo tratamientos médicos cada vez más complejos dentro del seguro social (que no tenía aportantes directos), y las responsabilidades del gobierno en la salud aun eran escasas (Whiteside, 1999).

Los gobiernos locales desarrollaban actividades preventivas mediante los Oficiales Médicos. Había un servicio médico escolar que realizaba inspecciones periódicas(Gorsky, 2008). Además, en ese período se transfirieron a las autoridades locales las enfermerias que venían

de la Ley de Pobres (Whiteside, 1999). Por entonces se produce un cambio institucional trascendente; se establecieron Comités de Asistencia Pública en las Diputaciones del Condado y Consejos del Condado de los que dependían los hospitales, algunas maternidades, centros contra la tuberculosis y de salud mental. Según Wofinden (1947), la ley tenía por objeto integrar los servicios sanitarios locales. La Asociación Médica Británica se opuso al cambio por el rol que tenían los oficiales y por considerar una invasión de la salud privada (Wofinden, 1947).

Pero el modelo empieza a cambiar con los inicios de la guerra. El Gobierno establece un Servicio Médico de Emergencia y todos los hospitales se registraron y funcionaron centralmente (Glennerster & Matsaganis, 1993). Ya finalizando la guerra, en 1942 aparece el informe Beveridge que propone que todo ciudadano en edad laboral debía pagar una serie de tasas sociales semanales, con una contrapartida de prestaciones en caso de enfermedad, desocupación, jubilación, etc. que asegurara un nivel de vida mínimo por debajo del cual nadie debía caer, "desde la cuna hasta la tumba" (Ochoa, 2009). El informe no contemplaba las mujeres solteras y los migrantes de países de la Commonwealth (Dee, 2014).

1.2) La pos guerra y el Estado benefactor: la revolución del "National Health Service" público, el orgullo inglés

En 1945 el gobierno laborista crea el National Health Service (NHS) que finalmente, luego de muchas negociaciones con el sector médico y el partido conservador, fue implementado en 1948. Se trataba de proporcionar un servicio preventivo y curativo completo para toda la población, financiado por impuestos generales, independientemente de los ingresos de cada persona (Greengross, Grant, & Collini, 1999).

El modelo se basaba en una estructura, en la que estaban separados los tres niveles de servicios en distintos niveles de gobierno con fuerte control central. La responsabilidad de los servicios hospitalarios y los especialistas quedaba en 14 Juntas Regionales de hospitales y 36 Comités de gobierno hospitalario (RHB), que pasaron a ser el principal instrumento de la gestión local. Tenían a cargo 388 hospitales, varios de ellos recientemente construidos. Había 36 hospitales de enseñanza que quedaron fuera de esta estructura, dependientes directamente del poder ejecutivo. Los médicos estaban fuertemente representados. Los hospitales eran manejados normalmente por un triunvirato formado por profesionales del mismo (Harrison, 1994; Stewart, 1997).

Por otro lado, había 146 autoridades locales, conocidos como Consejos Ejecutivos, que recibían dinero directamente del Ministerio de Salud, para administrar los servicios del médico de familia, los Consejos estaban compuestos por 24 miembros rotativos con representación de médicos, farmaceuticos, dentistas, la comunidad y el gobierno (Moore; 1947; Glennerster & Matsaganis, 1993;Rivett, 1998; Guillebaud, 1956)

El Ministerio de Salud contaba con el asesoramiento del Consejo Central de Servicios de Salud (CHSC), que tenía un componente profesional importante (los comités médicos, enfermería, obstetras, farmacéuticos y odontólogos) junto a los miembros representativos de los gobiernos locales y la gestión hospitalaria. Los comités devinieron en colegios (Rivett, 1998).

La introducción del modelo de NHS afectó a muchas organizaciones que habían participado en los debates que lo precedieron. La Asociación de Hospitales británico, que había representado a los hospitales voluntarios, perdió peso mientras que la Asociación Médica Británica (BMA) continuó en el centro de la política debido a la influencia de los médicos generalistas que tenían un rol cada vez más activo enfrentados a los cirujanos del hospital (Rivett,1998; Rintala, 2003).

Los generalistas, médicos de familia y los especialistas se oponían a la intención de limitar nuevos ingresos y a la relación de dependencia y preferían mantener la independencia y el sistema de tarifa libre, por eso no aceptaron encuadrarse dentro de los centros de salud locales. Las reformas posteriores seguirían intentándolo. Como veremos, en los 70s, se organizaría el cuerpo profesional bajo la “Royal College of General Practitioners”. Hasta 2004, seguirían fuera del control local dado que estaban bajo un contrato nacional de servicios médicos y recibían una paga en función al servicio que brindaban y a su número de pacientes. (Goodwin, 2011)

Para romper con la resistencia existente, la ley permitió, mantener las consultas privadas y sus propias camas en los nuevos hospitales públicos; se les garantizó puestos asalariados dentro del NHS, un sueldo de por vida y pensiones indexadas y el control sobre el mecanismo de mérito para asignar sus salarios y pensiones. La estrategia fue conocida como "tapar la boca con oro"(Light, 2003; Davis, 2014).

Por eso, a principios de la década del cincuenta, el sistema empieza a recibir críticas que giraban en torno a lo excesivo del gasto, y a un control financiero insuficiente (Cutler, 2003). Un comité presidido por el economista Claude Guillebaud en 1953, formado a tal efecto, recomendó solo una limitación de la participación médica en las juntas administrativas de los hospitales (Suplemment of the British Medical Journal, 1956).

En los 60s el "Plan Hospitalario para Inglaterra y Gales" (1962) permitiría la construcción de 90 hospitales de entre 600 y 800 camas (Mohan, 2011; Maybin, 2007b). Fue una época en la que hubo fuerte inversión en tecnología junto con el desarrollo de las estructuras de carrera de especialistas hospitalarios y el aumento de la injerencia médica en la gestión (Greengross, Grant y Collini, 1999).

1.3) El sistema de salud público, universal y gratuito y la crisis del Estado. El neoliberalismo de Thatcher y su guerra abierta contra las tradiciones del NHS.

Para fines de los sesenta, como señala Klein (2010) ambos partidos tradicionales consideraban que el sistema era ineficiente. Los libros verdes (1968 y 1970) del gobierno laborista plantearon sustituir el sistema administrativo tripartito existente, que cubría los servicios de médico de familia, hospitalarios y los servicios locales de salud, por un sistema unificado de administración de todos estos servicios.

El primer libro verde proponía un sistema de delegaciones geográficas donde todos los niveles de salud quedasen integrados bajo 40 o 50 Juntas de Área, responsables éstas de todos los servicios. El segundo, era una enmienda al anterior y apuntaba a las necesidades del paciente, de los enfermeros y del resto del personal auxiliar, así como a mejorar la inserción del médico de familia en la gestión de la atención de Salud familiar (Crossman, 1969). Proponía redoblar el número de “juntas de áreas” y la formación de comités locales con mayor participación de los ciudadanos y los trabajadores de salud. La cadena de mando tenía que pasar del Ministerio de salud a estas nuevas Juntas, quedando la regulación del sistema local en manos de juntas de áreas regionales con mayor independencia (Briant Edwards, 2005).

Con una nueva victoria del gobierno conservador en 1970, apareció el Libro Blanco, que propuso la creación de 90 autoridades de salud de área (AHA) que, contra el espíritu anterior, giraba en torno del hospital general del distrito. Cada AHA debería encargarse de la planificación y prestación de servicios de salud bajo el mando de las nuevas autoridades regionales de salud (RHA). Las conducciones pasaban a ser multidisciplinares. Se contemplaba, dentro de ese esquema, la creación de comités de médico de familia (Boyle, 2009; Edwards, 2005). Los distintos niveles debían trabajar en consenso, lo que suponía riesgo de conflicto.

El Departamento de Salud quedaría encargado de las asignaciones de capital e ingresos a los RHA, que a su vez debería distribuirlo a los AHA para cubrir sus costos. Las 14 autoridades regionales de salud seguían encargadas de ser el nexo entre el Estado central y los AHA, pero el poder lo tendrían las RHA. Los consejos comunitarios de salud (CHC), quedaban aislados (Castle, 1974). Las universidades con facultades de medicina debían optar por la zona en la que trabajarían, integrándose al sistema regional. En el fondo, estaba el objetivo de limitar la libertad clínica y el poder médico, mientras que se buscaba el fortalecimiento del control de la gestión de los recursos y las prioridades de gasto (Scott-Samuel, et al. 2014).

La reforma se implementó en 1973, los médicos perdieron algo de su poder debido a la incorporación de otros profesionales en los equipos, pero mantenían su independencia, con escasas regulaciones sobre su práctica; además podían continuar utilizando las instalaciones públicas con fines privados (Parliament of the United Kingdom, 1973). Pero los otros profesionales ahora tenían poder de veto (Harrison, 1994). El poder quedó compartimentado horizontal y verticalmente, el desorden aumentaba. La comunidad era ajena. Además, se seguía cuestionando el sesgo financiero en favor de Londres y el sureste de Inglaterra (Smith , 2008). Unos años después, en 1977 se establecen las Juntas de Servicios de Salud para regular el servicio de camas privadas en el NHS, negando nuevas autorizaciones.

El gobierno laborista sucesivo anunció una revisión por parte de una comisión especial técnica, el Grupo de Trabajo de Asignación de Recursos. Éste propuso establecer los objetivos presupuestarios para las autoridades regionales de salud (sin atención primaria), en base a cantidad de población y las características demográficas, permitiendo ajustes por variación en los precios de los insumos para el servicio. Smith (2008) señala que esta propuesta no es una fórmula infalible, dado que, al basarse en el supuesto de que el sistema cumple con las necesidades de todo tipo de poblaciones dentro de su región, cualquier inequidad (por ejemplo, contra minorías étnicas) se perpetúa dado que el modelo distributivo no captura este problema. El único índice que podría dar cuenta de esta inequidad es la tasa de mortalidad, pero solo de forma muy superficial.

El gobierno laborista tuvo que enfrentar durante los 70s la crisis económica. De todos modos, el gasto público en servicios hospitalarios (el 70%del total del presupuesto del NHS), subió un 7% en términos reales durante toda la década (Day & Klein, 1991). El programa de construcción de hospitales se redujo y los pequeños hospitales continuaron en operación (Maybin, 2007b).

En lo que hace al sistema bajo análisis, en 1980 se presenta el informe Black que debía estudiar el fenómeno de la desigualdad en la salud del Reino Unido. Allí se plantea que a pesar de la disminución de la tasa de mortalidad infantil en todas las clases, la diferencia en la tasa entre las clases más bajas y la más alta había aumentado junto con las desigualdades en la utilización de los servicios (Black, 1980). Sin embargo, estas divergencias no se atribuían principalmente a fallas en el SNS, sino a muchas otras disparidades: ingresos, educación, vivienda, dieta, empleo y condiciones de trabajo. En consecuencia, el informe recomendaba una amplia estrategia de política social más cercana a la población, sobre todo para la prevención de la mortalidad materno-infantil (Black, 1980; Gray 1982).

El gobierno rechazó sus recomendaciones (Ruth Thorlby, 2010; Alex Scott- Samuel, 2014; (Berridge, 2003) (Acheson, 1998). Inicia un fuerte ajuste fiscal, mediante techos al gasto y la subcontratación de servicios (inicialmente de limpieza, cocina y lavandería). Más tarde se sumaron los servicios clínicos a la lista (Scott-Samuel, y otros 2014). Según Bloor y Maynard (1993), la restricción relativa mayor a los presupuestos de los hospitales durante los años ochenta contribuyó en gran medida a la percepción pública de un servicio de salud con financiación estancada.

Ese mismo 1980, la Ley del Servicio Nacional deroga las disposiciones laboristas de 1977 de negar cualquier nueva autorización para beneficiar pacientes "privados" en los servicios del NHS y abre paso a la prestación privada dentro de éstos (Mohan, 1995). La compra de atención hospitalaria aguda privada se estimuló a través de una serie de medidas, incluyendo exenciones fiscales para los seguros médicos privados y una liberalización de las regulaciones, permitiendo a los médicos realizar trabajos fuera del contrato estatal sin poner en peligro sus salarios del NHS. También se estimulan los seguros privados retirando los exámenes de la vista y de los odontólogos del NHS. La tendencia hacia la desregulación de las drogas, que permite a los pacientes comprar muchos preparados que antes sólo se encontraban disponibles con receta médica, ha hecho que la gente pague los precios de venta libre de los medicamentos que antes podían haber sido recetados sin cargos. (Butler, 1997)

En lo que hace a la organización del sistema, en 1980 se abolió la Junta de Servicios de Salud, pasando sus facultades de regulación de los hospitales privados al Secretario de Salud. En 1983 luego del informe Griffith (que propone cambios en el modo de gestión de los organismos territoriales), se crea el “Consejo de Supervisión de Servicios de Salud” ,presidido por el Secretario de Estado, y con la participación del Secretario de salud, un médico y tres miembros especialistas, con responsabilidad sobre las decisiones de los recursos del NHS, ahora en

manos de una Junta multiprofesional de Gestión que asumiría todas las responsabilidades preexistentes pero, ubicadas ahora, en el Departamento de Salud (Griffith, 1983; Harrison, 1994).

En paralelo se eliminaron las ya mencionadas Áreas, que fueron reemplazadas por las autoridades sanitarias de distrito (DHA), rompiendo el enlace con la autoridad local (Boyle, 2011; Mohan, 1995). A nivel local se proponía un presupuesto de gestión, mediante la asignación de fondos según la carga de trabajo de los especialistas.

La política se centró en lograr en los pagos una conveniente relación calidad-precio. Para eso en 1983 se introdujo un régimen nacional de "rendimiento", basado en la medición de 70 indicadores de insumos, los volúmenes de atención, y rentabilidad (Beaussier y otros, 2013). El nuevo Libro Blanco de 1987, propone ir más a fondo con una más clara división entre proveedores y compradores y la libre elección del paciente. Se seguía el modelo norteamericano de mercado pero sobre la base de subvenciones anuales estatales y con ciertas regulaciones en la calidad del servicio. La Ley del Servicio Nacional de Salud y Asistencia Social de 1990, avanzó con esta política mediante la introducción de mayor competencia entre los proveedores del NHS. Las autoridades de los distritos, financiadas por una formula por tamaño y composición demográfica, debían comprar los mejores servicios que pudiesen de una variedad de proveedores con criterios administrativos. La ley comenzó a implementarse en 1991.

Dentro de los hospitales surge la propuesta de la figura del manager general único, con libertad para estructurar el servicio de la manera que creyese más eficiente (Edwards, 2005). Esta figura ya había sido rechazada por la Asociación Médica Británica, pero finalmente, se llega al concepto negociado del " Director general". En 1987 se modificó la composición del Consejo de Administración para que un tercio de sus miembros surjan de entornos comerciales. Esto representó de todas formas el desplazamiento de los médicos y la abolición del veto médico formal pero, en paralelo, se respetó la autonomía (Harrison, 1994). El Colegio Real, en representación de prestigiosos especialistas, emitió una declaración pública advirtiendo los problemas del NHS (Klein ,1998; Day, 1991).

Sobre el final del proceso, los críticos ya planteaban que si bien el número de personas cubiertas por el seguro privado se había elevado de tres millones y medio en el inicio de la década a casi seis millones al final (Day y Klein1991), los gastos de bolsillo de los pacientes del sistema público habían crecido (Propper, 1998). El gasto publico en salud habia crecido a una tasa más baja que la década anterior que presentó el 1,5% anual (Bloor y Maynard, 1993).

Como vimos, se trata de la separación de compradores y proveedores. Los distritos pasaron a tener una gestión mas administrativa, con un presupuesto dado e incentivos al ahorro. Los proveedores de atención se reorganizaron. Aquellos médicos o centros con más de 11mil pacientes registrados, pasaron a tener la posibilidad de convertirse en tenedores de fondos, los Fund holders (Day, 1991), responsables de sus propios presupuestos con total libertad para contratar una gama de servicios para sus pacientes (Smith, 2008). En este esquema, con un presupuesto limitado por paciente, el médico tenía incentivos para minimizar el gasto en los servicios prescriptos (Naylos, y otrs, 2013). Si los médicos generales decidían no convertirse en Fund holders, las autoridades de salud del distrito seguían conservando este rol. En el trabajo de Proper (1998), perteneciente a una serie de documentos editados por Alan Maynard, un defensor del sistema de mercado, se reconoce el incentivo a entrar al esquema y ser eficientes aun a costa de "descremar "el mercado, seleccionando para su cartera los pacientes menos costosos.

Por otro lado, las reformas en los hospitales profundizaron el modelo gerencial con la creación de grupos de hospitales autónomos,los trusts, cuerpos independientes responsables también de la gestión de sus propios presupuestos (Klein, 2004). Se les daba considerable libertad para determinar sus políticas y las escalas de sueldos. Dirigidos por un director médico con mayores facultades, el hospital y sus médicos debían competir entre sí por los contratos de pacientes y minimizar costos. Para las nuevas inversiones un consorcio del sector privado diseñaba, construía, financiaba y hasta administraba el hospital. A cambio, los NHS Trust pagaban una cuota anual para cubrir los gastos de capital, incluyendo el costo de los préstamos, el mantenimiento del hospital y los servicios no clínicos prestados a través de contratos de 25 a 35 años (Pollock et al, 2002).

Aproximadamente el 90% de los hospitales se volvieron Trust, con un staff permanente reducido. Así dejaron de estar bajo el control de las autoridades sanitarias regionales, se convirtieron en entidades legales separadas, sin garantía de un flujo de pacientes. Más bien, eran ellos los que tendrían que atraer a los organismos regionales responsables de la compra de servicios para los pacientes (Propper y otros, 2003; Brereton & Vasoodaven, 2010)

Sin embargo, el mecanismo, incluso para visiones afines a las reformas, no dio resultados ni en la mejora de la calidad ni en la equidad en el servicio (Proper, 1998). Los General Practitioner (GP) sujetos a poca vigilancia en la forma en que utilizaban sus fondos, aumentaban su actividad en el período de espera legal (donde se calculaba sus pacientes y así su ingreso) y la disminuia luego de ser nombrados ya que el control iba disminuyendo. A

esto se le agregaba que los ahorros en gastos que los GP tuvieran podían ser conservados, lo que incentivaba las conductas rentistas . (Croxson, Proper y Perkins;1998) . El modelo perdía de vista la calidad del servicio. Se negociaba precio a costa de la calidad, sobre todo en la población carenciada y en zonas alejadas, con diferencias en cuanto a la gama de tratamientos que se ofrecían. Además habían subido demasiado los costos administrativos y había un problema de coordinación entre tantos competidores (Ruth Thorlby, 2010; Judge, 1996; Goldblatt & Whitehead, 2000; National Assembly of Wales ,2001; Acheson, 1998; Proper, 1998).

En los casos de estudios sobre practicas médicas, no se halla gran cantidad de evidencia positiva (Le Grand, 1999) si, tal vez, contradictoria (Enthoven, 2002; Ewan Ferlie, 2001). El trabajo citado por Fearlie (2001) del Commonwealth (2000) muestra que casi la mitad de los doctores, hacia final del siglo, percibían al sistema como deteriorado respecto a la apreciación que se tenía de él a mediados de los ´90. Sentimientos similares surgían de entrevistas a pacientes (Bruster, Jarman, Bosanquet, Weston, Erens, & Delbanco, 1994; Propper y otros, 2003).

1.4) Del fracaso de las reformas de Thatcher al intento de recuperar las bases del "orgullo inglés": El NHS ante un nuevo gobierno laborista.

En este período se vive un proceso de mayor impulso fiscal en general. El gasto en salud aumentó hasta el 8,8% del PBI, casi 3 puntos por encima del período anterior. La proporción del gasto público en el gasto total en salud aumentó de 80,4% en 1997 a 82,8% en 2011(Office for National Statistics, 2012; Arora, Charlesworth, Kelly & Stoye, 2013)

En lo que hace a la gestión en si, el nuevo Libro Blanco de 1997 plantea disminuir los problemas en el acceso a los servicios y para eso hacer un mejor uso de los recursos. Se planteó un conjunto de modificaciones pero la reforma se tuvo que negociar con los conservadores.

Se mantiene la distinción entre compra y prestación pero cambia la naturaleza de las instituciones. El régimen de fundholding de médicos generales fue abolido, aunque se reencarnó en el sistema de fideicomisos: Primary Care Trusts (PCT). El modelo exige que todos los médicos generales, dentistas, farmacéuticos y otros proveedores de atención primaria dentro de un área geográfica determinada, se inscriban en uno de estos fideicomisos organizados a través de fundaciones de atención primaria, obligatoriamente. Hoy, cada uno de

estos tienen un promedio de 100.000 pacientes y controlan el 75 por ciento del total del gasto del NHS (Klein, 1998; 2004). Esto no garantiza que la atención primaria esté en línea con la política de la autoridad de salud del distrito.

En lo que hace a los trust se realizó un proceso de concentración con el fin de lograr ahorros vía mayor escala (House of Commons Health Committee, 2005). Se les dio mayor autonomía fiscal y de gestión y se implementó el sistema de pago por resultados, con un fijo por cada episodio, basado en los costos medios (Thorlby & Maybin, 2010). Pero la gran novedad es que a diferencia de la competencia de los noventa, donde hospitales competían en precio y calidad bajo los contratos con los compradores estatales o fund holders, ahora el Estado regula las tarifas en función de precios fijos por servicios determinados a nivel central. Se definen además objetivos de tiempo de espera y esperas máximas (Thorlby, 2010). La coordinacion general debía ser llevada a cabo por alguna de las diez Autoridades de Salud Estratégica (SHA), en nombre de la Secretaria de Estado.

Por otro lado, se permitió atender a pacientes del NHS con cobertura estatal en los privados, sin perder la condición de tratable por el NHS, específicamente en los llamados centros de tratamiento independientes, mediante un contrato especial incluso para atención primaria con control de las autoridades regionales (Department of Health, 2009).

Tenían libertad para decidir sobre las estructuras salariales, al margen de los acuerdos nacionales y se les dio mas límite para conseguir capital en el mercado.

Se introdujeron progresivamente objetivos relacionados con lograr servicios uniformes de alta calidad en todo el país. Se crea la Comisión para el Mejoramiento de la Salud. A modo de evaluación, en función de su rendimiento, a los hospitales se les otorgaba tres, dos, o ninguna estrella. Para un buen desempeño, el premio era mayor autonomía; para bajo rendimiento, la pena era la renuncia del Director Ejecutivo del hospital y la intervención del Departamento de Salud.

En general, la evaluación es positiva, sobre todo en lo relativo a uno de los objetivos centrales: reducir los tiempos de espera (Anthony Harrison, 2009; Gubb, 2007). La división de funciones y la complejidad del sistema no mejoró demasiado. La bibliografia valora que hubo más recursos, pero se critica el hecho de que no se limitó el poder del hospital y se descuidaron los PCT, que resultaron debilitados. Se resalta también las constantes reorganizaciones del servicio (Toynbee, 2007)

1.5) La crisis de 2009 y el gobierno de consenso. La búsqueda del equilibrio fiscal y el compromiso con la salud

Desde 2008 se implementa la política “cualquier proveedor calificado (AQP)” que amplía la elección de los pacientes a todos los proveedores registrados en cualquier contrato que esté dispuesto a prestar servicios a la tarifa del NHS (Arora, 2012). En lo que hace a la relación con los médicos, disminuye el número de miembros –y de miembros médicos- del General Medical Council; en segundo lugar,se define que todos los ingresos en la profesión serían aprobados por la Comisión de Nombramientos (Chamberlain, 2010).

Con un gobierno de coalición en el poder , salió el último Libro Blanco de 2010 “Equity and excellence: Liberating the NHS”. Se trata de un intento más de desburocratizar, desregulando el sistema.

Como consecuencia, la Ley de Salud y Asistencia Social 2012 elimina los Primary Care Trusts, por considerarlos ineficientes y se crean el NHS England, NHS Trust Development Authority, Healthwatch, la Comisión de Calidad de Cuidados (CQC) y el Public Health England como cuerpos autarquicos a nivel central (National Health Service, 2013; Arora, 2012). El NHS England toma muchas de las responsabilidades históricamente ubicadas en el Departamento de Salud, reglamentando los servicios de atención primaria (incluyendo servicios de GP) y los servicios especializados (Charlesworth, Smith y Thorlby 2015); el NHS Trust Development Authority sería encargado de los hospitales de menor jerarquía que no llegan al estatus de Trust, teniendo como objetivo que todos los hospitales se conviertan en Trust; su propósito es representar la opinión del público mediante la recopilación de puntos de vista sobre la salud y la asistencia social, tanto a nivel local como nacional. El Healthwatch debia realizar el control de los Clinical Commissioning Groups (CCG) con énfasis en la percepción de los pacientes. El CQC es el regulador independiente para la calidad (incluyendo proveedores privados), inspeccionando hospitales, casas de cuidado, etc. Public Health England reune a más de 70 organizaciones, incluida la antigua Agencia de Protección de la Salud (HPA), en un único servicio público de salud de investigación y estudio sobre el NHS.

Surgen ademas parámetros muy restrictivos a fin de lograr ahorro de recursos y un congelamiento de salarios hasta 2013, lo que permitió una reducción del 2,8% en el gasto de personal (OECD, 2015). También se modificaron contratos con los centros de atención privados, equipos, servicios de limpieza y de catering. La ley estimula a los comisionados locales para que pongan a licitación una mayor cantidad de servicios por fuera de la órbita de proveedores públicos (Fotaki, Ruane, & Leys, 2013).

En la mencionada ley aparecen los CCG, consorcios responsables de la compra de atención comunitaria y de los servicios secundarios para sus poblaciones locales. Son presididos por un médico general y no por un técnico y tienen una Junta que incluye una combinación de representantes (comúnmente médicos), miembros del equipo ejecutivo, miembros comunales y representantes de otros socios locales (Naylor y otros, 2013). Cada CCG cubre un tamaño promedio de población de alrededor de 250 mil personas (el rango va desde 61mil a 860mil). Algunas entraron en asociaciones con los CCG vecinos. Todos los médicos de cabecera están obligados a ser parte de un grupo como estos con el doble rol de proveedores y planificadores del servicio (Godwin,2011).

El mecanismo de transferencia sigue siendo la formula “Resource Allocation Working Party” (RAWP), llevada a cabo por el comité consultor que revisó la distribucion de recursos en los 70s en base a poblaciones, ponderadas por factores socio económicos. Pueden encargar los servicios de una gama de proveedores, incluyendo a los sectores privados y sin fines de lucro (NHS England, 2014a; Pollock & Price, 2011). Cualquier ahorro en la provisión queda en poder de ellos (David Buck, 2013). Según Naylor (2013) los responsables de estas unidades aceptan que las mismas tienen que desempeñar un papel activo en la mejora general, pero varios expresaron su inquietud acerca de cómo realizar esta tarea más de gerentes que de médicos.

Al mismo tiempo se intensificó la autonómia hospitalaria, ya que empezó a exigirse que todos los hospitales se convirtiesen en “fundaciones”, con el estaturo autónomi ya analizado, pero según Ham, et al (2015) la cantidad de establecimientos que lo ha hecho es aun baja . Tal vez uno de los problemas más importantes del último período es que la tasa de crecimiento del gasto en salud fue del 2,1%, inferior a la inflación y el crecimiento demográfico combinado (Aurora, 2012; Cooper, 2015).

2. El funcionamiento del sistema ingles alrededor del seguro universal

Desde su fundación en 1948, el NHS mantuvo sus principios de universalidad, gratuidad, atención en base a la necesidad y financiación central (Grosios, Gahan, & Burbidge, 2010). El servicio de salud, formalmente universal en su cobertura, está restringido a todo residente regular, cubierto por el Sistema Nacional de Salud (SNS). En este contexto, los pagos extras se limitan a los servicios que quedan fuera del ámbito del SNS, para ellos hay seguros complementarios.

El gasto en salud representa el 8,8% del PBI. La proporción del gasto público en el gasto total era del 83% en 2011(Office for National Statistics, 2012; Arora, Charlesworth, Kelly & Stoye, 2013), lo que es relativamente alto en comparación a otros paises de la OECD (OECD, 2014). El gasto cayó en términos reales cerca de un 1% anual en 2010 y 2011 y creció un 3,2% entre 2012 y 2013. El gasto privado entre 2008 y 2011 cayó casi un 6% en términos reales y creció un 0,3% en 2012 (Lewis & Cooper, 2015; Arora, Charlesworth, Kelly & Stoye,2013), perdiendo participación relativa.

Este gasto privado está compuesto en un 37,2% por el gasto privado en medicamentos, los de venta libre (con más de un tercio del gasto final de los hogares en 2013) y el copago que se abona por los remedios cubiertos por el seguro (actualmente de USD12 por artículo); los pagos por aparatos y equipos terapéuticos el 19,7%, los servicios hospitalarios por la elección de alternativas de atención, generalmente por las listas de espera, representaron el 18,0%; los servicios dentales son el 12,0%, los servicios ambulatorios el 9,6% y los servicios paramédicos el 3,5% (Cooper, 2015; Lewis & Cooper, 2015)

Actualmente, el Departamento de Salud enuncia objetivos de cobertura y calidad, y define un presupuesto, financiado por rentas generales. Los impuestos al trabajo representan menos del 20% de la recaudación del NHS (The Kings Fund 2016) . El Ministerio tiene incumbencias en todo el Reino Unido

Además, a nivel federal está Monitor que es el enteautarquico responsable de otorgar licencias a los proveedores, interviene en la regulación de los precios de los servicios del NHS y debe interceder en restricciones de la competencia.

Monitor tiene un rol central en el Nuevo esquema del NHS, dado que es el regulador estatal de los Fundation Trust, los centros hospitalarios dotados de autonomía. Cumple así la función de nexo entre los parámetros establecidos por el NHS y los hospitales de mayor jerarquía. Para los hospitales que no alcanzan el status de Trust, está como ente encargado de ellos, con más atribuciones en sus operaciones cotidianas, el Trust Development Authority. El cual, como su nombre lo dice, tiene el objetivo de lograr que los hospitales bajo su gestión desarrollen el nivel de Trust en un periodo de tiempo.

El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) es el organismo encargado de la elaboración de directrices y normas nacionales relacionadas con la promoción de la salud y la prevención, pero fundamentalmente realiza la evaluación de tecnologías nuevas y existentes (incluyendo medicamentos y procedimientos) y define las guías para atención clínica.

Como otro ente dedicado a la elaboración de informes y regulación técnica del sistema aparece el Health & Social Care Information Centre.

El Care Quality Comission (CQC) es el responsable del registro, y el aseguramiento de los resultados de calidad de atención, pero este ente ha tenido muchas críticas, por ejemplo, por auditorías a Hospitals Trust (Laurance 2013) o por la forma de seleccionar las inspecciones a los hospitales (Griffiths, y otros 2015). La autoridad de aplicación de la investigación es el Instituto Nacional de Investigación en Salud (INDH) (Grosios, Gahan, & Burbidge, 2010).

Healthwatch England es el organismo representante de los usuarios del NHS teniendo representación local en todo Inglaterra, desde 2016 el director es nombrado por el CQC, generando una contradicción al sistema, dado que entre sus tareas está expresar la opinión de los usuarios sobre este organismo (HSJ 2016). Los problemas de este regulador continúan, dado que se ha comenzado a reducir el número de personal para trabajar más estrechamente con el CQC (Robinson 2016), aunque el año pasado casi un tercio de las autoridades locales habían recortado el presupuesto de los Healthwatch locales (NHE 2016).

La British Medical Association, es el organismo que representa a los médicos e históricamente ha sido un centro de poder del sistema. Negocia con el Estado los contratos de los médicos generalistas (GP) y ha sido el brazo profesional del sistema durante mucho tiempo. Desde los noventa, con la reforma de Thatcher, ha perdido participación; sin embargo, sigue siendo muy poderoso.

La General Medical Council (GMC) es el órgano de disciplina y control. Desde finales de 2012, se pusieron en marcha requisitos de revalidación cada 5 años para todos los médicos registrados. Este nuevo sistema es mucho más detallado que cualquier otro proceso similar que podemos encontrar en cualquier otro país desarrollado. El principio de revalidación es de evaluación de los médicos contra los requisitos de la guía del GMC 'Buena Práctica Médica' (Williams, Lees, & Boyd, 2014).

El organismo de aplicación del seguro es el NHS del Reino Unido, que descentraliza sus decisiones en los sistemas regionales, obviamente el más importante es el NHS Inglaterra.

Éste organo es responsable de aplicar la fórmula para las tranferencias regionales y establece las prioridades , determinando, en función de ellas, los precios del sistema de Pago por Resultados (PbR) que es el que se aplica a hospitales (Department of Health, 2013). También participa en la negociación del contrato médico con los colegios profesionales y el departamento de Salud.

La efectivización del seguro depende de entes autónomos del nivel local que definen la relación con los proveedores, son los CCG (Thorlby & Arora, 2015). En 2014, el NHS England fusionó unidades intermedias que dieron lugar a los equipos regionales,que ejercen tareas de control.

El departamento de salud, asigna fondos al NHS England, como cuerpo autárquico, el cual asigna bajo la norma RAWS, los fondos regionales a los CCG y reserva una proporción de aproximadamente 26% para los servicios que brinda directamente, utilizados generalmente para atención social por parte de las autoridades locales, programas específicos, salud para las fuerzas armadas, etc.

El modelo funciona de la siguiente manera: el paciente acude gratuitamente a un medico general local (GPs) dentro del Clinical Comisión Group (CCG), encargado de garantizar los servicios de distintos proveedores para la atención aguda, enfermeria, ambulancias, medicamentos y problemas mentales. Los pacientes tienen derecho a cambiar, dentro de su zona geográfica, de GP.

Su GP le recomienda cómo seguir el proceso de atención según el paquete que tenga o haya comprado el CCG. De este modo se intenta generar un marco institucional para coordinar la atención primaria (se estima que el 90 % de los pacientes están registrado con un GP) y la atención secundaria. Por lo general, deben comprar los servicios de los Fundation trust y los proveedores de atención primaria para sus poblaciones geográficamente definidas. (NHS England, 2014a). La mayor parte de estos procesos se hacen via TICs (Cooper, Gibbons, Jones, & McGuire, 2011).

Los GP, aunque ganaron control en la planificación, siguen negociando sus contratos por fuera de estas unidades, directamente representados por la Asociación Médica Británica, con el gobierno nacional . El pago surge de una mezcla de capitación con incentivos extras. Desde 2013 hay fondos para estimular formas innovadoras de prestación de servicios de atención primaria, incluyendo las horas de apertura extendidas (8 am a 8 pm) y la apertura de fin de semana (Powell & Parkin, 2015). Los excedentes quedan en el CCG y a veces integran estos premios.

Desde el 2002 han aparecido “centros de atención independiente” y "centros de tratamiento" en los que se ofrecen pruebas de diagnóstico y otras intervenciones, asi como la atención de emergencias. Son entidades privadas que son proveedores reconocidos por el NHS. Otras formas organizativas son las “Academic Health Science Networks”, redes amplias que buscan la traducción de la investigación a la práctica de los servicios mediante acuerdos de trabajo entre el NHS, la academia, el sector privado y otros socios externos. Son redes autónomas con

una lógica del tipo de empresas de base tecnológica, enfocadas en la investigación traslacional de enfermedades crónicas.

Los proveedores de servicios de los grupos clínicos pueden ser hospitales públicos o privados, éstos, minoritarios, han tomado cada vez más relevancia. Los primeros son en su mayoría autónomos. Desde 2012 el tratamiento del seguro es idéntico.

Por otro lado, el NHS directamente garantiza los medicamentos.Sin embargo hay listas negativas, es decir medicamentos no cubiertos y copagos fijos de 7, 10 libras por item. Los pacientes mas vulnerables (embarazadas, ancianos, pobres, menores de 16 años) están exentos (Gagnon, 2010).

Inglaterra ha mantenido un crecimiento de la expectativa de vida al igual que muchos países desarrollados, con tasas decrecientes de incidencia de enfermedades desde 1970 hasta 2008 con una menor mortalidad por enfermedades claves como las respiratorias, cáncer y circulatorias (Boyle, 2011). La esperanza de vida al nacer según la OECD (2014) para todo el Reino Unido fue de 81,0 años, mayor a la media de 80,2 años para el conjunto de los paises que engloba la OECD. Sin embargo, menor a paises como Españao Italia. Desde 2006 la tasa de prevalecencia de enfermedades crónicas ha estado en aumento junto con las presiones financieras del sistema, que ha afectado principalmente al gasto social (OECD 2016).

En el análisis del sistema en su conjunto se valora el nivel de cobertura y la simplicidad actual del modelo, incluso la expansión de la AP y la eficiencia del segundo nivel de atención, también se menciona el uso de TICs, aun está atrasada en el uso del registro de atención electrónico (Stokes, Barker, & Pigott, 2014).

Para mucha bibliografía, la misma estructura del sistema ha creado la fragmentación y falta de coordinación debido a la influencia del sector independiente (Ham, 2011 y 2013; Marshall, 2014). Bienkowska-Gibbs, y otros (2015), en una amplia revisión bilbiográfica focalizan en los problemas de la atención cotidiana del paciente, la falta de integración, el empoderamientoy el pobre uso de tecnología de información.

El papel de los CCG es un tema polémico. Tal vez el principal problema es que no encargan los servicios de atención primaria y otras especialidades para ahorrar fondos, y los gerentes del CCG no tienen autoridad legal directa sobre la atención medica.

Por otro lado, los tiempos de espera y las listas de espera han sido durante mucho tiempo una preocupación en el NHS (Zachary Cooper, 2009). Otro problema histórico es la falta de

enfermeras (Buchan, 2002; Aiken y otros, 2001; Nhs England, 2013). Los puestos postulados quedan vacíos en Londres porque nadie se presenta (BBC News, 2016).

Además, los estudios sobre inequidades por ingresos y por área geográfica son muchos, la recopilación de este fenómeno en Weightman (2012) es un ejemplo. Hay variaciones en los precios pagados y desigualdad en el tiempo de espera, y la calidad de los servicios que se han mantenido en el tiempo ha mostrado que estos problemas se observan con grandes variaciones entre Trust (Farebrother, 2014; Care Quality Commission, 2014). El Departamento de salud (2009) llega a igual conclusión.

Como resultado de estos problemas y por las diferencias socio-demográficas, Marmot indicators (2015) muestra que hay una diferencia de expectativa de vida de 8,3 años entre la región más pobre y más rica. Los 50 subregiones con la menor esperanza de vida al nacer se encontraban en el Nordeste, el Noroeste y Gales. La Care Quality Commission (2014) dice que la situación empeora en el caso de los adultos de cada subregión. Existe una estrecha correlación entre las zonas con menor esperanza de vida y los que tienen el menor número de médicos de familia (Gregory, 2009). Otro de los problemas ha sido las desiguales tasas de mortalidad por localidades y clases sociales, siendo uno de los desafíos irresueltos (Royal college of nursing 2012). Aunque, como afirman Thorby y Arora (2016), el principal reto que se plantea en el NHS es encontrar una forma de rediseñar los servicios e invertir en prevención generando eficiencia en un contexto de ajuste.

2.1) La prestigiosa atención primaria británica y los General Practitioner (GP)

La Atención primaria es llevada a cabo principalmente a través de los GP, que actúan como puerta de entrada al sistema. Los pacientes deben inscribirse obligatoriamente, son registrados y mantenidos en una lista. Son médicos generales y enfermeras que ofrecen servicios de atención primaria en el marco de los CCG (que se establecieron como entidades de derecho público a partir de 2013). El NHS Inglaterra sigue siendo responsable de la puesta en marcha de algunos servicios de atención primaria, incluidos los servicios dentales, consultas de medicina general y servicios especializados (Stokes, Barker, & Pigott, 2014).

En principio, a los pacientes se les permite elegir su GP, pero en realidad la elección está limitada debido a que no hay muchas vacantes (Thorby y Arora, 2015). Representan normalmente el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema de salud. Según

Department of Health (2008) el 90% de los pacientes que utilizan los servicios de atención primaria no pasan a la atención secundaria.

Los contratos que se firman con los CCG incluyen una cifra global según los pacientes registrados ajustado por edad y sexo, los niveles locales de la morbilidad y la mortalidad. En aproximadamente una cuarta parte de los grupos clínicos se usa además un factor de compensación salarial y bonos por más horas de trabajo o mayores servicios específicos, según el Marco de Calidad y Resultados (QOF), un sistema de incentivos financieros voluntario (Marshall, Charlesworth, &Worth, 2014; Thorlby & Arora, 2015).

Hay 32 mil 838 GP en atención primaria en 9 mil 667 unidades, con un promedio de 6,5 pacientes por unidad (Information Centre, 2015). La proporción de consultorios individuales es del 15%, el 76% de los pacientes se atiende en consultorios con tres médicos o más. Esto se explica porque en el QOF, el tamaño del consultorio tiene una ponderación en el puntaje. Los más grandes (con más de seis médicos) cada vez son más y alcanzan las puntuaciones medias más altas (Kelly & Stoye, 2014; Dayan, Arora, Rosen, & Curry, 2014).

Los CCG tienen socios fundadores y contratan a los médicos. El modelo ha resultado conveniente para los profesionales porque con él se registraron mayores aumentos salariales, pero hay más exigencias (BMA, 2014). De todos modos, los socios logran otro ingreso medio que los médicos que trabajan como empleados. El poder de los médicos se mantiene ya que constituyen la base principal del CCG y a su vez negocian sus salarios a nivel nacional por contratos con el Estado nacional, lo que les da autonomía salarial. Se trata del contrato de Servicios Médicos Generales (GMS) y se firma entre la agremiación médica y el NHS (HSCIC, 2015). Los bonos son un extra.

En este modelo hay una alta proporción de consultas a los enfermeros (Centro de Información, 2008e).Por eso ha sido fundamental la introducción de nuevas categorías para el rubro, pero hay aun un fuerte déficit (HSCIC, 2015).

Uno de los temas más complejos es el rol de los CCG, no parecen tener estímulo para la prevención ni tampoco paraincentivar la AP. Pero las preguntas que se deben hacer son: ¿mejoró la atención? ¿Aumentó la satisfacción del paciente? ¿Ha disminuido el uso excesivo del nivel secundario? ¿Se gasta menos en medicamentos?. Allí el debate es enorme y la evidencia pobre. Autores como Lember y Otros (2015) o Schoen y Osborn (2012) consideran la AP británica como la de mayor grado de desarrollo en toda la UE. El trabajo de Banks y Baker (2013) sobre datos de uso para 2009 muestra otra visión, menos optimista. Mencionan la falta de horarios, instalaciones incómodas, sistemas de reserva difíciles de usar y largos

retrasos entre citas así como barreras económicas, sociales y culturales que hacen que las consultas de las clases pobres, presos e inmigrantes sean menores a la de la población general.

En cuanto a los CCG, una encuesta de Hann y otros (2013) realizada a médicos, muestra que un 82,4% indicó que su carga de trabajo global había aumentado después de la introducción de las CCG. El nivel de satisfacción laboral global reportado por los médicos generales en 2012 fue menor que en todas las encuestas realizadas desde 2001. Esto es coherente con el dato de que el número de médicos generales se presenta en caída (GP Taskforce 2014).

2.2) La importancia de los hospitales públicos

La provisión del servicio está centrada en los hospitales públicos, dado que el sector privado es marginal, sobre todo en agudos.

La división geográfica hace que la cantidad de hospitales no sea relevada por la WHO, la base para Inglaterra se puede extraer de los datos publicados por el HSCIC. Hay en Inglaterra 473 hospitales (Winter, 2013) y 3.7 camas cada mil habitantes (Connolly, Bevan y Mays, 2010), un número menor a otros países como Alemania o Francia. Su número no mejora si se usan otros proxys de recursos como tomógrafos o scanners (OECD, 2014) Tiene 177 mil 632 médicos especialistas cada mil habitantes, 8 veces menos que los EEUU, Italia o México. La OECD toma para sus estudios todo el Reino Unido, por lo que el número puede seguramente ser más favorable si se toma solo Inglaterra.

Del total mencionado, 152 son NHS Tust responsables ante el Departamento de Salud y 147 son Fundation Trust (Thorlby & Arora, 2015). Los primeros son los tradicionales hospitales autónomos de los 90s; en ellos los consejeros delegados de la administración (CEOs) son penalizados por el pobre desempeño financiero, perdiendo beneficios salariales y otras condiciones, incluso pueden ser despedidos, pero no son completamente autónomos (Bloom, et al 2015). Los hospitales del NHS también ofrecen servicios privados, habitaciones equipadas con mayor comodidad que las instalaciones estándar; se cobra una tarifa para el paciente de la habitación, pero no hay ningún cargo para el cuidado clínico. También ofrecen servicios caros que los equipara a las fundaciones y al sector privado (Boyle, 2011).

Los segundos son los de 2004. Tienen la libertad para invertir, pueden vender activos y pueden retener los excedentes. También tienen algunas pocas libertades en cuanto al reclutamiento y retención de persona, debido a que hay condiciones de trabajo y

remuneraciones más flexibles. En ambos hay consejos directivos participativos, cambia la autonomía.

Tanto en los Trust como en las Fundaciones, el pagador es el CCG en un 60% de los casos. Estos están libre para negociar acuerdos con cualquiera que esté capacitado para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento, no sólo el hospital general más cercano (Goldbang, 2015). Se utiliza un sistema de reembolsos en base a un PbR con tarifas nacionales para la atención de consultas ambulatorias, internaciones, accidentes y emergencias. Esa tarifa nacional (MMF), se pondera en función de las zonas. También hay otros ajustes a la tarifa para internaciones largas, para servicios especializados, etc. (Department of Health, 2013). Los hospitales con costos menores al promedio pueden aumentar sus ingresos, pero la relación calidad precio esta siempre en medio de una negociación con los CCG. En este esquema, nadie parece tener incentivos para la prevención.

Con la vuelta laborista en 1997, se limitó esa competencia entre oferentes que volvió a incrementarse luego, pero al mismo tiempo se procedió con un programa radical de cierre y fusión de muchos hospitales, en algunos casos para transformarse en fundaciones, con financiación del Departamento de Salud(Collins, 2015; Gaynor, Laudicella, & Propper, 2012). El trabajo que acabamos de citar examina el impacto de las fusiones de 102 hospitales de agudos entre 1997-2006 y encuentra poca evidencia de que haya habido mejoras: mientras que las internaciones y el número de empleados cayeron respecto al momento previo a la fusión, la productividad del trabajo no levantó y la calidad tampoco, los déficits financieros aumentaron.

Desde 2010 hubo una nueva ola de fusiones, pero la situación se mantiene: 115 de los 240 hospitales dieron pérdida en 2014- 2015 (National Audit Office, 2015), de esos, 25 son Trusts.

Mientras tanto, nuevos hospitales surgen construidos bajo el PFI, pero al Trust se le hace difícil pagar al contratista la cuota anual por la duración del contrato. En la práctica, el costo de PFI ha sido mayor que el costo específico del capital. (Hellowell & Pollock, 2007).Se observa lo que mucha blibliografía plantea: que las presiones que da un sistema de retribución fija por servicio hace que exista una fuerte tentación a excluir de la atención a pacientes de altos costos. Pero el gobierno prioriza la baja en los costos. Las fusiones en contrapartida, generan concentración y otro tipo de ineficiencias (2012; Hurst & Williams, 2012)

Ya hemos mencionado la cuestión central de las listas de espera, los diferenciales de precio y calidad regionales; según Beaussier y otros (2015) estos problemas no fueron resueltos por los Foundation Trust y el rating del CQC muestra que más del 80% de los mismos se presentan como "inadecuados" o "requieren mejoría".

2.3) La relación entre seguros y proveedores

Los proveedores del sector privado están compuestos por una amplia gama de centros de diagnósticos, especialistas médicos, otras disciplinas y clínicas. Representa el 18% del gasto total en salud. Se trata de una oferta generalmente concentrada desde el punto de vista de su ubicación geográfica y en general –sobre todo a medida que aumenta la complejidad- de los actores intervinientes (Competition and Markets Authority, 2014).

El conjunto se financia en un 56% con los seguros privados (se trata de aaproximadamente el 11%de la población), el NHS aporta un 26%y los gastos de bolsillo representan el 18% restante (Laing y Buisson, 2013; Office of Fair Tarde, 2011)

Hay cinco principales proveedores de seguros privados, que juntos representan aproximadamente el 91% del mercado (Office of Fair Trading, 2011). Estos son: Bupa, AXA PPP, Aviva, PruHealth (propietaria de Standard Life Healthcare) y WPA. Las diferencias de poder de mercado entre ellos es importante.

Los beneficiarios de un seguro médico privado están concentrados en un grupo de edad de 30 a 64 años (Commission on the Future of Health and social care in England, 2014), en parte porque el mercado está dominado por empresas que no llevan a cabo tratamientos agudos de emergencia y en parte porque las primas suben abruptamente con la edad (Marshall, 2014). Además, porque los clientes del servicio son mayormente del tipo corporativo (empleadores que compran el servicio para sus empleados).

Los seguros privados cubren a sus asegurados con una red de proveedores privados y especialistas, en muchos casos son el cliente principal del proveedor de salud y eso genera una fuerte dependencia. Este esquema es el que les da poder, pero al mismo tiempo, condiciona su negociación con esos hospitales, ambos están unidos y condicionados por el otro (Trade Fair Office, 2011). Pero debe tenerse en cuenta que los pacientes eligen el especialista (mayormente con el asesoramiento de los médicos generales) la prepaga debe darle el gusto al paciente. Incluso los grandes proveedores de salud no tienen competencia cercana y cuentan con equipos de alta gama que una prepaga no puede dejar de brindar a sus clientes sin pérdidas de su prestigio como prestador. La balanza parece inclinarse del lado de los sanatorios.

La influencia de los privados y en paralelo de los seguros, así como el gasto público dirigido hacia allí, se potencia desde que en 2004 se empezó a utilizar el sector privado para eliminar las listas de espera (Witcomb, Almond, Morris, Peat, & Whiticar, 2014). El NHS comenzó con

un programa nacional central para crear centros quirúrgicos especializados, los ya mencionados Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTCs), con frecuencia se ubican en terrenos de las instalaciones de NHS existentes. En 2006, había sólo 21 ISTC y el programa fue finalmente limitado de manera considerable.

Desde 2008, además, todos los hospitales privados pasaron a ser elegibles para pacientes del NHS mientras se respete la tarifa estándar, hasta figuran en el sitio web de NHS, apartado 'Elegir y reservar' (Cooper y otros, 2012).

La hipótesis que busca demostrar Arora et al (2012), es que con esa estrategia, el sector público provocó un efecto de desplazamiento de los servicios públicos a este sector, reemplazando los gastos de bolsillo que desde 2009 estaban en baja (Commission on the Future of Health and social care in England, 2014). El modelo no aumentó el gasto privado sino el gasto público allí dirigido.

La estrategia ha generado tensiones en la opinión pública porque los pacientes de las aseguradoras son significativamente más rentables en comparación con los pacientes del NHS, y estos últimos son tratados solo cuando se pretende utilizar la capacidad ociosa (Chris Naylor, 2009; Office Fair trade, 2011).

2.4) Sanatorios y hospitales privados en un contexto de fuerte presencia estatal

De los aproximadamente 548 hospitales y clínicas que operaban en el sector de la sanidad privada en el 2013, 465 pertenecen y son gestionados por empresas privadas, 201 ofrecen camas (Competition and Market Authority, 2014). El resto (83) son unidades del NHS destinadas a privados (PPU); se trata de salas, aparte del servicio público, que se asignan exclusivamente para el alojamiento de los pacientes privados dentro de los hospitales públicos (HSJ, 2012). De ellas, 74 son gestionadas internamente por el NHS y nueve son administrados por grupos de hospitales privados (Witcomb, Almond, Morris, Peat & Whiticar, 2014).

Estos privados tienen un promedio de 50 camas por hospital y no tienen terapias intensivas (Leys & Toft, 2014), mientras que un hospital del NHS tiene en promedio de 300 a mil camas (Competition and Markets Authority, 2014a). Los profesionales no son empleados de los hospitales sino que se mantienen como autónomos contratados, la mayor parte trabajando fuera de sus horas en el NHS.

De todos modos, hay una gran concentración de proveedores, cinco grandes grupos, todos en las zonas aledañas a Londres. General Healthcare Group, que opera 69 instalaciones

(incluidos tres hospitales) es el más grande, concentrando el 20 % del mercado. Otros grandes proveedores son: Spire Healthcare, Nuffield Health, HCA International y Ramsay Healthcare UK. En conjunto, para 2010, abarcaron el 77 % del mercado (Office of Fair Trading, 2011).

Los hospitales privados operan en nichos de mercado, sobre todo ciertas cirugías planificadas, incluida la cosmética y la cirugía bariátrica, en particular cuando hay largas listas de espera o no son ofertadas directamente en el NHS (Bloom et al., 2015). Hay mayor posibilidad de elección de especialistas, fechas para citas ambulatorias, etc. La atención es cara para los estándares internacionales. En los últimos años Bupa y AXA, las dos mayores aseguradoras han presionado a la baja los precios de los servicios pero la negociación es dura (Commission on the Future of Health and social care in England, 2014).

El estudio del Office Fair Trade (2011) llega a la conclusión que en este mercado existe una escasez de información llamativa, lo que impide realizar comparaciones sobre la calidad y el precio de las diferentes instalaciones y especialistas disponibles.

2.5) El gran poder de los médicos ingleses

El número de médicos que recopila la General Medical Council para todo el Reino Unido es de 273 mil 794, 2.8 médicos por cada mil habitantes (la proporción es mayor en Inglaterra), la cantidad ha crecido más rápidamente que en cualquier otro país de la UE desde 2000, cuando tenía 2. Sin embargo, está por debajo de la media de 3,4 de Europa. Las enfermeras del sistema siguen por arriba de la media, pero muy por debajo de los países nórdicos y Alemania (OECD, 2014). Se forman en general en universidades públicas, aunque no son gratuitas, excepto Escocia. Recordamos que hay controles del número máximo de cada cohorte (Higher Education Commission, 2015).

Los médicos están representados por la Asociación Médica Británica (BMA) y la Asociación de Generalistas, los cuales negocian con el NHS Inglaterra de los contratos de los Servicios Médicos Generales nacionales (GMS), tarea que antes realizaba el Departamento de Salud (NHS England, 2013a).

En el caso de los generalistas, han tenido siempre un solo contrato con un solo contratista (el gobierno) como trabajadores por cuenta propia. En 1998 surge el Contrato de Servicios Médicos personales, sobre la base de una tarifa para los tratamientos específicos. Pero siempre con sumas predeterminadas y bonus de hasta un 25 % por desempeño. El sistema de

pago cambió en 2004, se incorporó un componente al que adherían voluntariamente de pago por rendimiento, en el Marco de Calidad y Resultados (QOF). El Instituto Nacional de Salud y Excelencia de Atención (NICE) recomienda los indicadores QOF, según evidencia clínica y costos (Marshall, Charlesworth, & Hurst, 2014a). Pero la cápita es aun la mayor parte del salario.

Los especialistas del NHS, por el contrario son asalariados del mismo. El problema central de esta relación gira en torno a la situación en que los médicos operan en los dos sectores: público y privado; problema que se ha intentado resolver via una limitación al porcentaje de salario que se cobra en el sector privado (en 1980 se definió en el 10%). Para ingresar y crecer en el sector privado generalmente se les exige una carrera previa en el sector público, por eso se pretende evitar abusos en lo que hace a la práctica médica en los dos ámbitos al mismo tiempo.

También pueden ver a los pacientes de forma privada dentro de las instalaciones del NHS con el acuerdo explícito de la dirección La misma BMA reconoce que hay un conflicto de interés aun no resuelto (British Medical Association, 2014).

Los médicos tienen diferentes contratos y modos de pagos según la especialidad y dónde trabajen. Por ejemplo, los GP pueden ser autónomos o asalariados de los CCG, con salarios que van de los 5 mil a los 8 mil euros. Los médicos en entrenamiento en hospitales reciben desde 3 mil hasta 6 mil euros el primer año. Un especialista puede estar en los 10 mil euros y pueden ganar premios de excelencia clínica (Thompson, 2010b).

Por lo visto, las reformas se han cuidado de respetar estos acuerdos, incluso los CCG son la prueba del poder que detentan los médicos. Tanto en los PCT, como en los Fundholders y en los CCG los médicos mantuvieron su capacidad de influencia ya que sus representantes dominan las juntas. Desde la Ley médica de 1858, en que los médicos ganaron el privilegio de la autorregulación profesional, el modelo subsiste (Chamberlain, 2010).

Sin embargo, desde 1983 la tarea es regulada por el Consejo de Medicina General que es supervisado por la Autoridad de Estándares Profesionales para la Salud y Asistencia Social, un órgano dependiente del Parlamento. Si bien esto representa un avance, los miembros eran originalmente médicos, es decir, se seguían autocontrolando. Desde 2008 el Consejo tiene un mayor componente de personal no profesional. La reforma de ese año modificó los procesos de prueba en el GMC para acercarlos a los procedimientos penales (Chamberlain, 2010; Harrison, 1994). Se impuso además un nuevo proceso de revalidación cada 5 años., El número de médicos sometido a estos procesos se cuadruplicó en 15 años (Williams, Lees & Boyds, 2014).

Con el paso de las décadas, el autocontrol médico fue mermando pero aun sobresale la jerarquía en el tratamiento médico. Los objetivos, la auditoría y la evaluación, la inspección de los estándares quedan supeditados a la jerarquía clínica (Allsop & Saks, 2008). Hodgkin y Jeremy (2013) plantean que la retorica de empoderar al paciente ha quedado lejana debido a que, entre otras razones, el modelo médico de la atención sigue dominando y así las prácticas parecen reforzar la pasividad de los pacientes. Jenkin y Otros (2015) muestran que los canales de denuncias no son estimulados. Toman como caso paradigmatico el reporte Francis que investigó la negligencia en 2013 en un Fundation Trust que causo la muerte de varios pacientes. El reporte recomendaba lineas externas de denuncias dentro de los mismos hospitales para pacientes y profesionales.

La enfermería es otro tema. Alrededor de un tercio de las enfermeras del NHS trabajan a tiempo parcial (Buchan, 2002) y la falta de enfermeras ha sido considerado un problema serio. Borland (2014) dice que a pesar de la necesidad, hay una reducción de la formación de especialistas. Los Hospitales reclutaron casi 6 mil enfermeras en el extranjero ese año pasado. En 2015, se verificó que el 17% de los puestos de enfermería postulados quedaron vacíos en Londres.

2.6) Laboratorios y medicamentos. Genéricos y productos de innovación de la mano

Para 2013 el 67,8% del gasto sanitario del sector privado provino del gasto de bolsillo para el cual, 33% del mismo fue en medicamentos, ítem más importante dentro del gasto privado del hogar (Lewis, 2015). En relación al gasto europeo, la OECD (2015) muestra que el gasto en este rubro está entre los más bajos, con 1.24% del PBI, lejano a países menos desarrollados como Portugal (1.39) o Francia (1.67), Canadá (1.72) o Estados Unidos (2.04).

Alrededor del 83% de los medicamentos prescriptos en Inglaterra son genéricos, una proporción más alta que la mayoría de los otros países de Europa. El diferencial de precios promedio entre las versiones de marca y genéricos de la misma droga es de aproximadamente 80%, aunque los precios de genéricos no se regulan. El NHS dirige sus compras a esos productos, dando a los médicos información sobre el comportamiento de estos medicamentos y con subsidios para su prescripción (Kaiser Permanente Institute for Health Policy, 2015). El NICE juega un papel similar en ese sentido (Office of Fair Trade, 2007). Muchas otras organizaciones regionales o locales de salud también están involucrados en la orientación. Los

CCG suelen tener comités de prioridades (Krska & Godman, 2014). Pero los médicos no siempre responden y las grandes empresas emplean sistemáticamente, una serie de estrategias para retrasar a los fabricantes de genéricos alargando la vida util de los medicamentos de marcas (The Health Comitee, 2005). Desde 2009 el farmacéutico puede entregar un genérico aunque en la receta figure la marca (Boyle, 2011)

En lo que hace al precio de los medicamentos de marca, se establece cada año en el Reglamento de Régimen de Precios Farmacéuticos (PPRS), un sistema voluntario extracontractual acordado entre el Departamento de Salud y la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (Finance and NHS Medicines, Pharmacy and Industry Group, 2013). Las compañías farmacéuticas pueden decidir si quieren ser parte del esquema PPRS, pero cualquier empresa que decida no ser miembro está sujeta automáticamente al régimen legal que también impone un recorte de precios en ciertos medicamentos. Este sistema de PPRS, desde 2014, sustituye el descuento con tasas de crecimiento anuales razonables, hasta 2018. Si el gasto del NHS supera la tasa de crecimiento permisible en estos años, las compañías deben devolver la diferencia en la forma de un reembolso en efectivo al gobierno. Las vacunas y otros medicamentos, no se contarán a efectos de reembolso.

Tanto para genéricos como para marcas, el NHS tiene un presupuesto fijo definido en el sistema Qaly, por lo que un precio inaccesible puede ser negado por el NHS (ABPI, 2014). El modelo genera ahorro, pero es criticado por ser demasiado tosco como herramienta para evaluar el valor de un medicamento (Parliamentary Office of Science and Technology, 2010).

La distribución depende de las farmacias mayoristas y existe como vimos, un "mercado gris" para adquirir productos farmacéuticos a precios reducidos. Las farmacias suministran los medicamentos a los pacientes que luego tramitan el reembolso, pero menos un "clawback" diseñado para asegurar que cualquier diferencia entre el precio pagado en la farmacia y lo que es reembolsado se devuelva al NHS (Boyle, 2011). Otro desarrollo a tener en cuenta es la transferencia electrónica de recetas entre médicos y farmacias con sistemas de prescripción de repetición para varios meses. El farmacéutico es responsable de garantizar la entrega de cada fármaco. Esto proporciona a los farmacéuticos la oportunidad de ejercer un cierto control clínico sobre la prescripción repetitiva (Krska & Godman, 2014). El seguro además entrega remedios en la atención primaria, aunque más en los hospitales.

La fabricación de productos farmacéuticos y preparados es un fuerte componente de la industria manufacturera inglesa. Representa el 9% del PBI (Office of National Statics, 2014). Las empresas están nucleadas en la Asociación de la Industruia química. Son 120 empresas,

muchas de ellas desarrolladoras de productos de marca, el 70% de los miembros tienen su sede en el extranjero (Chemical Industries Association, 2015), la proporción es algo menor en los genéricos. La actividad es regulada por la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (HRA), que concede las licencias (Boyle, 2011).Esta institución ha sido pionera en la UE, fue la primera en el mundo en señalar problemas con diversos procedimientos (Stephenson 2014). Sin embargo, el modelo general es cuestionado dado que permite una competencia abierta de proveedores y es permeable a los falsificadores.

2.7) La investigación en salud: entre la estructura pública y el poderío de las farmacéuticas

El RU invierte en I+D el 1,7% del PBI y está quinto a nivel mundial en cuanto a patentes vigentes. El órgano que rige la investigación general es el Technology Strategy Board (TSB), ahora Innovate UK que determina la estrategia y al mismo tiempo administra los fondos para innovaciones en ciencia y tecnología Los Consejos de Investigación son entidades asesoras del Ejecutivo que intervienen en la definición de prioridades, como el Biotechnology and Biological Sciences Research Council, Engineering and Physical Sciences Research Council Medical Research Councill .Cada uno de ellos está formado por miembros del mundo académico y empresarial. La relación entre el Gobierno y la industria, entre ellas la farmacéutica, es supervisada por el Grupo Ministerial de Estrategia Industrial (MISG).

El que establece las prioridades de la investigación en salud es el National Institute for Health Research. Este es un organismo reconocido y valorado. Por ejemplo, en la investigación de Kamenetzky, Hinrichs-Krapels, Wooding, & Grant (2016) surge que en la gran mayoría de los estudios de caso apoyados por NIHR (92%) se generaron cambios en la atención. En lo que hace a investigación clínica (el 52% del total del la inversión en I+D del sector) los fondos son gestionados por la UK Clinical Research Collaboration (UKCRC) (Carter, 2015). La Bio Industry Association (BIA) nuclea organizaciones afines y tiene gran poder financiero para fomentar líneas de investigación estratégicas.

La autoridad de aplicación en cuanto a la aprobación de tecnología es el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE). Por otro lado, el NHS es pionero en muchas guias clínicas (Forde, 2016). Ambos tienen una relación contradictoria con las empresas, éstas los suelen acusar de ser un freno a la inversión (Cooksey, 2015); (The Academy of Medical

Sciences, 2011). Sin embargo, hay procesos interesantes, Jensen (2013) menciona el impulso que la política del NICE dio a la investigación en el área de accidentes cardiovasculares.

Hay una serie de políticas de apoyo en vigor, la más importante son los créditos fiscales de I+D y el Patent Box, una tasa más baja del impuesto a las ganancias por los dividendos procedentes de la propiedad intelectual. Por otro lado, el esquema de Catalizador Biomédico es un modelo por el cual se proporciona financiamiento en las primeras etapas de investigación y en el puente hacia el escalamiento (BIA, 2016).

La mayor parte de la financiación mencionada va a las universidades, y en segundo lugar a institutos públicos y unidades de Investigación, principalmente de investigación básica. Un resultado que vale la pena mencionar es que el Reino Unido es el primero en publicaciones de ciencias biológicas, en medicina regenerativa y en particular en las áreas de las TICs, como la electrónica de plástico.

Pero el tema central es la importancia del sector farmacéutico de equipamiento, hay unas 5 mil firmas que emplean unas 160 mil personas. Además hay un estimado de mil 800 empresas que suministran servicios como gestión de ensayos clínicos, desarrollo de ensayos, experiencia en diseño y productos como reactivos y equipos especializados que emplean a unas 50 mil personas. El 82% de las empresas del sector pertenecen al Reino Unido, representando el 55% del empleo. Las 12 principales compañías farmacéuticas mundiales tienen grandes instalaciones de fabricación. Un cuarto de los 100 medicamentos más vendidos en el mundo se descubrió y se desarrollaron en el Reino Unido. Hay 19 empresas británicas entre las primeras 50 europeas de productos farmacéuticos y biotecnología, aunque solo 2 estuvieron en 2015 entre las 20 primeras del sector en patentamientos.

2.8) Costosos fracasos y nuevos intentos en el uso de Tics

Los principales impulsores de la telemedicina han sido la National Agency board, NHS Improvement , -que desde 2016 unifica a todos los entes reguladores- y el NHS, donde dentro de este se creó el NHS Digital (Deloitte, 2016). En 2015-2016 se forma el National Advisory GrouponHealth Information Technology como ente asesor compuesto por profesionales, dentro del Departamento de Salud.

El NHS publicó en 1998 el documento: “Una estrategia de información para el NHS moderno 1998-2005”, que estableció las TICs como un recurso central para el objetivo propuesto de modernización de todos los niveles de servicio, en base a Registros Electrónicos, sistemas de

información en línea para prestadores y usuarios (NHS , 1998). Esta estrategia abrió paso a los sucesivos programas de inversiones públicas en Tics posteriores.

En 2002 surge el Programa Nacional de TI (NPIT), que preveía la creación de un servicio integrado de registros médicos, un sistema de citas electrónicas y un sistema electrónico de transmisión de prescripciones accesibles a todos los principales proveedores de atención médica. La meta era tener terminados estos procedimientos en 2014 (Anderson, Frogner, Johns, & Reinhardt, 2006). En 2005 se crea como autoridad en la materia el Health and Social Care Information Centre. Dentro de NHS estaba el NHS information Autority y NHS Connecting for Health.

Sin embargo, para 2011 el programa estaba muy atrasado y se suspendió. Quedaron casos interesantes, como el NHS Foundation Trust de York, que implementó una red inalámbrica y telefonía IP en el entorno de atención de emergencia. Un GP puede llamar al hospital para arreglar una admisión, el encargado de registrar la cama, lo hace en el expediente electrónico del paciente. El médico, utilizando el teléfono, puede reconocer y aceptar la admisión, lo que permite a otros saber que han aceptado la responsabilidad de atender al paciente. Una lista de "mis pacientes" siempre está disponible en el teléfono móvil (ICT Industry Group, 2009). Ese 2011 se lanzó un app que genera avisos de salud (OECD, 2013)

En 2012, se unifican todos los entes dentro de NHS para intentar resolver los atrasos y concentrarse en los objetivos planteados, con acento en la vinculación de los registros electrónicos de los GP con los de los hospitales. Pero de nuevo la implementación se retrasó debido a las preocupaciones sobre la confidencialidad. En 2014 comenzó un Plan piloto en 265 GP (Thorlby & Arora, The English Health Care System, 2015, 2016).

Lo cierto es que entre tantos programas erráticos, existe un identificador único y la mayoría de los registros se informatizan. Los registros no están rutinariamente vinculados entre proveedores(Thorlby & Arora, 2016). Según Zelmer y Otros (2016) el Reino Unido figura en un grupo de pocos países que dicen tener disponibilidad de TICs en por lo menos tres cuartas partes de la APS y los establecimientos de cuidados intensivos. A similares conclusiones llega la The Networked Readiness Index 2013 del World Econmic Forum, que sitúa al RU séptimo en el mundo en este índice que se compone de factores impulsores y aprovechamiento de las TIC (Bilbao-Osorio, Dutta, & Lanvin, 2013). Adler-Milstein, Ronchi, Cohen, Pannella, & Jha (2014) toman un estudio de la OECD de 7 países (Australia, Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Finlandia, los Países Bajos y los EE.UU.) y concluyen en que el RU muestra avances importantes, pero no rotundos Según las encuestas de las Commonwealth 2015, luego de

Nueva Zelanda y Suecia es el país con mayor porcentaje de Electronical Medical Records en APS con 98 % de los médicos de atención primaria encuestados (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Sarnak, 2016).

En nuestro relevamiento de medios virtuales surgían diversos casos, pero nada particular respecto a otros países; se menciona el proyecto NHS Health Call under nutrición, solución para monitorear a distancia a pacientes en dieta, asociados a clubes de almuerzo. Otro modelo similar es el que surge de un proyecto entre la Sociedad de ayuda al trastorno de almacenamiento lisosomal, y la asociación de estudio de la enfermedad de Gaucher que incluye varios dispositivo de e-seguimiento, fundamentalmente la evolución de los análisis. Una herramienta también vinculada a enfermedades específicas es el Sistema de Atención Integral (WSIC) que vincula los datos de proveedores de salud mental de la comunidad y dos hospitales, proporcionando de esta manera un historial unido. El registro es transferido y almacenado en un almacén de datos, su uso se rige por un documento legal: el London ISA digital del Noroeste. Este acuerdo apoya el intercambio de información de los pacientes entre los proveedores de atención firmantes, asegurando que la información de las personas se almacena de forma segura y se comparta con el propósito correcto.

El Amigos y familia de prueba (FFT) es una importante herramienta de retroalimentación del NHS. Se pide a la gente si recomendarían los servicios que han utilizado y ofrece una gama de respuestas. Cuando se combina con preguntas de seguimiento complementarios, la FFT proporciona un mecanismo para poner de relieve tanto la buena y como la mala experiencia del paciente. También en el rubro de autocuidado, pero a nivel de diagnóstico, aparece un juego móvil para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer. El AliveCor de Kardia también se ubica en diagnostico pero como ECG móvil, con resultados inmediatos y la posibilidad de compartirlos con un médico on line.

En el relevamiento de webs institucionales también encontramos muchos proyectos, por ejemplo, el lanzamiento de fondos del Departamento de Salud para que 12 organizaciones del NHS desarrollen métodos pioneros para servicios digitales, en alianza con una organización internacional, incluyendo inversión en tecnología e infraestructura.

El NHS Choices Reino Unido publicita fuertemente la reserva on line de turnos y correo electrónico de contacto. La misma entidad anuncia una aplicación gratuita que puede emplearse en celulares, que propone un entrenador virtual. Se llama Couch to 5k y fue desarrollada en asociación con BB Inspirate. La aplicación NHS Smokefree es una aplicación que ayuda a las personas a dejar de fumar mediante apoyo y motivación diaria. La aplicación

gratuita Easy Meals brinda consejos para realizar comidas más saludables, la posibilidad de buscar recetas, y generar listas de compras. Hay además un test para saber la edad del corazón que puede realizarse en la página. Se trata de un cuestionario en el que las personas podrán cargar sus datos e información sobre su estado de salud en vinculación con otras enfermedades o complicaciones. Hay otra herramienta similar para el control de la presión arterial.

Mi Salud Londres NHS Londres también publicita fuertemente el acceso a los servicios en línea de los pacientes para reservar y cancelar visitas al médico de cabecera y búsqueda de medicamentos. Además, publicita el acceso al registro, paso que debe hacerse previamente mediante alguno de los cuatro sistemas que se ofrecen.

Healthy London Partnetship publicita que Londres será la primera ciudad en el mundo en desarrollar un proyecto digital a gran escala de salud mental on line.

En lo que hace al uso de la web, como sucede en otros casos, el Ministerio presenta una página rudimentaria, poco útil, con escasos links a servicios, pero NHS Choices tiene una web muy clara con relevante cantidad de servicios en línea. Las páginas regionales son de un nivel de utilidad inferior, excepto MyHealth London que hace un uso muy positivo de las posibilidades de la plataforma.

Bibliografía

Health Committee. (2005). The Influence of the Pharmaceutical Industry: Fourth Report of Session 2004–05. Londres: House of Commons.

Parliament of the United Kingdom. (1973). National Health Service Reorganisation Act 1973 . Londres.

ABPI. (2014). Understanding the 2014 The Pharmaceutical Price Regulation Scheme. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/282523/Pharmaceutical_Price_Regulation.pdf.

Acheson, D. (1998). Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. Londres: The Stationery Office. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., & Phyllis Giovannetti, J. H. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. Health Affairs 20, no.3 , 43-53.

Allsop, J., & Saks, M. (2008). Professional And regulation in primary care: the long road to quality improvement. https://www.researchgate.net/publication/23185233_Professional_regulation_in_primary_care_The_long_road_to_quality_improvement.

Allyson M Pollock, J. S. (2002). Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? British medical journal.

Anderson, G., Frogner, B., Johns, R., & Reinhardt, U. (2006). Health Care Spending And Use Of Information Technology In OECD Countries. Health Affairs 25, no.3 , 819-831.

Arora, S., Charlesworth, A., Kelly, E., & Stoye, G. (2013). Public Payment and Private Provision. Londres: Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130522_public-payment-and-private-provision.pdf.

Banks, I., & Barker, P. (2013). Men and primary care: improving access and outcomes. Trends in rology & men`s health , http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/tre.357/pdf.

BBC News. (2016, Enero 16). More than 10,000 nursing posts unfilled in London.

Benzeval, M., & Judge, K. (1996). Access to health care in England: continuing inequalities in the distribution of GPs. Journal of Public Health Medicine, 33-40.

Berridge, V. (2003). The Black Report: Interpreting History. In A. Oliver, & M. Exworthy, Health inequalities (pp. 9 -14). Londres: The Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/health-inequalities-mar03.pdf.

Beveridge, W. (1942). Social Insurance and Allied Services. Cmd. 6404. Londres: His Majesty's Stationery Office. http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf.

BIA. (2016). Human Gene Editing . BioIndustry Association policy view – January 2016. Londres: BioIndustry Association. http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/genome-editing-evidence-BioIndustry-Association.pdf.

Bienkowska-Gibbs, T., King, S., Saunders, C., & Henham, M.-L. (2015). New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS: a brief overview of recent reports. RAND Europe. https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Literature%20overview%20from%20RAND%20Europe.pdf.

Black, D. (1980). Report of the working group on inequalities in health. Londres : http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-chapter-8-policies-to-reduce-inequalities-in-health/.

Black, D. (1980). Summary and recommendations. In D. Black, Inequalities in Health. Report of a research working group. http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-chapter-10-summary-and-recommendations/.

Blendon, R. J., Schoen, C., DesRoches, C. M., Osborn, R., Scoles, K. L., & Zapert, K. (2002). Inequities In Health Care: A Five-Country Survey. Health Affairs, 182-191.

Bloor, K., & Maynard, A. (1993). Expenditure on the NHS during and after the Thatcher years: its growth and utilisation. York: Centre for Health Economics. University of York. https://www.york.ac.uk/che/pdf/DP113.pdf.

Bloor, K., Maynard, A., & Street, A. (1999). The Cornerstone of Labour's 'New NHS': Reforming Primary Care. York: The University of York.

BMA. (2007). 2006/07 UK General Practice Workload Survey. Londres: The Information Centre, Primary Care Statistics. http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB01028/gp-work-serv-rep.pdf.

BMA. (2014a). Setting up in private practice. British Medical Association. http://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/private%20practice/setting%20up.pdf.

BMA. (2014b). The GP workforce in the UK. British Medical Association.

BMA. (2015). Public health and healthcare delivery task and finish group – Final report. British Medical Association. . http://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/working%20for%20change/improving%20health/po-publichealthhealthcaredeliveryfinalreport-12-02-2015.pdf.

BMA Ethics. (2009). The interface between NHS and private treatment: a practical, guide for doctors in England, Wales and Northern Ireland. http://www.bma.org.uk/-

/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/ethics/interfaceguidanceethicsmay2009.pdf
.

Borland, S. (2014, Diciembre 18). 80,000 UK students are told they can't train as a nurse: Thousands can't get on courses despite four in five new NHS workers being foreign. Daily mail.

Boyle, N. (2007). The case for private provision in the NHS. https://www.researchgate.net/publication/6300324_Private_provision_in_the_UK_National_Health_Service_The_case_for_private_provision_in_the_NHS.

Boyle, S. (2009). Payment by Results in England. Eurohealth, 12-16. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Payment%20by%20results%202011.pdf.

Boyle, S. (2011). Health Systems in Transition United Kingdom (England): Health System Review. World Health Organization. http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL13No1/Boyle.pdf.

Brereton, L., & Vasoodaven, V. (2010). The impact of the NHS market: An overview of the literature. Civitas: Institute for the Study of Civil Society. http://www.civitas.org.uk/content/files/Civitas_LiteratureReview_NHS_market_Feb10.pdf.

British Telecommunications. (2004). RFID in the Pharmaceutical Supply Chain: A future prognosis.

Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N., Weston, D., Erens, R., & Delbanco, T. L. (1994). National survey of hospital patients. British Medical Journal .

Buchan, J. (2002). International recruitment of nurses:United Kingdom Case Study. World Health Organisation.

Buck, D. (2013). Improving the allocation of health resources in England: How to decide who gets what. Londres: The Kind´s fund. En https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/improving-the-allocation-of-health-resources-in-england-kingsfund-apr13.pdf

Buisson, L. &. (2012). The Role of Private Equity in UK Health & Care Services . e British Venture Capital Association.

Butler, J. (1997a). The privatization of the National Health Service. Journal of the Royal Society of Medicine. Vol 90, 3-7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1296106/pdf/jrsocmed00044-0009.pdf.

Campbell, D. (2013, Febrero 06). Mid Staffs hospital scandal: the essential guide. The Guardian, pp. https://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide.

Care Quality Commission. (2014). The State of Health Care And adult social care in England 2013/14. Care Quality Commission 2014.

Castle, B. (1974). Democracy in the National Health Service. Department of Health and Social Security. https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/democracy-involvement-and-accountability-in-health/democracy-in-the-national-health-service/.

CBC News. (2015, Septiembre 23). Drug price regulations need overhaul to protect consumers, experts say. CBCnews, pp. http://www.cbc.ca/news/health/prescription-drug-prices-1.3239317.

Chamberlain, J. M. (2010). Governing Medicine: Medical Autonomy in the United Kingdom and the Restratification Thesis. A Journal of the BSA MedSoc Group, 32-44. http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol8Iss1/MSo-8.1-Chamberlain.pdf.

Charlesworth, A., Smith, J., & Thorlby, R. (2015, mayo 08). The coalition Government's health and social care reforms: 2010 - 2015. Retrieved noviembre 21, 2016, from nuffieldtrust: http://www.nuffieldtrust.org.uk/our-work/projects/coalition-governments-health-and-social-care-reforms

Chemical Industries Association . (2014). UK Chemical and Pharmaceutical Industry Facts and Figures. Londres: Chemical Industries Association .

Chemical Industries Association. (2015, enero). Chemical Industries Association. Retrieved from CIA: http://www.cia.org.uk/

Chris Ham, C. I. (2011). Where next for the NHS reforms? The case for integrated care. Londres: The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/where-next-nhs-reforms-case-for-integrated-care-ham-imison-goodwin-dixon-south-kings-fund-may-2011.pdf.

Collins, B. (2015). Foundation trust and NHS trust mergers. Londres: The King´s Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Foundation-trust-and-NHS-trust-mergers-Kings-Fund-Sep-2015_0.pdf.

Colombo, F., & Tapay, N. (2004). Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf.

Commission on the Future of Health and social care in England. (2014). The UK private health market. Londres: The King's Fund .

Committe of enquiry into the cost of the National Health Service. (1956). Report of the Committe of enquiry into the cost of the National Health Service. Londres. Retrieved from socialist Health association.

Connolly, S., Bevan, G., & Mays, N. (2010). Funding and performance of healthcare systems in the four countries of the UK before and after devolution. Londres: The Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/funding_and_performance_of_healthcare_systems_in_the_four_countries_report_full.pdf.

Cooksey, D. (2015). The Review and Refresh of Bioscience 2015. A Report to Government by the Bioscience Innovation and Growth Team . Bioscience companies, Government Departments, Trade Associations.

Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S., & McGuire, A. (2012). Does Competition Improve Public Hospitals' Efficiency? Evidence from a Quasi-Experiment in the English National Health Service. IDEAS. https://ideas.repec.org/p/cep/cepdps/dp1125.html.

Cooper, Z., McGuire, A., & Titmuss, R. (2009). Equity, waiting times, and NHS reforms: retrospective study. British Medical Journal, 673-675.

Cornwell, J. (2012). The care of frail older people with complex needs: time for a revolution. Londres: The king´s funds. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/the-care-of-frail-older-people-with-complex-needs-mar-2012.pdf.

Crossman, R. (1969, enero 11). Proposals for Reform of the National Health Service. Retrieved from Social Health Association : https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/democracy-involvement-and-accountability-in-health/proposals-for-reform-of-the-national-health-service/

Croxson, B., Propper, C., & Perkins, A. (1998). Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. Bristol: Centre for Market and Public Organisation. http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/wp1.pdf.

Cutler, A. (2000). The Cost of the National Health Service: Problem Definition and Policy Response 1942-1960. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy. http://researchonline.lshtm.ac.uk/1520135/.

Cutler, T. (2003). Dangerous Yardstick? Early Cost Estimates and the Politics of Financial Management in the First Decade of the National Health Service. Medical History, 217-238. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12754765.

Davis, R. (2014). Big ideas: Aneurin Bevan on a free health service. Nurse education today . Vol 33, https://cronfa.swan.ac.uk/Record/cronfa17860.

Day, P., & Klein, R. (1991). Britain's health care experiment. Health Affairs, 39 -59. http://content.healthaffairs.org/content/10/3/39.full.pdf.

Dayan, M., Arora, S., Rosen, R., & Curry, N. (2014). Is General Practice in crisis? Londres: Nuffield Trust. https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/is-general-practice-in-crisis.

Deber, R. B. (2002). Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private? Comission on the Future of the Health Care in Canada. http://www.publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-17-2002E.pdf.

Dee, M. (2014). When the five giants of post war reconstruction meet the four pillars of welfare reform-young people lose out, again. School of Public Health and Social Work, Queensland University of Technology. https://www.tasa.org.au/wp-content/uploads/2014/12/Dee-P2.pdf.

Dehn, T. (2007). Controversial topics in surgery. The Royal College of Surgeons of England. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3397184/.

Department of Health. (1997). The new NHS modern . dependable. Londres.

Department of Health. (2008). The Pharmaceutical Price Regulatory Scheme. Londres: The Association of the British Pharmaceutical Industry and Department of Health .

Department of Health. (2009). Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care. Londres: Department of Health. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/404423/patients-add-priv-care.pdf.

Department of Health. (2013). A Simple Guide to Payment by Results. Department of Health.

Dickson, M. J. (2003). Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries. OECD. https://www.oecd.org/els/health-systems/2955828.pdf.

DIRECTORATE FOR FINANCIAL AND ENTERPRISE AFFAIRS COMPETITION COMMITTEE. (2010). ROUNDTABLE ON GENERIC PHARMACEUTICALS. OECD.

Dixon, J. (2004). Payment by results—new financial flows in the NHS. British Medical Journal, 969-970. http://www.bmj.com/content/328/7446/969.

Dixon, J. (2005). Regulating health care: The way forward. Londres: King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/regulating-health-care-way-forward-jennifer-dixon-kings-fund-7-december-2005_0.pdf.

Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health- care systems: Lesson from the reform experience. OECD https://www.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf.

Edwards, B., & Fall, M. (2005). The executive years of the NHS: The England account 1985-2003. Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/the-executive-years-of-the-nhs-sep05.pdf.

Enthoven, A. (1985). Reflections on the management of the NHS. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust. https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/reflections-on-the-management-of-the-national-health-service.

Enthoven, A. (2002). Introducing Market Forces into Health Care: A Tale of Two Countries. Londres: The Nuffield Trust. https://pdfs.semanticscholar.org/fe14/9fc77ac96d13315c2936bd34d1dc14054d7f.pdf.

Europol y OHIM. (2015). 2015 Situation Report on Counterfeiting in the European Union. A joint project between Europol and the Office for Harmonization in the Internal Market. Europol y OHIM.
https://euipo.europa.eu/ohimportal/documents/11370/80606/2015+Situation+Report+on+Counterfeiting+in+the+EU.

Farebrother. (2014). Geographic variations in health care, in Geographic Variations in Health Care: What do we know and what can be done to improve health system performance? OECD. https://www.oecd.org/els/health-systems/FOCUS-on-Geographic-Variations-in-Health-Care.pdf.

Farrar, M. (1999). Primary Care Trusts. Establishing Better Services. NHS. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/72/10/04057210.pdf.

Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. Milbank Quarterly, 281-315.

Finance and NHS Medicines, Pharmacy and Industry Group. (2013). The Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2014. Department of Health .

Fotaki, M., Ruane, S., & Leys, C. (2013). The future of the NHS? Lessons from the market in social care in England. Centre for Health and the Public Interest.

Foubister, T. (2009). The United Kingdom. In E. Mossialos, & S. Thomson, Private health insurance in the European Union (pp. 315-330). Londres: London School of Economics and Political Science. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/138179/E94886_ch10.pdf.

Gagnon, M.-A. (2010). The Economic Case for Universal Pharmacare: Cost and Benefits of Publicly Funded Drug Coverage for all canadians. Canadian Centre for Policy alternatives. https://s3.amazonaws.com/policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2010/09/Universal_Pharmacare.pdf.

Gaynor, M., Laudicella, M., & Propper, C. (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. Journal of Health Economics, Elsevier, vol. 31(3) , 528-543. https://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/17608.html.

Gaynor, M., Moreno-Serra, R., & Propper, C. (2010). Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health. NBER Working Papers. http://www.nber.org/papers/w16164.

Glasson, J., & Marshall, T. (2007). Regional Planning. Londres: Routledge. http://www.scholarlot.com/ebook/regional-planning-the-natural-and-built-environment-series-by-john-glasson-pdf-461249.

Glennerster, H., & Matsaganis, M. (1993). The UK health reforms: The fundholding experiment. Health policies, 179–191. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016885109390056U.

GMC. (2016). Our data on doctors working in the UK. In GMC, The state of medical education and practice in the UK report: 2016 (pp. 16-46). General Medical Council. http://www.gmc-uk.org/SoMEP_2016_Chapter_one.pdf_68138039.pdf.

Goldblatt, P., & Whitehead, M. (2000). Inequalities in health development and change. Londres: Population trends https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/10909101/.

Goodwin, N., Dixon, A., Poole, T., & Raleigh, V. (2011). Improving the quality of care in general practice. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011_0.pdf.

Gorsky, M. (2008). Public health in interwar England and Wales: did it fail? Dynamis, 175-198. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647660/.

Gorsky, M. (2012). Hospitals, Finance, and Health System Reform in Britain and the United States,1910 - 1950: Historical Revisionism and Cross-National Comparison. Journal of health politics, policy and law, 365-404. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323233.

Gorsky, M. (2013). 'Searching for the People in Charge': Appraising the 1983 Griffiths NHS Management Inquiry. Medical History, 87-107. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23393404.

GP Taskforce . (2014). Securing the Future GP Workforce Delivering the Mandate on GP Expansion. NHS. https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/GP-Taskforce-report.pdf.

Grand, J. L. (1999). Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service. Health Affairs, 27-39. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10388198.

Grand, J. L. (2002). Further Tales From The British National Health Service. Health Affairs, 116-128.

Gray, A. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. International Journal of Health Services, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7118327.

Green, D. (2010). Pauper Capital: London and the Poor Law 1790-1870. londres: Ashgate publishing.

Greengross, P., Grant, K., & Collini, E. (1999). The history and development of the UK NHS 1948 – 1999. Londres. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08d91e5274a31e000192c/The-history-and-development-of-the-UK-NHS.pdf: DFID Health Systems Resource Centre.

Gregory, S. (2009). General practice in England: An Overview. Londres: The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/general-practice-in-england-overview-sarah-gregory-kings-fund-september-2009.pdf.

Griffiths, A., Beaussier, A.-L., Demeritt, D., & Rothstein, H. (2015). Intelligent Monitoring? Assessing the ability of the Care Quality Commission's statistical surveillance tool to predict quality and prioritise NHS hospital inspections. British Medical Journal , http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/04/15/bmjqs-2015-004687.full.

Grosios, K., Gahan, P. B., & Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the UK. EPMA Journal , 529–534.

Ham, C., & Walsh, N. (2013). Making integrated care happen at scale and pace. Londres: The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf.

Ham, C., Baird, B., Gregory, S., Jabbal, J., & Alderwick, H. (2015). The NHS under the coalition government. The Kings Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/the-nhs-under-the-coalition-government-nhs-performance-kings-fund-mar15.pdf.

Hann, M., McDonald, J., Checkland, K., Coleman, A., Gravelle, H., Sibbald, B., & Sutton, M. (2013). Seventh National GP Worklife Survey . Manchester: Department of Health Policy Research Programme. http://www.population-health.manchester.ac.uk/healtheconomics/research/reports/FinalReportofthe7thNationalGPWorklifeSurvey.pdf.

Harrison, A., & Appleby, J. (2009). English NHS waiting times: what next? Journal of the Royal Society of Medicine, 260-264. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711192/pdf/260.pdf.

Harrison, S. (1994). National Health Service Management in the 1980s. Londres. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711192/pdf/260.pdf.

Health and Social Care Information Centre. (2014). Hospital Prescribing: England 2013-2014. Londres : Health and Social Care Information Centre. http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB15883/hosp-pres-eng-201314-rep.pdf.

Health Service Journal. (2014, Octubre 01). Revealed: NHS England's new area team structure.

Hellowell, M. (2014). The return of PFI – will the NHS pay a higher price for new hospitals? Centre for health and the public interest. https://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/CHPI-PFI-Return-Nov14-2.pdf.

Hellowell, M., & Pollock, A. (2007). Private finance, public deficits: A report on the cost of PFI and its impact on health services in England. Centre for International Public Health Policy. http://www.allysonpollock.com/wp-content/uploads/2013/09/AP_2013_Pollock_PFILewisham.pdf.

Higher Education Commission. (2015). Too Good to Fail: The financial sustainability of higher education in England. Londres : http://www.policyconnect.org.uk/hec/sites/site_hec/files/report/391/fieldreportdownload/hecommissionreport-toogoodtofail.pdf.

Hodgkin, P., & J. T. (2013). Power to the people: what will bring about the patient centred revolution? BMJ, http://www.nhshighland.scot.nhs.uk/Publications/Documents/Power%20to%20the%20People%2024th%20Nov%202013.pdf.

House of Commons Health Committee. (2005). Changes to Primary Care Trusts. Londres: The Stationery Office. https://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmhealth/646/646.pdf.

HSCIC. (2015). NHS Workforce: Summary of staff in the NHS: Results from September 2014 Census .

HSCIC. (2015). Provisional Accident and Emergency Quality Indicators - England, by provider for October 2015.

HSJ. (2012, septiembre 27). HSJ. The profitability of private patients. Retrieved noviembre 22, 2016, from https://www.hsj.co.uk/topics/efficiency/the-profitability-of-private-patients/5049176.article

HSJ. (2016, enero 25). Healthwatch England will have 'freedom to criticise CQC'. Retrieved noviembre 22, 2016, from HSJ: https://www.hsj.co.uk/topics/policy-and-regulation/healthwatch-england-will-have-freedom-to-criticise-cqc/7001865.article

Hurst, J., & Williams, S. (2012). Can NHS hospitals do more with less? The Nuffield Trust.

Jacobzone, S. (2000). Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers. http://archives.who.int/prioritymeds/report/append/22d_oecd_apx.pdf.

Jarman, B., & Bosanquet, N. (1992). Primary health care in London-changes since the Acheson report. British Medical Journal, 1130-1133. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1883669/pdf/bmj00099-0028.pdf.

Jenkin, B., & Otros. (2015). Investigating clinical incidents in the NHS. Sixth Report of Session 2014–15. Londres: House of Commons. http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201415/cmselect/cmpubadm/886/886.pdf.

Jenkin, P. (1979). House of Commons Debate. House of Commons Debate. Londres: researchbriefings.files.parliament.uk/documents/.../SN02226.pdf.

Kaiser Permanente Institute for Health Policy. (2015). Pharmaceutical Pricing: Lessons from Abroad. Kaiser Foundation Health Plan.

Kelly, E., & Stoye, G. (2014). Does GP Practice Size Matter? GP Practice Size and the Quality of Primary Care. Londres: Institute for Fiscal Studies. https://www.ifs.org.uk/publications/7445.

Klein, R. (1998). Why Britain is reorganizing its national health service--yet again. Health affairs , 111-125. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9691554.

Klein, R. (2004). Britain's National Health Service Revisited. The new england journal of Medicine, 937-942. http://courses.phhp.ufl.edu/hsa6152/Articles/BritainsNationalHealthServicerevisited.pdf.

Klein, R. (2010). The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention. Londres: Radcliffe. https://www.amazon.co.uk/New-Politics-NHS-Creation-Reinvention/dp/1846194091.

Krska, J., & Godman, B. (2014). Medicines management. In Improving Public Health through Pharmacy (pp. 245-257). Londres : http://www.pharmpress.com/files/docs/PharmacyInPublicHealth_Sample(1).pdf.

Lafond, S. (2015). Current NHS spending in England. The Health fundation. http://www.health.org.uk/sites/health/files/FundingOverview_CurrentNHSSpendingInEngland.pdf.

Laurance, J. (2013). Former chief of Care Quality Commission hits back at allegations of a cover up. British Medical Journal, http://search.proquest.com/openview/e0baf07706398e856207160c4c8e29b2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2043523.

Leask, G. (2002). Evolutionary Change within the UK Pharmaceutical Industry: A Cladist Approach. Londres: Aston University. http://www.druid.dk/uploads/tx_picturedb/dw2002-441.pdf.

Lember, M., Cartier, T., Bourgueil, Y., Dedeu, T., Allen Hutchinson, & Kringos, D. (2015). Structure and organization of primary care. In D. Kringos, W. Boerma, A. Hutchinson, & R. Saltman, Building primary care in a changing Europe (pp. 41-65.). European Observatory on Health System. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf.

Lewis, J., & Cooper, J. (2015). Expenditure on Healthcare in the UK, 2013. Londres: Office of National Statics.

Leys, C., & Toft, B. (2014). Patient Safety in Private hospitals. Centre for Health and the Public Interest.

Light, D. (2003). Universal Health Care: Lessons From the British Experience. American Journal of Public Health, 25- 30. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)087.pdf.

Marini, G., & Miraldo, M. (2009). The costs of new organisational and organisational freedom: The case of English NHS trusts. York: Health, econometris and data group. https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/09_26.pdf.

Marks, L. (1989). General practice or primary health care. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1-4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1711555/pdf/jroyalcgprac00001-0009.pdf.

Marmot indicators 2015. (2015). http://www.instituteofhealthequity.org/.

Marshall, L., Charlesworth, A., & Hurst, J. (2014). The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Londres: Nuffield Trust. https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/2014-nhs-payment-research-report-web-final.pdf.

Maybin, J. (2007a). Briefing: Payment by Results. Londres: King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/briefing-payment-by-results-jo-maybin-19-october-2007.pdf.

Maybin, J. (2007b). The reconfiguration of hospital services in England. Kings Fun. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/briefing-reconfiguration-hospital-services-england-jo-maybin-kings-fund-november-2007.pdf.

Maynard, A. (1993). Competition in the UK National Health Service: Mission impossible? Health Policy, 193–204. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016885109390057V.

Maynard, A., & Walker, A. (1997). The Physician workfoce in the United Kingdom. Londres: The Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/The_Physician_Workforce_in_the_UK.pdf.

Minhas, R., & Moon, J. (2007). The Office of Fair Trading report: a prescription for value- based drug pricing. Journal of the Royal Society of Medicine, 216- 218. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1861417/.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . (2013). Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud. Madrid.

Mohan, J. (1995). A National Health Services? The Restructuring of Health Care in Britain since 1979. Londres: MacMillan. http://www.bmj.com/content/312/7027/387.1.

Mohan, J. (2011). Hospital policy in England and Wales: of what is the 1962 Hospital Plan a case? In M. Exworthy, S. Peckham, M. Powell, & A. Hann, Shaping Health Policy. Oxford . http://oxfordindex.oup.com/view/10.1332/policypress/9781847427588.003.0004.

Monopolies and Mergers Commission. (1993). Private medical services: A report on agreements and practices relating to charges for the supply of private medical services by NHS consultants. Londres.

Moore, J. (1947, Julio 26). local Executive Councils in NHS. British Medical Journal , p. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2055347/?page=1.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (2016). 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf.

Murray, R., Imison, C., & Jabbal, J. (2014). Financial failure in the NHS What causes it and how best to manage it. The King´s Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/financial-failure-in-the-nhs-kingsfund-oct14.pdf.

National Health Service. (2013). Guide to the Healthcare System in England Including the Statement of NHS Accountability. Londres: NHS constitution. https://www.networks.nhs.uk/news/guide-to-the-healthcare-system-in-england.

Naylor, C., Curry, N., Holder, H., Ross, S., Marshall, L., & Tait, E. (2013). Clinical commissioning groups Supporting improvement in general practice? Londres: The King’s Fund

and Nuffield Trust 2013. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/clinical-commissioning-groups-report-ings-fund-nuffield-jul13.pdf.

NHE. (2016, junio 22). Healthwatch England to reduce staff numbers and work more closely with CQC. Retrieved noviembre 12, 2016, from National Health Executive: http://www.nationalhealthexecutive.com/Health-Care-News/healthwatch-england-to-reduce-staff-numbers-and-work-more-closely-with-cqc

NHS. (2015, marzo 20). Pay and Conditions Circular (M&D) 1/2015. Retrieved noviembre 22, 2016 , from NHS employees: http://www.nhsemployers.org/~/media/Employers/Documents/Pay%20and%20reward/Pay%20and%20Conditions%20Circular%20MD%2012015.pdf

NHS commisión group. (2012). Commissioning fact sheet for clinical commissioning groups. NHS commisión group. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/fs-ccg-respon.pdf.

NHS England. (2013a). Understanding the reforms…. British Medical Asociation.

NHS England. (2013b). NHS Standard Contract for 2014/15: discussion paper for stakeholders. Londres: The NHS Constitution.

NHS England. (2014a). Understanding The New NHS.

NHS England. (2014b). Improving General Practice – a call to action. Evidence pack. Londres: NHS England. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/09/igp-cta-evid.pdf.

NHS England. (2014b). Transforming Primary Care.

NHS England and the Health and Social Care Information Center. (2013). NHS Hospital Data and Datasets: A Consultation.

Ochoa, J. (2009). La seguridad social un problema de todos (I parte) Sir William Henry Beveridge(1879-1963). http://conhisremi.iuttol.edu.ve/pdf/ARTI000071.pdf.

OECD. (2014a). Health care resources and activities. In OECD, Health at a Glance: Europe 2014 (p. 63). OECD Publishing. https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2014-CHARTSET.pdf.

OECD. (2014b). OECD Health Statistics 2014 How does the United Kingdom compare? OECD. http://www.oecd.org/unitedkingdom/Briefing-Note-UNITED-KINGDOM-2014.pdf.

OECD. (2015). Health at Glance. http://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf.

OECD. (2016). OECD Reviews of Health Care Quality : England. Paris: OECD.

Office for National Statics. (2015). UK manufacturers' sales by product , 2014 intermediate results and 2013 final results.

Office of Fair Trade . (2007). The Pharmaceutical Price Regulation Scheme.

Office of Fair Trading. (2011). Annual Report and Accounts 2010-2011. Londres: Office of Fair Trading. https://www.gov.uk/government/publications/annual-report-and-accounts-2010-to-2011--2.

Office of Fair Trading. (2011a). Private Healthcare Market Study.

Office of Fair Trading. (2012). Annual Report and Accounts 2011-2012. Londres: Office of Fair Trading. https://www.theccc.org.uk/publication/annual-report-and-accounts-2011-2012/.

Olatunde, O. (2015). Statistical bulletin: Life Expectancy at Birth and at Age 65 by Local Areas in England and Wales: 2012 to 2014. Office For National Statics. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/bulletins/lifeexpectancyatbirthandatage65bylocalareasinenglandandwales/2015-11-04.

Parliamentary Office of Science and Technology. (2010). Drug Pricing. Londres: Postnote 364 October 2010 https://www.parliament.uk/documents/post/postpn_364_Drug_Pricing.pdf.

Pollock, A. (2007). The case against private provision in the NHS. The Royal College of Surgeons of England.

Pollock, A., & Price, D. (2011). How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. British Medical Journal. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123165/pdf/1205.pdf.

Porto, S. M. (2002). Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000400004&script=sci_abstract&tlng=es.

Powell, T., & Parkin, E. (2015). General Practice in England. House of Common Library. researchbriefings.files.parliament.uk/documents/.../CBP-7194.pdf.

Propper, C. (1998). Who Pays for and Who Gets Health Care? Equity in the Finance and Delivery of Health Care in the United Kingdom. Londres: The Nuffield Trust. https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/who-pays-for-and-who-gets-health-care-equity-in-the-finance-and-delivery-of-health-care-in-the-united-kingdom.

Propper, C., Bloom, N., Seiler, S., & Reenen, J. V. (2010). The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from public hospital. Review of Economic Studies, 1 - 33. http://www.nber.org/papers/w16032.

Propper, C., Burgess, S., & Gossage, D. (2003). Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999. University of Bristol. http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/cmpo/migrated/documents/propper14.pdf.

Quintal, C. (2002). Some equity and efficiency implications of decentralised decision-making in health care resource allocation: a discussion with reference to England. Fundação para a Ciência e Tecnologia. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.195.8548.

Reitan, E. A. (2003). The Thatcher Revolution: Margaret Thatcher, John Major, Tony Blair, and the and the transformation of modern Britain, 1979-2001. Londres: Rowman & Littlefield. http://trove.nla.gov.au/work/10193461.

Rice, N., & Smith, P. (1999). Approaches to Capitation and Risk in Health Care: an international survey. York: University of York. https://www.york.ac.uk/che/pdf/op38.pdf.

Rivett, G. (1998). From Cradle to Grave: Fifty Years of the NHS. Londres: King's Fund. https://www.amazon.com/Cradle-Grave-50-Years-NHS/dp/1857171489.

Robinson, S. (2016, Junio 22). CQC Board Meeting. Healthwatch England Update – January 2016 to May 2016. Retrieved noviembre 21, 2016, from CQC: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/CM061607_item7_healthwatch_england_update.pdf

Roland, M., Guthrie, B., & David Colin Thomé. (2012). Primary Medical Care in the United Kingdom. Journal of The American Board of Family Medicine, http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S6.full.pdf.

Rowling, E. (2011). The future of leadership and management in NHS. Londres: King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Future-of-leadership-and-management-NHS-May-2011-The-Kings-Fund.pdf.

Royal college of nursing. (2012). Health inequalities and the social determinants of health. Londres: Policy & international departament. https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/438838/01.12_Health_inequalities_and_the_social_determinants_of_health.pdf.

Samanta, A., & Samanta, J. (2004). Regulation of the medical profession: fantasy, reality and legality. Journal of the Royal Society of Medicine , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1079459/.

Schoen, C., & Osborn, R. (2012). Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/topics/current-issues/international-surveys.

Scholes, S., Faulding, S., & Mindell, J. (2014). Use of prescribed medicines. In NHS, Health Survey England. The Health and Social Care Information Centre. http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB16076/HSE2013-Ch5-pres-meds.pdf.

Scott, T., & Maynard, A. (1992). Will the new GP contract lead to cost effective practice? York: Centre for health economics health economics consortium. https://ideas.repec.org/p/chy/respap/82chedp.html.

Scott-Samuel, A., Bambra, C., Collins, C., Hunte, D., McCartney, G., & Smith, K. (2014). The Impact of thatcherism on health and well-being in britain. International Journal of Health Services, 53-71. https://pcwww.liv.ac.uk/~alexss/thatcherism.pdf.

Secretary of State for Health. (2002). Delivering the NHS Plan: next steps on investment, next steps on reform. Londres: Secretary of State for Health. http://www.nhshistory.net/deliveringthenhsplan.pdf.

Smith, J., Lewis, R., & Harrison, T. (2006). Making commissioning effective in the reformed NHS in England. Londres: The Health Policy Forum. http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2006/Making-Commissioning-effective.pdf.

Smith, P. (2008). Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. Bulletin of the World Health Organization, 884–888. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19030695.

Stephenson, T. (2014). Expert Clinical Advice – MHRA Medical Devices. https://www.pmguk.co.uk/data/page_files/publications%20and%20reports/2014/con402542.pdf.

Stewart, J. (1997). For a Healthy London: The Socialist Medical Association and the London County Council in the 1930s. Medical History, 417 – 436. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1043937/.

Stokes, K., Barker, R., & Pigott, R. (2014). Which doctors take up promising ideas? New insights from open data. Londres: NESTA. https://www.nesta.org.uk/sites/default/files/which_doctors_take_up_promising.pdf.

Suplemment of the British Medical Journal. (1956, febrero 04). Cost Of The National Health Service . British Medical Journal, pp. 31-40. https://www.jstor.org/stable/i20334352. Retrieved from Jstor: https://www.jstor.org/journal/britmedj

The Health Committee. (2005). The Influence of the pharmaceutical Industry . House of Commons .

The independent. (2012, Marzo 31). Bureaucrats return to lead doctors' groups. The Independent, pp. http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/bureaucrats-return-to-lead-doctors-groups-7606225.html.

The Kings Fund. (2016, Enero 15). How the NHS is funded. Retrieved noviembre 21, 2016, from https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded

The Mirrow. (2014, Agosto 26). Thousands of foreign nurses will no longer require UK work experience to treat patients in Britain.

Thompson, G. (2010a). Primary Care Trusts: funding and expenditure. Londres: Library of House of Commons. researchbriefings.files.parliament.uk/documents/.../SN05719.pdf.

Thompson, G. (2010b). Pay in the NHS. Londres: Library of Houses of Common.

Thomson, S., & Mossialos, E. (2010). Primary Care and Prescription Drugs: Coverage, Cost-Sharing, and Financial Protection in Six European Countries. The Common Wealth Fund.

Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). Financing health care in the European Union. World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf.

Thorlby, R., & Arora, S. (2016). The English Health Care System, 2015. In E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & D. Sarnak, International Profiles of Health Care Systems, 2015 (pp. 49-57). The Commonwealth Fund.

Thorlby, R., & Maybin, J. (2010). A High Performing NHS: progress review 1997-2010. Londres: The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/High-Performing-NHS-progress-review-1997-2010-Ruth-Thorlby-Jo-Maybin-Kings-Fund-April-2010.pdf.

Toynbee, P. (2007). NHS: the Blair years. British Medical Journal , 1030-1031. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1871752/.

Tuohy, C. H. (1999). Dynamics of a changing health sphere: the United States, Britain, and Canada. Health Affairs, 114-134. http://content.healthaffairs.org/content/18/3/114.abstract.

Webb, S. (1928). The English Poor Law: will it endure? Londres: Oxford University. https://www.spi.ox.ac.uk/fileadmin/documents/PDF/BHPaper11SB7Webb1928A.pdf.

Weightman, A. L., Morgan, H. E., Shepherd, M. A., Kitcher, H., Roberts, C., & Dunstan, F. D. (2012). Social inequality and infant health in the UK: systematic review and meta-analyses. British Medical Journal, 2-14. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3378945/pdf/bmjopen-2012-000964.pdf.

Whiteside, N. (1999). Private Provision and Public Welfare: Health Insurance Between the Wars. In D. Gladstone, Before Beveridge: Welfare Before the Welfare State (pp. 26-42). London: Civitas. http://www.civitas.org.uk/pdf/cw47.pdf.

Whiteside, N. (2014). The Beveridge Report and Its Implementation: a Revolutionary Project? Histoire@Politique. nhttps://www.cairn.info/revue-histoire-politique-2014-3-page-24.htm.

Williams, H., Lees, C., & Boyd, M. (2014). The General Medical Council: Fit to Practise? Civitas: Institute for the Study of Civil Society. http://www.civitas.org.uk/pdf/GMCFittoPractise.pdf.

Winter, J. (2013). Hospitals provider. HSCIC. http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB12744/nhs-mate-eng-2012-13-summ-repo-rep.pdf.

Witcomb, R., Almond, J., Morris, T., Peat, J., & Whiticar, J. (2014). Private healthcare market investigation. Competition and Markets Authority. https://www.gov.uk/cma-cases/private-healthcare-market-investigation.

Wofinden, R. C. (1947). Health Service in England. Londres: Butterworth-Heinemann. https://www.elsevier.com/books/health-services-in-england/wofinden/978-1-4831-6780-0.

2.2. Francia. Un modelo dinámico, pero no tan (socialmente) equitativo

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud

1.1) La salud en el siglo XIX modelo de mutuales y medicina liberal

El siglo XIX se había caracterizado por el rápido aumento del sistema de beneficio mutuo –sobre todo agrícola- que sigue siendo importante en la vida política francesa por la presencia de mutuales. En 1835 se reconocen oficialmente estas mutuales, en 1848 se reglamentó su inscripción ante la autoridad municipal. Por un decreto de 1852, el Estado confía a las mutuales, bajo un sistema no obligatorio, el seguro de salud (Azema, 2010). En 1900, el número de mutuales alcanzaría los 2,5 millones de miembros.

Más allá de las mutuales, estaban los hospitales originalmente dedicados a cuidados paliativos, sobre todo de la iglesia, que en 1794 fueron estatizados y en muchos casos pasaron a los municipios. (Vallin & Mesle, 2006). En 1851 pasaron a ser instituciones autónomas con personería jurídica, con su propio consejo de administración que nombraba a los médicos, pero dependientes de los municipios que cobraban una tasa a otras comunas. Así surgieron los departamentos de salud municipales con sus médicos oficiales, los que chocaban con la profesión médica independiente (IRDES, 2015a)

Pero la población se atendía principalmente en consultorios médicos autónomos en los que los médicos eran libres de prescribir y fijar tarifas (Imai, Jacobzone y Lenain, 2000; Lebrun & Sailly, 2000) . En 1881 se creó el primer sindicato médico de Vendée y Le Havre, para negociar con el gobierno, pero sobre todo con las mutuales que eran vistas como una amenaza potencial para la práctica privada. El número de organizaciones aumentaba. En 1886 se crea el área de Higiene en el Ministerio del Interior, pero el Estado es prescindente, con la excepción del aumento de acciones contra epidemias (Bourdelais, 2007).

Una ley de 1893 establece la responsabilidad del empleador (sobre todo en accidentes de trabajo en el sector industrial) (Azema, 2010) y también la asistencia médica gratuita (Da Silva & Gadreau, 2015). Este derecho se afianza con la ley de salud pública de 1902, que garantiza la cobertura de servicios básicos y hace obligatoria la vacunación, alcantarillado, saneamiento y desinfección (Cavé, 2012). En esa ley se crea el Consejo Asesor de Salud Pública y se regulan las oficinas municipales de la salud (Mansotte, 2012; Mazade, 2013). También se regulan las

mutuales, desatando una fuerte oposición del mutualismo y los sindicatos obreros (Sammut, 2011). De todos modos, se respeta la autonomía médica (Pierru, 2007). Cave (2012) plantea que –con sus límites respecto a las posiciones higienistas- la legislación vino a poner un orden parcial en un país descentralizado en el que las iniciativas locales habían tenido límites para expandir la cobertura.

1.2) La seguridad social en la tradición mutualista con libertad médica

En paralelo, el Estado interviene para que se constituyan regímenes especiales: primero de funcionarios, soldados, mineros, luego para trabajadores ferroviarios. En 1910 aparece el fondo espcial de pensiones de obreros y campesinos, y ese mismo año el seguro obligatorio –aunque limitado en cuanto a intervenciones- para los empleados de comercio y la industria. Pero es 1922 el año clave. El Estado organiza la protección social de los empleados y crea secciones departamentales únicas por rama, salvo para los trabajadores agrícolas que siguen organizados por mutuales (Vincent, 2008).

En 1927 se firma la "Carta médica", por la cual la "medicina liberal" descansa sobre los siguientes principios: libertad de instalación, libertad de prescripción, libertad del paciente para elegir médico, y libertad de negociación de tarifas. Tan sólo este último principio ha sido limitado en el tiempo (Bellanger, 2005).

Entre 1928 y 1932 surge la normativa que establece un seguro completo de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, para empleados y agricultores y su familia, financiado por el empleado y el empleador, aun basado en las mutuales. En 1940 tenían casi 10 millones de miembros (Le Pen, 2009). Sobre este sistema se construiría el Seguro Social (Buchmueller y Couffinhal, 2004; Bellanger, 2005).

La ley de Seguridad Social fue promulgada en 1945. La misma define los planes básicos obligatorios (enfermedad, vejez, familia) bajo la órbita estatal, pero deja espacio para otros modos de gestión de riesgos. Desde entonces la seguridad social complementaria es central para el modelo, principalmente otorgada por las tradicionales mutuales que progresivamente aumentaron su cobertura. Ya en 1941 se había permitido la apertura de los hospitales a no indigentes (Irdes, 2015a).

Según la ley, el sistema dependería de una red coordinada de cajas (caisses). Para eso se establece la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dependiente del ministro de trabajo y la seguridad social, que sustituye las secciones locales por una sola circunscripción. Esta

caja se hace cargo del reembolso de los gastos médicos a través de cajas locales, existiendo124 en 1946 y 101 en el año 2012. Algunos Departamentos tenían varias cajas en su territorio (Audigier y otros, 2013). El Consejo Nacional de Administración estaba en un principio compuesto en un 75% por los asalariados y el 25% por empleadores, pero las decisiones tuvieron siempre un fuerte sesgo estatal (PUG, 2010). La existencia de regímenes especiales se mantendría y la generalización de servicio obligatorio sería solo gradual; en 1961 para los agricultores a traveé de la Mutualité Sociale Agricole (Sauvignet, 2004; Vincent, 2008) y en 1978, se completan las incorporaciones (Durand-Castellano & Gobin, 2003). La reforma contó con el acuerdo del Colegio de Médicos que resurge ese mismo año, y respeta su autonomía y el autocontrol (Nguyen Huu, 2016).

En 1958 se lleva adelante la reforma Debré: se crean dos organismos nacionales, la Comisión Nacional de equipamiento hospitalario y el Consejo Superior de hospitales. Además se suman tres representantes del ayuntamiento de la ciudad en los consejos de administración hospitalarios. Se crean departamentos médicos en los municipios. Una ordenanza impuso la necesidad de informar al Prefecto la creación de cualquier institución privada de salud.

Los hospitales son financiados por el Ministerio y en general se paga por servicio. En las instituciones de más de 200 camas, las funciones de Director se amplían para manejar gastos y recaudación de ingresos. Además se crea el cargo hospitalario de tiempo completo, con el fin de evitar la confusión entre el hospital y el trabajo en el gabinete de "ville" (Lallemand, 2005). En esta época hay un proceso de construcción de los grandes hospitales, la clasificación de los establecimientos en: hospital regional, hospital, hospital-hospicio y hospicio. Desde la reforma, son gestionados por un Director, representante legal de la institución designada por el Ministro de Salud Pública o por el Prefecto, previa consulta al presidente de la junta; lo mismo para el personal médico. Son administrados por una junta compuesta por representantes de las autoridades locales, los seguros, personal médico y no médico, así como por “personalidades calificadas” (IRDES, 2015a). A partir de este momento la medicina francesa gana prestigio. Para algunos, es el surgimiento de las superespecialidad en desmedro de la medicina general (Mazade, 2013; Touraine, 2015).

Por último se funda la categoría de Hospital universitario, y se propone unir los grandes hospitales públicos y las escuelas de medicina, con personalidad jurídica y autonomía financiera (Dhordain, 2008).

Para estimular el modelo, desde 1959 se permitió crear las llamadas "clínicas abiertas", que permiten hospitalizar pacientes como privados. Se planteó según Molinie (2005), como la

única manera de atraer a los médicos (Molinié, 2005). En 1961 se establece una compensación doble por trabajar en el hospital universitario (Molinier, 2008).

Los profesionales, según la ley, conservaban el derecho del ejercicio privado. El seguro social tuvo siempre dificultades para negociar las tarifas con los médicos; éstos seguían cobrando sus propios precios y los reembolsos públicos eran muchos más bajos que en lo que en la práctica se pagaba. El conflicto se intentó terminar en 1960 con la imposición unilateral del gobierno nacional de topes para todos los departamentos y la supervisión de las condiciones del servicio (Sandier, Paris y Polton, 2004). Se produjo una división entre los médicos, lo que dificultó todas las otras tratativas (Hassenteufel y Daves, 2013). En los hospitales públicos los médicos dominaban la estructura (Espina Montero, 2013).

Estos conflictos y la resistencia de los regimenes especiales, atentaban contra el objetivo de un sistema universal, gratuito, inspirado en el modelo inglés (Sandier, Paris y Polton, 2004). En este periodo aumenta la cobertura, pero no se garantiza la gratuidad ni la equidad en el servicio.

En 1965 el famoso informe Piketty por primera vez pone en el centro del debate la fragilidad del modelo y la cuestión del déficit, en ellos es central la critica del Consejo Nacional de la Patronal Francesa, el CNPF (Duval, 2002; Boltanski & Chiapello, 2002). Como medidas concretas el informe recomienda: favorecer la investigación de laboratorios privados y desregular la intervención en precios de medicamentos; crear un copago fijo y general por medicamento prescripto; prohibir el pago directo de terceros pagadores para los servicios de salud, a excepción de la hospitalización (Alloux, 2003).

En 1967, en el marco del gobierno de Pompidou, se producen las reformas del ministro Jeanneney destinadas a enfrentar las presiones al aumento del gasto. Para eso se crean tres agencias nacionales de seguridad social con sus representantes regionales: La Caja Nacional de Seguro de Salud para Empleados (CNAMTS), la Caja Nacional de Seguro de Pensiones (CNAVTS) y la Caja Nacional de Asignaciones Familiares (CNAF). La Central de los Cuerpos de Seguridad Social (ACOSS) tiene la gestión conjunta de los recursos del sistema con el claro objetivo de controlar las erogaciones, fuera del Ministerio (Durand-Castellano & Gobin, 2003; Bizard, 2012). Cambia también la conducción de las Cajas, con menos representantes sindicales, identificados por ser quienes presionaban al incremento de los fondos (Louise, 2011).

Una novedad importante de la reforma es el aumento del "ticket modérateur ", el copago por servicios de salud, ya recomendado en el informe Picketty, no reembolsable por el Seguro,que

pasó del 20% al 50%, pero tuvo que ser revisado al año siguiente después de las manifestaciones públicas de descontento social, y debió reducirse al 25%. En 1969 se sacaron del copago 26 patologías. Durante los 70s, la tasa aumentaría a 35% para la atención y 30 % para otras prestaciones (IRLES, 2013). El gobierno esperaría 25 años, hasta 1993, antes de proceder con otra medida de este tipo (Jacobs & Goddard, 2000).

En esa misma reforma se permite por primera vez la afiliación independientemente del oficio, es la antesala de la generalización del seguro médico (Descours, 1999).

En 1970 se produce la reforma que sentó las bases de lo que se conocío como servicio público hospitalario (SPH), que, junto al mapa sanitario, aumentó la regulación al mejorar la distribución de los recursos y controlar, al mismo tiempo, el excesivo número de camas de hospitalización. Se proponen cinco principios rectores: igualdad de los pacientes ante las atenciones, continuidad de las atenciones las 24 horas del día, neutralidad, adaptación a las necesidades tecnológicas y pago directo por la Seguridad Social a médicos y hospitales (Riesgo, 1991). Los hospitales privados debían expresar su intención de ofertar servicios al seguro público y éste los incluía como iguales a los hospitales públicos. Se estimula a las regiones para que generen un "sector interhospitalario" con participación de todos los oferentes y con igualdad de condiciones para la provisión (Moinié, 2005; Dodet, 2006; Couty, 2010; Viez, 2008)

La reforma no parece tener éxito, al menos, las alianzas hospitalarias y los inter grupos hospitalarios no se producen o se limitan a la gestión de los servicios de logística (Lalande, Scotton, Bocquet & Bonnet, 2012). Pero marca el futuro del sistema (Hardy, 2012).

En 1971 se intenta volver con la firma de contratos colectivos entre el Seguro Social y los médicos, pero sólo se avanzó con un sector, a cambio de unos sobresueldos importantes que en pricncipio eran temporarios, pero perduraron en el tiempo a pesar de diversos intentos de eliminarlos (LeCiss, 2014 y 2015; Bellenger, 2005). Ese mismo año se impuso el "numerus clausus "método por el cual una comisión de la demografía médica con representantes del Estado, los planes de seguro de salud, los sindicatos médicos y los decanos de las facultades de medicina (Poppelier, 2004) definía los ingresos a las universidades, limitándolos. Recién en el año 2000 se revirtió la tendencia (Wallach, 2011).

1.3) La crisis de los 70 y sus efectos sobre la seguridad social. Reformas y conflictos

Recién en 1974 en el gobierno de Chirac, se proclamó por ley que el sistema debía ser universal, sin embargo, esto nunca sucedió y por eso los sistemas particulares aún existen (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, Hernández-Quevedo y Mladovsky, 2010). Esto generó un segmento del seguro formado por personas no incluidas en ninguna de las categorías ya existentes. Por ellos, el seguro o el gobierno local tienen que pagar una cuota (Sandier, Paris & Polton, 2004). En 1978, se crea el régimen de seguro complementario voluntario que se ha extendido considerablemente hasta alcanzar en 1993 al 83%de la población y cubrir la mayor parte de los copagos (Bloch & Ricordeau, 1996), esto haría bajar el gasto de bolsillo.

El gobierno asumía la responsabilidad financiera aumentando los recursos. Tambien intenta con menos suerte la regulación de las tarifas, pero no participa directamente en la gestión de los fondos que queda para el seguro (CNAMTS) y sus delegaciones. Pero la normativa empieza a condicionar el gasto hospitalario público. Sin mucho impacto, ademas, en 1977el Ministerio crea 22 Direcciones regionales de Sanidad y Asuntos Sociales (DRASS), servicios regionales del Estado Nacional dirigidas por un Director responsable de la ejecución de las políticas nacionales (Sauvage, 2004).

La cobertura del seguro Social estaba aumentando de una tasa promedio de 70% en 1970 a 76,5% en 1980. Luego, en 1993 la cifra bajaría a 74% (Lancry, 1995). En la práctica, el acceso al seguro de salud, sin embargo, siguió siendo problemático para algunas personas, debido a que el proceso de inclusión incorporaba aportes personales de los carenciados y un domicilio, cosa que muchos no podían comprobar (Sandier, Paris & Polton, 2004; Chevreul y otros, 2010)

Pero es claro que en todo ese período el gasto público aumentó a un ritmo del 6,2% entre 1960 y 1975; un 4,25% entre 1975 y 1990 y del 2% en los ’90. Esta evolución llevó gradualmente a Francia a ocupar el tercer lugar en la OCDE en proporción del gasto en el producto interno bruto y a ser el más grande de Europa, especialmente superando Alemania. Se trataba del 9,7% del PBI ya en 1993 (Bloch & Ricordeau, 1996). Para afrontar la crisis, se producen dos reformas financieras: el Plan Barre de 1975 y el Plan Bérégovoy en 1983 que sumaron a la seguridad social nuevos recursos. Las contribuciones salariales aumentaron también de 1,5% en 1975 al 6,8% en 1995 (Jacobs & Goddard, 2000). En 1984 se produce otra medida para aumentar los recursos: la eliminación total de los techos de las contribuciones y el aumento de las tasas (Sandier, Paris, & Polton, 2004).

En lo que hace a la limitación de los costos públicos, pero a costa de los de bolsillo, en 1980 surge el denominado “sector II”, compuesto por aquellos profesionales que querian disfrutar de cierta libertad con respecto al convenio, autorizados a cobrar honorarios superiores, hasta en un 50% a los pactados con las aseguradoras del SHI (sector I). Entre 1975 y1993, la participación de los pacientes en los costos aumentó de 20% al 25% (Barbier & Theret, 2000).

También la reforma de Bérégovoy de 1983 ya dentro de la presidencia Mitterrand, tiene aspectos relativos a la contención de los costos: los hospitales pasan a ser financiados con un presupuesto global establecido por el seguro y con menos margen para cada departamento; esto funcionó como un tope durante muchos años. Hay un intento de ajuste, sobre todo en el personal (Durand-Castellano & Gobin, 2003) .En general, la década de 1980 fue escenario de un auge del discurso gerencial (Mazade, 2013). Según (Bloch & Ricordeau, 1996) desde 1980, la proporción del gasto hospitalario disminuyó 4 puntos. En ese periodo se crea además la Agencia Nacional para el desarrollo de la evaluación médica (ANDEM), que realizaba una evaluación de los profesionales de la salud (Benamouzig, 2009).

Con esos parámetros, se produce la desconcentración de 1990 y 1991 que se da a través de las direcciones regionales de salud y asuntos sociales, que aumentaban sus funciones y pasaban a ser responsables para la planificación hospitalaria y las asignaciones presupuestarias a los hospitales. (Chevreul y otros, 2010). El proceso fue respaldado por los “Esquemas regionales de organización sanitaria”, un ejercicio de planificación regional con participación comunitaria (Bellenger, 2005).

En ese período y tratando de controlar los costos en el sector privado y también poner un techo al gasto nace el “Objetivo cuantificado nacional” que definía el monto total a repartir entre las clínicas privadas. Desde 1996 ese objetivo ha sido incorporado al L’objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), un importe que se fija anualmente para el seguro de salud, regionalizado (Bellenger, 2005).

Como consecuencia, aumenta la tasa de participación de los asegurados al 30% y 40% para los honorarios y de hasta el 65% para medicamentos (IRDES, 2013). Los gastos de bolsillo siguieron creciendo (Perronnin, Pierre & Rochereau, 2011).

1.4) Los 90s. El control estatal ante una seguridad social costosa. El Plan Jupee y las reformas sucesivas

Debido al aumento desmedido del gasto, luego de un largo debate, se puso en práctica en 1996 el llamado plan Jupeé. La reforma define objetivos y parámetos para el gasto nacional de salud (ONDAM), en concepto de atención ambulatoria, para los hospitales públicos, las clínicas privadas y para el sector médico-social referidos a calidades, enfermedades, prestaciones, honorarios, recetas y los reembolsos, fundamentalmente mediante topes. A fines del año anterior habia habido un aumento del plan hospitalario de 55 a 70 francos (IRDES, 2015c). Las relaciones del Estado con los médicos se deterioraron aun más. Desde entonces las dificultades para firmar acuerdos han aumentado (Dixon & Mossialos, 2002)

Para que estas medidas de ajuste funcionasen, se propone un "Comité de Alerta", que se activa cuando el déficit de la seguridad social alcanza un umbral predefinido (Rice & Smith, 1999). Pero el objetivo nunca ha sido alcanzado (Bellenger, 2005; Espina Moreno, 2013).

Como parte de la reforma se crea la Agencia Nacional para la Acreditación y Evaluación de la Salud (ANAES), que desarrolla más tareas que su predecesora, en relación a la práctica clínica y mejora de la calidad. También, regula los procedimientos de acreditación de los hospitales y centros públicos y privados. Además dictamina sobre la aprobación de reembolsos del Seguro Social (ADSP, 1998), es decir, sobre la canasta de bienes y servicios (Benamouzig, 2009).

Por otro lado, también se intentó crear el rol de Gatekeeper (la puerta de entrada al sistema) pero esta etapa sigue siendo voluntaria, y quedó en algo meramente testimonial ante la resistencia médica (Espina Montero, 2013; Bellenger, 2005).

En lo que hace a la gestión del seguro, se unificaron diversas cajas en uniones regionales unicas (URCAM), y se unieron desde 2004 con la CNAT en la orbita de la Unión Nacional de los seguros de enfermedad (UNCAM) a fin de disminuir la dispersión. Estas cajas pasan a ser responsables de definir en sus territorios una política común de gestión de riesgos (PUG, 2010; Audigier, y otros, 2013) También se crearon las Uniones regionales de Médicos liberales (URML) (Dodet, 2006). El gobierno intentó estimular la APS en las mutuales y para eso se les otorgaron los fondos de ayuda a la calidad de la atención ambulatoria (FAQSV). Con el mismo objetivo se estipuló la obligatoriedad de tener un diagnóstico de un medico de cabecera para evitar copagos en los tratamientos crónicos (Durand-Zaleski & Obrecht, 2008). Posteriormente

se dará mayor impulso a la atención primaria planificada con los Contratos locales de salud (CLS) de 2008-2015.

Se crean en 1996 las Agencias Regionales Hospitalarias (ARH) que se hicieron cargo de la planificación de la capacidad hospitalaria (DRASS) y de los fondos regionales de seguros de salud (CRAM). Los mencionados fondos se asignaban en base a una suma fija más un coeficiente de ajuste de riesgo rudimentario por edad (Rice y Smith, 1999; Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, Hernández-Quevedo & Mladovsky, 2010), con la intención de que todas las regiones debieran converger hacia su objetivo en 15 a 20 años. Esto permitía a las agencias requerir el reembolso de los gastos médicos privados que excediesen el objetivo nacional (Imai, Jacobzone y Lenain, 2000).

El director de ARH era responsable ante el Ministro de Salud (Chevreul y otros, 2010). La planificación regional se especifica en el Plan de Salud (SRO), que establece los objetivos de desarrollo para el suministro regional durante un período de 5 años de acuerdo con las prioridades nacionales o regionales en el plano general de la Salud. Por ejemplo, cada región ha definido áreas prioritarias para la prestación de servicios, como ser los cuidados paliativos, el suicidio, las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia renal crónica.

El objetivo principal de la SRO es promover redes de hospitales dentro de una región en la que cada uno ofrece atención de acuerdo con su capacidad técnica (Durand-Zaleski & Obrecht, 2008). Estas redes, tanto públicas como privadas, son las protagonistas esenciales de la política hospitalaria, a los efectos de repartir mejor los recursos entre y al interior de las regiones. En efecto, por las ARH pasaban la mayor parte de los recursos concedidos a las instituciones sanitarias.

La mencionada reforma fue muy cuestionada, por los topes a las tarifas y los copagos; de nuevo las uniones médicas se retiraron de la mesa de negociaciones y los empresarios, de los consejos de gobierno del seguro (Espina Montero, 2013; Alboouy y Deprez, 2008). Para enfrentar políticamente la situación, el socialista Jospin, en 1999 vuelve al tema de la Cobertura Universal(CMU) que garantiza una atención mínima e incluye a todas las personas que residen legalmente en Francia. Los sectores vulnerables no deben pagar por adelantado . El Estado realiza un aporte a través de un impuesto sobre el tabaco y otro sobre los ingresos de las aseguradoras de salud privadas complementarias (Durand-Zaleski, 2008; Imai, Jacobzone,& Lenain, 2000). Como resultado, si en el año 70 la población con cobertura complementaria era del 50%, en el 2000 se elevaba al 86%, en 2002 al 90% (Dixon & Mossialos, 2002; Thomson & Mossialos, 2002 y 2009). Al contrario que en otros países, los

seguros privados en Francia no se utilizan para saltar las colas del sector público o para obtener acceso a los proveedores de élite.

1.5) Los 2000. De la cobertura universal y el "mejor sistema de salud del mundo" a las reformas para controlar los costos.

Los 2000 se inician con el signo del control financiero. La Ley de Presupuestos de la Seguridad Social del año 2000 dio la responsabilidad de regulación al Estado sobre todo del sector hospitalario, incluidos los privados que anteriormente estaban regulados por el SHI. (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, Hernández-Quevedo & Mladovsky, 2010).Específicamente el CNAMTs debia contener el crecimiento de los honorarios de los médicos y el cumplimento de las metas de los hospitales dentro de los objetivos fijados por el Parlamento. Debía informarle cada cuatro meses al gobierno, de los gastos reales en relación con los objetivos(Imai y otros, 2000). En paralelo se llevaba adelante una batalla judicial entre los sindicatos y los seguros, ya que los primeros impugnaban en los tribunales los acuerdos y el gobierno y los seguros definían los pagos unilateralmente. Recién en 2002 se reanudaron las negociaciones.

En 2000 también se funda la Agencia de información hospitalaria, nacida de la fusión de tres estructuras existentes. Se trata de un órgano que, bajo la autoridad de los ministros de Salud, Asuntos Sociales y Seguridad Social, se encarga del cálculo de las tarifas de hospitalización anuales, la asignación de recursos, realiza estudios de desempeño y gestion, etc (ATIH, 2016).

Nace la Autoridad Nacional de Salud (HAS) heredera de la Agencia Nacional para la Acreditación y Evaluación de la Atención de la Salud (ANAES) creada en 1997, ya no solo para hospitales sino para todo el espectro de prácticas médicas, y con el aporte de la Comisión de Transparencia nacida en 1967 (Safon & Suhard, 2016). Es el organismo científico que evalúa los pedidos de comercialización de medicamentos y la inclusión en la lista en vista de su beneficio real (HAS, 2015). Pero el decisor final es el Comité Económico para productos médicos.

Con ese esquema, se reorganizan las listas positivas de procedimientos. Se trata de la "Clasificación común de las prestaciones médicas" que sustituye al "Nomenclátor general de actos profesionales" con una escala de tarifas determinadas mediante negociaciones, sin topes. También establece beneficios para los médicos pertenecientes al "sector I" junto a un modelo de referencias (RMO) que limita la utilización de determinados procedimientos

(Bellenger, 2005). Chevrul y otros (2004) dicen que además se procedió a la eliminación de una gran cantidad de remedios por considerarlos ineficaces.

Y desde 2005 los pacientes pagarían además 1€ (que se resta del reembolso) por cada una de las siguientes actividades: visita al médico, prueba de laboratorio y radiografías. Los pagos no podían superar los 4€/día y 50€/año. En 2008 se extendió a medicamentos, cuidados auxiliares y transporte sanitario: 0,5€/ caja o cuidados auxiliares y 2€ por transporte, hasta un máximo de 50€ en cada uno de estos conceptos, quedando exentos los beneficiarios de la CMU, los menores y las embarazadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad , 2013). Hay estudios que muestran que la tasa de reembolso de la atención sanitaria en Francia ha disminuido considerablemente a partir de 1983, pasando a ser una de las más bajas, mientras los países escandinavos conservan una tasa de cobertura cercana al 90% (Parent, 2009).

Además, la reforma de 2002 llamada “plan Hospital 2007” se mete con la micro. Se crearon consejos ejecutivos de la dirección, compuestos por partes iguales por médicos y gestores. Se crean “polos de atención”, dirigidos por un médico responsable. Se implanta la jornada semanal de 35 horas y el control del rendimiento. La mitad de los médicos son autónomos y el ingreso promedio del 94% de los médicos procedía de tarifas (INSEE, 2015). Se introdujo el pago por servicio (T2A), para que el seguro pague de acuerdo a la tipificación de costos según categorías homogéneas de casos y patologías, reemplazando el pago de un monto global. La Ley de 2008 también establece contratos plurianuales de objetivos y de medios para cada hospital y reordena su gobernanza fortaleciendo la autoridad y las atribuciones del director, aunque siempre con un directorio y un consejo de vigilancia (Parent, 2009).

En 2004 hay un cambio importante, se incorpora el denominado “trayecto de atenciones continuadas” en el que se incluye un “médico de cabecera”, con la peculiaridad de que es el paciente quien lo elige (Bellenger, 2005; Espina Montero, 2013; Durand-Zaleski, 2015). En 2006, el 80% de los pacientes había elegido un médico (Abadie, y Otros, 2013).

En ese periodo empiezan los esfuerzos para aumentar el uso de TICs, por ejemplo nominalizando la atención primaria y hospitalaria, en la que se ha logrado incorporar al 92% de los pacientes (Direction générale de l’offre de soins, 2015). Se entrega una tarjeta de CPS que junto a la Vitale, permite a los profesionales de la salud involucrados acceder a la Dossier Medical Personnel (DMP) del paciente. A nivel regional se trabaja con programas piloto de telemedicina, las Agencias intentan estimular estos mecanismos con sus escasos fondos (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Anderson, 2015).

Ese año se vuelve a modificar la gobernanza del seguro. La Unión Nacional de los Seguros de Enfermedad (UNCAM), que une la CNAT con la Mutual Agricola y la Caja de los profesionales independientes, bajo la dirección del Director de CNAT , se hace cargo de los convenios con los profesionales de la salud privados. Por otro lado se forma el Sindicato Nacional de los aseguradores de Salud Voluntarios (UNICAM), con la incorporación de todos los fondos de seguros de salud pública y privados. Estas entidades pasaron a ser las contrapartes de la negociación sobre precios y cartera de servicios, más cerca del gobierno; aunque en general se duda de la representatividad de las mismas (Rodwin, 2003; Cases, 2006)

Por último, se replantean algunos instrumentos de planificación regional. Por un lado, se confirma el Grupo Regional de Salud Pública (GRSP), presidido por el Prefecto regional y compuesto por representantes del Estado:, las, ARH, el seguro de salud (UNCAM, CRAMCO, MSA, RSI), por otro lado se ponen de relieve las conferencias regionales y los Planes de Salud Pública Regionales (PRSP), bajo la responsabilidad de las autoridades locales, el Consejo regional, los Consejos generales, los ayuntamientos, para apoyar las acciones de prevención, prestando especial atención a los grupos más vulnerables (Dodet, 2006). Al año siguiente en 2005, se crearon 9 federaciones y 14 fondos multidepartamentales (Sécurité sociale, 2011). Ese año se crean también las misiones regionales de salud (MRS), instituciones conformadas conjuntamente por el ministerio de Salud y los seguros de salud para coordinar la atención primaria entre las ARH y los seguros y cajas de UNCAM. Para eso se delimitaron 27 áreas que recibirían recursos extras para enfrentar los desiertos médicos.

En 2009 estas estructuras pasan a constituir las 26 Agencias Regionales de Salud (ARS). Éstas tienen más poder en la planificación que sus antecesoras, definen el plan de salud regional, la entrega de equipos, etc. (Abadie y Otros, 2013). Hay un consejo de vigilancia con representantes de los pacientes, los ancianos y las personas con discapacidad, nombrados por orden de Ministros de salud, los Seguro de salud, la institución representativa de ancianos y discapacitados y un cuerpo técnico de soporte (Le CISS, 2013; Abadie y otros , 2013). Las ARS terminaron sumando formalmente las tareas que estaban todavía en cabeza de las cajas aseguradoras a nivel local (nucleadas en UNCAM). Desaparecen las caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) que son reemplazadas por “Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail” (CARSAT) de menor poder.

En la misma reforma se instituye el modelo de DGR y un sistema de incentivos. También hay pagos de sumas globales, algunas de las cuales no dependen del volumen y tipo de consultas, como es el caso de la compensación pagada al médico de cabecera para el tratamiento de

pacientes en condición de largo plazo (RMT), y el paquete médico de cabecera (FMT). También existe un intermedio como la tarifa fija por consulta, como es el caso del tratamiento a personas mayores de 80 años (Les Comptes de la Sécurité Sociale, 2015).

Por otra parte, se crea la Agencia Nacional para la Seguridad de los Medicamentos y Productos Sanitarios (ANSM) que sustituyó a la Agencia Francesa para la Seguridad de Productos de Salud, en medio del escandalo de un medicamento de diabetes, con amplios poderes para regular la industria farmacéutica. Esta agencia aplica procedimientos más transparentes y genera guías mucho más taxativas (Verde, Irvine, Clarke, y Bidgood, 2013).

Como otra forma del ajuste en 2013 se establecieron nuevos parámetros para limitar la cobertura de servicios dentales y oftalmológicos (Durand-Zaleski, 2015). En 2014, las medidas de ajuste continuaron a través de la quita de 600 medicamentos del plan público, mayor uso de genéricos, menor número de camas hospitalarias, mayores copagos en cirugías y penalizando la duplicación de pruebas de laboratorio (Durand-Zaleski, 2016) .

Las constantes reformas de ajuste de los últimos años generaron un aumento de los límites de la cobertura de procedimientos y medicamentos, de los copagos y del seguro suplementario, asi como la incapacidad de estructurar una AP amplia e inclusiva. Además hubo una nueva ola de restricciones que incluyó la reducción en el número de camas de hospital, una baja de las retribuciones oficiales para los radiólogos autónomos y los laboratorios, una política de rechazos de ensayos, un aumento de los copagos de los pacientes que se niegan a usar genéricos o exceden ciertos límites (Groupe de travail « Santé et accès aux soins », 2012 ;Mossialos, Wenzl, Osborn, & Anderson, 2015). Sin embargo, uno de los problemas más graves, las tarifas de los médicos, no ha sido resuelto. Una de las debilidades históricas del sistema de salud francés es su complejidad institucional, tal vez la causa del déficit financiero de los fondos de salud, que se ha convertido en permanente desde el inicio de la década de 2000 y que provoca los mencionados ajustes.

Los indicadores son contradictorios: Francia cierra con la esperanza de vida a la cabeza de la UE pero en mortalidad infantil, hay 3.9 casos por cada 1 000 nacidos vivos contra los 3 de otros países. Y en mortalidad perinatal, Francia es considerado el peor de todos los países de la Unión Europea (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012).

En cuanto al servicio en sí, Francia tiene una cobertura sanitaria básica que alcanza al 100% de su población (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad , 2013). A inicios del siglo, Imai, Jacobzone & Lenain(2000) calificaban a Francia como un ejemplo de calidad, del mismo modo, el trabajo econométrico de Siciliani y Hurst, (2003) para paises de la OECD

muestra tiempos de espera razonables (Direction de l'information légale et administrative, 2013). Y tiene un modelo de cirugias y otros tratamientos crónicos muy eficiente (Generale de Santé, 2014). En el balance, era considerado como el mejor sistema e salud por la WHO (Le Pen, 2009; Rodwin, 2003; Sander y otros, 2004).

Pero la encuesta telefónica de Schoen & Osborn (2010) dice que Francia está segunda (detrás de EEUU) con problemas graves para afrontar co-pagos. Se planteaba a su vez que casi el 60% de los franceses renunciaba a curarse debido a la dificultad de lograr una consulta pronto. El tiempo de espera para una consulta era de entre uno y dos meses. Un grupo de encuestados dijo haber esperado 7 meses o más. (Schoen & Osborn, 2010). Allodocteurs (2014) y Allodocteurs (2015b) dicen que las esperas en la sala tiene un promedio de 2,36 horas. En los medios hay un estado de queja continua sobre todo por la desinversión en los últimos cinco años en el sistema hospitalario. La crítica de la unión de médicos de emergencia fue clara: “Hay personas que mueren en camillas porque no hay camas disponibles” (The Local France, 2015a).

Tal vez el problema principal es como dice OECD (2015a), que las diferencias de calidad entre clases sociales y regiones es mayor al promedio de la OECD. El acceso a la atención no está siempre garantizada, sobre todo en la periferia de París, mucho menos si la atención debe ser especializada (Agence régionale de santé d’Ile-de-France, 2012). Los retrasos, listas de espera y las denegaciones parece que incluso se han extendido a poblaciones más amplias. (Groupe de travail « Santé et accès aux soins », 2012). A nivel regional o departamental, las diferencias de densidad son importantes, sobre todo en cuanto a camas (Molinier, 2008).

En 2011, hubo un importante cambio en la regulación de productos asociados a la salud, luego de un escándalo con los productos del laboratorios Servier a causa de un supresor del apetito, comercializado desde 1976 y acusado en el 90 por generar efectos secundarios significativos y aumentar la tasa de hospitalización. El « l’affaire Médiator », producto implicado, causó una crisis de confianza sin precedentes en Francia, ya que mientras que el producto había sido sacado de comercialización para principios del 2000 en varios países, La Agencia Francesa de Seguridad Alimentaria y Productos de Salud (AFSSAPS) recién en 2007 publicó por primera vez una mera recomendación de no prescribir el Mediador como un supresor del apetito. Esto derivó en la eliminación de dicha agencia y creo la Agencia Nacional de Seguridad de Medicamentos y de Productos de la Salud (ANSM), a la vez que revisó toda la reglamentación en cuanto a ingreso de medicamentos y regulaciones, bajo lo que se conoció como la Ley Bertrand (Hazera, 2012; Le Monde, 2012).

2. El rol del Ministerio y del seguro público

El sistema de salud francés se basa en, un seguro público, el fondo nacional de seguro de salud (CNAMTS) y los dos fondos nacionales (agrícola y autónomos), cajas aseguradoras diversas y seguros privados. Estos son importantes, 92% de la población los tiene y funcionan como complemento para cubrir gran parte de los copagos (OCDE, 2015c). El primero es público-autarquico, los otros dos fondos menconados son sin fines de lucro.

Tiene una cobertura universal que alcanza a todos los residentes. Desde el 2000, el Estado financia la cobertura de los desocupados y residentes ilegales (Durand-Zaleski, 2008). La financiación es mediante aportes previsionales pero incluye componentes impositivos. La cobertura, como veremos, es alta, pero controlada con diversos mecanismos.

Los proveedores de salud, centros de salud y hospitales pueden ser públicos o privados. Los públicos dependen de las ARS bajo la línea del Ministerio de Asuntos Sociales y la Salud. En los últimos años, las autoridades regionales han asumido un papel cada vez mayor en la formulación de políticas y la negociación (Nordqvis, 2009).

El gasto total en salud representa el 12% del PBI, el gasto público el 77%, un nivel ligeramente superior a la media de los países de la OCDE. El pago a los seguros significa el 14%, contra el 19% de los países de la OCDE, el 5% de los Países Bajos, el 10% del Reino Unido, y13% de Alemania. Los copagos están considerados bajos, entre un 7 y un 9% frente al 20% de media en la OCDE. En 2013, Francia gastó el equivalente de USD 4 mil124 per cápita en salud, en comparación con un promedio de la OCDE de USD 3 mil 453. Está octavo en camas hospitalarias, décimo cuarto en médicos y octavo en enfermeras entre los paises definidos como desarrollados (OECD, 2014).

El crecimiento del gasto de salud ha sido contenido al 1% anual desde 2011, principalmente por un estricto control sobre todas las categorías, pero esencialmente por una reducción en el rubro farmacéutico de 2% gracias al uso de los genéricos (OCDE, 2015c).

El parlamento es el organo encargado de fijar los objetivos y presupuestos del sistema. Desde 1996, éste aprueba a pedido del gobierno, un acto anual sobre Finanzas de la Seguridad Social, a partir de los informes de la Comisión de Cuentas (cours de Cuentas), que es un organismo público independiente de control de los fondos públicos (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, Hernández-Quevedo, & Mladovsky, 2010).

El Ministerio de Salud define el número anual de estudiantes de medicina, los nuevos hospitales , la cantidad de equipos(incluidas las tecnologías médicas costosas)y el número de camas;también la aprobación de los acuerdos firmados entre el seguro y los sindicatos. Y además interviene en los precios de las drogas y de los procedimientos médicos (DGR hospitalarios, copagos, etc). El Ministerio ha cedido la gestión del seguro, pero aún conserva como se puede ver, decisiones fundamentales respecto a él y mucho más sobre la provisión de salud. El Estado intenta ejercer un control directo sobre el territorio, fundamentalmente sobre los proveedores, a través de las Agencias Regionales de Salud (Le Pen, 2009).

La Autoridad Sanitaria Nacional (HAS) es una autoridad pública independiente que evalua tecnología sanitaria (Bouvenot, 2013) dirigida por una junta compuesta por ocho miembros designados; dos por el Presidente de la República , dos por el presidente del Senado, dos por el Presidente de la Asamblea Nacional y los otros dos por el Presidente del Consejo Económico, Social y del Ambiente (CESE). Lo discreto de sus posiciones y el poco uso de su independencia con respecto a la política generan visiones escépticas sobre su rol tecnico (Mossialos, Wenzl, Osborn & Anderson, 2015). Se complementa con el Comité de precios.

Vale resaltar la *Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie* (UNCAM), que es el ente responsable en las negociaciones con los proveedores de atención de salud en representación de las tres cajas de salud: *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS) que cubre al comercio, la industria y los beneficiarios del CMU, la *Mutualité Sociale Agricole* que junta al sector agrario y el *Régime Social des Independents* que cubre al sector autónomo.

La "Inspección General de Asuntos Sociales" (IGAS) es una agencia gubernamental interministerial creada en 1996 responsable de controlar, auditar , evaluar estructuras y políticas, asesorar a los gobiernos y las asistir en los proyectos en toda la temática Social y Salud.. Desde hace años propone y lleva a cabo las evaluaciones para proporcionar los elementos de diagnóstico y evaluación antes de la renovación de los acuerdos sobre el "Objetivo nacional de gastos de seguro de enfermedad" (ONDAM) desde el punto de vista técnico (Linsolas, 2005).

La Agencia Nacional de Seguridad de Medicamentos y de Productos de la Salud (ANSM), creada en 2012 en reemplazo de *Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé* (AFSSAPS), evalúa los aspectos reglamentarios, técnicos (conformidad con una norma) y determina la eficacia clínica de los productos asociados a la salud en general. Como se

explica en las reformas, sucede a la AFSSAPS luego de escándalos con productos en la década pasada (Vaugelade, 2014).

Por último se debe mencionar la Agencia de información hospitalaria (ATIH), creada en el año 2000 con la tarea de gestionar la información, que es recogida sistemáticamente de todas las admisiones hospitalarias y utilizada para la planificación y financiación. (Chevreul y otros, 2010; AITH, 2015)

2.1) Los seguros y la segmentación de la calidad del servicio

En cuanto a los seguros, los tres principales esquemas básicos son el régimen general (84%); el régimen agrícola (7%) y el régimen de trabajadores autónomos (5%). A estos se suman otros más pequeños (Sauvignet, 2004).

Los fondos del régimen agrícola y de empleados autónomos, se organizan como entidades sin fines de lucro y el CNAMTS como institución pública autárquica. El último tiene un rol central en la coordinación de las acciones de los diferentes seguros en la Unión Nacional de los seguros de enfermedad (UNCAM) (Sauvignet, 2004). Todo el proceso está supervisado por el Ministerio de Seguridad Social, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Presupuesto.

En el ámbito local y bajo la supervisión de la CNAMTS, hay dos tipos de organizaciones sin vinculación jerárquica entre ellos: los fondos de seguro de pensiones y la salud en el trabajo (CARSAT) y los fondos de salud primaria; cada uno con un consejo de administración compuesto por un número igual de representantes de los empleadores, los sindicatos y del Ministro de Salud (Green, Irvine, Clarke & Bidgood, 2013; Commission européenne, 2013). Son responsables de asegurar la atención, aunque las ARS son las encargadas del reembolso. Hay 16 regiones y 105 fondos locales.

El seguro cubre a los asalariados, pero además a los residentes que nunca han trabajado, han estado sin trabajo durante más de dos años, o residentes ilegales. (Mossialos, Wenzl, Osborn, Anderson, 2015). Así, las personas con ingresos por debajo de un umbral tienen derecho a la cobertura de salud a través de la CMU sin pagar por adelantado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad , 2013). Se trata del 7% de la población (Geoffard y Lagasnerie, 2012).

Para ello el Estado cobra los aportes patronales y contribuciones salariales y el saldo se cubre mediante impuestos, en particular la contribución social generalizada (CSG) y el reembolso de

la deuda social (RDS). La industria farmacéutica también contribuye mediante un impuesto del 1% sobre sus beneficios y tasas por publicidad. Hay dos Fondos: el Fondo de Solidaridad de Vejez y el Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía.

Debido a lo alto del costo de la mano de obra (bastante superior por ejemplo al de Alemania) y a pesar de que el seguro sólo impacta en un 20% en las cargas sociales, siempre hay una exigencia de los empresarios para que se reduzca (De Kervasdoué, 2013).

Los seguros públicos cubren servicios de diagnóstico, atención ambulatoria general, especialistas, la rehabilitación, la atención hospitalaria, medicamentos y prótesis (Mossialos, Wenzl, Osborn & Anderson, 2015). Excluye casi todas las cirugías cosméticas, la mayor parte de los tratamientos termales y sobre todo es fuerte en definir limitaciones en la utilización de procedimientos, por ineficientes o fuera de los periodos estipulados.

La afiliación no es automática y la persona tiene que aplicar para ello. Lo que sí, el aportante no puede elegir el seguro ya que depende de la situación profesional. El fondo de seguro nacional para los trabajadores asalariados (CNAMTS) publica en su página web todos los precios de los procedimientos médicos actuales para cada médico. Para recibir el reembolso por los tratamientos es necesario solicitar la autorización previa del seguro. Todo el tramite se realiza mediante Carta Vital, en ella se puede recibir crédito para hacer pagos (Green, Irvine, Clark y Bidgood, 2013). El sistema fue creado para controlar los costos en base a un seguimiento personalizado, y las opiniones coinciden en que su aplicación ha dado lugar a una disminución sobre todo en el tiempo del uso de camas. Al iniciar cada consulta, el paciente entrega al médico su tarjeta que contiene su historia clínica completa, consultas, referencias, operaciones, pruebas diagnósticas, tratamientos etc., junto a un informe de lo que el médico ha facturado por cada visita y cuánto de ese monto ha sido pagado por el seguro social adelantado o por reembolso y cuánto pagó el paciente. Los seguros tienen la obligación de cancelar la factura emitida en línea por el médico en tres días. Si el paciente es referido a un especialista o a una farmacia, lleva consigo su tarjeta (Paris, Devaux, & Wei, 2010).

Una particularidad del sistema desde el inicio es la total libertad de elección del paciente de su médico de cabecera, hospital y especialista, pero hay dos tipos de médicos: los del sector 1, que se ubican dentro de las tarifas de la Seguridad Social y los del sector 2, que pueden establecer su propia tarifa, a veces alta, incluso mayor que la cubierta por el seguro complementario (Leciss, 2015). A veces se trata de especialistas en enfermedades complejas o cirujanos, por eso pueden resultar muy necesarios y muy caros (Morel, 2012; IGAS, 2013). La queja es que muchas veces estas clasificaciones son validadas por las ARS discrecionalmente.

En el caso de los médicos sector 1, las tarifas de co-pago van del 20% en atención hospitalaria al 30% en especialistas y dentistas. Los pacientes con enfermedades crónicas y los pacientes más pobres están exentos. El coaseguro del hospital se aplica a los primeros 31 días y algunas intervenciones quirúrgicas están exentas.

Los medicamentos con receta tienen diversos copagos definidos por la Comisión de Transparencia: van del 0% para los altamente efectivos hasta un 35%, 65% y 100% para los de menor valor terapéutico. No se puede acceder a un reembolso si la receta es sector 2. Se estima que la tasa media de reembolso de los medicamentos es de alrededor del 75% y va en aumento.

La reforma de 2004 introdujo incentivos financieros para los pacientes mayores de 16 años a registrarse con un médico de atención primaria, dentro de su área geográfica, éste define generalmente el especialista por lo cual, no parece estarse estimulando la libertad de elección del enfermo. Es que los pacientes pagan un mayor costo compartido para las consultas del médico si no se registran con un médico de cabecera o si consultan a un especialista sin remisión, éstos pueden cobrar honorarios adicionales, incluso si no están registrados en el "Sector 2".

Por otro lado, Francia tiene un potente mercado de seguro voluntario. Entre 1980 y 2008 la proporción de personas con esta cobertura ha aumentado del 69% de la población metropolitana de Francia a 94% en 2015 (Espina montero, 2013; Durand-Zaleski, 2015). Se puede acceder por un convenio colectivo obtenido dentro de la empresa o por una póliza individual. En muchos seguros complementarios se garantiza un porcentaje de la tarifa convencional 1, por eso en primer lugar sirven para cubrir co-pagos (Buchmueller & Couffinhal, 2004). También se puede usar esa garantÍa para pagos a especialistas del Sector 2.

A diferencia del resto de la UE, el sistema de seguros está poco concentrado ya que hay 605 organizaciones: 481 mutuales, que representan el 54% de las primas cobradas; 96 compañías de seguros con el 28% de las primas y 28 son fondos de pensiones, que cobran el 18%. La mitad corresponde a contratos colectivos y son abonados por los empleadores (Dress, 2015)

La regulación proviene de un ente público, la Autoridad de Control de Fondos de seguros Mutuales (Paris, Devaux & Wei, 2010). El mercado ha visto aumentar el nivel de regulaciones del Estado y al mismo tiempo ha habido un proceso de reducción de las tasas de reembolso, lo que ha aumentado el volumen de negocios. Además, la ley Fillon, que entró en vigor en 2008,

limita las exenciones fiscales para los empleadores y empleados, favoreciendo la mutualización "responsable" (Perronnin, Pierre & Rochereau, 2011).

El problema de fondo es que este proceso es resultado de la reducción del porcentaje de la salud que es cubierta por el Estado, no porque éste se haya retirado sino porque no logra limitar los costos, sobre todo médicos. El modelo parece renunciar a este objetivo y cargar en el paciente la diferencia. Incluso, hay opiniones que coinciden en que este esquema conduce a una mayor utilización de los servicios médicos.

2.2) Las agencias regionales, mucha responsabilidad, pocas alternativas

Las agencias regionales (ARS) fueron creadas en 2009 como organizaciones de interés público, dependientes del Ministerio de Salud frances; cada una abarca varios departamentos. Su antecedente fueron las agencias regionales de hospitalización (ARH) que se limitaban a definir y ejecutar la política regional de atención hospitalaria. Las ARS ampliaron el espectro, aunque siempre dentro de los parámetros de los planes estratégicos de salud regionales (SRO) que definen áreas prioritarias.

Deberían definir la política regional de salud, intentar coordinar con el sistema de hospitales, en particular, para adaptarlo a las necesidades de la población, mejorar la organización y la eficiencia de la prestación de atención de salud y el control de sus costos, mejorar las sinergias interregionales en la investigación, etc., hacer prevención y vigilancia, atender las necesidades de grupos vulnerables, ancianos y discapacitados (Sécurité social, 2012). En si, de ellas no depende el seguro ni la provisión, está ultima tiene presupuestos fijos y recibe reembolsos. Algunas ARS han negociado contratos con los hospitales privados y financiado equipos de alto costo (Paris, Devaux y Wei, 2010). Por eso las Agencias tienen muchas responsabilidades, pero menos intrumentos, y a menudo entran en coalición con los fondos regionales, en una pugna local difícil de resolver (Cercle Santé Innovation, 2013). Desde 2009 eligen al director del hospital.

Según Philippe, Pierre & Valérie (2013) solo pueden decidir por el 2% de los fondos que circulan, con ellos realizan programas específicos sobre todo vinculados a las enfermedades crónicas. Pero el programa de enfermedades de larga duración (ALD) depende del médico de cabecera y el seguro, que son los que determinan la elegibilidad para evitar copagos por los tratamientos(Durand-Zaleski y Obrecht, 2008). Incluso en los últimos años ha proliferado una nueva figura, la Sociedad interprofesional de salud ambulatoria (SISA), la cual que permite que

equipos de medicos liberales accedan a los mencionados fondos, incluso con honorarios exentos (Hass, Vuattox, & Serin, 2014).

2.3) El caos de la atención primaria francesa y los actuales intentos de trabajar coordinadamente

La atención primaria es privada, y con copagos por su servicio del 30%, no tiene un departamento ministerial, ni una línea presupuestaria adecuada. Se estimula el médico de cabecera con incentivos monetarios para quien se dirige a un especialista por recomendación de aquel (Binart Ecale, 2012). En este caso son totalmente reembolsados por los gastos ambulatorios (Paris, Devaux, & Wei, 2010; Cartier & Bourgueil, 2015). Se trata de un sistema gatekeeping voluntario para adultos, a fin de que el "médecin traitant" sea un coordinador de la atención del paciente. El 80% de los usuarios están en este sistema (Abadie y otros, 2013). Los gastos por no estar en el esquema no son reembolsados por el seguro de salud privado complementario (Geoffard y Lagasnerie, 2012).

Hay, según los datos de IGAS, cerca mil 220 centros con distintas variedades de servicios (Georges & Waquet, 2013), 92 mil médicos de atención primaria y 108 mil especialistas. La mayoría es sector 1, distribuidos asimétricamente en todo el territorio (Abadie, y otros, 2013). Trabajan por cuenta propia en consultorios individuales o colectivos pequeños (BINART ECALE, 2012). También la gente concurre a las unidades de emergencia de los hospitales (Cartier & Bourgueil, 2015). Según la encuesta de Schoen y otros (2010) el 63% dice que muchas veces, por las listas de espera, sólo se puede acudir a la guardia hospitalaria. Quienes opinan de este modo en los Paises bajos representan el 33% de la encuesta, en el RU el 38%.

Los profesionales cobran una tarifa 1 o 2. Muchos hacen turnos fuera del horario. El modelo es tradicional. Sarradon-Eck, Vega, Faure, Humbert-Gaudart, & Lustman (2010) plantean que los profesionales tienen escasa visión transversal de la gestión del paciente. En lo que hace al seguimiento ordenado del paciente, se observa que el médico encuentra algunas dificultades para centralizar los datos. El registro médico personal y la introducción de la Carta Vitale, intentaron solucionar estos problemas, pero los resultados son lentos. Además la cooperación con la atención secundaria y otros servicios no es habitual. No hay muchas consultas conjuntas (Cartier & Bourgueil, 2015). La Sociedad Francesa de Medicina general, también plantea el problema de la prescripción múltiple (BINART ECALE, 2012).

En los últimos años surgen diferentes modelos de centros médicos multidisciplinarios y de retribución, pero el consultorio individual aún predomina (Durand-Zaleski, 2015). Las ARS apuntan a estos modelos pero su situación no les permite avanzar demasiado (Hass, Vuattox & Serin, 2014).

Además, para involucrar a los médicos particulares se instituyó un contrato individual con pagos adicionales por objetivos relacionados con la calidad de la atención (actividades preventivas, el cumplimiento de las directrices basadas en la evidencia) y por eficiencia de la prescripción de medicamentos (cuota de genéricos en algunas clases terapéuticas). A finales de 2009, alrededor de un tercio de todos los generalistas había firmado este tipo de acuerdos. (Paris, Devaux & Wei, 2010). Por ejemplo, los médicos reciben una cuota anual de 40 € por paciente en enferermedades de larga duración (ALD), financiada por el seguro público. Se ha estimado que aproximadamente el 80% de las personas con diabetes en Francia están cubiertos por el procedimiento (Durand-Zaleski & Obrecht, 2008). Desde 2013, los médicos también puede entrar en un acuerdo contractual en virtud del cual se les garantiza un ingreso mensual de EU 6,900 si establecen su estudio en una región con oferta escasa de médicos.

Hay otro modelo que es el protocolo ASALEE que permite integrar enfermeras como responsables de grupos pequeños de pacientes, en relación con equipos médicos, de atención primaria en crónicas. Pero hay solo unas 300 enfermas en el programa (Fatome, 2015).

2.4) La autonomía de los hospitales franceses

En Francia existen dos grandes categorías de hospitales en función de sus estatutos: públicos y privados. Dentro de éstos están los privados con fines de lucro, a menudo conocidos como "clínicas", y hospitales privados sin fines de lucro, pertenecientes a fundaciones, mutualidades y congregaciones religiosas. Éstos son denominados hospitales PSPH (*Hôpitaux participant au service public hospitalier*), dado que han sido financiados hasta 2004 por el presupuesto general.

Según los datos oficiales hay 2 mil 660 establecimientos de salud, de los cuales 32 son Hospitales Universitarios (CHU), 789 hospitales generales públicos, 88 especializados en psiquiatría y 22 de otra categoría. Los hospitales privados sin fines de lucro son 699 y con fines de lucro 1.030 (Boisguérin & Brilhault, 2015). Los hospitales públicos y en menor medida los sin fines de lucro son los únicos que cubren urgencias, la atención psiquiátrica y casi toda la investigación. Además, cubren las cirugías mayores, accidentes en la vía pública y el 75% de

los crónicos (Bellenger, 2005). En la práctica también deben hacerse cargo de los tratamientos de los ancianos y de los pobres.

Hay 413 mil 206 camas (6,3 camas cada mil personas), de las cuales el 62% son públicas, pero el porcentaje asciende a 76% si sumamos las del mutualismo (Holcman, 2015; Insee, 2013). El resto son camas privadas. El promedio general está por encima del promedio de la OECD (2014), pero en los últimos años ha bajado (Direction de l'information légale et administrative, 2013). Hay una tendencia del sector privado a aumentar levemente su capacidad.

Las Agencias Regionales (antes Agencias Regionales Hospitalarias) manejan el sistema de acreditaciones y son responsables de las evaluaciones; de todos modos esto no le da gran poder de regulación. Aunque en los últimos años eligen al director, hay una tendencia del sector privado a aumentar levemente su capacidad.

Los hospitales públicos, desde la reforma, son personas jurídicas de derecho público con autonomía administrativa y financiera. Trabajan en ellos 183 mil médicos en relación de dependencia y 41 mil autónomos (Dress, 2014), que pueden trabajar en los dos tipos de hospitales.

Tienen un Director elegido por el Ministro de Salud, asistido por un Consejo Ejecutivo. Hay además un Consejo de Administración. Éste tiene en su seno autoridades con cinco integrantes de los cuerpos regionales (entre los cuales esta el Alcalde de la comuna de la sede del establecimiento principal o su representante) , cinco "representantes de los médicos y no médicos" y cinco personas calificadas, dos de ellos designados por el Director General de la ARS y tres por el Prefecto del departamento (dos de estos representantes de los usuarios). El Consejo de Administración elige a su presidente (ANAP, 2010). La seguridad social participa dentro de la elección del ARS respectiva, tema controvertido porque a veces el hospital atiende varias comunas (Molinier, 2008).

El Consejo Ejecutivo tiene un rol fundamental en la gestión del hospital, está compuesto por profesionales y es responsable de la realización y ejecución del plan de la institución (Molinier, 2008). En todos funciona el DGR pero también subsiste algo del presupuesto global anterior ya que ningún déficit amenaza seriamente la sostenibilidad de una institución.

Desde el 2009 se pueden crear los "Establecimiento de Salud Privado de Interés Colectivo" (ESPIC), con personalidad jurídica y más autonomía financiera y contable, que puede ser comunal, intercomunal, departamental, regional, interregional o nacional, planificado por la ARS; sustituye a las anteriores dos categorías, el hospital nacional y el local. En ellas hay un

Consejo de Supervisión similar al anterior Consejo. El director es responsable de la política general de la institución, dentro de un directorio, que sustituye al Consejo Ejecutivo, pero con más poder, y es elegido por la Agencia Regional de Salud y no necesariamente debe ser médico (Delgado, 2009). La junta médica de establecimiento (CME), compuesta por médicos y jefes de división nombrados por el director del hospital, desarrolla el proyecto médico que debe ser aprobado por el directorio. Todo debe plasmarse en los contratos plurianuales de objetivos y medios (CPOM) que se establecen con las ARS (Ministere du Travail , del l`emploi et de la sante, 2010).

En todos los casos, la dirección general tiene autoridad sobre todo el personal, aunque con limitaciones. Los médicos de los hospitales son nombrados directamente por el Ministerio y por eso es difícil para el Director moverse en el caso de una reorganización. Por otro lado, los salarios de todo el personal hospitalario público esta negociado a nivel central por cargo. Hay más de 50 categorías de sueldos. (Sud Sante Sociaux, 2015; Direction de l'information légale et administrative, 2013; Albouy-Llaty, 2011). Los médicos asalariados de los hospitales públicos pueden en algunas circunstancias tratar a los pacientes de forma privada. Este privilegio intenta mantener a los médicos con experiencia en los hospitales públicos (Paris, Devaux, & Wei, 2010).

En lo que hace a los pagos, todos los hospitales públicos y mutuales son reembolsados a través de DGR, que se aplica a todas las admisiones de pacientes internos y externos y cubre los salarios de los médicos (Durand-Zaleski, 2015). El 80% de los pagos corresponden al seguro obligatorio, el resto son copagos y gastos de bolsillo. Además, los hospitales públicos y sin fines de lucro reciben subsidios. Según la *Direction de l'information légale et administrative* (2013), representan hasta un 25% adicional del presupuesto. La Agencia técnica de Información de Atención Hospitalaria dependiente del Ministerio coordina todas las admisiones de hospitales y su financiamiento. (Mossialos, Wenzl, Osborn & Anderson, 2015).

Los privados (con y sin fines de lucro) pueden firmar contratos con el Estado bajo la misma modalidad,sin embargo, se rigen por el derecho privado, por lo que tienen más libertades en la gestión y la ARS solo la regula desde su desempeño economíco.

Hoy hay cerca de 700 instituciones de este tipo, aunque no todas provenientes de un hospital público. Los centros de lucha contra el Cáncer entran en esta categoría (Ministére des Affaires Sociales et de la Santé, 2014).

De todos modos, la situación financiera de los hospitales públicos se ha deteriorado. En caso de crisis, el director de la agencia regional puede pedir a la Junta supervisora colocar la

institución bajo administración temporal de las instituciones estatales. Durante este período, las funciones de la Junta y / o el Director son ejercidas por la Agencia. En el 2012 se estableció un objetivo de convergencia de tarifas para las instituciones públicas y privadas, pero el mecanismo se ha pospuesto a 2018 (IRLES, 2009). A pesar de los esfuerzos, los déficits continúan. (Dormont & Milcent, 2012).

Los hospitales privados, por su parte, representan aproximadamente un tercio de los centros de hospitalización, las camas y también de las admisiones, incluso en el seguro público (Durand-Zaleski, 2015). Desde la ley de 2009 de hospitales y tras la movilización del sector, se estableció la categoría de "instituciones privadas de salud de interés colectivo" (Espic), figura que se beneficia de la lista de tarifas públicas; los que no participan en el servicio público hospitalario pueden optar por declararse como interés colectivo en la Agencia Regional de Salud (ARS), las cuales han tomado la garantia de sostener estas instituciones (Cour des comptes, 2013).

Pero lo más interesante es que como el hospital público atiende buena parte de las urgencias y cirugías mayores, VIH, enfermedades del sistema nervioso (IRLES, 2009), los privados pueden alcanzar hasta el 80% de la atención en procedimientos menores, como la cirugía de catarata, y el 60% de cirugía del aparato digestivo, y traumatología y algo menos en ginecología o cateterización vascular. Pero las clínicas privadas sólo tienen el 15% de los derrames cerebrales y los edemas pulmonares y el 10% de la quimioterapia. Trabajan con profesionales autónomos. Desde el punto de vista de la capacidad clínica hay gran heterogeneidad, según IGAS (2013) más de una cuarta parte de ellos están en declive.

2.5) El poder de los médicos (sobre todo los del sector 2)

En Francia hay unos 250 mil médicos (contra 140 mil existentes a inicio de los 80s) que equivalen a 3 por mil habitantes, el doble de la de los EE.UU. y más alta que en la mayoría de países de la UE (OECD, 2014). A pesar de ello, Francia se enfrenta a la escasez de recursos de atención médica por la falta de especialidades y un gran desequilibrio geográfico (Albouy-Llaty, 2011). La diferencia más marcada se da entre la región metropolitana y el resto. Uno de los objetivos públicos es incrementar el número de médicos generales; el concepto de médicos de cabecera ha estado asociado al ingreso de jóvenes que pudiesen asentarse en zonas que carecen de profesionales (Ministér des Affaires Sociales Et de la Santé, 2014). Otro mecanismo importante es la regulación sobre la formación médica mediante *numerus clausus* y las

decisiones de distribución de residentes en los hospitales universitarios (Paris, Devaux, & Wei, 2010). El francés es uno de los sistemas más controlados

Un 45% de los médicos ejercen en actividades autónomas, un porcentaje similar es asalariado (44,1%) y el resto realiza las dos tareas, ya que el Estado ha permitido a los médicos asalariados del sector público destinar el 20% de su tiempo a la práctica liberal (Le ciss, 2015; Abadie y Otros, 2013). Entre los generalistas, el 75% ejercían en 2010 en el sector 1. Ese número cae al 58% entre los especialistas, el resto ejercía en ambos (Leciss, 2015; Morel, 2012). El pago por servicio domina en la atención primaria y ambulatoria, mientras que el sistema de salario predomina en hospitales públicos (Paris, Devaux & Wei, 2010). Como vimos, desde 2009 se ha instituido un esquema de premios de hasta un 6 % del sueldo, de adhesión individual, también rechazado por los sindicatos.

En el caso de los autónomos, son pagados directamente por los pacientes sobre la base de una tarifa fija nacional, la diferencia que se abona en el sector 2 es afrontada por los pacientes o sus seguros.

Los médicos del sector 2 pueden unirse al contrato de acceso a la atención, comprometiéndose a respetar las tarifas y a atender un número determinado de pacientes de la CMU. Pero el número de adhesiones es bajo y el contrato funciona en el sector 2 sólo como una referencia (Leciss, 2014). La división entre sectores produce selección de pacientes. Hay médicos del sector 2 que cobran el 150 % de la tarifa negociada con el sector 1, los autónomos, en 2010, ganaban 3,6 veces el salario promedio médico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Por eso la representación sindical está fragmentada en cinco organizaciones reconocidas en las negociaciones colectivas, los colegios profesionales no tienen tanta influencia como los sindicatos (Hassenteufel & Daves, 2013). El Estado ha mantenido un conflicto abierto con el sector profesional que se ha siempre autoregulado y gobernado. Las condiciones que el CNAMTS quiere imponer no llegan a cumplirse por la resistencia de los médicos. Desde la reforma de1996 la relación se deterioró y en 1998, las negociaciones se hacen muy duras dividiendo a los especialistas de los médicos generales. En 2005 los especialistas no lograron llegar a un acuerdo y terminaron trabajando con las regulaciones impuestas (Permanent Working Group of European Juniors Doctors, 2001; Chevreul y otros, 2010). La reforma del 2009 intentó restarle poder sobre todo en los hospitales, pero también tuvo la oposición férrea de los médicos. En noviembre de 2012 se inició una huelga de médicos de clínicas del sector 2, muchos cirujanos se negaron a realizar cirugías por mucho tiempo; a esa lucha se sumaron

los pasantes de la escuela de medicina, afectando a más del 70% de los centros de salud franceses (Morel, 2012).

En cuanto a las enfermeras, según los datos oficiales, hay casi 650 mil, de las cuales el 75% son asalariadas y solo un 10% estan especializadas. Algo más de la mitad ejercen en hospitales públicos (Trentesse, 2015). Hay un leve aumento de las enfermeras asalariadas fuera del hospital, aunque esto puede ser un modo de precarización (Barlet & Cavillon, 2010). El salario promedio mensual al iniciar es bajo; de 1.500 euros netos, contra los 2.662 euros de Suecia y los 3.200 euros de Dinamarca (Desmichelle, 2012).

Desde 1979, el número de estudiantes admitidos en ese rubro, actualmente universitario, al igual que los médicos, ha estado sujeto a una política numerus clausus. Desde 1999, el número ha aumentado en un 66%, con más de 30 mil estudiantes en 2015. Es que se ha procedido a la reducción de las horas legales de trabajo a 35 horas por semana y hubo una política de jubilación anticipada (Lafortune, 2016). En los últimos años, además, se intenta estructurar la atención primaria, apoyándose en las enfermeras. Se busca asegurar el buen desempeño de la historia clínica, ofrecer ciertos servicios (educación terapéutica, la prevención, la detección, la realización de actos) y hacer atención coordinada – bajo la guía del médico- de pacientes. Sin embargo, el proyecto ASALEE, aun tiene un alcance escaso (Sages, 2013).

2.6) La elevada prescripción de medicamentos

Según datos de la OECD (Directorate General For Internal Policies, 2010), los gastos per capita en farmacos con relación al PBI esta entre los lideres en Europa; también en terminos absolutos desde el 2000. Aunque, a diferencia de otros paises, sus precios son más bajos y este gasto es explicado mayormente por el volumen de consumo. Los médicos franceses tienden a ser más fuertes prescriptores de medicamentos que la mayoría de los europeos. El gasto en medicamentos fue el 1,6 % del PBI, del cual el 69% es cobertura pública, 14% por los seguros privados y 17% gasto de bolsillo (Dress, 2015). Mientras que, en OECD (2015b), el 49% del gasto farmacéutico es financiado por el Estado, el 6% por el seguro privado y el 29% son gastos de bolsillo.

La Agencia Nacional para la Seguridad de los Medicamentos y Productos Sanitarios (MSHA) es el organismo que se encarga desde 2011 de la revisión de drogas y la evaluación costo – beneficio para definir la lista de medicamentos reembolsados en nombre del HAS (Irles, 2016; Green, Irvine, Clarke & Bidgood, 2013). La Comisión Económica para Productos para el

Cuidado de la Salud (CEPS), es la encargada de las negociaciones de precio-volumen, que establece los precios de los productos farmacéuticos reembolsables, así como los precios de algunos productos hospitalarios. También participa de las negociaciones el UNCAM. Cada medicamento se vuelve a evaluar cada cinco años.

Como ya vimos, hay cuatro categorías de reembolso: 0%, 35%, 65%, 100%. En esta última categoría estan los medicamentos de alto costo que no pueden ser sustituidos, como los relativos a una enfermedad crónica (Jeantet y Joubaud, 2008). Hay una lista complementaria de medicamentos "reasignados", que pueden ser entregados a pacientes ambulatorios por los hospitales y es reembolsado por el SHI (Henry, Lang, Hill, Bouvy & Vogler, 2013). La política de reducción del gasto farmacéutico fue uno de los componentes clave de la reforma del seguro de la Salud de 2004, mediante la introducción de precios de referencia, y la existencia de un límite global, para lo cual se pone un tope al reembolso total, mediante una tasa de crecimiento fija que cada año define el Parlamento específicamente para productos farmacéuticos. También se ha avanzado en acuerdos individuales entre el fabricante y el CEPS y en límites a la venta hospitalaria de medicamentos.

Pero la política fundamental es el estímulo de los genéricos y la mejora de la información tanto a profesionales médicos como pacientes sobre el uso apropiado de los remedios (Grandfils & Sermet, 2006). Incluso, se implementó el fin del reembolso si el paciente rechaza el uso de genéricos. Además hay incentivos financieros para comprar genéricos y que los mayoristas puedan mantener su margen de ganancia (Cases, 2006). Ya en 1999 los médicos se habían comprometido a utilizar la DCI (Denominación Común Internacional), el nombre químico; pero las recetas que se realizan de este modo no son la mayoría. De todos modos, la proporción de los medicamentos genéricos en el valor total del gasto en medicamentos se incrementó de 10,2% en 2008 a 16,2% en 2012, aunque este porcentaje es aún menor que en otros países como Alemania y el Reino Unido (OECD, 2014).

Los hospitales cuentan con sus propios comités para decidir qué medicamentos comprar sobre la lista autorizada. A su vez, pueden negociar conjuntamente con otros hospitales o con las farmacéuticas para obtener precios menores (Decroix Lopes, Marty & Berdai, 2011).

Las farmacias tienen el monopolio de la entrega de medicamentos (incluso para los medicamentos de venta libre). Los farmacéuticos no pueden poseer más de una farmacia y los locales se instalan según el tamaño de la población y la distancia, para facilitar el acceso. Cada hospital tiene su propia farmacia (Dixon & Mossialos, 2002).

2.7) La investigación en Salud y el éxito de la estrategia de articulación público-privada

Francia invierte en I+D el 1,9% de su PBI, por encima del Reino Unido, España e Italia, pero por debajo de Alemania. De ese total, la I+D empresarial es el 14%. Según el trabajo de Janssen (2013) se posiciona en cuanto a la inversión para la investigación en salud en el cuarto lugar dentro de Europa, luego de RU que es el líder, Alemania y Suiza, pero segundo en gasto público, solo superado por Alemania.

Su sistema de investigación es paradigmático por el rol del Estado. La autoridad es el *Centre National de la Recherche Scientifique* (CNRS), la *Stratégie Nationale de Recherche* de 2013 proporciona el contexto general incluyendo la investigación en salud. En ese contexto el instituto especializado es el "*Institut national de la santé et de la recherche médicale*" (Inserm) con doble dependiencia del Ministerio de Investigación y del Ministerio de Salud,que realiza el 15% de la investigación biomédica pública total. Otros centros similares son Inra, CEA, IRD, la Comisión Atómica y estan las dos fundaciones sin fines de lucro *Institut Pasteur* e *Institut Curie*. La red publica la completan 83 universidades, la mayoría con actividades de investigación en biología, 40 facultades de medicina asociadas a hospitales universitarios y centros oncológicos (CLCC). Hay unos 30 mil investigadores o profesores, el 30% de la fuerza pública de investigación (FHP, 2010).

El modelo de financiamiento mediante crédito fiscal para investigación (CIR) ubica a Francia como el pais de mayor gasto impositivo para la investigación en Europa y estimula estas asociaciones. Los derechos de licencia y las ventas de patentes se gravan en un 15%, porcentaje similar al de España y superior al de Gran Bretaña (A.T. Kearney, 2014). Es que Francia tiene una muy alta presión impositiva general (Leem, 2014).

En 1999, la Ley de innovación e investigación da un giro, ya que estimula a los funcionarios de investigación a lograr diversos acuerdos con empresas privadas: formar nuevas empresas, participar en consultoría de largo plazo, incorporarse al capital social de una empresa y ser miembros del consejo de administración, trabajar a tiempo parcial en una empresa privada en alizana con el centro de investigación o una universidad, etc. Ley de Libertades y Responsabilidades de la Universidad (2007) establecía que a partir de 2013, todas las universidades tendrían autonomía presupuestaria y serían responsables de su propia gestión de recursos humanos. Las universidades podrán desarrollar proyectos, tomar decisiones estratégicas, reclutar personal y, por lo tanto, ser más atractivas a nivel internacional (Deloitte,

2013). En el mismo sentido ha ido el Programa *Investissement d'avenir* - Iniciativas de excelencia (Deloitte, 2013).

Del mismo modo, para la implementación de algunos acuerdos, hay una figura, la de la Organización de Investigación por Contrato (CRO), que ofrece a sus clientes una gama de servicios de investigación externalizados por contrato parecidos a *joint ventures* (Vicente, 2013).

El Ministerio de Salud desarrolla diversas líneas, pero una fundamental desde 1992 es el Programa Hospitalario de Investigación Clínica que financia investigaciones clínicas en instituciones de salud pública (por ejemplo, hospitales universitarios y Centros de Lucha contra el Cáncer), mediante convocatorias nacionales e interregionales. Las prioridades están definidas por las Comisiones Interregionales de Investigación Clínica (*Délégations Interrégionales à la Recherche Clinique*) (Hassan, 2009).

En 2004 la Ley de Salud Pública estableció objetivos estratégicos para enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, Alzheimer), enfermedades raras, etc.(Durand-Zaleski, 2016). La Acreditación de los establecimientos de salud, evaluación de las tecnologías y generación de directrices clínicas dependió desde 1997 a 2004 de la *Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé*, pero ese año pasó sus funciones a la *Haute Autorité en Santé* (HAS) (Sandier, Paris & Polton, 2004).

La cantidad de patentes en vigor no es nada desechable y se ubica por poco debajo de Alemania. Los avances más interesantes provienen posiblemente de Institutos como el Pasteur, Curie en enfermedades específicas, así como la Comisión Atómica (*Commissariat à l'Energie Atomique*) en temáticas vinculadas con tratamientos (Hassan, 2009).

En relación a los sectores vinculados a la salud, Francia ocupa el quinto lugar en química básica y el cuarto en la industria farmacéutica, luego de Alemania pero muy lejos de los Estados Unidos. Su sector farmacéutico es superavitario, lo que muestra su fortaleza en drogas básicas. Debe mencionarse fundamentalmente a SANOFI-AVENTIS como la compañía europea con mayor inversión en I+D en salud, ocupando el puesto 19° de las 50 principales empresas del mundo y entre las 25 por la inversión total en I+D en todos los rubros. (Hernández y otros, 2015). Esta firma supera por ejemplo a Bayer en este item (Rainoldi & Arjona Gracia, 2016).

El sector de dispositivos tiene menos desarrollo y como pasa en el resto del mundo, está muy atomizado. Sin embargo, hoy hay cerca de mil 100 fabricantes, con 820 que ofrecen I+D. El balance comercial es deficitario en general, pero tiene como polos de mayor valor agregado a

los implantes no activos, ortopedia y productos de cuidado domiciliario, dispositivos de rayos X y electromecánicos y diagnósticos en vitro. En este último segmento, está bioMérieux, una de las 100 empresas del sector a nivel mundial (Carlac'h, Grillot, De Keukeleire & Othman, 2011).

2.8) La Seguridad Social Universal, contexto perfecto para un innovador en TICs

Francia ha sido pionera en el uso de TICs fundamentalmente a partir de la Carte Vitale, creada en 1998 para modernizar el sistema de reembolso. Se trata de una tarjeta plástica que se usa desde cada consulta hasta la farmacia. Contiene toda la historia clínica completa del paciente, junto a un informe de lo que se le ha facturado por cada visita, los pagos del seguro social, etc. Este mecanismo ha sido operado por las *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* (CPAM), dependientes de la Caja Nacional de Seguridad Social (*Caisse nationale d'assurance maladie* –CNAM- . A diferencia de otros países europeos, la tarjeta –como en Alemania- funciona incluso en los hospitales (Stroetmann, y otros, 2011).

Desde 2001, se expide a los jóvenes a partir de los 16 años y desde el año 2007, cuenta con la tarjeta foto del titular. Por último, desde principios de 2016, a través de la cuenta Ameli, es posible controlar la historia clínica de los hijos. Desde 2014 se intenta ampliar la información de la población mayor (Durand-Zaleski, 2016)

En 2004 se lanzó el "Dossier Médico Personel" y en 2008 se creó la ASIP Santé (*Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé*), luego se aprobó el decreto de telemedicina que define las etapas para el logro de la história clínica electrónica (HCE).

En 2009 la Ley de Salud-Hospital-Territorios- Pacientes (*Hôpital-Patients-Santé-Territoires*) permitió incluir la telemedicina en el Código de Salud Pública. La estrategia de despliegue nacional se inició en 2010-2011 con prioridades claras y un apoyo importante de financiación para diversos proyectos regionales. Desde entonces, se produce un fuerte impulso a la introducción en los hospitales de mecanismos de notificación y seguimiento electrónico, más allá de la carta vitale. Hay un fin económico claro, ya que con estos mecanismos se busca bajar la cantidad reembolsada a los proveedores (Tello & Baez-Camargo, 2015).

La versión regional de esta estrategia se ha aplicado a partir de 2012 a través de los programas regionales de telemedicina (PRT) definido por las Agencias Regionales de Salud (HAS, 2013).

En lo que hace a las farmacias, en 2007se introdujo, de manera voluntaria, un registro para cada beneficiario de seguro social y desde 2010, la legislación permite la prescripción online por mail del profesional asignado al paciente (Stroetmann, y otros, 2011).

El problema general que parece presentarse es que, según la Comisión Nacional de Informática y Libertades (CNIL), al vincular las tasas de reembolso al uso del DMP (*Dossier Medical Personnel*), el derecho de no consentimiento corre el riesgo de verse comprometido (Stroetmann y otros, 2011). El Ministerio de Salud francés sostiene que no hay brechas en la privacidad del paciente (Cardenas Dias, 2014). En estos años se dio la renovación de la tarjeta sanitaria para evitar mal usos. Incluso, actualmente los franceses son los únicos en todo el mundo libres de elegir un proveedor de datos para su registro de salud. (Stroetmann, y otros, 2011) La evaluación sobre HCE es excelente para el seguimiento de pacientes, sin embargo, se hace menos uso de las TICs.

Del análisis de medios virtuales surgen diversos proyectos, por ejemplo el proyecto del Instituto de Cáncer de la Universidad de Toulouse que incluye tele seguimiento con enfermeras asociadas a terapias innovadoras orales. O la teledermatologia a distancia para cárceles en la región de Ile-de-France. Otra temática es la del software para autodiagnósticos como las cabinas de Roannais, que hace exámenes básicos, pero incluyendo agudeza visual, auditiva, electrocardiograma, azúcar en la sangre. La novedad, es que luego pueden ser transmitidos a un médico de cabecera, el médico puede interrogar al paciente on line y enviar una receta. Es un proyecto del seguro social para zonas rurales.

También hay varios proyectos de telemedicina para atención de emergencia de pacientes con accidente cerebro vascular, como el de la unidad neurovascular CHU de Besançon. El médico de urgencias, con la radio y la evaluación biológica inmediata, se conecta con un experto neurólogo del Hospital Universitario, éste confirma el diagnóstico y define el tratamiento de crisis.

Otra línea de trabajo que involucra el uso de TICs es el desarrollo de software de gestión de la práctica fisioterapeutica, la cual permite al fisiatra editar electrónicamente hojas de atención y subirlas a un seguro de salud, que reembolsará el paciente o pagará al médico.

De nuestro relevamiento de webs surge que el Ministerio pone énfasis en el desarrollo del expediente médico personal online, con un fuerte esfuerzo en radiología, como forma de evitar traslados. Para estimular proyectos específicos se lanzó Territorio digital, que financia un proyecto por región dirigidos por las ARS. Por otro lado, en el programa de Telemedicina hay 256 proyectos en todo el territorio para autocontrol de enfermedades crónicas.

El seguro de salud obviamente trabaja alrededor de la Carta de identificación del paciente y la conecta con el registro electrónico. Hay un gran esfuerzo en estimular su uso por los profesionales. Tambien tiene un soporte telemático para enfermos crónicos. Mi cuenta Ameli es un link que tiene el paciente para saber los reembolsos, descargar certificados, obtener la tarjeta europea, declarar nueva dirección, calcular cobertura del seguro en dinero, servicios y benificios sociales.

Las agencias regionales replican estas estrategias, fundamentalmente las tarjetas sanitarias. La más desarrollada, la Agencia Regional de salud de la “Isla de Francia” lo hace a través del Programa de Telemedicina Regional; además publicita el "Diabgest" que permite la gestión y supervisión a través de la monitorización remota de las mujeres con diabetes gestacional. La Agencia también participa en la financiación del proyecto "OPHDIAT", lo que permite la detección de la retinopatía en pacientes diabéticos: se transmite la imagen del fondo de ojo (a través de Internet) a un equipo de oftalmólogos del hospital que hace la lectura a distancia.

Las otras regiones muestran menos proyectos. Auverg Rodano- Alpes, por ejemplo, desarrolla la Pasccaline de profesionales en línea y Zepra que permite intercambios entre profesionales. Una región pobre, Hauts-de-France, hace alarde de su intento y publicita que participaron en convocatorias nacionales y tienen la primera multiplataforma de telemedicina desde 2011. Sigue siendo el líder nacional en la creación de Archivo Médico Compartido (DMP).

En el relevamiento del uso de la web, se nota la división de funciones entre la Caja de Seguridad Social, como encargada de responder a los pacientes por el servicio, y el Ministerio de Salud, con objetivos de definición de las políticas. La primera tiene Amelie, un ejemplo de uso de la web para operar dentro del sistema de salud, asimilándose a una operatividad que en nuestros países se da en un “homebanking”. Las páginas de las ARS en cambio parecen dirigidas a los profesionales dado que publicitan los llamados a concursos, fondos de investigación, etc.

Bibliografía

HCAAM. (2012). L'organisation des soins primaires et les enjeux de la coopération des professionnels de santé : les enseignements des systèmes de santé étrangers.

66 millions dimpatients. (1 de enero de 2015). Le contrat d'accès aux soins : change-t-il quelque chose au problème des dépassements d'honoraires ? págs. http://www.66millionsdimpatients.org/le-contrat-dacces-aux-soins-change-t-il-quelque-chose-au-probleme-des-depassements-dhonoraires/.

A.T. Kearney. (2014). Ci serve davvero un'industria farmaceutica nazionale? Quali obiettivi e interventi di politica industriale per il settore farmaceutico italiano. A.T. Kearney. https://www.researchitaly.it/uploads/14174/Bioeconomia_ATKearney_Ci%20serve%20un'industria%20farmaceutica%20Sep'14.pdf?v=f9b7468.

Abadie, F., Pavageau, E., Lluch, M., Villanueva, F. L., Maghiros, I., Mora, E. V., & Talaya, B. Z. (2013). Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems. European Commission. http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC62159/reqno_jrc62159_jrc62159.pdf.pdf.

ADSP. (1998). Reperes organisme: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Anaes.

Agence régionale de santé d'Ile-de-France. (2012). Projet régional de santé d'Ile-de-France. Agence régionale de santé d'Ile-de-France. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/arrete-15-990-calendrier-depot-2015.pdf.

Albouy, V., & Deprez, M. (2008). Mode de rémunération des médecins. Paris: Direction Générale du Trésor et de la Politique économique. https://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885.

Albouy-Llaty, M. (2011). Organisation du Système de Santé en France. http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0105_ORGA.pdf.

Alleaume, S., & otros. (2014). Le panorama des établissements de santé. DREES. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf.

Allodocteurs. (16 de Julio de 2014). Urgences : comment réduire le temps d'attente ? págs. http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-urgences-comment-reduire-le-temps-d-attente-_13930.html.

Allodocteurs. (21 de Septiembre de 2015a). Pénuries de médecins dans le public : de meilleurs salaires à l'embauche ? págs. http://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/penuries-de-medecins-dans-le-public-de-meilleurs-salaires-a-lembauche_1093221.html.

Allodocteurs. (10 de diciembre de 2015b). Urgences en Ile-de-France : encore trop d'attente pour les patients. págs. http://www.francetvinfo.fr/sante/soigner/urgences-en-ile-de-france-encore-trop-d-attente-pour-les-patients_1215849.html.

Alloux, P. (2003). La santé n'est pas une marchandise. Paris: Ouvrieres. http://www.toupie.org/Bibliographie/fiche.php?idbib=72.

Amalric, F., Mansour, E., & Nestrige, C. (2006). Hospitalisations évitables et Soins primaires. París: IMS Health. http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/407537/.

ANAP. (2010). La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »: les clés pour comprendre. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf.

ATIH. (2016). Rapport d'activité ATIH 2015. ATIH. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2196/rapport_dactivite_atih_2015_0.pdf

Audigier, C., Pike, H., Cormier, M., rompevientos, W., Girault, C., Grailles, B., . . . Rebours, H. (16 de febrero de 2013). Union régionale des caisses d'assurance maladie. Obtenido de AAF: https://aaf.ica-atom.org/region-union-regionale-des-caisses-dassurance-maladie

Azema, L. (2010). Histoire de la Mutualité Sociale Agricole de la Haute- Garonne. Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées. http://www.histoiresecump.fr/publications/Histoire%20de%20la%20MSA%20de%20la%20Haute-Garonne.pdf.

Barbier, J.-C., & Theret, B. (2000). The French Social Protection System: Path Dependencies and Societal Coherence. International social security association (ISSA). http://praha.vupsv.cz/fulltext/hel_13.pdf.

Barlet, M., & Cavillon, M. (2010). La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles. Paris : DRESS. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf.

Bejean, S., & Gadreau, M. (1997). Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. Evue d'économie industrielle, 77 - 97.

Bellanger, M. M. (2005). Francia: la racionalización del sistema de salud. El control del gasto sanitario y el mito de Sísifo. Ars Medica. Revista de Humanidades 2005, 252-267.

http://www.dendramedica.es/revista/v4n2/Francia._La_racionalizacion_del_sistema_de_salud._el_control_del_gasto_sanitario_y_el_mito_de_Sisifo.pdf.

Benamouzig, D. (2009). La Haute autorité de santé au cœur des choix économiques. Regards croisés sur l'économie, 229- 237 https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-229.htm.

Binart Ecale, H. (2012). Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. Paris: Université Paris Nord. http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf.

Bizard, F. (17 de marzo de 2012). Histoire de la protection sociale en France. Obtenido de Frederic Bizard: http://www.fredericbizard.com/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/

Bloch, L., & Ricordeau, P. (1996). La régulation du système de santé en France. Revue française d'économie, 87-146. http://www.persee.fr/doc/rfeco_0769-0479_1996_num_11_1_998.

Boisguérin, B., & Brilhault, G. (2015). Le panorama des établissements de santé - 2014. Paris: DRESS. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf.

Boltanski, L., & Chiapello, É. (2002). El nuevo espiritu del Capitalismo. Madrid: Ediciaones Akal. http://www.sindominio.net/biblioweb-old/pensamiento/boltanski/boltanski.pdf.

Bourdelais, P. (2007). L'échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle : nationale ou municipale ? Les Tribunes de la santé, https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2007-1-page-45.htm.

Bouvenot, G. (2013). Le rôle de la Commission de la transparence de la HAS dans la pertinence de l'admission au remboursement des médicaments par l'Assurance maladie. Regards, 59-64. http://www.en3s.fr/articles-regards/44/Bouvenot.pdf.

Bras, P.-L., Viellerribierer, J.-L., & Lesteven, P. (2012). Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Paris: IGAS. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/TOME_1_RM2012-024P.pdf.

Buchmueller, T., & Couffinhal, A. (2004). Private Health Insurance in France . https://www.oecd.org/els/health-systems/30455292.pdf: OECD Health working papers.

Cardenas Dias, M. (2014). Resumen comentado sobre el sistema de salud francés, el número uno del mundo. Rev AcAd PeRu SAlud .

Cartier, & Bourgueil. (2015). France. En D. Kringos, W. Boerma, A. Hutchinson, & R. Saltman, Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf.

Cartier, T., Mercier, A., Pouvourville, N. d., & Huas, C. (2012). Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Système de soins. https://www.exercer.fr/numero/101/page/65/pdf.

Cases, C. (2006). French health system reform:recent implementation and future challenges. Eurohealth, 10-13. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80478/Eurohealth12_3.pdf.

Cash, É., Cash, R., Ducaseé, J.-L., Hault, C., Matthieu, F., & Richard, T. (2013). Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. PARIS: DRESS. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf.

Caussat Laurent, A., & Geffroy, Y. F. (2003). Les comptes de la santé de 1960 à 2001. http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-comptes-de-la-sante-de-1960-a-2001.

Cavé, I. (2012). Fondement du système de santé français au XIXe siècle ». Journées d'étude de la Santé publique à Lausanne. http://sph12.organizers-congress.ch/downloads/presentations/B1_4_Cave.pdf

Chanut C., B. L., Horte, C., Jacqueme, B., Giusiano, B., Mabriez, J.-C., & P., A. (2005). L'analyse des réseaux sociaux appliquée au système de santé. Applying social network analysis to the health system. Santé Publique, 403-415. https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-3-page-403.htm.

Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., & Mladovsky, P. (2010). Health Systems in Transition : France. World Health Organization. https://www.ecoi.net/file_upload/1788_1312533253_hit-france.pdf.

CHU Tolouse. (05 de octubre de 2013). Communiqué de presse du CHU de Toulouse. Obtenido de CHU Tolouse: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/cp_deces_pr_jean_puget_3_aout_2013.pdf

CNOI. (2010). Nouveaux rôles infirmiers : une nécessité pour la santé publique et la sécurité des soins, un avenir pour la profession. http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/nouveaux_roles_infirmier.pdf.

Coldefy, M., Com-Ruelle, L., & Lucas-Gabrielli, V. (2011). DISTANCES ET TEMPS D'ACCÈS AUX SOINS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE. Questions d'économie de la santé.

Commission européenne. (2013). Vos droits en matière de sécurité sociale en France. Union européenne. http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_fr.pdf.

Cour des comptes. (2013). Chapitre X La. La place de l`hospitalisation privee a but non lucratif. Sécurité sociale. https://www.ccomptes.fr/content/download/60181/1493554/version/2/file/rapport_securite_sociale_2013_hospitalisation_privee_but_non_lucratif.pdf.

Couty, É. (2010). Hôpital public : le grand virage. Les Tribunes de la santé, https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2010-3-page-39.htm.

Da Silva, N., & Gadreau, M. (2015). La médecine libérale en France. https://regulation.revues.org/11120?lang=en.

De Kervasdoué, J. (2013). L'Assurance Maladie est-elle encore utile ? Cercle Santé Innovation. http://anrsiege.pagesperso-orange.fr/docs/pacte-sante/secu-4-12-2013.pdf.

Decroix Lopes, S., Marty, C., & Berdai, D. (2011). PHIS Pharma Profile: France. PHIS. http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/PHIS_Pharma%20Profile%20FR_2011_final.pdf.

Delattre, E., & Samson, A.-L. (2013). Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Économie et statistique ° 455-456, 115-138. file:///C:/Users/Mariano/Downloads/ES455G.pdf.

Delgado, M. L. (2009). La Ley Bachelot o la Empresarialización de los hospitales franceses. Coordinadora anti privatización de la Sanidad Pública de Madrid.

Deloitte. (2013). Researchers' Report 2013. Country Profile: France. Deloitte. https://cdn3.euraxess.org/sites/default/files/policy_library/france_country_profile_rr2013_final.pdf.

Descours, C. (1999). Sécurité sociale. Commission des Affaires sociales. SEsiones de SeNADO 1998-1999. https://www.senat.fr/rap/r98-433/r98-4330.html.

Desmichelle, S. (27 de julio de 2012). Salaire des infirmiers en Europe : la France est-elle bien placée ? Obtenido de Actusoins: http://www.actusoins.com/4395/salaire-des-infirmiers-en-europe-la-france-est-elle-bien-placee.html

Dhordain, A. (2008). Le CHU - L'hôpital de tous les défis. Privat. http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/user_upload/presentation_des_chus/chapitre_2.pdf.

Direction de la Sécurité sociale. (2015b). Chiffres clés de la Sécurité sociale 2014. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_2015_web.pdf.

Direction de l'information légale et administrative. (26 de septiembre de 2013b). Le systemé Hospitalier. Obtenido de Direction de l'information légale et administrative: http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/systeme-hospitalier/

Direction générale de l'offre de soins. (2015). Atlas 2015 des SIH. Direction générale de l'offre de soins. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Atlas_SIH_2015-2.pdf.

Direction Générale du Trésor et de la Politique économique. (2008). TRÉSOR-ÉCO. Direction Générale du Trésor et de la Politique économique. http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-eco.

Dixon, A., & Mossialos, E. (2002). Health care systems in eight countries:. European Observatory on Health Care Systems. http://www.cimca.ca/i/m/Health-Care-Systems-in-Eight-Countries-European-Observatory.pdf.

Dodet, J.-F. (2006). ENSP – Module interprofessionnel de santé publique. ENSP. http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=11964.

Dormont, B., & Milcent, C. (2012). Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire. Économie et statistique https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377738?sommaire=1377742.

DREES. (2015). Les dépenses de santé en 2014. DREES. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_935_depenses_de_sante.pdf.

DRESS. (2010). Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins observés en établissement de santé .

Durand-Castellano, C., & Gobin, N. (2003). SYSTÈME SANTÉ ET SA RÉFORME. http://www.attac22.org/archives/doc/InfoSanteDinan.pdf: Attac Dinan.

Durand-Zaleski, I. (2008). Eurohealth Vol 14 No 1: The health system in France. http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL14No1/Durand-Zaleski.pdf.

Durand-Zaleski, I. (2016). The French Health Care System, 2015. En E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & C. Anderson, International Profiles Of Helath Care Systems (págs. 53-63). The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf.

Durand-Zaleski, I., & Obrecht, O. (2008). France. En E. Nolte, C. Knai, & M. McKee, Managing chronic conditions. Experience in eight countries (págs. 55-75). Observatory Studies Series No 15. World Health Organization.

Duval, J. (2002). Une réforme symbolique de la Sécurité sociale [Les médias et "le trou de la Sécu". Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 143, 53-67. http://www.persee.fr/docAsPDF/arss_0335-5322_2002_num_143_1_2855.pdf.

EFPIA. (2016). The Pharmaceutical Industry in Figures. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. http://www.efpia.eu/uploads/Modules/Documents/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2016.pdf.

Espina Montero, Á. (2013). El cambio en los Sistema de Salud de los paises de la OECD. Instituto de Estudios Fiscales. http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/documentos_trabajo/2013_08.pdf.

Fatome, T. (2015). INSTRUCTION N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015. Paris: Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39573.pdf.

Favereau, E. (15 de noviembre de 2016). Une nouvelle gouvernance pour la Haute Autorité de santé. Obtenido de Liberation: http://www.liberation.fr/france/2016/11/15/une-nouvelle-gouvernance-pour-la-haute-autorite-de-sante_1528513

Federation hospitalière de France. (2011). LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS À L'HÔPITAL.

Ferré, V. (11 de march de 2011). Une nouvelle organisation hospitalière : La gouvernance. Infirmier. http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/gouvernance-hospitaliere/.

FHP. (2010). Recherche et innovation dans la santé en PACA synthèse. Paris: FHP. http://www.ccimp.com/sites/default/files/syntheserechercheinnovationsante_0.pdf.

Gayrard, P., & Harzo, C. (2008). Médecine ambulatoire – médecine hospitalière, quels liens construire ? Lyon: 'Union Régionale des Médecins Libéraux.

Generale de Santé. (2014). AFFICHE SES DELAIS D'ATTENTE AUX URGENCES.

Geoffard, P.-Y., & Lagasnerie, G. d. (2012). Réformer le système de remboursemen pour les soins de ville, une analyse par microsimulation. ÉCONOMIE ET STATISTIQUE.

Georges, P., & Waquet, C. (2013). Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf: IGAS, RAPPORT N°RM2013-119P.

Grandfils, N., & Sermet, C. (2006). Pharmaceutical policy in France: a mosaic of reforms. Eurohealth.

Green, D., Irvine, B., Clarke, E., & Bidgood, E. (2013). Healthcare Systems: France. CIVITAS.

Groupe de travail « Santé et accès aux soins ». (2012). Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/lutte-contre-l-exclusion/article/conference-nationale-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale.

Hardy, J. (2012). La mort annoncée du service public hospitalier. Village de la justice, http://www.village-justice.com/articles/IMG/pdf_La_mort_annonce_e_du_SP.pdf.

HAS. (2013). Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine. Haute Autorité de Santé.

HAS. (2015). Commission de la Transparence. Obtenido de http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence

Hassan, E. (2009). Health and Medical Research in France. Observatory on Health Research Systems. http://www.rand.org/pubs/documented_briefings/DB590.html: Rand .

Hassenteufel, P., & Daves, A. (2013). Les médecins, entre politique publique et aspiration libérale. Institute Montparnasee.

Hazera, F. (2012). Loi Bertrand sur la sécurité des produits de santé, quels changements ? . BioSante info, http://www.eurasante.com/telechargement/eurasant%C3%A9_veille_/Bio-Sant%C3%A9-27.pdf.

Henry, D., Lang, D., Hill, S., Bouvy, J., & Vogler, S. (2013). Pricing and Reimbursement Policies:Impacts on Innovation. WHO.

Holcman, R. (2015). Managment Hospitalier. Paris: Dunod.

IGAS. (2013). L'HÔPITAL. Rapport 2012. http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf: Direction de l'information légale et administrative.

Imai, Y., Jacobzone, S., & Lenain, P. (2000). The Changing Health System in France . OECD Publishing.

INSEE. (2013). Établissements de santé en 2013. Paris: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf.

Institute Pasteur. (2015). Annual Report .

IRDES. (2010). Le forfait journalier hospitalier en France. Historique et tarification. http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/ForfaitHospitalier.pdf.

IRDES. (2013). Historique du ticket modérateur en France. Paris.: IRDES. http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf.

IRDES. (2015a). Historique des réformes hospitalières en France. IRDES. http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf.

IRDES. (2015b). La protection sociale complémentaire en France. IRDES. http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf.

Irdes. (2015c). La protection sociale complémentaire en France .

IRDES. (2015c). Plans de réformes de l'Assurance maladie en France. IRDES. http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf.

IRDES. (2015c). Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. IRDES. http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf.

IRDES. (2016). Historique de la politique du médicament en France. IRDES. http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-de-la-politique-du-medicament-en-france.pdf.

Jacobs, R., & Goddard, M. (2000). Social Health Insurance Systems in European Countries. York: University of York. https://www.york.ac.uk/che/pdf/op39.pdf.

Jeantet, M., & Joubaud, L. (2008). Cost containment in the pharmaceutical sector Innovative approaches to contracting while ensuring fair access to drugs, Germany. Ministry of Health.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:aK-st3KGtecJ:ec.europa.eu/social/BlobServlet%3FdocId%3D8414%26langId%3Den+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar.

Kanavos, P., Vandoros, S., Irwin, R., Nicod, E., & Casson, M. (2011). Difference in Cost of and Access to Pharmaceutical Products in the EU. Bruselas: European Parliament. http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2011/451481/IPOL-ENVI_ET(2011)451481_EN.pdf.

L'Économie du Médicament. (18 de June de 2014). Système de santé et remboursements.

Labrie, Y., & Boyer, M. (2008). The Private Sector Within a Public Health Care System: The French System. Montreal : Montreal econmic Institute.

Lafortune, G. (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries. Trends in Nursing Education in France. OECD. https://www.oecd.org/france/OECD-Health-Workforce-Policies-2016-Nurses-France.pdf.

Lalande, F., & Veber, O. (2009). La mort à l'hôpital. Paris: Inspection générale des affaires sociales .

Lalande, F., Scotton, C., Bocquet, P.-Y., & Bonnet, J.-L. (2012). Fusions et regroupements hospitaliers :quel bilan pour les 15 dernières années? http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000346.pdf: IGAS, RAPPORT N°RM2012-020P.

Lallemand, C. (2005). De la nécessité à la réalité de la coopération ville-hôpital : L'exemple du CH de Gonesse. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.

Lancry, P. (1995). Le financement de la santé en France. Revue d'économie financière, http://www.persee.fr/docAsPDF/ecofi_0987-3368_1995_num_34_3_2196.pdf.

Laplace, Kamendje, Nizard, Coz, & Chaperon, J. (2002). Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90. Santé Publique, 47-56.

Le CISS. (2013). La loi HPST et l'organisation régionale du système de santé .

Le Figaro. (12 de December de 2012). Les délais d'attente chez les médecins sont en forte hausse. Le Figaro, págs. http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2012/12/05/20002-20121205ARTFIG00692-les-delais-d-attente-chez-les-medecins-sont-en-forte-hausse.php.

Le Figaro. (07 de Agosto de 2015a). Hôpital : pourquoi les patients étrangers ne règlent pas toujours leur facture. Le Figaro, págs. http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/08/07/20002-

20150807ARTFIG00006-hopital-pourquoi-les-patients-etrangers-ne-reglent-pas-toujours-leur-facture.php.

Le Figaro. (16 de Julio de 2015b). Les patients résidant à l'étranger ont laissé une ardoise de 120 millions d'euros à l'AP-HP en 2014. págs. http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/07/16/20002-20150716ARTFIG00234-les-patients-residant-a-l-etranger-ont-laisse-une-ardoise-de-120-millions-d-euros-a-l-ap-hp-en-2014.php.

Le Figaro. (12 de Febrero de 2016). Les médecins boycottent la conférence de Valls. págs. http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/07/02/20002-20150702ARTFIG00235-les-medecins-boycottent-la-grande-conference-sante-de-valls.php.

Le Monde. (12 de diciembre de 2012). Affaire du Mediator : le point si vous avez raté un épisode. Obtenido de Le Monde: http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/12/affaire-du-mediator-le-point-si-vous-avez-rate-un-episode_1804954_1651302.html

Le Mondé. (03 de March de 2013a). Dossiers de patients sur le Net : le secret médical pris en défaut.

Le Monde. (5 de Mayo de 2014a). A l'hôpital, des frais opaques et inégaux facturés aux patients.

Le Mondé. (2 de Febrero de 2016). Déserts médicaux : les petites villes demandent l’intervention de l’Etat. Le Mondé.

Le Pen, C. (2009). The French Health Care System. The Official News & Technical Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research.

Lebrun, T., & Sailly, J.-C. (2000). L’évolution des systèmes de soins et d’assurance maladie. http://www.revue-projet.com/articles/l%E2%80%99evolution-des-systemes-de-soins-et-d%E2%80%99assurance-maladie/.

Leciss. (2015). Fiche thématique du CISS n° 44 - L’exercice libéral de la médecine - Honoraires médicaux et taux de prise en charge par l’Assurance maladie .

Leem. (2014). Les entreprises du medicament en france . Faits & Chiffres 2014 . Paris: Leem – Les Entreprises du Médicament. http://www.leem.org/sites/default/files/LEEM_Elements_chiffres_2014_part01+02_HD.pdf.

Lefigaro sante. (16 de november de 2013). L'accès aux soins toujours difficile pour les plus pauvres. La fréquentation des centres de soins de l'ONG Médecins du Monde en France augmente, met en garde l'organisation.

Les Comptes de la Sécurité Sociale. (2015). Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins. Les Comptes de la Sécurité Sociale. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/6_une_comparaison_internationale_des_paiements_a_la_performance_des_medecins.pdf.

Levy, J., & Dori, O. (1999). Generational Accounting for France . http://www.nber.org/chapters/c6693.pdf.

Linsolas, R. (2005). Contrôle des organismes et évaluation des politiquesLe rôle de l'IGAS. Informations sociales 6/2005 (n° 126) , 104-111. https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-6-page-104.htm.

Louise, H. (2011). Affaiblissement syndical dans l'assurance maladie : comparaison entre la France et l'Allemagne. https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-5-page-40.htm: Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).

Lusardi, A., Schneider, D. J., & Tufano, P. (2010). The Economic Crisis and Medical care Usage. NBER WORKING PAPER SERIES.

Mansotte, F. (2012). Histoire de l'hygiène publique en France. https://aquitainesanteenvironnement.files.wordpress.com/2012/03/article_plume_d_orfc3a9e_-histoire-_hygiene_publique_2012.pdf.

Mazade, A. (2013). Les réformes hospitalières à l'épreuve de la pratique . Paris: Universidad de Paris.

Midy, F. (2002). Les infirmières : image d'une profession. http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf: Credes.

Ministér des Affaires Sociales Et de la Santé. (2014). Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. (2007). Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2005. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2005.pdf.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. (2002). La Santé en France.

Ministere Des Affaires Sociales Et de la Sante. (2013). SANTÉ: ETABLISSEMENTS DE SANTÉ.

Ministere du Travail , del l`emploi et de la sante. (2010). HPST: Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf.

Ministerio de Asuntos sociales y Salud. (13 de noviembre de 2015). ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Obtenido de Ministerio de Asuntos sociales y Salud: http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/agences-et-operateurs/article/ansm-agence-nationale-de-securite-du-medicament-et-des-produits-de-sante

Ministerio de Asuntos Sociales, Sanidad y Derechos de la mujer. (25 de febrero de 2015). Décrets, arrêtés, circulaires. Obtenido de http://www.ffmps.fr/images/joe_RA_27_02_2015.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad . (2013). Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud. Madrid.

Molinié, M. É. (2005). L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE : BILAN ET PERSPECTIVES. http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2005/2005_10_eric_molinie.pdf.

Molinier, L. (2008). Le Systeme Hospitalier FranÇais.

Moore, K. L. (2013). A Comparison of the Role of the Employer in the French and U.S. Health Care Systems. Hofstra Labor and Employment Law Journal.

Morel, J. (11 de December de 2012). French medicine: somebody please find a doctor! The Political Bouillon.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). Funding Health Care: option for Europe. European Observatory on Health Care System Series.

Muller, S. (2012). L'industrie pharmaceutique et l'État Comment garantir la santé sans nuire au commerce ? savoir/agir.

Nguyen Huu, M. (26 de enero de 2016). Connaître l'histoire de la santé publique en France du 18e siècle jusqu'aux années 1990. Obtenido de http://www.risque-sanitaire.fr/2016/01/connaitre-l-histoire-de-la-sante-publique-en-france-du-18e-siecle-jusqu-aux-annees-1990.html

Nordqvis, C. (8 de Junio de 2009). The French Health Care System. medical news today.

OCDE. (2015c). How Does health Spending in France Compare .

OECD. (2014). Estadisticas de salud de la OECD:¿ cómo se posiciona Francia? OECD.

OECD. (2015a). Panorama de la santé 2015. OECD. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177fr/s22177fr.pdf.

OECD. (2015b). Health at a Glance 2015. OECD. http://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf.

Or, Z., Renaud, T., & Com-Ruelle, L. (2009). Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justiables ?Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Paris: IRLES.

Parent, H. (2009). Reformar el sistema francés de salud. Revista de Administración Sanitaria . 2009, 23- 32.

Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries . OECD.

Permanent Working Group of European Juniors Doctors. (2001). The French Health System: A Brief Overview. Paris .

Perronnin, M., Pierre, A., & Rochereau, T. (2011). La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. Irles.

Petkantchin, V. (2010). Les établissements de santé à but non lucrat if en France. http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note0710_fr.pdf: Note économique de l'IEM.

Philippe, A., Brigitte, D., Pierre-Yves, G., & Valérie, P. (2013). Pour un système de santé plus efficace. Notes du conseil d'analyse économique, 1- 12.

Pierru, F. (2007). A méritos mito: el vestíbulo de las profesiones de la salud en la Asamblea Nacional. https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2007-1-page-73.htm: Seve.

Poppelier, A. (2004). Exercice de la médecine générale : approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes . http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/These_2011_03_Poppelier.pdf.

PUG. (2010). Le système de santé français. www.pug.fr/supplement/show/2215

Rapport du groupe. (1999). réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville. http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-RSX/ELE%20RAP%20MET-RSX%206856.pdf.

Requena Santos, F. (1996). Redes sociales y cuestionarios.

Riberolles, B. (2004). Le bilan mutualiste de la Mutualité sociale agricole. L'économie sociale en mouvement, 1-34.

Rice, N., & Smith, P. (1999). Aproachess to capitation and risk adjustment in Health Care: an international comparision. York: Centre for Health Economics.

Riesgo, I. (1991). LAs Federaciones hospitalarias en Europa. Revista Sanidad e Higiene Pública, 97-108. http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL65/65_2_097.pdf.

Rochepeau, A. (2004). The Pharmaceutical Biotechnology Industry in France. French Ministry of Research and New Technologies.

Rodwin, V. G. (2003). The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States. American Journal of Public Health, 31-38.

Romeyer, H. (2008). TIC et santé : entre information médicale et information de santé. tic&société.

Safon, M.-O., & Suhard, V. (2016). Historique de la politique du médicament en France. Paris: IRLES.

Sages. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé: 19 Recommandations du comité des « sages » . http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-2.pdf.

Sammut, J. (marzo de 2011). Un engagement civique issu de l'histoire. Obtenido de Le monde diplomatique: https://www.monde-diplomatique.fr/2011/03/SAMMUT/20237

Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). Systèmes de santé en transition.

Sarradon-Eck, A., Vega, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., & Lustman, M. (2010). Cr´eer des liens : les relations soignants-soign´es dans les r´eseaux de soins informels. Paris: Revue d'Epid´emiologie et de Sant´e Publique. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00466817/.

Sauvage, P. (2007). Pharmaceutical pricing in France: a critique. Eurohealth Vol 14 No 2, 6-9. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20974en/s20974en.pdf.

Sauvignet, E. (2004). Le financement du système de santé en France; Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69031/1/EIP_HSF_DP.F_05.1.pdf.

Schoen, C., & Osborn, R. (2010). The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J., & Applebaum, S. (2010). A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences. Health Affairs, http://content.healthaffairs.org/content/29/12/2323.full.pdf+html.

Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010). How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries. Health Affairs 29, no.12, 2323-2334 http://content.healthaffairs.org/content/29/12/2323.full.pdf+html.

Sécurité social. (2012). Chapitre VIII. LA MISE EN PLACE DES AGENCES REGIONALES DE SANTE. En rapport securite sociale 2012 . Sécurité social. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lu_OfWCLOn0J:https://www.ccomptes.fr/content/download/48303/1346445/version/1/file/rapport_securite_sociale_2012_mise_en_place_agences_regionales_sante.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar.

Sécurité sociale. (2011). La réorganisation de la Mutualité sociale agricole.

Sécurité sociale . (2014). LES URGENCES HOSPITALIÈRES : UNE FRÉQUENTATION CROISSANTE,UNE ARTICULATION AVEC LA MÉDECINE DE VILLE À REPENSER.

Seguridad Social. (12 de Abril de 2013). Historia del sistema de seguridad social francés. Obtenido de securite sociale: http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale

Siciliani, L., & Hurst, J. (2003). Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries. OECD . https://search.oecd.org/els/health-systems/17256025.pdf.

Sud Sante Sociaux. (2015). Grilles Indiciaires Fonction Publique Hospitalière. Sud Sante Sociaux. http://www.sudsantesociaux.org/grilles-indiciaires-2015-de-la.html.

Tabarly, S. (28 de junio de 2012). L'organisation territoriale et la planification sanitaire en France. Obtenido de Geoconfluences: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc2.htm

The Local France. (4 de march de 2014). French hospital doctors to join Christmas strike.

The Local France. (3 de march de 2015a). French hospital crisis: 'Just like Thatcher's NHS'. págs. https://www.thelocal.fr/20150310/frances-hospitals-on-verge-of-collapse.

Thomson, S., & Mossialos, E. (2004). Private health insurance and access to health care in the European Union. Euro Observer, 1-8. http://www.pnhp.org/PDF_files/EuroObserver6_1.pdf.

Thomson, S., & Mossialos, E. (2009). Private health insurance in the European Union. London School of Economics and Political Science.

Touraine, M. (2015). La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Paris : Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf.

Trentesse, A. (24 de abril de 2015). 638 248 infirmier(e)s en France ? Obtenido de Infirmiers.com: http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/638248-infirmiers-france.html

Université Médicale Virtuelle Francophone. (2014). La planification sanitaire. PAris: Université Médicale Virtuelle Francophone.

Vallin, J., & Mesle, F. (2006). Origine des politiques de santé. En G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, Histoire des idées et éléments d'introduction aux politiques de population. https://www.ined.fr/fichier/rte/2/Publications/Manuels/chapitre106_origine_politiques_sante.fm.pdf.

Vassy, C. (2004). L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm#no11.

Vaugelade, C. (2014). L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9c94790f29489565f89571ae379014b5.pdf: ANSM.

Viez, M.-C. (2008). La concession de service public hospitalier. http://documentation.fhp.fr/documents/14184S.pdf: FHP.

Vincent, J. (2008). La Mutualité sociale agricole au carrefour de plusieurs mondes. La revue du Groupe Ruralités, Éducation et Politiques, 189-198 https://www.cairn.info/revue-pour-2008-1-page-189.htm.

Vuagnat, A. (2013). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf.

Wallach, D. (08 de diciembre de 2011). A-t-on besoin d'un numerus clausus ? Obtenido de Le monde: http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/12/08/a-t-on-besoin-d-un-numerus-clausus_1614689_3232.html

WHO. (2014). World health statistics 2014. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf.

Wilking, N., & Jönsson, B. (2005). A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Karolinska Institutet. http://www.med.mcgill.ca/epidemiology/courses/EPIB654/Summer2010/Policy/Cancer_Report%20Karolinska.pdf.

2.3 España. Un modelo inclusivo y dinámico, pero no tan (regionalmente) equitativo

1. Antecedentes

1.1) De la sanidad disputada entre la iglesia y el Estado hasta la guerra civil

Unos de los primeros eventos mencionados por la bibliografía es la ley de las Mancomunidades sanitarias que funcionaron hasta 1967 (Espuelas Barroso, 2013), tambíen la Real orden de 1839, de fomento de los montepíos existentes y de promoción de nuevos, en íntima relación con las sociedades de socorros mutuos, obras benéficas, caritativas de adscripción religiosa.

Luego vendría la Ley de Beneficencia de 1849 que establece que los establecimientos encargados de la misma serían públicos, diferenciandolos de los creados por corporaciones profesionales o de patrones. En paralelo hay una disminución del papel del municipio y un reforzamiento de la administración central y la provincia. De éstas dependian las casas de maternidad y expósitos mientras que de los municipios dependían las casas de socorros domiciliarios. Las autoridades eran las juntas provinciales y municipales, integradas por funcionarios, representantes sociales, de la iglesia y profesionales así como miembros de las juntas locales y coordinadas por la Junta General (García Murcia, 2007).

En 1852 se establece el reglamento de Fundaciones e Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General, que regulaba las fundaciones privadas (Gimenez Muñoz, 2006).

En 1855 se promulga la primer norma con rango de Ley sobre la materia; tendrá un siglo de vigencia. Se crea una Dirección General dependiente del Ministerio de la Gobernación y Subdelegados de Sanidad. Además se crean Jurados Médicos Provinciales de Calificación para controlar la función médica (Hernandez Soriano, 2003). A nivel provincial las Juntas Provinciales dependen directamente de la gobernación (SAE, 2008).

En 1900 se dicta la Ley de Accidentes de Trabajo que obligaba a los patrones a atender las necesidades médicas del obrero accidentado, pudiendo éste concertar un seguro con entidades mutuas. Para entonces, había más de diez por provincia y funcionaban con una especie de contrato entre individuos por el cual éstos se comprometían a indemnizarse en caso de accidente o infortunio, mediante una contribución o cuota fija. También solía entrar un

reparto anual, según los riesgos a cubrir en el ejercicio. La normas internas eran bastante rigurosas (Solà i Gussinyer, 2003). Se daba atención médica en dispensario propio y domicilio, pero estaba asociado al trabajo y al control del presentismo (Largo Jiménez & Pujol-Andreu, 2016). En 1896 se funda la Unión y Defensa de Montepíos, convertida en 1919 en *Federación de Societats de Socors Mutus* de la Provincia de Barcelona; a fines del 20 había más de 700 sociedades integradas y más de 150 mil socios (Pons Pons, 2008). También desde esa época son los primeros seguros privados, las cajas de ahorros y las cajas populares.

En 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) como ente autárquico encargado de la Seguridad Social y con el objetivo de impulsar el modelo de cajas populares (García Murcia, 2007). Este modelo choca con las mutales y se producen conflictos.

Durante los años de la guerra civil en 1931 se establece el Seguro de Maternidad y en 1932 se replica el seguro por accidentes en enfermedades profesionales, en 1936 esto es homologado por ley. Pero no se logra constituir como sistema debido a la fragmentación existente en la capacidad financiera del Estado (Largo Jiménez & Pujol-Andreu, 2016).

1.2) La posguerra: el sistema en un Estado franquista y católico

Recién en 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para todas las enfermedades de los trabajadores asegurados y sus familiares, siempre con la oposición de los médicos y de las mutuales (Rubia Vila, 2010; Redondo Rincón, 2012). Era financiado a través de las cuotas de los trabajadores y empresarios y con una cobertura progresiva de los distintos sectores de producción industrial y agraria. Los médicos y farmacéuticos pasaron a ser en muchos casos empleados públicos; se desestimó el modelo de autonomía y reembolsos. El sistema quedó bajo el control del Instituto Nacional de Previsión mediante la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad (Boletin Oficial del Estado, 1942) aunque tenía gran importancia también la 'Obra 18 de Julio', una especie de seguro del Sindicato único (Redondo Rincón, 2012). En 1944 se incorporaron las prestaciones de medicina general, en 1947 algunas especialidades, con poco aporte estatal. En 1953 la protección alcanzaba únicamente al 30% de la población (Rubia Vila, 2010).

Los médicos atendían 2,5 horas cada día en consultorios del ayuntamiento o propios y debían acudir a los domicilios, pero había pocos médicos y muchas colas (Zurro & Jodar Solà, 2011).

En1963 la nueva ley de bases de la Seguridad Social extendió el seguro a la totalidad de los trabajadores y sus familias (SAE, 2008), pero sin incluir los que superaban ciertos topes

salariales. La ley de 1974 aumentó el número de patologías cubiertas (Jefatura de Estado, 1986). Esta ley asigna al Estado un papel complementario respecto a la asistencia reparadora, y da responsabilidades a las Administraciones Territoriales para crear centros dependientes de ellas (Salcedo Mata, 2008).

En 1950 el modelo dependía de diversos organismos, la Dirección General de Sanidad, el Instituto Nacional de Previsión y el SOE, con una Jefatura Nacional del Seguro de Enfermedad y una Dirección General de Previsión. A su vez, la Confederación Nacional de las entidades de previsión social, y los Servicios Sindicales nucleaba los seguros laborales. Se lo acusaba de ser un modelo de elevada burocracia. El Estado cobraba la prima para Inspección Sanitaria y para el Plan Nacional de Instalaciones para incrementar la infraestructura hospitalaria del país y tener una red propia. Las mutuales, desde los 40s habían empezado a hacer acuerdos con el INP dada su precaria situación financiera y fueron perdiendo peso, llegando a representar no más que el 25 % del SOE en los 60s. El SOE derivaba en entidades públicas y privadas, pero fue creando una red asistencial propia (Pons Pons, 2008). Los médicos compatibilizaban su dedicación pública con la privada, beneficiándose del uso de las instalaciones de la Seguridad Social. Todavía había un sesgo de control del presentismo (Moreno & Sarasa, 2013).

Las delegaciones provinciales eran el órgano desconcentrado del Estado, dirigidas por un director provincial designado por el Ministerio al igual que el director médico del hospital. El primer nivel de atención era muy fragmentado y sin coordinación, con responsabilidades divididas entre las diferentes partes del Estado (Armesto, Sandra, y Otros, 2010).

Sin embargo, según Espuelas Barroso (2013) entre 1950 y 1966 el gasto social se mantuvo prácticamente estancado, a diferencia del resto de Europa en que creció. El autor muestra que en 1965 la media europea era 3,24 puntos del PBI, contra el 1,30 de España. Pero desde 1967 se produjo una variación de tendencia y el inicio de la convergencia con Europa. Recién en 1980 el gasto social en España alcanzó el 85 % del gasto respecto a la media de países europeos, pero el gasto social rondaba un 58 %.

En 1972 se promulga la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social que eliminó los topes máximos salariales y el acceso a la salud pasó a ser libre, incluso para los ricos. En 1972 se crea además la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) con competencias típicas de ese tipo de entes. Entre 1975 y 1978 se crearon los regímenes de protección social y sanitaria de los funcionarios del Estado.De 1970 a 1978, la cobertura de la asistencia social pasó del 63,87% al 81,76% (30 millones). Si a esas cifras se añaden las correspondientes a los regímenes de protección sanitaria de los

funcionarios del Estado, los porcentajes se situaban aproximadamente en el 90% de la población española (Rubia Vila, 2010). En paralelo, cayeron las otras formas de seguro.

1.3) El fin del franquismo. La salud como cuestión de las Comunidades Autónomas y la fragmentación regional del sistema

Con la vuelta a la democracia en 1978, la Constitución Española garantiza el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, posibilitando a las Comunidades Autónomas (CCAA) la asunción por competencias en la salud. Se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), como una organización fuertemente centralizada que daba cobertura sanitaria directa a más del 84% de la población española (Martín Martín y López del Amo González, 2011). La estructura hospitalaria en España vivió una época de expansión muy importante en la década de los 70s, continuando en décadas posteriores, aunque con un ritmo de crecimiento menor. Este incremento constante y sostenido del número de hospitales, ha producido que se acerque a la media de los indicadores de los países occidentales y de nuestro entorno en lo que se refiere al número de camas per cápita (Anton Perez & Otros, 2011).

En 1981 se inicia un proceso de transferencia que termina en 2002 hacia las Comunidades Autónomas, como parte de un proceso más amplio de descentralización (Alonso Sanz, 2014); la misma fue percibida en muchos ámbitos como precipitada, sin que se tomara en consideración adecuadamente el tema de la coordinación (García Péreza & Amaya Pombob, 2007). La primera fue Catalunña, que en 1984 crea el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. En el año 2001 se crea el Servicio Cántabro de Salud (Martín Martín y López del Amo González, 2011; González López-Valcárcel y Barber Pérez, 2006). Hubo una larga transición en las regiones atrasadas (Bohigas Santasusagna y Rovira Foms, 1988). La partida de sanidad en los Presupuestos Generales del Estado, descendió bruscamente (Alonso Sanz, 2014). Los conflictos entre las Comunidades Autónomas (CCAA) y el Gobierno Central han sido permanentes, debido a los problemas por los criterios de reparto (Bohigas Santasusagna & Rovira Foms, 1988).

En el plano hospitalario comenzaría una nueva forma de gestión. En el caso de Cataluña, con los Consorcios, forma de gestión hospitalaria basados en la autonomía y un modelo de relaciones laborales alrededor de contratos (Alvarez & Duran, 2013)

Ese mismo año se asignan las competencias de salud, de seguridad social y asistencia social al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y se eliminaron las diferentes instituciones anteriores; además se creó el Instituto Nacional de Seguridad Social, adscrito a la Secretaría General de la Seguridad Social, pero con personería jurídica propia (Galindo Vácha, 2011). En este esquema el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) es el responsable de la provisión del servicio de salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) de las pensiones (Giménez Muñoz, 2010).

En el año 1984 se inició la reforma de la asistencia sanitaria primaria, inspirada en el Reino Unido (Galindo Vácha, 2011), con la promulgación del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud en el que se establece la división territorial en Zonas Básicas de Salud, cada una de ellas, atendida por un Centro de Salud y un Equipo de Atención Primaria (Zurro y Jodar Solà, 2011; Anton Perez & Otros, 2011). Esta reforma mejoró el contenido de las consultas, y los materiales disponibles para la atención al paciente, además, introdujo el trabajo en equipo, y sumó personal, como trabajadores sociales y auxiliares de clínica (Gervás, 2009).

Este proceso se consolidó en la Ley General Sanitaria del '86, en que se plantea la implementación de un sistema unificado con énfasis en la prevención y garantizando la universalización equitativa e igual del derecho a la asistencia sanitaria con descentralización a las CCAA en la gestión (Soler y Moncho Vasallo, 2007; Martín Martín y López del Amo González, 2011; Tudor Hart, 1990). Se establece la financiación basada principalmente en impuestos, la extensión de la cobertura a toda la población con independencia de su nivel económico, la producción de servicios a través de centros de titularidad pública, la gratuidad de los servicios y la participación comunitaria con herramientas como el Consejo de Salud (SAE, 2008). Se establece la creación de una red de hospitales públicos y el modelo de acreditación para que los privados puedan ser utilizados por la red pública en igualdad de condiciones (Anton Perez & Otros, 2011).

Se establecía además ese mismo año, el derecho de los usuarios a la información, la libre elección del tratamiento y la necesidad de previo consentimiento (Calle-Urra, 2015).

La misma ley garantiza el ejercicio libre de las profesiones, previendo, pero muy en general, la homologación estatal de los puestos de trabajo, los programas de formación, perfeccionamiento y especialización. Según Hernández Soriano (2013) se pone de manifiesto el vacío legal que existía en la legislación española.

La norma define los parámetros de la descentralización a partir de las Área de Salud, responsable de los centros para entre 200 mil y 250 mil personas; cada provincia tiene un

área, y cada área al menos un hospital general. Cuenta con un Consejo de Salud del área, un Consejo de dirección y un gerente del área. La dirige un órgano propio en el que participarán las Corporaciones Locales. Además se establecieron las Zonas básicas de salud de la Atención Primaria según las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido, el grado de concentración o dispersión de la población, las características epidemiológicas de la zona y los recursos sanitarios. En cada una tiene que haber 1 hospital y 3 centros de Atención Primaria con funciones universitarias. Se propone una etapa de transición en la que deben coordinarse las Corporaciones Locales y las CCAA (Jefatura de Estado, 1986).

De este modo, el Estado financia, a través de los impuestos generales que recauda, la totalidad de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, distribuyendo los fondos entre las diferentes Comunidades Autónomas. Éstas tienen un amplio margen de maniobra, incluso pueden ofrecer prestaciones adicionales, contratar servicios al sector privado, pueden cambiar las formas organizativas de los centros y también construir nuevos centros y endeudarse (Anton Perez y otros, 2011).

La reforma contó con la oposición de los sectores más corporativos de los médicos, representados por la Organización Médica Colegial y el Partido Popular (PP), pero también los sindicatos de izquierda (Giménez Muñoz, 2010; El País, 1985; Criado Álvarez & Otros, 2011). Según Tudor Hart (1990) los médicos españoles siempre han estado mal remunerados y la mayoría tiene doble empleo, aun cuando la normativa del empleo estatal lo impide. Se trabajaba a alta velocidad, sin registros eficaces.

Las mejoras en la protección dieron resultado y los indicadores empiezan a semejarse a los de la OECD. En mortalidad global y esperanza de vida, la OECD, presentaban a España en el nivel de los países más avanzados de Europa y con una mejora en todos los indicadores desde 1960, principalmente a causa del crecimiento económico, la expansión de la sanidad y el crecimiento de los recursos (Ruiz Alvarez & Carrasco Garcia, 1987). La desigualdad, sin embargo, era clara entre CCAA.

1.4) Las reformas de los 90s. El ajuste fiscal y los experimentos en 19 sistemas de salud distintos.

En los 90s se produjeron modificaciones menores sobre todo en los instrumentos de participación: se crea el Consejo General y la Comisión Ejecutiva. El primero de ellos se compone de trece representantes de los sindicatos, trece representantes de las empresas y trece representantes del Estado, y tiene como finalidad la de señalar la política del Instituto, elaborar el Anteproyecto de Presupuesto y aprobar la memoria anual. La Comisión Ejecutiva posee nueve vocales (tres del Estado, tres de los sindicatos, tres de las empresas), y como función primordial supervisa y controla la aplicación de los Acuerdos del Consejo General. En el 2000 cambió la estructura del Ministerio y del INSALUD (Galindo Vácha, 2011).

En los noventa la gestión de los hospitales avanza en caminos divergentes. En 1992 el Partido Socialista introduce en Andalucía las "Empresas Públicas Sanitarias", nuevamente, como en el caso Catalán, con autonomía para la contratación del personal y la forma de pago, pero con fuerte presencia política del ministro de salud, que es el responsable principal de la Junta de supervisión del hospital; mientras que, para 1994, se da un paso más en la gestión privada con la aparición de un modelo similar, "Fundaciones", que funcionaban como empresas privadas sin fines de lucro reguladas por el derecho privado y con una mayor capacidad para decidir la canasta de servicios que proporcionan y posibilitados de retener beneficios. El Partido Popular introduce para los hospitales no devueltos aún a las CCAA otro modelo en 1996, las "Fundaciones Públicas Sanitarias", pero el conflicto creció. Uno de los problemas más grandes era que se mantenía al personal como dentro del sistema de empleo público, lo que llevó a conflicto constante con las uniones sindicales. En Valencia el Partido Popular tuvo más éxito en imponer un modelo privado, la "Concesión Administrativa" para dar a gestores privados la autonomía total para manejar la inversión y operación de hospitales a partir del proyecto Alzira. La disputa por cómo manejar la rentabilidad del hospital generó conflictos políticos inmediatos (Alvarez & Duran, 2013).

En 1998 hay otra reforma que dio mayor autonomía a los centros con nuevas formas jurídicas (Alvarez González, 2007) y un poder cada vez más grande a los gerentes (Criado Álvarez y Otros, 2011). Los órganos que debían coordinar este proceso, como el Consejo Interterritorial, el Instituto de Salud Carlos III, o la Alta Inspección (Rubia Vila, 2010) eran muy débiles. El Instituto de Salud Carlos III nace en el año 1986 y es la sede de los Institutos Nacionales de Sanidad en España, con un componente muy importante de investigación científica en áreas

relacionadas con la salud, tales como las enfermedades infecciosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la sanidad ambiental, así como de vigilancia e investigación epidemiológica.

El Consejo nace en el año 1987, se visualizaba como el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los Servicios de Salud entre ellos y con la Administración del Estado, buscando garantizar la garantía efectiva de los derechos. Está constituido por la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y los consejeros de sanidad de las Comunidades Autónomas (MSSSI, 2012).

Desde el inicio en 1981 del proceso de transferencia a las CCAA hay que analizar las reformas en cada caso. Por ejemplo, en 1990 se produce la aprobación de la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC) que integraba en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, a partir de la separación entre las funciones de compra y provisión. En 1991 nace el Servicio Catalan de salud como comprador de servicios (Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña, 1997),y por el otro se crea la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP) una red de hospitales de titularidad pública (ayuntamientos, diputaciones, consejos comarcales) o privada sin ánimo de lucro (fundaciones vinculadas a la Iglesia o a cajas de ahorro) que convive con las unidades de la Generalitat (ICS) (Sánchez Bayle, 2014; Lleonart, 2014; Trilla, 2013). Las figuras legales en la APS son los EAP de propiedad estatal y las Entidades de Base Asociativa (EBA) en las que los empresarios gestores del EAP son sus propios profesionales sanitarios (Trilla, 2013). Andalucía sigue un proceso similar incorporando principios de gestión privada a centros que son de titularidad pública, con personalidad jurídica diferenciada (Sánchez Bayle, 2014).

Este modelo se extendía; las 7 Comunidades Autónomas que manejaban el sistema de salud en 1998 habían aplicado la privatización de alguna forma, ya se la constitución de empresas o fundaciones en centros ; sanatarios públicos, las ya nombradas empresas públicas hospitalarias ; consorcios de varias administraciones públicas; sociedades anónimas con capital todavía solo público; convenios con empresas privadas para la gestión de determinadas areas sanitaria (Sánchez Bayle & Martín García , 2014).

Regidor & Otros (2006) muestran para el periodo 1987 y 2001 que los resultados en la percepción de la salud fueron mejorando pero con brechas de desigualdad según clases sociales. Villaescusa Saiz y Puente Sanagustín (2007) muestran que para el período 1987-1995 la prercepción sobre el sistema de salud empeoraba entre los pobres. García-Altés y

Otros (2003) daba cuenta de que de 1993 a 2003 cerca del 30% declaraba un mal estado de salud percibida, con porcentajes mayores en el sur y oeste.

1.5) Los cambiantes 2000. La inversión pública y privada en salud y la coordinación como eje de las políticas

En 2001 se integró la salud al marco general de la financiación de las Comunidades Autónomas que recaudarán directamente cerca el 70% del total mediante el Impuesto sobre la renta a personas físicas (IRPF) y el IVA y otros impuestos menores. Para compensar a las comunidades con menos ingresos fiscales, se constituyen dos fondos de solidaridad que redistribuyen los ingresos públicos hacia dichas comunidades.

Por otro lado, las prestaciones básicas son definidas por las Comunidades Autónomas y hay claras diferencias entre ellas, Andalucía, País Vasco, Cataluña, Navarra y Valencia tenían la mayor cobertura (González López-Valcárcel & Barber Pérez, 2006). El proceso dio lugar a una negociación continua de reivindicaciones salariales en cada Comunidad.

En 2002 el INSALUD se convierte en el Instituto Nacional de la Salud, entidad de menor dimensión, conservando su tarea de garantía de derechos y obligaciones, pero su ámbito de acción operativo se restringe a las comunidades de Ciudades de Ceuta y Melilla. (MSSSI, 2014).

El acuerdo del Consejo de Políticas Federal y Financiera de 2005 inyectó recursos para salud en las comunidades y logró posponer el debate sobre el cambio en el modo de financiación. En 2006 se aprueban los estatutos autonómicos de Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Aragón, Castilla y León y Baleares. En ellos se amplía la cesión del impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, del IVA, de los Impuestos sobre Hidrocarburos, Tabaco, Alcohol, y diversas bebidas. También se amplía la capacidad normativa de las Comunidades Autónomas sobre la parte cedida de dichos tributos (Cabasés Hita, 2010).

Tras un largo proceso de negociación, el Consejo de Política Fiscal y Financiera alcanzó finalmente un acuerdo para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas en 2009. Cabasés Hita (2010) decía que hasta entonces seguía faltando un sistema de distribución claro, relacionado con coberturas, en medio de grandes deudas y proveedores que cobran a un plazo muy largo. Al mismo tiempo se crean tres fondos que, junto con el ya existente, redistribuirán ingresos tributarios entre las CCAA. (De la Fuente, 2012). El problema fue que entre los años 2009 y 2012 se produjo una caída en el gasto púbico global

como consecuencia de la crisis y de los compromisos con Europa (Jimenez-Martin & Viola, 2014).

En ese período y como parte del ajuste, surgen los procedimientos de evaluación del impacto en la salud como política nacional pero siempre sometida a la gestión de las comunidades autónomas. Su aplicación fue disímil. Vela-Ríos & Otros (2016) dicen que en diversas CCAA hubo reticencias, mencionan a Andalucía; Sanz y Otros (2014) al País Vasco.

En 2012, se aprueba un decreto de urgencia para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) con límites en el número de personas que tienen derecho a la cobertura, excluyendo a los inmigrantes ilegales (por no entrar en la nueva definición de asegurados) y aumentando los copagos, además de la exclusión de la cobertura pública de servicios y fármacos para el tratamiento de enfermedades comunes (Galloa & Gené-Badia, 2013). El "catálogo de prestaciones del SNS" se sustituye por la "cartera común de servicios", en la que se diferencia entre varias categorías de prestaciones y un nuevo sistema de copago proporcional al nivel de ingresos (Huidobro, 2012). En ausencia de medidas concretas, desde entonces, varias regiones han iniciado sus propios programas para ampliar el acceso de los adultos indocumentados (Barros, y otros, 2016). Las medidas recibieron duras críticas (El Mundo, 2013).

En 2014 se aprobó un copago para los medicamentos hospitalarios que fueron otra fuente de conflicto en España hasta llevar a su derogación en 2015, luego de que ninguna comunidad autónoma aplicara la medida (El Pais, 2015b).

En todo este proceso, también hay medidas que impactan en el personal. La mas importante es que el gobierno propone la denominada "prescripción enfermera" en 2006, para determinados medicamentos (Jefatura del Estado, 2006). La medida es cuestionada porque prevé en cierta medida la evaluación del paciente por parte de los enfermeros sin pasar por el médico (Sur, 2015). En 2015 aparece una norma que restringe la de 2006, con el rechazo del Consejo General de Enfermería y el sindicato.

Como consecuencia de todas estas medidas, varias Comunidades Autónomas han disminuido su presupuesto sanitario público per cápita, entre ellas Cataluña, Baleares, Aragón, La Rioja, permitiendo así la penetración el seguro privado, que hoy asciende al 18% (IDIS, 2015; Cué, 2011).País Vasco, Madrid, Asturias y Navarra mantuvieron su promedio y hoy cuentan con un gasto público per cápita mayor, también han incrementado el gasto privado. Los indicadores de salud son preocupantes y el barómetro muestra una percepción de crisis; la valoración del

sistema, ascendente hasta 2010, ha permanecido estancada desde entonces, incluso con caídas (aunque ligeras) en 2012 (Jimenez-Martin & Viola, 2013)

2. El Sistema de Seguridad Social como acuerdo entre el estado nacional y las Comunidades Autónomas

El sistema español surge en 1986 para dar cumplimiento a la Constitución de 1978. El SNS se configura del siguiente modo: el Estado es el financiador fundamental y también productor de servicios médicos, pero con una estructura muy descentralizada, a través de las Comunidades Autónomas (CCAA), empleando directamente al personal sanitario como empleados públicos, y gestionando sus centros (Mateu-Sbert & Vicens-Gómez, 2013).

Los principales organismos nacionales son el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, encargado a nivel nacional de planificar y coordinar el sistema de salud, ordenación de las profesiones sanitarias y desarrollo y ejecución de la política farmacéutica, así como las funciones relativas a la financiación pública y fijación del precio de medicamentos y productos sanitarios. (BOE, 2011)

En la práctica, el Ministerio tiene poco poder, aunque debe considerarse que regula directamente la canasta básica de beneficios y en materia de productos farmacéuticos, más allá de las otras funciones de planificación y monitoreo donde la dificultad estriba en la posibilidad de interceder en las autonomías (Garcia-Armesto & Otros, 2010, pág. 38).

La Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias, creada en 1994, tiene el rol de dictaminar sobre las técnicas de uso médico-sanitario. Según Arenas Díaz (2012) es meramente consultiva y sus trabajos influyen poco. Es que desde la descentralización han aumentado las funciones de evaluación sanitaria de las CCAA y en la actualidad existen 8 Agencias Regionales (Pérez Cañellas, 2011).

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria(INGESA)-es la entidad dependiente del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales que tomó las funciones del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) para control y vigilancia pero, actualmente sólo es responsable de la salud de las Islas de Ceuta y Melilla. Esta administrado por el Consejo de Participación, a través del cual se realiza la participación de los usuarios, integrado por 6 representantes sindicales; 6 empresariales; 6 en representación de las Administraciones Públicas y 1 de los consumidores. Tiene entes descentralizados: las Comisiones Ejecutivas Territoriales en el ámbito de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos, etc.tanto en atención primaria como en la atención especializada (ambulatoria y hospitales). El Ministerio de Salud regional controla la organización territorial de los servicios de salud dentro de su jurisdicción. En general, cada Área de salud se divide en Zonas Básicas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). En algunas CCAA existen estructuras organizativas intermedias. Todas cuentan con un hospital y los centros de AP. El diseño de las áreas y las zonas básicas de salud así como el grado de descentralización y las características de las estructuras de gestión del sistema varía, pero ninguna tiene órganos colegiados tipo Consejo de Administración (Garcia-Armesto & Otros, 2010). Los nombramientos son políticos (Gonzalez Bermejo & Otros, 2015). Desde comienzos de los años '90, se ha intentado la unificación e integración funcional del hospital y de los centros de especialidades dentro del Área Sanitaria, pero este proceso es lento en algunas zonas (Jiménez Rosado & De Bustos Guadaño, 2010). No hay que olvidar que los servicios son pagados por cada comunidad, sin embargo estas no logran ese nivel de integración que todos exigen (Zurro & Jodar Solà, 2011)

Hay un ente de coordinación: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Está constituido por el Ministro nacional y los representantes de las Comunidades Autónomas (MSSI, 2012). En él se desarrolló originalmente el Plan Integrado de Salud, un documento que recoge los planes de salud estatales y autonómicos así como sus fuentes de financiación, incluyendo ciertos acuerdos básicos y los servicios comunes mínimos (MSSSI, 2012).

Todos los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud a través del Sistema Nacional de Salud, con la exigencia de tener la condición de asegurado. El acceso a los servicios se realiza con la tarjeta sanitaria individual. En la AP hay libre elección del paciente, aunque dentro de las Áreas de Salud, para la atención especializada se requiere la referencia de un médico general (Armesto, Sandra & Otros, 2010). Fuera de esto, quedan quienes nunca han trabajado, o lo han hecho fuera de España, o los desocupados que han dejado de percibir el subsidio de desempleo y tienen algún tipo de ingreso (UAM, 2011). Los inmigrantes han quedado excluidos en 2015, aunque en algunas CCAA hay servicios especiales para ellos.

Además, hay un conjunto de mutualidades, cuyos miembros deben ser atendidos en los centros sanitarios de estas entidades; cuando reciben asistencia en centros públicos, el seguro debe pagar el servicio.

Para el seguro público, hay un paquete definido por la Ley General Básica de 2003. En ella se definen determinados aspectos comunes y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas. Dentro de estos límites, el acceso a la APS, urgencia, a las consultas ambulatorias de atención especializada y a hospitales, es gratuito sin copago alguno (MSSSI, 2014). Hay copagos en la prestación farmacéutica, y ortopédica, pero se exceptúa a las pensiones mínimas y los desocupados.

Actualmente esta cartera común surge de los acuerdos del CISNS y deben garantizarlas las CCAA, sin embargo, hubo una ampliación de la lista de servicios complementarias que finalmente quedó a discreción de cada una, sobre todo en medicamentos, ortopedia y transporte sanitario no urgente, que permiten el copago (MSSSI, 2012); pero muy pocas lo han hecho. También se quiso imponer un pago del 10% a algunos medicamentos dispensados en hospitales (por ejemplo, tratamientos para la hepatitis). Las comunidades tampoco lo pusieron en marcha (El País, 2015a).

Por el contrario, hay CCAA que suman servicios gratuitos. Por ejemplo, Cantabria es la única Comunidad Autónoma que incluye la ortodoncia entre sus prestaciones desde 1990, o Navarra que es de las pocas que incluye tratamiento de prótesis odontológica. Cataluña ha incrementado las prestaciones para los ancianos sin recursos o con determinadas patologías (García & Fernández Quintana, 2010)

El modelo de recaudación de ingresos también es descentralizado. Desde la reforma del sistema de financiación de la sanidad pública del año 2002 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), se integró la sanidad en el marco general de las transferencias a las Comunidades Autónomas que hace el Estado a través de los presupuestos generales y de impuestos especiales que van directamente a éstas (por ejemplo, el impuesto a los hidrocarburos, conocido como céntimo sanitario). En la revisión de 2009 se elevó al 50% la cesión a las mismas del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y del IVA (antes era del 33%), al 58% los Impuestos Especiales de Fabricación (que era el 40%). Con esta ampliación, el peso de los recursos tributarios en el global de la financiación de las Comunidades Autónomas se eleva al 90%, un aumento de 20 puntos porcentuales (Armesto, Sandra, & Otros, 2010; Cabases Hita, 2010).

Para la distribución hay diversos fondos, pero el más importante es el Fondo de Garantía, que se nutre con un 75% de los ingresos tributarios teóricos de las Comunidades Autónomas y con un aporteadicional del Estado. En total representa el 70% de los recursos totales del sistema y se reparte “en proporción a sus necesidades estimadas de gasto”. Se calcula ponderando la

población real de cada Comunidad Autónoma por una estimación del costo por habitante del paquete estándar. El 25% restante se lo queda cada CCAA que lo recauda. Según De la Fuente (2012) se trata de un modelo de nivelación parcial. El esquema profundiza las diferencias entre las CCAA (Sanchez Bayle, 2015). Hay dos pequeños fondos del Estado Nacional que conservan los antiguos objetivos de convergencia. El de convergencia autonómica que se calcula históricamente y el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), creado en 2012 para intentar resolver los conflictos entre comunidades por atender a pacientes de otras regiones.

El modelo se sostiene finalmente con el 9,4 % del PBI, superior al porcentaje europeo, del cual el 73% es público, cercano al 72 % de la financiación pública media de la OECD y por debajo de Alemania o RU (OECD, 2014). El gasto per cápita en términos reales viene bajando desde 2009, sobre todo debido a la reducción de los gastos farmacéuticos que han caído un 6%. Los seguros representan sólo un 2,53%.

El gasto per cápita total asciende a 2.658 dólares en 2014, casi la mitad es público (OECD, 2014; Banco Mundial, 2016).El gasto público va de los 1.582 euros en el País Vasco a los 1.200 de la Comunidad Valenciana, Baleares y Madrid (Lillo Fernández de Cuevas & Rodríguez Blas, 2016).

Según Martín Martín & López del Amo González (2011), el SNS español obtiene excelentes resultados con un gasto agregado relativamente modesto, la visión de la OECD es similar: un sistema barato y relativamente eficiente. España presenta tasas promedio europeas en admisiones hospitalarias evitables y aún tasas altas en mortalidad hospitalaria pero hay una tendencia general a la baja (OECD, 2016; Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2014). La UE (2015) dice lo mismo, aunque el impacto de los ajustes sobre la cobertura también fue tema de debate (Barros, y otros, 2016). El estado de salud general percibido por parte de la mayoría de la población de la UE es positivo según los informes.

La cuestión de las diferencias regionales es la que genera mayor debate. Por ejemplo, Lillo Fernández de Cuevas & Rodríguez Blas (2016), valora los mecanismos de solidaridad entre territorios y Pérez García (2011) atribuye las diferencias a las diversas situaciones demográficas y a las trayectorias propias de las Comunidades. Abellán Perpiñán & Sánchez Martínez (2010) parecen dar una explicación estructural, relativizando el impacto de las políticas de convergencia. Lema Tomé (2014) dice que la exclusión de inmigrantes irregulares pone en tela de juicio la universalidad. Palomo (2013) dice que entre 2001 y 2010 las desigualdades se han duplicado y han alcanzado el máximo de los últimos 20 años.

2.1) La atención primaria en el centro del discurso

En España hay una fuerte inclinación discursiva hacia la APS (García & Fernández Quintana, 2010). Como vimos, la reforma de 1984 estableció la delimitación territorial de las zonas de salud, la figura del médico de familia, el trabajo en equipo multidisciplinario, la jornada completa y la integración de las actividades de promoción y prevención. Sin embargo la APS ha ido perdiendo peso presupuestario a favor de la atención especializada (Gonzalez Lopez-Valcarcel, 2004)

En España hay unos 2 mil 800 centros de salud y 10 mil consultorios, todos de titularidad pública, con una tasa de 6,4 centros por cada 100 mil habitantes. (Zurro & Jodar Solà, 2011; MSSI, 2012). Trabajan más de 35 mil médicos (alrededor de 29 mil son de familia y algo más de 6 mil pediatras), es decir, 7,6 médicos cada 10 mil habitantes; unos 29 mil profesionales de enfermería, 6,3 cada 10 mil habitantes. Los centros no deberían estar a mas de 15 minutos de distancia de los lugares de residencia. Actualmente los centros tienen médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, y en muchos casos hay trabajadores sociales, obstetras y fisioterapeutas. Dependen de cada CCAA y tienen un director elegido por ella.

El personal de los centros trabaja en relación de dependencia, pero hay un porcentaje que responde a un parámetro de eficiencia y correcta atención (García & Fernández Quintana, 2010). Magallón Botaya (2009) plantea que hay fuertes diferencias de ingreso entre CCAA.

El modelo también difiere en el grado de autonomía (Jurado Moreno, 2008). Andalucía fue el primero en adoptar el enfoque de Unidad de Gestión Clínica de centros atadas a incentivos en el año 2007, aunque el modelo que se intenta implantar en otras CCAA presenta conflictos con los médicos de atención primaria en base a las responsabilidades y retribuciones en la atención (Mouriño, 2013) . Hoy, el caso más novedoso es el del EBA catalanas con una concesión administrada a los profesionales (SEDAP, 2010). La misma parece altamente eficiente (Institut d'Estudis de la Salut, 2006) aunque el Foro de médicos de atención primaria se expresó en contra de un modelo así por considerar que atentaba contra el estatus de empleado público de los profesionales (Redacción Médica, 2014).

De todos modos se han ido generando diversos modelos de gestión privados, muchos con los mismos equipos de trabajo profesionales como actores principales. Cataluña comienza en 1995 con contratos para la gestión privada de los centros, con las llamadas Entidades de Base

Asociativa (EBA), en las que los profesionales se constituyen como sociedad empresarial y deben pasar a excedencia voluntaria, conservandose durante un periodo de tres años su lugar de trabajo. La Comunidad Valenciana tiene en la gestión primaria, desde el proyecto Alzira, un modelo de red que integra los tres niveles de atención, y permite la concesión a una Unión Temporal de Empresas (UTE), mediante un esquema de capitas; lo mencionamos en esta sección pero está mas enfocado a la construcción de centros hospitalarios y la administración integrada de los existentes (Jurado Moreno, 2008). Andalucía, desde 2007, estableció un modelo de "unidades de gestión clínica", Castilla- La Mancha, ese mismo año incorporó un modelo de gestión participativo similar. Tanto Andalucía como Cataluña son las dos CCAA donde las enfermeras han tomado un rol preponderante en la atención de pacientes en la AP (Masseria, Irwin, Thomson, Gemmill, & Mossialos, 2009).

Aragon se incorporó en 2008 al Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud administrado por el mismo Gobierno y con el mismo propósito de evaluar la calidad en atención primaria de procesos y pacientes (Gobierno de Aragón, 2008).

Otro modelo, es el de gestión clínica implantado en Asturias en 2009. Son agrupaciones de profesionales, que se organizan autónomamente bajo la figura del Área o Unidad de Gestión clínica, asumiendo los cargos directivos de las mismas. Todos los años firman con su Gerencia de Área pactos que reciben el nombre de Acuerdo de Gestión con metas medibles. Los pagos variables se atan sobre todo a objetivos grupales y en menor medida a objetivos individuales. El instrumento fue evaluado como eficaz sobre la base de encuestas de satisfacción de pacientes (SESPA, 2015)

En cuanto a las evaluaciones, para una parte de la literatura, los años 90 y 2000 fueron difíciles debido a la descentralización, el insuficiente financiamiento , observándose incluso mayores cargas de trabajo, tiempos de consulta más cortos y peor desempeño profesional (Duran, Lara, & van Waveren, 2006; Jurado Moreno, 2008). Caja López (2009) decía que la enfermera no había avanzado en el reconocimiento dentro del sistema. Badia (2009) además plantea que no hay mucha capacidad de elección de los servicios, hay desconexión entre autonomías e incluso entre centros de la misma región. Soler y otros (2010) dicen en la misma línea, que los servicios de urgencias han sufrido un aumento constante de la demanda, debido, al menos en parte, a la utilización en situaciones no urgentes, como consecuencia de las deficiencias de los centros. Los recortes de la crisis están afectando más la financiación de la

atención primaria que a la de atención especializada (incluido el gasto de personal) (Palomo, 2013)

Por el contrario, Masseira &Otros (2009) destacan la presencia de equipos de trabajo, la facilidad de acceso a médicos generales y el rol de las enfermeras; Dedeu (2009) dice que la coordinación con otros profesionales y niveles de atención es fluido, con buen uso de tecnologías de la información (TI), en buena medida, gracias a la flexibilidad que le da la variedad de modelos de las CCAA. Borkan y otros (2009) lo presentan como un modelo para el caso norteamericano.

2.2) Los múltiples experimentos de gestión de hospitales

Según el MSSI (2012), hay 790 hospitales (1,8 por 100 mil habitantes) con una dotación de 162.538 camas instaladas (3,5 por 1 mil habitantes), promedio inferior al europeo. La tasa más elevada es la de Cataluña, con 4,5. El 48% de los hospitales es de propiedad estatal.

En relación a los cambios en el modelo de gestión, recuérdese que con un antecedente en los consorcios españoles de Cataluña de los '80, nacen en Galicia las fundaciones sanitarias en 1995. En este caso, debido a los escasos recursos humanos y materiales con que contaban, terminaban derivando hacia los centros de gestión tradicional (Sánchez Bayle 2004; Martín 2006). Estos casos volvieron luego al Estado (Sánchez Bayle, 2014). En Asturias sucedió algo parecido.

En 1998 surgen las Fundaciones Públicas Sanitarias como modelo de gestión de los hospitales que seguían en la órbita del gobierno Nacional, con una dirección gerencial pero manteniendo el personal como empleado público. El conflicto con las uniones sindicales fue inmediato (Alvarez & Duran, 2013). Entre 1999 y 2000 se ponen en marcha las concesiones administradas para los hospitales valencianos, con un modelo de partenariado (PPP). El mecanismo de funcionamiento era el siguiente: una empresa privada construye un hospital y se hace cargo –a diferencia del PFI ingles- de la atención sanitaria de un área, inicialmente sólo especializada, pero posteriormente se agrega la atención primaria. La empresa recibe de la Comunidad Autónoma un pago capitativo por cada habitante (Martín Martín & López del Amo González, 2011). Fue popularizado con el modelo Alzira, pero actualmente hay 9 hospitales operativos bajo este modelo de concesión. Martín Martín & López del Amo González (2011) plantean que el modelo es poco transparente, Sánchez Bayle (2014) muestra que son más caros que el promedio.

Otra manera de enfocar la asistencia hospitalaria actual, como el caso del país Vasco, es ampliar la zona de acción de hospitales públicos con gestión clínica y zonas de referencia integrada. Son las llamadas "*Organizazions de Sanidad Integradas*" (OSI) que operan desde 2010 y agrupan diferentes organizaciones asistenciales (hospital comarcal junto con sus centros de salud de referencia) en una única organización sanitaria integrada con contratos transversales y gobernanza compartida en equipos bajo un director general como gerente del sistema (Jauregui, 2013).

Son pagados por los departamentos de salud. Se usa un sistema de Unidades Médicas Ponderadas (UMP) de atención, sistema de presupuesto global con criterio de asignación prospectivo, donde se reparte el riesgo entre proveedor y financiado. La fórmula fue pactar la duración de la estancia media y un presupuesto. Desde fines del 2000, para incorporar el concepto de red a la financiación, las CCAA como Cataluña, País Vasco y Andalucía fueron avanzando con un sistema mixto entre uno basado en un presupuesto global y otro de pago por acto (Cots & Castells, 2001). Generalmente se negocia un contrato-programa entre el hospital y la autoridad regional que establece los objetivos a alcanzar por el hospital y concede financiación a éstos. Las organizaciones compradoras supervisan los contratos en intervalos acordados entre las partes firmantes (Garcia-Armesto & Otros, 2010).

En síntesis, en España subsisten diversos modelos de gestión hospitalaria: los Consorcios, Empresas Públicas Sanitarias, Fundaciones Públicas Sanitarias, los modelos de Concesión administrada y los nuevos modelos de hospitales integrados y gestión clínica, con mayor peso estatal. Las opiniones son disímiles mientras que las críticas apuntan a la lógica empresarial que adopta la gestión de la salud en este sistema para destruir lo público (Sanchez Bayle, 2008). Para muchos, es difícil una evaluación en medio de la crisis (Álvarez y Duran, 2013). Arenas Díaz (2012) resalta el hecho de que no hay buenas evaluaciones. Otros valoran estos modelos –como el de Valencia o Cataluña- como ejemplo de generación de inversiones e incentivos a la calidad a través de la autonomía (Tarazona Ginésa, De Rosa Tornerb, & Marín Ferrerc, 2005; Trilla, 2013; Bernardo, Valls, & Casadesus, 2012)

Por su parte, hay 455 hospitales privados, que equivale al 53% del total, y los cuales tienen sólo el 33% de las camas. El 62% de los mismos son hospitales generales, médico-quirúrgicos y materno-infantiles, el 38% restante son hospitales geriátricos, psiquiátricos, traumatológicos/de rehabilitación y oftalmológicos. Tradicionalmente muchos de los hospitales privados eran de órdenes religiosas: San Juan de Dios, con 29 hospitales, las Hermanas

Hospitalarias, con 17 centros. Actualmente el grupo Quirón gestiona 44 hospitales, un 35% del seguro estatal, el resto está concentrado en 4 aseguradoras privadas (El pais, 2015).

Sanchez Bayle (2015) plantea que ningún estudio sobre el sector privado ha sido transparente, pero para el autor, lo que sí es claro es que se incrementan los costos de manera exponencial a la vez que se reduce el personal y practica descremes, realizando derivaciones sistemáticas de los enfermos complejos o de diagnósticos y tratamientos costosos a los centros públicos (selección de riesgos), quedándose con aquellos que buscan evitar listas de espera o ciertas especialidades. Los hechos parecen darle cierta razón a este autor. En 2016, La Generalitat de Cataluña decidió expulsar a los primeros dos hospitales privados de su red de asistencia sanitaria (Vigario, 2016).

El trabajo empírico de Thofehrn & Otros (2014), sobre enfermeras de hospitales de Murcia muestra que el sistema hospitalario adolece de los problemas que se plantean en otros países por su participación dentro de la estructura. Las dificultades que reportaron en el trabajo diario son: individualismo, alta rotación de personal, falta de autonomía, relaciones verticales de poder, falta de tiempo para las reuniones y ausencia de líderes para construir y fomentar el trabajo en equipo. Desde la revisión de publicaciones sobre la temática del estrés en el trabajo, Aguado Martin & Otros (2013) pone el acento en el estrés laboral que existe por que el profesional tiene diversos contratos y por la rotación de horarios.

Otro problema es la desigualdad por tipo de paciente. Los datos que presenta la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011-2012 muestran un acceso desigual entre quienes están cubiertos por un seguro privado: el tiempo de espera fue de 1,4 meses para los mutualistas con proveedor privado, frente a 5,8 meses para la población cubierta por la Seguridad. En consulta con especialistas se observa que la media es de 30 días para conseguir cita mientras que el resto de la población, casi el doble (54 días) (Urbanos-Garrido, 2016).

2.3) Los profesionales y los vaivenes de la posición sindical

Hay 144 mil médicos, 325 activos por cada 100 mil habitantes. De ellos, 141 milson especialistas. La mayoría (104.598) trabaja para el SNS. A pesar de este ratio, superior a los estándares internacionales, faltan algunas especialidades (Martín Martín & López del Amo González, 2011).

El sistema cuenta con 237 mil enfermeros, lo que significa un ratio de 508 enfermeros cada 100 mil habitantes, número menor a la media de la UE (Consejo General de Enfermería, 2014).

En 2013, se había acordado un proyecto por el que se regulaba la indicación de medicamentos por parte de los enfermeros. (MSSSI, 2013). Sin embargo, el acuerdo cayó en 2015 por el descontento de los profesionales (Sur, 2015).

En cuanto a las formas de contratación, si bien históricamente los médicos tanto de la AP como de los hospitales eran empleados públicos, en este último caso, hoy los porcentajes han bajado y coexisten diferentes formas, incluso con diversos salarios base, para cada especialidad, y políticas heterogéneas en cuanto a la carrera profesional o los complementos por productividad. Lo único que ha sido igual en todas las regiones es el Real Decreto 8/2010, por el que se reducía la masa salarial de los empleados públicos un 5 % y el RD 20/2012 que eliminó la paga extra de diciembre de 2012.

Las retribuciones de los médicos españoles son relativamente más bajas que las de otros países de Europa: un médico al inicio de su trayectoria profesional oscila entre un mínimo de 30.000 EU y un máximo de 50.000 EU, en función de la CCAA donde trabaje; al final de su trayectoria profesional el sueldo oscila entre 70.000 EU y 90.000 EU. Existen Comunidades Autónomas que retribuyen a los médicos residentes para atraerlos. En la AP los sueldos pueden ser algo más altos (Martin Martin, 2015). La brecha salarial entre regiones puede ser unos mil euros (Matas Aguilera, 2015). El sueldo base de un enfermero ronda los 1.800 EU, las diferencias entre Comunidades Autónomas pueden ser de hasta 500 EU (Redacción Medica, 2014b). Los enfermeros que no brindan atención continuada, desde el decreto de 2012, perciben con carácter general un descuento del 3% de las retribuciones íntegras mensuales (Satse, 2016).

Sus principales instituciones representativas son los colegios de médicos, coordinados en la Organización Médica Colegial, los sindicatos médicos provinciales, CESM, y el Sindicato de Enfermería, Satse. Por último, hay una sociedad profesional por especialidad médica que juega un papel muy importante en la autorregulación de la profesión, el reclutamiento y la formación profesional a través del Consejo Nacional de Especialidades en Medicina, la cual ejerce como vimos, facultades de regulación y desempeña una función de asesoramiento. En el ámbito de la atención primaria, la SEMFYC, que representa a los médicos con formación especializada en medicina familiar, coexiste con otras dos asociaciones (SEMG y SEMERGEN) que representan a otros sectores de la profesión (Duran, Lara, & van Waveren, 2006). En algunas CCAA se crean consejos, en el que están sindicatos, sociedades y colegios profesionales, es el caso por ejemplo, de Cataluña (Soler & Otros, 2010).

El modelo de descentralización público-privada, apoyado naturalmente por gerentes y economistas de la salud, tuvo también cierto apoyo de algunos sindicatos que erróneamente creían que ampliaban sus posibilidades de negociación laboral (Palomo, 2008). El CSIT (2013), muy representativo en Madrid, se enfrenta rotundamente a los nuevos centros hospitalarios de gestión privada, diciendo que son más caros que los de gestión pública. El CESM ha sido más precavido (Infosalus, 2012). En cuanto a la pérdida de universalidad acontecida en 2012, CESM también ha sido poco explícito en cuanto a la oposición, pareciendo dar un apoyo implícito al decreto (Redacción medica, 2016).

El Satse inicialmente mantuvo posturas a favor de la reforma sanitaria y el trabajo en equipo, pero luego fue al enfrentamiento con los otros estamentos en particular con los médicos (Europress, 2011; Gonzalez Medel, 2008)

2.4) El alto consumo de medicamentos

España es el segundo país del mundo en consumo de medicamentos por persona. Este gasto es el más importante dentro del 21 % del gasto del bolsillo del sistema (Armesto, Sandra & Otros, 2010). Debido a las restricciones impuestas, la caída del precio y el mayor uso de genéricos, el consumo farmacéutico ha descendido cerca del 6% en términos reales desde el 2009, (OECD , 2016) pero también han aumentado los copagos. Ya vimos que éstos son históricos y van desde el 0% (rentas de reinserción, pensiones mínimas) hasta el 60% del precio de los medicamentos para quien gane más de 100 mil euros al año (MSSI, 2012; De Benito, 2015). La reforma de 2012 estableció sólo como exentos a los desempleados sin subsidio y beneficiarios con pensiones muy bajas (Jimenez Martin, 2016). En medio de la crisis, algunas CCAA como Valencia, sumaron excepciones (El Mundo, 2015). Sólo un 20% de los medicamentos consumidos son genéricos y el 94% de la facturación está financiada por el SNS. (CNMC, 2015).

La Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) es la agencia estatal adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, autoridad de aplicación sobre medicamentos y farmacias; pero la influencia de las CCAA aumenta y hay una gran dispersión de precios. Según la OMC (2014) hay fuerte presión de la industria y los mecanismos de control de precios son aun poco transparentes.

La Plataforma Tecnológica Española de Medicamentos Innovadores financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad, es una iniciativa que pretende estimular la investigación

biomédica en nuevos medicamentos a través de la cooperación entre todos los agentes del sector Industrial. La Base de Datos, por ejemplo, contiene información detallada sobre tiempos de tramitación y reclutamiento por tipología de ensayo (fase, área terapéutica, etc.) realizados en España desde 2004, con actualización semestral. El proyecto tiene el objetivo de convertir al país en un ámbito atractivo para la investigación clínica (Loza, 2015). La estructura de operación es público-privadas y aglomera interesados en un campo tecnológico común para identificar y priorizar las necesidades tecnológicas, de investigación y de innovación a medio o largo plazo.

España tiene un elevado número de farmacias físicas en comparación con la mayoría de los países europeos. Con aproximadamente 21.500, es el tercer país en número de farmacias, sólo por detrás de Turquía y Francia, los médicos no pueden dispensar medicamentos. (CNMC, 2015)

2.5) Investigación en salud: iniciativas públicas como forma de evitar el rezago

España invierte en I+D el 1,3% de su PBI, muy por debajo de Alemania, Reino Unido y Francia. De ese total, la I+D empresarial es baja en comparación con OCDE (un 46%), la universitaria y la del SIN representan el resto casi por partes iguales (FECYT, 2016). La influencia del sector privado es diversa, en Cataluña, el País Vasco y Navarra su peso ronda el 70-80% del gasto total, en Madrid el 40%; en Baleares, Canarias y Extremadura este peso se sitúa entorno al 10-20% (COTEC, 2016). El país está en el décimo lugar mundial en cuanto a patentes, y con la crisis ha sido el que más ha ajustado desde 2009 el gasto público en este rubro dentro de la OECD (Corral, 2016).

El Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) es la autoridad de aplicación, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad, a través de la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación (CSIC, 2017).

A nivel de las CCAA existe una institucionalidad similar. Por ejemplo Cataluña tiene el Departamento de Empresa y Conocimiento y la Agencia de Gestión de Ayudas Universitarias y de Investigación (AGAUR) así como la Secretaría de Universidades e Investigación. Existen 1.652 grupos de investigación.

De la evaluación que realiza el Ministerio de Economía y competitividad (2016) surge el aumento de doctorados y doctores recibidos. También hay resultados positivos en: proyectos financiados por el *european research*, cantidad de empresas que se dedican a las innovaciones

tecnológicas y número de colaboraciones públicas y privadas en el ámbito de la innovación, entre otros.

Como ya se dijo la investigación sanitaria se centra en el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la planificación se realiza mediante los Planes Nacionales de Investigación, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) y la forma más importante de apoyo se da a través del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Generalmente, se exigen contrapartes públicas y privadas (Catalá, Álvarez, Gènova, & Morant, 2009). Hay crédito fiscal para investigación en el marco de los Planes nacionales y regionales de I+D+i. También hay incentivos fiscales (Mulet, 2016).

En lo que hace a las tecnologías de la salud, los procesos están condicionados por el ente nacional que las aprueba y las regula, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Además, las Comunidades Autónomas tienen sus propios entes de evaluación de tecnologías. Desde 2012 existe la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, formada por las agencias de las comunidades autónomas.

Los principales actores publicos que reciben fondos son las universidades , luego los centros públicos de investigación y hospitales, que reciben tanto financiación pública como privada. La principal partida del gasto fue la dedicada a ensayos clínicos y le siguió la investigación básica. El 41% del gasto total en I+D se destinó a contratos de investigación con hospitales, universidades y centros públicos, es decir, colaboraciones externas tal como lo exige la Ley de innovación e investigación vigente. Un ejemplo de esta colaboración es el proyecto BEST, en el que participan 43 farmacéuticas y 53 hospitales públicos y privados y otros tantos grupos de investigación. Gracias a esta iniciativa para la investigación y desarrollo de nuevos fármacos, se han realizado hasta la fecha 2.241 ensayos clínicos (1.228 finalizados) en 754 centros sanitarios.

Actualmente, España acaba de terminar el Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016 que se apoya en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de innovación para el período 2013-2020. El mismo abarcó la investigación de las enfermedades de mayor prevalencia, en un contexto de reconocimiento del cambio demográfico; la investigación clínica; salud pública y los servicios de salud; investigación de los fundamentos biológicos de las patologías y el apoyo a las aplicaciones biotecnológicas en los desarrollos diagnósticos y terapéuticos (Ministerio de Economia y Competitividad , 2011). Como se ve, un conjunto de directrices muy generales.

El Consejo Interterritorial deI Sistema Nacional de Salud (CISNS) puso énfasis en 2009 en la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS. Hay avances en distintas CCAA como el del Servicio Vasco de Salud que ha creado una comisión específica de medicamentos para este tipos de enfermedades; figura también Andalucía con el Registro de Enfermedades Raras, creado en 2010 (Fariña, 2016). No surgen progresos científicos claros.

Según Carrasco Mallén (2007), el Sistema Nacional de Salud (SNS) presta servicios de una elevada calidad asistencial, pero alejada en muchos casos de las actividades de investigación biomédica. No existe en general, una gran relación entre la oferta sanitaria y la investigación así como tampoco una motivación específica de los gerentes de los centros y de los profesionales sanitarios. Lo mismo sucede en la industria farmacéutica y biotecnológica, junto con el escaso desarrollo de la ingeniería biomédica propia. Como sucede en otros países, la producción científica es satisfactoria (sobre todo en Madrid y Cataluña) y el número de patentes escaso. En ese contexto, Catalá, Álvarez, Gènova & Morant (2009) dicen que hay un desajuste importante entre el tipo de enfermedad que habría que priorizar en la investigación y el destino de los fondos.

En relación a la participación de España en la industria farmacéutica global, debe decirse que sus firmas están lejos de Alemania, RU y Francia. Su sector farmacéutico es el quinto de Europa pero persiste un déficit comercial muy notable debido a la importación de drogas básicas (Organización médica colegial de España, 2014)

De todos modos, hay casos interesantes como las instalaciones de Bayer en Asturias (La Felguera), donde actualmente se produce el 100% del ácido acetilsalicílico de la compañía para todo el mundo, y existen diversos acuerdos de investigación con la Universidad de Oviedo.

Entre las empresas de base tecnológica que se publicitan está Life Length, una joven empresa de biotecnología fundada en 2010, cuya actividad se centra en la medición de telómeros y pone a disposición de otras empresas una técnica innovadora. Otra es Oryzon, líder internacional en el área de epigenética oncologica y enfermedades neurodegenerativas dentro de la Universidad de Barcelona y del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). En el sector de dispositivos también hay algunas líderes como AlphaSIP, una empresa de bionanotecnología para diagnóstico y otra reciente: Geniova Technologies de Madrid para tratamientos dentales o ecnalia. Como se ve, son casos star up con apoyo público.

2.6) Uso de TICs: avances en seguimiento de pacientes y los límites que impone la desarticulación entre Comunidades Autónomas

No hay entes específicos que impulsen el uso de TICs a nivel nacional y ni de las CCAA, pero si hitos importantes. Uno de los primeros fue el documento Iniciativa Estratégica para el Desarrollo de Sociedad de la Información (Info XXI) aprobada por el Gobierno nacional en diciembre de 1999 (Monteagudo Peña, 2012). Otro hito ha sido la Ley 11/2007 de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos. El Plan de Calidad para el SNS, presentado en marzo de 2006 por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), incluía estos objetivos. Está también el "Plan Avanza" y su programa "Sanidad en Línea", lanzados por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (MITYC). El programa ha contribuido a ampliar la infraestructura del Nodo Central del SNS y ha apoyado las iniciativas de las Comunidades Autónomas.

Luego vino la Acción Estratégica en Economía y Sociedad Digital de 2013 que intenta articular los esfuerzos para imponer el uso de TICs y generó otro fondo para financiar proyectos de ese tipo. En general pareciera que en España hay cierto retraso en la penetración general de Internet comparado con la media europea. (Monteagudo Peña, 2012)

En paralelo, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó en 2006 el Plan de Calidad para el SNS, que incluía entre sus seis grandes áreas de actuación, la utilización de las tecnologías de la información, una de las estrategias para el desarrollo de este área era el proyecto Sanidad en Línea dentro del mencionado Plan Avanza. Se planteaba la necesidad de avanzar en un sistema fiable de identificación de los usuarios: la tarjeta sanitaria individual, la HCE, sistemas de citas, tratamiento a distancia, receta elctrónica, etc. Estas metas fueron replicadas en general por las CCAA. La Asociación de Empresas de Electrónica, Tecnologías de la Información, Comunicaciones y Contenidos Digitales (AMETIC) y la Federación de Empresas de Tecnologías Sanitarias (FENIN) junto con la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) firmaron un convenio para la implementación.

Según AMETIC, FENIN y SEIS (2016) hay 20 millones de expedientes y más de 660 mill recetas prescriptas anualmente. Según el Ministerio, se cuenta ya con información clínica de 25 millones 465 mil personas, lo que supone una cobertura para el 55% de población con Tarjeta Sanitaria Individual. Hay Comunidades Autónomas muy avanzadas en la a receta electrónica de atención primaria. Aun falta mucho en cuanto a interoperabilidad entre CCAA (MSSSI, 2015).

Pero lo más interesante pueden ser los casos del uso de TICs para seguimiento de pacientes y otros proyectos en las CCAA. Tal pueden ser los casos de Navarra y su programa de Unidades de Continuidad Asistencial entre centros de salud públicos, el complejo del Hospital San Juan de Dios para pacientes pluripatológicos, etc.

Otro caso interesante es el servicio remoto de atención como el del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla, en que se diagnostican posibles lesiones de la piel mediante imágenes enviadas por los médicos de familia y los pediatras de los centros de atención del área.

De nuestro relevamiento de medios virtuales surgen muchos proyectos. Por ejemplo, los quioscos son lugares creados por la Secretaria de Salud de Madrid, en los que los pacientes pueden conectarse para obtener una cita en AP.

Dentro de las cantidades de software que se ofrecen, sobresale la App del Departamento de Salud del Gobierno vasco, que ayuda realizando preguntas a detectar un paro cardiaco y da información de como enfrentarlo en esos primeros minutos, lejos de la AP o fuera del hospital.

Una App interesante es la de Mobile Marketing Consulting (MMC), que le permite ver al paciente el registro electrónico de su historia clínica ni bien se retira del médico teniendo así además la medicación prescrita.

En lo que hace a la apoyatura del trabajo profesional, en Galicia, una firma privada con financiación pública, creó una herramienta virtual de utilización sencilla que permite acceder a información y recursos didácticos sobre procedimientos y protocolos clínicos para que los profesionales puedan consultar en el momento en que los precisan para aplicarlos in situ. Es la plataforma web FEMORA, con 22 tutoriales sobre protocolos clínicos comunes a la atención primaria y la atención hospitalaria, desarrollados en colaboración por más de un centenar de profesionales del Sergas de toda Galicia. El equipo continúa trabajando sobre 33 nuevos procedimientos para seguir alimentando la herramienta.

En lo que hace al soporte informático de la red, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha implementado la estrategia SOA de mensajería. Con este circuito, las áreas hospitalarias están recibiendo formación y normativa desde la Oficina Técnica de Interoperabilidad y desde los centros de referencia a nivel autonómico, nacional y europeo, como pueden ser entre otros el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

En otro orden, el de las páginas webs, el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, materno-infantil de referencia, sigue el llamado modelo de Hospital Líquido (H2.O).El objetivo es "romper" las paredes del hospital y salir afuera, para eso tiene presencia en la mayoría de las redes sociales, y comunica consignas del tipo: "por una medicina participativa", o "paciente emancipado" con su muy desarrollado portal temático. También proliferan modelos de receta electrónica, como la del Centro de Salud Gran Tarajal, que incorpora datos sobre el historial clínico del paciente, haciéndola homologable al resto de los servicios de salud autonómicos. Pero además, el sistema proporciona un mecanismo de alertas electrónicas, duplicaciones, medicamentos no recomendados, etc La farmacia comunitaria Lachén, incorpora otra innovación el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD), un robot que permite gestionar, monitorear y controlar las dosis.

En las web consultadas, los proyectos que existen no son muchos, el Ministerio de Sanidad sí brinda informes de la Historia Clínica Digital y de la Receta Electrónica, diciendo que es casi total la aplicación de ésta en atención primaria (94%) y está alcanzando su extensión completa en atención especializada, donde es cercana al 70%. En el mismo sentido, la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios publicita el programa de historia clínica compartida en Cataluña (HC3) y da cuenta de la necesidad de lograr interoperabilidad. El Departamento de Salud del País Vasco expone del mismo modo la implementación del InterRAI-CA, Interoperabilidad de los sistemas de información sociosanitarios, para fortalecer las conexiones, e informa que la receta Electrónica está ya desplegada para más del 66% de las personas mayores. El Servicio Andaluz de Salud publicita el Diraya, sistema que se utiliza como soporte de la historia clínica electrónica. Dicen que la receta electrónica alcanza el 97% en APs y 87% en hospitales.

Además Cataluña publicita un servicio de contacto on line para que un paciente pueda llamar a un CAP y ser atendido en su area de referencia. Están los horarios y un sistema de turnos. Y se presenta el Plan integral de mejora de las listas de espera, publicando semestralmente los datos de estas listas en la web del CatSalut. También estará disponible la información de consultas externas, centro por centro. Los hospitales deben informar sobre la evolución de su espera.

También se publicita el "061 CatSalut Responde", con un equipo de más de 200 profesionales entre médicos, enfermeros y técnicos, que realiza atención sanitaria no presencial. Si es necesario, deriva al centro de salud más adecuado o bien activa un médico a domicilio, una ambulancia o un helicóptero. Y se presenta el proyecto Teleictus con conexión en 11 hospitales

catalanes (7 de comarcales y 4 de referencia) con centros de tercer nivel para poder tratar los accidentes vasculares cerebrales en fase aguda. Se publicita el Medical Guard Diabetes, dispositivo que permite a los diabéticos controlar sus niveles de glucemia con la ayuda del teléfono móvil e Internet.

El Servicio Andaluz de Salud tiene también el Salud Responde, un acceso multicanal de información y links de gestión sanitaria y administrativa para ciudadanos y profesionales, con chat las 24 horas del día. Se mencionan proyectos TICs para pacientes (telemedicina, apps, consultas online) y para profesionales (digitalización y uso de plataformas virtuales para comunicación). Se publicita la Biblioteca Virtual de Salud de la Junta como el mayor centro de documentación biomédica del mundo.

En el análisis del uso de webs por parte de los organismos de España surge que la página de la autoridad central del MSSSI, traduce el rol marginal que este tiene en el sistema, orientando los contenidos a documentos poco prácticos. En las webs de las CCAA se incluye el procedimiento para obtener la tarjeta sanitaria y el sistema on line de turnos.

Bibliografía

AMETIC, FENIN y SEIS. (2016). Hacia la transformación digital del sector salud . Madrid: AMETIC, FENIN y SEIS. http://ametic.es/sites/default/files//LA%20TRANSFORMACION%20DIGITAL%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20ESPA%C3%91A%20%202016.pdf

ABC. (2014). ¿ Cuánto Cobra un Médico en España? http://www.abc.es/economia/20141027/abci-salario-medicos-201410131017.html.

ABC. (14 de Diciembre de 2014b). ¿Cuánto cobra un enfermero? Obtenido de ABC: http://www.abc.es/economia/20141209/abci-cuanto-cobra-enfermera-201412051850.html

Abellán Perpiñán, J. M., & Sánchez Martínez, F. I. (2010). Cartera comùn de servicios sanitarios y servicios y unidades de referencia en el Ssitema Nacional de Salud. https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/12642/1/Esyec%20investigacion%202010_03.pdf: DOCUMENTO INVESTIGACIÓN ESYEC 03/2010.

Acerete, B., & Stanfford, A. (2011). Spanish healthcare Public Private Partnerships: the 'Alzira model'.

AEMPS. (01 de diciembre de 2014). Presentación de La AEMPS ¿Quiénes somos? Obtenido de https://www.aemps.gob.es/laAEMPS/presentacion/home.htm

Aguado Martin, J., & Otros. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. Medicina y Seguridad en el Trabajo, http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/revision1.pdf.

Alonso Sanz, I. (2014). La descentralización española y el Estado autonómico actual: una visión presupuestaria. ASIP http://asip.org.ar/la-descentralizacion-espanola-y-el-estado-autonomico-actual-una-vision-presupuestaria/.

Alvarez González, E. M. (2007). El Sistema Nacional de Salud como sistema: realidad y carencias. DS Vol. 15, Núm. 1 .

Alvarez, A., & Duran, A. (2013). Spain`s hospital autonomy: muddling thorough economic crisis. Eurohealth Observer, 8-11 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/186021/EuroHealth-v19-n1.pdf?ua=1.

AMETIC. (2014). Análisis de la eSalud en España. Madrid : Asociación Multisectorial de Empresas de la Electrónica, las Tecnologías de la Información y la Comunicación, de las

Telecomunicaciones y de los Contenidos Digitales. http://ametic.es/sites/default/files//Informe_eSalud_AMETIC2014.pdf.

Anton Perez, J., & Otros. (2011). Evaluación del proceso de descentralización del SNS. http://www.janton.net/Files/Docs/JIA%20et%20al%20(2011)%20CIS.pdf.

Antoñanzas Villar, F., Rodríguez-Ibeas, R., Juárez-Castelló, C., & Lorente Antoñanzas, M. .. (2014). Impacto del Real Decreto- Ley 16/2012 sobre el copago Farmaceutico. Rev Esp Salud Pública 2014 , 233-249 http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol88/vol88_2/RS882C_233.pdf.

Arenas Díaz, C. A. (2012). Sostenibilidad del sistema sanitario en España. http://www.sedisasigloxxi.com/IMG/article_PDF/article_a242.pdf: Sedisa Siglo XXI.

Badia, J. G. (2009). Gestión de la atención primaria de salud. En V. Navarro López, & A. Martín-Zurro, Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. IDIAP Jordi Gol https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/doc_49401_fichero_noticia_31035.pdf.

Banco Mundial. (2016). Health expenditure per capita (current US$). Obtenido de Banco Mundial: http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP

Barros, P., Barry, M., Brand, H., Brouwer, W., Maeseneer, J. D., Jönsson, B., . . . Thomson, S. (2016). Expert panel on effective ways of investing in health . Access to health services in the European Union . http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf: European Commission.

Barrubés, J., & Mellado, J. C. (2011). El mercado español de clínicas privadas con finalidad lucrativa: Realidades y Tendencias. https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/2aa0c8ec2defa32255ba104f1f0faf3d1a16a4a3.pdf: Antares Consulting.

Benach, J., & Urbanos, R. M. (1999). En SESPAS, La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. (pág. cap 1). Sevilla http://www.sespas.es/informe2000/d1_01.pdf: .

Bernardo, M., Valls, J., & Casadesus, M. (2012). Strategic alliances: an analysis of Catalan hospitals. Rev Panam Salud Publica , 40-46 http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n1/06.pdf.

Blanco-Moreno, Á., & Otros. (2013). Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors. Health Policy 111 , 34–42.

BOE. (22 de Diciembre de 2011). Boletin oficial del Estado. Obtenido de http://www.boe.es/boe/dias/2011/12/22/pdfs/BOE-A-2011-19939.pdf

BOE. (2016). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf.

BOE. (2016b). Real Decreto 323/2016, de 10 de agosto. https://www.boe.es/boe/dias/2016/08/16/pdfs/BOE-A-2016-7911.pdf.

Bohigas Santasusagna, L., & Rovira Foms, J. (1988). El sistema sanitario en Catalunya. Estructura y funcionamiento actual y perspectivas futuras. Cuadernos de Emnomia. Vol. 16, https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5483/34616_1.pdf?sequence=1.

Bohígas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit 2003;17(4):, 316-18.

Boldo, E., & Otros. (2011). La institucionalización de la evaluación del impacto en la salud en Quebec: ¿un modelo factible en España? Gac Sanit vol.25 no.6 Barcelona nov./dic. , http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011006600116&lng=es&nrm=iso.

Boletin Oficial del Estado. (29 de Febrero de 1908). Agencia Estatal de Boletin oficial del Estado . Recuperado el 05 de septiembre de 2016, de https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1908/060/A00875-00876.pdf

Boletin Oficial del Estado. (27 de Diciembre de 1942). Recuperado el 01 de Septiembre de 2016, de http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1942/361/A10592-10597.pdf

Borkan, J., Eaton, C. B., Novillo-Ortiz, D., Corte, P. R., & Jadad, A. R. (2010). Renewing Primary Care: Lessons Learned From The Spanish Health Care System. Hailth Affairs, http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1432.long#ref-19.

Cabasés Hita, J. J. (2010). LA financiación del Gasto Sanitario en España. Madrid: BBVA. http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2010_financiacion_gasto_sanitario.pdf.

Caja López, C. (2011). Atención Primaria en España y Cataluña: una perspectiva desde la Enfermería. Rev Esc Enferm USP, http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/15.pdf.

Calle-Urra, J. E. (2015). Evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado en nueve hospitales del servicio murciano de salud. Rev. Esp. Salud

Publica vol.89 no.3 Madrid may./jun., http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015003300008&lng=es&nrm=iso.

Carrasco Mallén, M. (2007). El futuro de la investigación en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2007 , 237-57.

Cashin, C., & Otros. (2015). Paying for Performance in Health Care: implications for Health System performance and accountability. WHO http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf.

Catalá, F., Álvarez, E., Gènova, R., & Morant, C. (2009). Relación en España entre la investigación sanitaria financiada por el Sistema Nacional de Salud y la carga de enfermedad en la comunidad. Rev. Esp. Salud Publica vol.83 no.1 .

CNMC. (2015). E/CNMC/003/15 ESTUDIO SOBRE EL MERCADO DE DISTRIBUCIÓN MINORISTA DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA. https://www.cnmc.es/Portals/0/Ficheros/Promocion/Informes_y_Estudios_Sectoriales/20151021_%20E_CNMC_003_15_Farmacia_FINAL.pdf.

Consejo General de Enfermería. (2014). Nota de prensa Con motivo del Día Internacional de la Enfermera que se celebra el 12 de mayo en todo el mundo. https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/notas-prensa/send/20-notas-de-prensa/479-espana-necesitaria-141-783-enfermeros-mas-para-alcanzar-la-media-europea-y-las-cc-aa-presentan-grandes-diferencias-entre-si-en-el-numero-de-profesio: Consejo General de Enfermería.

Corral, M. (10 de febrero de 2016). España, el país europeo que más ha recortado en I+D durante la crisis. Obtenido de El mundo : http://www.elmundo.es/ciencia/2016/02/10/56bb6be0ca474187128b45c0.html

COTEC. (2016). Informe Cotec 2016: Innovación en España. Madrid: COTEC. http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/Estadisticas_Indicadores/COTEC_Informe_2016.pdf.

Cots, F., & Castells, X. (2001). Cómo pagamos a nuestros hospitales. La referencia de Cataluña y el contrapunto desde Andalucía. Gaceta Sanitaria, 25 - 29 http://www.gacetasanitaria.org/es/como-pagamos-nuestros-hospitales-la/articulo/S0213911101715385/.

Criado Álvarez, J. J., & Otros. (2011). Vigencia de la Ley General de Sanidad tras 25 años . Rev Esp Salud Pública , 437-448 http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n5/03_colaboracion2.pdf.

CSIC. (2017). Presentacion de CSIC. Obtenido de Consejo Superior de Investigaciones Científicas: http://www.csic.es/presentacion

CSIT. (2013). INFORME COMPARATIVO COSTE/EFICIENCIA DE LA GESTIÓN PÚBLICA Y LA GESTIÓN PRIVADA DE LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID. https://impulsamas.files.wordpress.com/2013/01/informe-comparativo-gestic3b3n-publica-y-privada-de-la-sanidad.pdf.

Cué, C. (08 de Junio de 2011). CiU y PP piden un gran pacto sobre sanidad ante un modelo "insostenible". Obtenido de El Pais: http://elpais.com/diario/2011/06/08/espana/1307484002_850215.html

CUS. (2015). Coordinadora de Usuarios de la Sanidad, Salud, Consum y Alimentación. Obtenido de http://cus-usuaris.org/es/ambitos-actuacion/ref/modelo-sanitario-catalan

De Benito, E. (21 de Octubre de 2015). Copago sanitario, solo para los extras. Obtenido de El pais: http://politica.elpais.com/politica/2015/10/21/actualidad/1445452091_237273.html

De Cock, E., & Otros. (2007). Valor umbral del coste por año de vida ganado para recomendar la adopción de tecnologías sanitarias en España: evidencias procedentes de una revisiónde la literatura. Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles 4 (3):, 97-107 http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44378718/Valor_umbral_del_coste_por_ao_de_vida_ga20160404-23520-6wj1w2.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1473776031&Signature=uGG6T%2F7I7kx0fAMEDyZgsmS4isc%3D&response-content-dispositio.

De la Fuente, A. (2012). El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común: un análisis crítico y datos homogéneos para 2009 y 2010. Madrid: BBVA. Documentos de Trabajo Número 12/23.

de Saint Pierre, D., & Otros. (2013). Mapa de Ruta. Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud) 2011-2020. Santiago de Chile: Minsal.

Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña. (1997). PLAN DE SALUD DE CATALUÑA 1996-1998. Servicio Catalán de la Salud, http://www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/esplae1996.

Doorslaer, E. v., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ, 177-183.

Duran, A., Lara, J., & van Waveren, M. (2006). Spain: health system review. . Copenhagen: : European Observatory on Health Systems and Policies; Health Systems in Transition, Vol. 8, No. 4. .

El Instituto de Salud Carlos III y la sanidad española. Origen de la medicina . (2006). Rev. Esp. Salud Publica vol.80 n.5 Madrid Sep./Oct. , http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272006000500013&script=sci_arttext.

El Mundo. (02 de agosto de 2013). Mato comparecerá en el Congreso para explicar el pacto por la sanidad. Obtenido de http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/08/02/noticias/1375440885.html

El mundo. (15 de enero de 2015). Sanidad revisará el copago hospitalario. Obtenido de El mundo: http://www.elmundo.es/salud/2015/01/15/54b7d97a22601da20d8b456c.html

El Mundo. (diciembre de 30 de 2015). Un millón de personas 'libre' del copago. Obtenido de El Mundo: http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2015/12/30/5683a2ed268e3e37238b4608.html

El País. (04 de Abril de 1985). Obtenido de Corporaciones médicas y sindicatos, contra el proyecto de ley de Sanidad: http://elpais.com/diario/1985/04/04/portada/481413604_850215.html

El Pais. (12 de febrero de 1993). Cada socio del Hospital de Cataluña pagó 333.000 pesetas por la asistencia vitalicia. Obtenido de El pais: http://elpais.com/diario/1993/02/12/sociedad/729471602_850215.html

El Pais. (09 de Diciembre de 1999). ¿Hospital General de Cataluña, hospital público? Obtenido de http://elpais.com/diario/1999/12/04/catalunya/944273242_850215.html

El pais. (15 de Noviembre de 2001). Los trabajadores de los hospitales concertados siguen masivamente la huelga. Obtenido de El pais: http://elpais.com/diario/2001/11/15/catalunya/1005790050_850215.html

El País. (09 de abril de 2012). ¿Cómo se hacen las cuentas de la sanidad? Obtenido de El Pais : http://politica.elpais.com/politica/2012/04/09/actualidad/1333973179_024707.html

El pais. (12 de Septiembre de 2015). La salud privada despega con la crisis. Obtenido de El Pais: http://economia.elpais.com/economia/2015/09/11/actualidad/1441989855_977941.html

El País. (25 de octubre de 2015a). Copago sanitario, solo para los extras. La cartera básica del sistema de salud es universal y gratuita. Obtenido de El País: http://politica.elpais.com/politica/2015/10/21/actualidad/1445452091_237273.html

El Pais. (15 de enero de 2015b). Alonso da marcha atrás al copago hospitalario que impulsó Mato. Obtenido de El país: http://politica.elpais.com/politica/2015/01/15/actualidad/1421337852_423063.html

El Pais. (08 de agosto de 2015c). El Gobierno liquida el fondo para atender pacientes en otras regiones. Obtenido de El Pais: http://politica.elpais.com/politica/2015/08/08/actualidad/1439061373_518227.html

Espuelas Barroso, S. (2013). La evolución del Gasto social Público en España . Estudios de Historia Económica, n.º 63 www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB4/estructura%20y%20evolucion.pdf.

Europress. (02 de diciembre de 2011). SATSE rechaza las medidas de Cospedal porque asegura que destruirán empleo y empeorarán la calidad de la Sanidad en C-LM. Obtenido de Europress: http://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-satse-rechaza-medidas-cospedal-porque-asegura-destruiran-empleo-empeoraran-calidad-sanidad-lm-20111202161701.html

Fariña, E. (12 de septiembre de 2016). Ministerio y CC.AA. quieren impulsar los registros de enfermedades raras. Obtenido de El Médico Interactivo: http://www.elmedicointeractivo.com/articulo/reportajes/ministerio-y-cc-aa-quieren-impulsar-registros-enfermedades-raras/20160912161224106047.html

FECYT. (2012). Indicadores del Sistema Español de Ciencia, Tecnología e Innovación. Madrid: FECYT. http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/Estadisticas_Indicadores/Indicadores_2013.pdf.

FECYT. (2016). Indicadores del Sistema del sistema Español de Ciencia, tecnología e innovación. Madrid: Observatorio Español de I+D+I (ICONO) de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT).

Fernández Araque, A., Cuairán Sola, M., & Curbelo Rodríguez, R. (2016). Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. Enfermeria . global vol.15 no.42 Murcia, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016002200113&lng=es&nrm=iso.

Galián Muñoz, I., Llor Esteban, B., & Ruiz Hernández, y. J. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Revista Española de Salud Publica, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012003300007&lng=es&nrm=iso.

Galindo Vácha, J. C. (2011). La salud y su aseguramiento en Argentina, Chile, Colombia y España. Fundación MAPFRE https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1066902.

Galloa, P., & Gené-Badia, J. (2013). Cuts drive health system reforms in Spain. Health Policy, http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Cuts-drive-health-system-reforms-in-Spain.pdf.

García Murcia, J. (2007). El Instituto Nacional de Previsión: estructura, competencias y organización. En J. García Murcia, & M. A. Castro Argüelles, La previsión social en España: Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de Seguridad Social. http://www.unizar.es/eueez/cahe/pons.pdf.

García Péreza, M. Á., & Amaya Pombob, C. (2007). Una sanidad necesitada de liderazgo profesional. Rev Adm Sanit. , 275-82.

García Sampedro, H. (14 de abril de 2015). Salarios MIR: Las CCAA que mejor y peor pagan. Obtenido de Redacción Médica: http://www.redaccionmedica.com/noticia/salario-mir-las-ccaa-que-mejor-y-peor-pagan-81036

García, F. M., & Fernández Quintana, A. I. (2010). Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. MSSSI http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf.

García-Altés, A., & Otros. (2003). Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. Agència de Salut Pública de Barcelona http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_75_115-128__0EFB7FC2978E69CD37E3A23571FFE606.pdf.

Garcia-Armesto, S., & Otros. (2010). Health System Review: Spain. WHO.

Gervás, J. (2009). La tención primaria 1984-2007. En V. N. López, & A. Martín-Zurro, La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas (págs. 91-127).

Giménez Muñoz, M. D. (2010). LA transición hacia la reforma sanitaria: La ley general de Sanidad. http://historiadelpresente.es/sites/default/files/congresos/pdf/41/ecoysociedad/Gimenez.pdf.

Gobierno de Aragón. (2008). Orden del 22 de Septiembre de 2008 por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas. . http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/Orden%20SI%20AP%20%201%200908.pdf.

Gonzalez Bermejo, D., & Otros. (2015). Benchmarking en gestión sanitaria. Los servicios de farmacia hospitalaria de España en comparación con Reino Unido. http://www.revistadelaofil.org/benchmarking-en-gestion-sanitaria-los-servicios-de-farmacia-hospitalaria-de-espana-en-comparacion-con-reino-unido/.

Gonzalez Lopez-Valcarcel, B. (2004). Descentralizacion y reformas sanitarias en España. Madrid: Seminario del Instituto de Estudios Fiscales http://www.ief.es/documentos/investigacion/seminarios/economia_publica/2004_07octubre.pdf.

González López-Valcárcel, B., & Barber Pérez, P. (2006). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. https://www.almendron.com/politica/pdf/2006/8811.pdf.

Gonzalez Medel, J. (2008). CRISIS DE LA REPRESENTATIVIDAD PROFESIONAL. En A. del Pozo, & M. Sánchez Bayle, Los profesionales de la salud en España (págs. 185-209). Madrid: GPS Madrid.

González, B., Urbanos, R., & Ortega, P. (2004). Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. Gac Sanit vol.18 no.4 Barcelona 2004, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004004400114&lng=es&nrm=iso.

Hernandez Soriano, M. (2003). Ordenación de las profesiones Sanitarias. Cuenca, 21-31 https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5153457.pdf.

Huidobro, A. (2012). Resumen y análisis del RD Ley 16/2012 medidas urgentes para la sostenibilidad del sistema sanitario. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) http://documentos.enfermedades-raras.org/emaildocs/m10001032.pdf.

IDIS. (2015). Sanidad privada, aportando valor. anlisis de situación 2015. Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad (IDIS). https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2015_web.pdf.

INDRA. (2015). Un Sistema de Información de Salud Para Salud. MAdrid http://www.indracompany.com/sites/default/files/indra_diraya_3_0.pdf.

Infosalus. (07 de febrero de 2012). CESM está de acuerdo con la gestión público-privada siempre se mantengan los servicios. Obtenido de Infosalus: http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-cmancha-cesm-acuerdo-gestion-publico-privada-hospitales-siempre-mantengan-servicios-20120207145438.html

Instituto de Salud Carlos III. (2015). Instituto de Salud Carlos III . Obtenido de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-investigacion-terapia-celular-medicina-regenerativa/fd-centros-unidades/fd-agencia-evaluacion-tecnologias-sanitarias/presentacion-e-h

Iranzo Martín, J. (2013). LAs dificultades de lndustria farmaceutica en España. Novartis http://crones.es/pdf/dificultades_industria_farmaceutica_Espa%C3%B1a.pdf.

Jakubowski, E. (1998). Health care system in the EU: a comparative study. http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf: European Parliament.

Jauregui, M. L. (2013). Experiencia en el País Vasco: Organización integrada Integrada. http://www.fundaq.org/imagenes/cargaweb/files/ExperienciaenelPaisVasco.pdf: Osakidetza.

Jefatura de Estado. (1986). LEY /4/1986, de 25 de abril. General de Sanidad. BOE 102 https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf.

Jefatura del Estado. (2006). Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. http://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf.

Jimenez Martin, S. (2014). El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea. http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf: Fedea.

Jimenez Martin, S. (2016). Consumo de medicamentos y copago farmacéutico. http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-06.pdf.

Jiménez Rosado, P., & De Bustos Guadaño, M. (2010). Catalogo Nacional de Hospitales. Madrid: MSSSI.

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2011.pdf.

Jimenez-Martin, S., & Viola, A. (2014). El sistema de salud en España en perspectiva comparada. FEDEA. http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf.

Jurado Moreno, J. (2008). Autogestión en la Atención primaria Española. https://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/autogestion_ap.pdf.

KPMG. (2011). Pharma Survey: situación de la industria farmaceutica en España. https://www.kpmg.com/ES/es/ActualidadyNovedades/ArticulosyPublicaciones/Documents/KPMG_FARMA.pdf.

Largo Jiménez, F., & Pujol-Andreu, J. (2016). Desarrollo y crisis del mutualismo de trabajadores en España en el siglo XX: Nueva aproximación desde el capital social. Scripta Nova, vol. XX, nº 540, http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-540.pdf.

Lema Tomé, M. (2014). La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. Eunomía, 95-115 http://eunomia.tirant.com/?p=2233.

Lillo Fernández de Cuevas, J. M., & Rodríguez Blas, M. d. (2016). ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO 2014: Principales resultados. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf: MSSSI.

Lleonart, X. (30 de julio de 2014). La sanidad pública y el Siscat, aclarando conceptos. Obtenido de El Pais: http://www.eldiario.es/catalunya/opinions/sanidad-publica-Siscat-aclarando-conceptos_6_287031296.html

Loza, M. (2015). Actividades de la Plataforma Tecnológica Española Medicamentos Innovadores 2015. Santiago de Compostela : Ministerio de Economía y competitividad http://www.redidi.es/sites/default/files/actualidad/mabel_loza_-_actividades_de_la_plataforma_tecnologica_espanola_medicamentos_innovadores_2015.pdf.

Magallón Botaya, M. R. (2009). Condiciones de trabajo y satisfacción de los profesionales de la Atención Primaria. En C. Violán Fors, La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. IDIAP Jordi Gol https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/doc_49401_fichero_noticia_31035.pdf.

Marset Campos, P., Saél Gomez, M., & Martinez Navarro, F. (1995). La Salud Pública durante el fianquismo. http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/108738/165451.

Martin Martin, J. (2015). Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. MSSSI http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/2015-0875_10_jose_martin(1).pdf.

Martín Martín, J. J., & López del Amo González, M. d. (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/16.pdf.

Mas, N., Cirera, L., & Viñolas, G. (2011). Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canada: implicaciones para el caso español. http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0939.pdf: IESE Business School-Universidad de Navarra.

Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., & Mossialos, E. (2009). Primary care in Europe. European Commission.

Matas Aguilera, V. (2015). Estudio comparativo de las retribuciones de los médicos de atención primaria en España en 2014 y recortes desde 2009. http://www.sietediasmedicos.com/zona-franca/tribuna-libre/item/5240-estudio-comparativo-de-las-retribuciones-de-los-medicos-de-atencion-primaria-en-espana-en-2014-y-recortes-desde-2009#.V_gE7ejhDIU: OMC.

Mateu-Sbert, J., & Vicens-Gómez, J. (2013). Evolución de la productividad del sistema hospitalario en España antes y después de la culminación de las transferencias de competencias: una aproximación. Direcció General de Salut Pública i Consum. Govern de les Illes Balears.

Ministerio de Economia y Competitividad . (2011). Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de innovación 2013-2020. Madrid: Ministerio de Economia y Competitividad . gobierno de España .

Ministerio de Economía y Competitividad. (2016). Plan Estatal de investigación científico y técnica y de innovación 2013-2016. Madrid: Ministerio de Economía y competitividad.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco estratégico para la menjora de la atención primaria en España. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo. http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Sistema Nacional de Salud. http://www.uv.es/=atortosa/SNS08.pdf.

Ministerio de Sanidad y Politicas Sociales. (2009). Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización . Madrid: http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf.

Monteagudo Peña, J. L. (2012). El Marco de Desarrollo de la e-Salud en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Moreno, L., & Sarasa, S. (2013). Génesis y Desarrollo del Estado de Bienestar en España. Instituto de Estudios Sociales Avanzados Documento de Trabajo 92-13 http://www.ub.edu/ciudadania/hipertexto/evolucion/introduccion/G%E9nesis%20y%20Estado%20del%20Bienestar%20en%20Espa%F1a.pdf.

Mossialos, E., & Dixon, A. (2002). Funding health care: an introduction. En E. Mossialos, & Otros, Funding health care:options for Europe (págs. 1-31). WHO http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf.

Mouriño, C. (2013). No hay Criterio Comun para implantar la gestión clínica . revista Médica, http://www.rmedica.es/edicion/162/no-hay-criterio-comun-para-implantar-la-gestion-clinica.

MSSSI. (2008). Pacto por la Sanidad. Obtenido de http://www.msps.es/novedades/evento/pactoSNS.htm#estrategicas

MSSSI. (2010). Sistema Nacional de Salud 201. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Anexo_04.pdf.

MSSSI. (2012). Sistema Nacional de Salud. Madrid. : Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf.

MSSSI. (2013). ACUERDO MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD-FORO DE LA PROFESIÓN MÉDICA. http://www.icomem.es/verDocumento.ashx?Id=1227.

MSSSI. (2014). Obtenido de INGESA: http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/presentacion/home.htm

MSSSI. (2014). Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud . Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

MSSSI. (2015). Catalogo Nacional de Hospitales. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2015.pdf.

MSSSI. (2015). Informe anual del Sistema Nacional de Salud . Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

MSSSI. (2016a). Introducción y Marco Legal. http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm.

Mulet, J. (2016). Política de innovación para España. Necesidad y condicionantes. Madrid: Fedea Policy Papers 2016/12. http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2016/07/FPP2016-12.pdf.

Naranjo-Gil, D. (2016). Cómo los equipos de dirección usan los sistemas de información y control en la gestión hospitalaria. Gaceta sanitaria , http://gacetasanitaria.org/es/como-los-equipos-direccion-usan/articulo/S0213911116000029/.

OECD . (2016). Health at a Glance 2015 ¿Cómo compara España? https://www.oecd.org/spain/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-SPAIN-In-Spanish.pdf.

OECD . (2016b). Health At Glance: Oecd Indicators. https://www.google.com.ar/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1CHZL_esAR709AR709&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=health%20at%20glance%202015.

OECD. (2014). OECD Health Statistics 2014 How does Spain compare? . http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SPAIN-2014.pdf.

OMC. (2014). Informe sobre el sector farmaceutico. https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmaceutico_oct_2014.pdf.

Organización Médica Colegial. (2014). Informe sobre el sector faramecéutico. Madrid: Organización Médica Colegial. https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmaceutico_oct_2014.pdf.

Palomo, L. (2008). El auge de la medicina Defensiva. Madrid: http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/los_profesionales_salud%5B1%5D.pdf.

Palomo, L. (24 de marzo de 2013). Atención Primaria, salud y crisis. Obtenido de Nueva Tribuna: http://www.nuevatribuna.es/opinion/luis-palomo/atencion-primaria-salud-y-crisis/20130324180332090141.html

Peña, P. (01 de marzo de 2004). Congreso de los diputados Español. Recuperado el 20 de septiembre de 2016, de http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=43&tipo=2

Pérez Cañellas, E. (2011). Las agencias de evaluacion de tecnologias en España. Análisis de actividad y situación actual . http://www.fgcasal.org/aeets/documentos/agencias_evaluacion_tecnologias_es-elena_perez_cannellas.pdf: Fundación Gaspar Casal y Universidad Pompeu Fabra.

Perez Garcia, F. (2011). Las diferencias regionales del sector pùblico español. http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2011_IVIE_diferencias_regionales.pdf: Fundación BBVA .

Pons Pons, J. (1998). LAS ENTIDADES ASEGURADORAS Y LA CANALIZACIÓN DEL AHORRO EN ESPAÑA, 1908-1940. http://www.unizar.es/eueez/cahe/pons.pdf: Universidad de Sevilla.

Pons Pons, J. (2008). EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD Y LA GESTIÓN DE LAS ENTIDADES COLABORADORAS (1942-1963). IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia .

Pons Pons, J. (2009). Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2942283.pdf.

Recio Alcaide, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. DILEMATA año 7 (2015), nº 18., 13-26 .

Red.es. (2008). Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El programa Sanidad en Línea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Redacción Médica. (26 de marzo de 2014). Primaria rechaza las EBA catalanas y pide una gestión clínica con vínculo estatutario. Obtenido de Redacción médica: http://www.redaccionmedica.com/noticia/primaria-no-quiere-la-gestion-de-las-eba-catalanas-4485

Redacción Medica. (09 de diciembre de 2014b). Los enfermeros cobran hasta 10.300 euros menos al año según la comunidad en la que trabajan. Obtenido de http://www.redaccionmedica.com/noticia/los-enfermeros-cobran-hasta-10-300-euros-menos-al-ano-segun-la-comunidad-en-la-que-trabajen

Redacción medica. (23 de julio de 2016). Médicos y políticos valoran la reforma sanitaria y 'constitucional' del PP. Obtenido de http://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/medicos-y-politicos-valoran-la-reforma-sanitaria-y-constitucional-del-pp-7288

Redondo Rincón, M. G. (2012). EL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD EN ESPAÑA: RESPONSABLES TÉCNICOS Y POLÍTICOS DE SU IMPLANTACIÓN DURANTE EL FRANQUISMO. http://eprints.ucm.es/18150/1/T34261.pdf.

Regidor, E., & Otros. (2006). Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. Gac Sanit., 1-5. http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v20n3/original1.pdf.

Reverte Cejudo, D. (2008). Reorientar la Especialización médica. En A. del Pozo, & M. Sánchez Bayle, Los profesionales de la salud en España (págs. 30-51). http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/los_profesionales_salud%5B1%5D.pdf.

Rodríguez-Salés, V., & Otros. (2014). Cobertura del cribado de cáncer de cuello uterino en Cataluña (2008-2011). Gac Sanit vol.28 no.1 Barcelona ene./feb, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014001100003&lng=es&nrm=iso.

Rubia Vila, F. (2010). Libro Blanco Sobre la Salud Española. Academia europea de ciencias y arte. http://www.academia-europea.org/pdf/Libro%20Blanco%20sobre%20el%20Sistema%20Sanitario%20Espanol.pdf.

Ruiz Alvarez, J. L., & Carrasco Garcia, N. (1987). Desarrollo Economico y niveles de Salud en España. Investigaciones Economicas , 133 -150 http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPEMa_T1_CapM.pdf.

SAE. (2008). Pacto de Sanidad: Aportaciones al Diagnóstico de situación. Sindicato de Auxiliares de enfermería. http://www.sindicatosae.com/pdfs/pactoxlasanidad/diagnosticosituacionnov08.pdf.

Salcedo Mata, J. A. (2008). REORIENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA. En A. del Pozo, & M. Sánchez Bayle, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA (págs. 203-250).

Sanchez Bayle, M. (1998). La política privatizadora en sanidad. https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA9898220119A/32519.

Sanchez Bayle, M. (2008). Los profesionales de la salud en España . Fundación Sindical de Estudios.

Sánchez Bayle, M. (2014). La privatización de la asistencia sanitaria en España. http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf.

Sanchez Bayle, M. (2014). La privatización de la asistencia Sanitaria ne España. http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf.

Sanchez Bayle, M. (21 de enero de 2015). Por una financiación suficiente de la Sanidad Pública. Obtenido de Tribuna sanitaria: http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/financiacion-suficiente-sanidad-publica/20150121172930111529.html

Sánchez Bayle, M., & Martín García, M. (2014). Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia. http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/xmlimport-KSfIDQ.pdf.

Sánchez, F. I., Abellán, J. M., & Oliva, J. (2013). Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Real Instituto Elcano http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/7e174d004ece1139931b9f2a39eb3cc0/DT4-2013-Sanchez-Abellan-Oliva-Servicos-Sanitarios-Publicos.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7e174d004ece1139931b9f2a39eb3cc0.

Sandín-Vázquez, M., & Sarría-Santamera, A. (2008). Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones. Rev. Esp. Salud Publica vol.82 no.3 Madrid may./jun., 261-272 http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008003300003&lng=es&nrm=iso.

Sanz, e., & Otros. (2012). Pasos hacia la institucionalización de la evaluación del impacto en salud en España: la percepción de los profesionales de salud pública. Anales Sis San Navarra vol.35 no.3 Pamplona sep./dic. , http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012003300006&lng=es&nrm=iso.

Satse. (2016). RETRIBUCIONES SESCAM ATENCION PRIMARIA Y GUETS PARA 2016.

Servicio de Salud de Andalucía. (2004). Historia digital del Ciudadano. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/Diraya_Estrategia_Digital.pdf.

SESPA. (2015). Qué es el Modelo de Gestión Clínica en Asturias. Obtenido de Servicio de Salud del principado de Asturias: http://gestionclinica.sespa.es/modelo.htm

Solà i Gussinyer, P. (2003). El mutualismo y su función social:sinopsis histórica . CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 44 , 175-198 http://www.ciriec-revistaeconomia.es/banco/06_Sola_44.pdf.

Soler, M., & Moncho Vasallo, J. (2007). Sistema nacional de salud español. Característias y análisis. Enfermería Global. Número 10, 1-14. revistas.um.es/eglobal/article/download/256/260.

Soler, W., & Otros. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencia. An. Sist. Sanit. Navarra, Vol. 33, Suplemento 1, http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf.

Sur. (20 de octubre de 2015). Los médicos rompen con Sanidad por incumplir el pacto para garantizar el Sistema Nacional de Salud. Obtenido de http://www.diariosur.es/nacional/201510/20/medicos-rompen-sanidad-incumplir-20151020163221.html

Tarazona Ginésa, E., De Rosa Tornerb, A., & Marín Ferrerc, M. (2005). La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. Rev Adm Sanit , 83-98.

Thofehrn, M. B., & Otros. (2014). Trabajo en equipo: visión de los enfermeros de un hospital de Murcia/España. Enfermeria Global, 223-235 http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/administracion3.pdf.

Trescoli Serrano, C., Marin Ferrer, M., & de Rosa Torner, A. (2009). The Alzira model: Hospital de la Ribera, Valencia, Spain. En B. Rechel, J. Erskine, B. Dowdeswell, S. Wright, & M. McKee, Capital investment for health: Cases Studies from Europe (págs. 11-27). WHO http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/43322/E92798.pdf.

Trilla, A. (08 de febrero de 2013). La sanidad catalana, un modelo de proveedores. Obtenido de El mundo: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/02/08/noticias/1360324126.html

Trilla, A. (08 de Febrero de 2013). La sanidad catalana, un modelo de proveedores. Recuperado el 05 de septiembre de 2016, de El Mundo: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/02/08/noticias/1360324126.html

Tudor Hart, J. (1990). Primary medical care in Spain. British Journal of General Practice, 1990, 255-260 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371114/pdf/brjgenprac00079-0037.pdf.

UAM. (2011). Inmersión precoz en la clínica. 2011 . Madrid : Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/estebaninmersion/Tema_7_texto.pdf.

UE. (2015). Comparative efficiency of health systems, corrected for selected lifestyle factors. http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/2015_maceli_report_en.pdf.

Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gaceta Sanitaria , http://gacetasanitaria.org/es/la-desigualdad-el-acceso-las/avance/S0213911116000248/.

Vázquez-Mourelle, R., Rodriguez Costa, E., J Pose Reino, j., & Cadórniga Valiño, L. (2015). El tráfico inverso de medicamentos. Experiencia en Galicia. Rev. Esp. Salud Publica vol.89 no.5 Madrid sep./oct. 2015, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015005500002&lng=es&nrm=iso.

Vela-Ríos, J., & Otros. (2016). Institucionalización de la evaluación del impacto en la salud en Andalucía. Gac Sanit vol.30 no.1 Barcelona ene./feb, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016001100118&lng=es&nrm=iso.

Vigario, A. (12 de febrero de 2016). Cataluña elimina las clínicas privadas de su red de asistencia sanitaria. Obtenido de El economista: http://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/7345967/02/16/Cataluna-elimina-las-clinicas-privadas-de-su-red-de-asistencia-sanitaria.html

Villaescusa Saiz, R., & Puente Sanagustín, A. (2007). Evaluación de la gestión privada y pública de la sanidad catalana. Salud 2000, 11-17 http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/revista/111.pdf.

Vinuesa Sebastián, M. (2014). Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013 . Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf.

Zurro, A. M., & Jodar Solà, y. G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf.

2.4. Italia. El sistema que parece querer seguir siendo completamente público

1. Antecedentes del Sistema de Salud

1.1) Siglo XIX: las sociedades de mutuo socorro y las iniciativas regionales

El principal antecedente del sistema previsional italiano debe buscarse en las asociaciones de base territorial, que ya para 1860 se habían transformado en "*Società operaje italiane*", existentes sobre todo en Piemonte, Lombardia, Emilia e Toscana. A fines de siglo eran conocidas como *società di mutuo soccoro* (Manciocco, 2009). La Ley Berti de 1886 determina que estas sociedades no tenían finalidad de lucro, si no que perseguían intereses generales, y se ocupaban de accidentes, enfermedad e invalidez en el trabajo y las erogaciones de subsidios en caso de gastos de salud, pero sostenidos por socios, y por el diagnóstico y la cura de la enfermedad (Di Simone, 2002).

La primer Ley italiana orgánica de la sanidad fue la Ley Crispi- Pagliani de 1888. En ella se definían los objetivos de la sanidad pública y se introduce la figura del médico provincial, que realizaba visitas a domicilio y ademas era la autoridad para intervenir en asuntos de higiene (Agazio, Salerno y Taruscio, 2004). La gestión es asumida por la *Direzione Generale della Sanità Pubblica*, pero siempre dentro del Ministerio del Interior. Nace la *Cassa Nazionale per la Previdenza Sociale*.

Al inicio del año 1900, las sociedades comenzaron a mostrar problemas financieros, empezaba la crisis de la mutualidad voluntaria y ya se escuchaban voces, sobre todo de los médicos, a favor de la obligatoriedad del seguro. En paralelo, surge la peste bubónica en Nápoles; en esta situación de grave emergencia, las organizaciones de salud mostraron todas sus deficiencias. En 1904 se instrumentó una reforma que mejoró las condiciones de trabajo de los médicos comunales.

En 1907 se promulgó el primer texto Único de la ley Salud, y en 1934 el segundo. En la primera, nacen dentro del Ministerio del Interior, una Direzione *Generale della Sanità Pubblica, el Istituto di Sanità Pubblica,* y el *Consiglio Superiore della Sanità Pubblica*, el modelo funcionó así hasta los años 20.

1.2) Los años 20. El fascismo y la Salud

Ya en pleno período fascista, en 1925 se establecieron instrumentos previsionales, fundamentalmente pagos por la vejez o por enfermedad. Además, se garantiza la asistencia a huérfanos. Se constitutye el *Istituto Nazionale Assistenza Dipendenti Enti Locali* (Sapere, 2012). En 1927, se produce la reforma de las asociaciones profesionales a través de la Carta del Trabajo, y se impulsan los contratos colectivos con una serie de beneficios. Surgen diversas instituciones de asistencia: para menores, inválidos de guerra, trabajadores, ciegos, sordomudos, etc. (Guidicci, 1999)

En 1934 surgen los seguros familiares para los hijos de los empleados en relación de dependencia y otras pensiones (INPS, 2016). Se intensifica la lucha contra la malaria con una bonificación integral a los pacientes y el seguro obligatorio para la tuberculosis. También un seguro por desocupación (Luzzi, 2004)

Además se funda el *Istituto Superiore di Sanità*, ahora denominado Instituto de Salud Pública, pensado inicialmente como un instrumento de lucha contra la malaria, con objetivos de investigación básica y aplicada (Bignami, 2001)

Esta reforma legitima la división de la organización de salud en tres segmentos: los grandes entes de seguros, las mutuales y los hospitales (públicos y sin fines de lucro).

Las Provincias gestionaban los Laboratorios de higiene y los manicomios, los municipios se ocupaban de la asistencia gratuita de los pobres inscriptos en la lista comunitaria, el pago de la farmacia y el amparo en hospitales. Todo bajo el mando del Médico Provincial y del Oficial de la Salud Comunal, ambos bajo la doble vigilancia del Intendente y de la *Direzione Generale di Sanità del Ministero degli Interni* (Taroni, 2011)

La *Cassa Nazionale per la Previdenza Sociale* se organiza como *Istituto nazionale fascista della previdenza sociale* (INFPS), un ente público pero con personería jurídica y autonomía. Este organismo fue fundamental para las políticas económicas, sus fondos financiaron el inicio del Istituto per la Ricostruzione Industriale (IRI), el desarrollo del ferrocarril e incluso las campañas coloniales. También se constituyeron el *Istituto Nazionale Fascista per l`Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro* (INFAIL), el Ente *Mutualità Fascista* y el *Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori*; cada uno como autoridad de aplicación de los segmentos mencionados. Entre las numerosas instituciones, tomo un relieve particular la

l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI) que existía desde el 1925.

Ya al inicio de la Segunda Guerra reapacerían con fuerza la tuberculosis, la malaria y el tifus. Las instituciones entraron en una profunda crisis financiera: los hospitales arruinados por los bombardeos, la inflaciónn corroía completamente los fondos previsionales. En los primeros meses de la posguerra, las políticas siguieron siendo las mismas, los seguros y mutuales cubrían cerca de un tercio de la población, principalmente trabajadores dependientes del sector privado, y dependientes del estado y entidades locales. El ente que regulaba y controlaba pasó a llamarse *Istituto per l`Assistenza Nazionale di Malattia ai Lavoratori* (INAM), responsable del seguro obligatorio contra la enfermedad considerada "común" y no sujeto a una legislación específica, en el INAM confluyeron en 1943 todas las otras federaciones, asegurando la unificación definitiva. Los fondos los manejaba el INPS. Estos organismos eran dependientes del Ministero del *Lavoro e della Previdenza Sociale*, la institución del seguro por excelencia.

El Estado controlaba los hospitales en general aún autónomos y las mutuales a través de la *Direzione generale sanità nel Ministero degli Interni*. Además, surge el *Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica* (Acis) dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros. Ya existían el *l'Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro* (INAIL),el *l'Ispettorato del Lavoro* y el *l'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni* (ENPI). (Agazio, Salerno y Taruscio, 2004). Se crea un nuevo fondo financiado con un impuesto a los aportes salariales.

Entre 1958 y 1961, surge el *Ministero della Sanità* y el *Istituto Superiore di Sanita* (ISS), que sustituye el preexistente *Istituto di Sanità pubblica*. Hay otros cambios de nombre, pero lo más importante es que en el año 1958, en el gobierno de Fanfani, se produce una nueva reforma. Por un lado se establece que todos los consultorios de Médicos y Veterinarios provinciales se convierten en órganos del *Ministero della Sanità*. Las tareas en la Comuna con un número superior a 20 mil habitantes son responsabilidad del oficial sanitario que debe cumplir tareas de vigilancia epidemiológica, atención a los pobres, etc. Este depende administrativamente del Intendente y desde el punto de vista técnico, al Médico provincial. Están además como órganos consultivos: *il Consiglio Provinciale di Sanità* y el Laboratorio *Provinciale di Igiene e Profilassi* (Improta, 2012)

Los hospitales estaban organizados en complejos de instituciones de asistencia y beneficencia (Istituti Pii), instituciones locales (Ospedali Provinciali) y mutuales (INAIL; Istituto Nazionale di Previdenza Sociale, INPS *Istituto nazionale* della *Previdenza Sociale).* Pero para atenderse se seguía dependiendo de las mutuales, y éstas dependían a la vez, de lo establecido con los

médicos de base y especialistas, según cada una (Egidi, 2011). Los pobres eran asistidos por el médico particular. La Principal mutual era la *Società del mutuo soccorso*.

1.3) La crisis de los 70s y la regionalización como respuesta

En 1968 y en el marco de grandes luchas sociales, se produce la reforma hospitalaria. Con esta ley todos los hospitales que adquieren personalidad jurídica pública, incluso aquellos que son parte de Institutos de previdencia y la Cruz Roja italiana, constan de un Consejo de administración denominado por Regiones, Provincia y Comuna (Giudicci, 1999).

A las regiones, en anticipo a su reconocimiento constitucional, le fue confiada la programación hospitalaria, la vigilancia de su organización, la gestión del hospital, así como la vigilancia de las instituciones hospitalarias privadas "clasificadas" y equiparadas con la de la red pública. Los hospitales oficiales y los médicos provinciales se convirtieron en funcionarios de la Región sin relación con el Ministerio de Salud.

En 1969, también hay una fuerte reforma del sistema previdencial, por la cual se abandona definitivamente el sistema de capitalizaciones a favor del sistema de reparto. Se extiende a todos los ciudadanos con al menos 65 años y con ingresos limitados. En paralelo, empieza a haber resistencia patronal por el pago de aportes, durante los '70 se discute además del rol de las mutuales en la fragmentación existente, los altos costos del sistema.

Según Giudicci (1999) hasta los primeros años de los 80s, unos 4 millones de ciudadanos estaban excluidos del sistema, el sectorialismo generaba diferencias de calidad enormes, las mutuales pasaban por una situación deficitaria. Por otro lado, se mencionaba la falta de acciones de prevención (Balduzi & Moraino, 2011).

En 1987 se produce una nueva reforma, que marca el fin del sistema mutualista y da origen al sistema actual, de neto perfil estatal de amplia coberturay financiado por el impuesto general sobre el ingreso. Esta reforma instituye ell Servicio Sanitario Nazionale (SSN).

Además, se proponía reducir costos, racionalizando los establecimientos e integrándolos en una sola estructura (Cuadernos médicos Sociales, 1980). Se crea el *Consiglio Sanitario Nazionale* (CSN) y el *Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica* (CIPE).

La gran novedad son las *Unità Sanitarie Locali* (USL) como los organismos generales del servicio sanitario responsables de la erogación directa. Normalmente, todos los servicios debían ser otorgados por estas unidades. Sin embargo, en casos especiales, el paciente podría

dirigirse a la unidad sanitaria local de su elección. (Cuadernos médicos Sociales, 1980; Egidi, 2011). En la misma reforma de 1978 se produce la subdivisión del territorio de cada *Unità Sanitarie Locali* en Distritos Sanitarios, que pasan a ser también responsables de los hospitales. Además se daba la posibilidad a las estructuras privadas de erogar servicios de salud gratuitos.

Las regiones recibirían y otorgarían a las USL una suma per cápita, exceptuando a los gastos de equipamiento que serían otorgados según un Plan Nacional de Salud según número y la edad de la población (Viceconte, 2012).

La ley impone una disciplina presupuestaria estricta: las unidades locales están obligadas a hacer informes trimestrales a las regiones sobre el estado de sus operaciones financieras y les está formalmente prohibido contraer deudas. También se modifica el sistema de provisión de medicamento con el fin de enfrentar el brusco aumento de los gastos por ese motivo. Se instituyó una lista de medicamentos "esenciales" y se incorporó un copago para algunos. También se inicia un proceso de nominalización mediante la entrega a cada ciudadano de libretas sanitarias confidenciales, conteniendo las informaciones médicas concernientes a los pacientes, comenzando por los recién nacidos. (Cuadernos médicos Sociales, 1980).

Se estipula que el personal de las unidades sanitarias locales no podría recibir ninguna otra forma de remuneración que su pago regular. Los médicos clínicos y los pediatras reciben una cápita. Como parte de las negociaciones políticas se incluyeron gastos suplementarios para zonas atrasadas, lo que terminó limitando los alcances del ajuste.

La reforma no modifica una norma clave, la Ley N° 132 de 1968 que reconoce la centralidad de la institución hospitalaria. Éstas siguen absorbiendo la mayor parte de los recursos financiados por el Estado y conserva el monopolio absoluto de la formación. Las USL, muchas veces son precarias y tienen un personal menos preparado. Por todo eso, el Hospital continuó siendo el eje de las decisiones, con un sistema de gestión similar al anterior, en una dependencia solo formal del distrito o de las USL.

Por otro lado, las transferencias a las USL eran caóticas lo que generaba una lucha entre gasto y ajuste difícil de resolver (Agazio, Salerno y Taruscio, 2004). Se inicia un lento proceso de aumento de la convención con los privados para la gestión operativa (PMLI, 2016).

1.4) Debilidades del nuevo sistema, la Segunda Reforma de 1992 y los cambios del 1997-99

En 1990 se lleva a cabo un fuerte ajuste fiscal, que en lo referido al sistema de salud incluye contracciones de las prestaciones previstas por el SSN; la consolidación del ticket (ya instituido en 1989) y un aumento de las contribuciones en salud de las familias; el congelamiento de las contrataciones; y el límite del gasto, muy riguroso para la adquisición de bienes y servicios (Egidi, 2011). También debe mencionarse el derecho a la elección del ciudadano en el ámbito de la estructura pública o privada.

En 1992 hay otra reforma de más peso en el sector salud, el punto central es la constitución de la USL en empresa, la *"Azienda Sanitaria Locale"* (ASL) y el intento de reducir el número de éstas. Se define el concepto de ASL integral, de las que pasan a dependeros hospitales. Se produce la institucionalización de la figura del Director General (elegido en la Región), del Director sanitario de la Azienda y del Director administrativo.

A demás se produce la creación de empresas hospitalarias, dotadas de personería jurídica y autonomía administrativa y económica, gestionadas con criterios de negocios.

Por otro lado, se instaura un modelo de pago a los médicos y a los hospitales basados en DGR con tarifas definidas por las Regiones, así como todo un esquema de revisión de la calidad y de la cantidad de las prestaciones, de resultados y de rendimiento. El gobierno nacional definía estándares de costo promedio de precios y copagos, para limitar el poder de las regiones y asegurarse cierto ajuste. El DGR incluye en su definición costos que reducen las internaciones y la hospitalización.

Es fundamental en la reforma, el hecho de que las Regiones deban hacer frente con sus recursos a las actividades que se realicen por encima del mínimo garantizado o la adopción de proyectos propios. A eso se suma la reducción de transferencias y una serie de premios por gastar menos en los diversos rubros. Además se redujo la cantidad de ingresos de personal, los médicos de base disminuyeron en ese período.

Para aumentar los ingresos, además del aumento del ticket, la reforma obliga a transformar el 5-10% del sitio en camas pagas para que los pacientes deban pagar extras vinculados a la calidad del lugar y sus prestaciones.

En 1996 surge una nueva normativa que exige mayor aporte de las regiones regulando las transferencias nacionales con techos. El rol del Fondo Sanitario Nazionale pasaba a ser el de reequilibrar las diferencias en los recursos regionales. (Viceconte, 2012). En 1998, se pone en

práctica el Indicatore situazione economica equivalente (Isee), un cálculo que simula una situación económica equivalente entre pacientes para la exención del copago.

En 1999 se intenta profundizar el ajuste aunque el Parlamento le pone límites al proyecto. Se establece para los nuevos profesionales la facultad de ejercer la libre profesión solo en el interior de la estructura pública, al mismo tiempo se les bajó la edad de jubilación y de cese del personal médico universitario. Para aquellos que sean ya dependientes y que elijan ejercer en estructuras privadas, está previsto solamente la prohibición de asumir cargos en la gestión de la estructura pública y restricciones económicas. Los privados comenzaron a ser parte del registro de las prestaciones sanitarias a las cuales las ASL y pacientes podían demandar servicios, se instaura con más claridad la libre elección.

Al mismo tiempo se empieza a trabajar con el modelo de cápitas, transfiriendo a la ASL una cuota fija anual por cada sujeto inscripto en la lista y una cuota variable en consideración del alcance del objetivo previsto del programa de actividad, en base al número de asistentes y la productividad del personal. Así se abre el camino a los contratos por tiempo determinado (entre 2 a 5 años) con límites cuantitativos y contratos de derecho privado, con retribuciones atadas a proyectos específicos. Las designaciones son atribución de la ASL.

En la reforma, además se establece como figura única la empresa hospital. Este elemento fue el único contrastado por docentes y rectores. El incentivo económico de la reforma tiene que ver con esta negociación.

En lo que hace a cobertura, surgen nuevos listados para homogeneizar el servicio y las prestaciones en todo el territorio nacional, pero con los copagos de la reforma del 90. Sin embargo, sindicalistas, empresas, asociaciones, Regiones e instituciones locales pasaron a establecer fondos de integración para el reembolso de otro tipo de atención dentro de la estructura hospitalaria. Si bien hay determinadas reglas establecidas, esto genera lo contrario a la homogeneidad que supuestamente se buscaba; en realidad se quería reducir la asistencia gratuita y sanear las cuentas, ese era el fin de la reforma

En la misma línea aparece el “sanitómetro” que amplia de dos bandas a tres bandas los tickets: la “A”, con asistencia gratuita; la “B” con ticket reducido al 50 % para familias con ingresos superiores a los mil euros mensuales; la “C” con ticket al 100 % o más con aumentos para familias con ingresos altos (cerca de 2 mil 500 euros mensuales para arriba).

El sistema sanitario Nacional asegura niveles esenciales de prestación, pero mientras sean compatibles con las finanzas disponibles. En realidad, dejaba a las regiones la responsabilidad

del autofinanciamiento. Para eso, se confirma la lógica de1992 en cuanto a ASL, hospitales y DGR pero se incorpora un modelo de programación en que las prestaciones deben ser definidas en los “acuerdos de programa”, procesos en los que intervienen, diversas entidades autónomas como las ASL, municipios, privados, asociaciones sin fines de lucro y voluntarios, que en el fondo son competitivos entre sí.

1.5) Los 2000. Siempre el ajuste fiscal

En los 2000 siguió primando el problema financiero, la maniobra económica del Gobierno de Amato restableció la cuota fija de 10 euros, por las visitas especializadas, y además la introducción de la cuota de 25 euros para la intervención del *Pronto Soccorso* para pacientes no externos, mayores de 14 años.

.Se estableció que los médicos debían continuar desarrollando por tres años las actividades privadas en sus consultorios simultáneamente con la actividad pública. Se sostienen las figuras profesionales a tiempo determinado de colaboración; se da más impulso a los contratos con las cooperativas de servicios. No hay gran rechazo sindical al respecto.

Ese mismo año se establece el fin del *Fondo Sanitario Nacionale*, dejando a las regiones el compromiso de financiar directamente el propio Servicio de Salud, con fondos de la coparticipación del IVA, los impuestos sobre el combustible, y a la renta. Se establece un fondo equitativo nacional y un criterio de reparto para las regiones. La única obligación que queda en cabeza del Estado nacional es el de asegurar los *Livelli Essenziali di assistenza* (LEA), que nacen a fines de ese año.

En lo que hace a la gestión de la salud, se mantiene el rol del médico de familia, que ahora debe recetar con un límite de gasto por paciente, a fin de lograr ahorro en diagnósticos y medicamentes. Se establece además un copago de casi 100% para medicamentos no genéricos.

Luego vendrán los diversos “*Patto per la Salute*”, que son leyes en que se definen límites al gasto y otros objetivos. El de 2002/2004 tiene el propósito de lograr el equilibrio fiscal, pero debido a la presión de las regiones, fueron reintroducidas las asignaciones estatales con límites de gastos y premios a las regiones dependientes del SSN, sin embargo, la mayoría de las veces no son respetadas (Cantù, Carbone 2007; Foddis, 2014). En 2005 este esquema se retrotrae y hay nuevamente una fuerte “centralización” del financiamiento de la salud, con “Planes de pago” del *Fondo Santario Nazionale*, destinado a las regiones con fuerte déficit

financiero, que deben reducir el gasto y al mismo tiempo deben reformar los sistemas de gestión, incluso, separando de nuevo atención primaria de la hospitalaria, hasta entonces dentro de las ASL. El modelo de "financiamiento negociado" es continuado incluso con el "*Patto per la Salute 2006",* estos mecanismos "de recompensa" se mantuvieron toda la década (Viceconte, 2012).

Luego se tendrá el "*Patto per la Salute 2010-2012*" con importantes repercusiones y la reforma Brunetta del 2009. El primero se propone que Gobierno y regiones acuerden los sectores estratégicos en los que van a operar a fin de calificar el *Servizi Sanitari Regionali* (SSR), para garantizar un mayor control sobre los gastos de salud (Foddis, 2014). A cambio se han incrementado por el período de tres años los fondos nacionales disponibles, pero definiendo el destino de éstos: 5% para la atención de seguros de vida y del trabajo, 51% para la atención en los distritos, 44% para la asistencia hospitalaria. El sistema de financiamiento de la salud, de hecho, se mantuvo fuertemente "centralizado", como modo en que el Estado nacional financia pero exige reformas relativas a la *performance* de los funcionarios públicos en base a un nuevo sistema de pago por resultado y de sanciones.Para eso se establecen nuevamente estándares de calidad (Fidone, 2011).

Además se establecen Organismos independientes de evaluación (AGENAS y ANVUR) que certifican el estado de las evaluaciones (Sismondi, 2010).

En el 2012 nuevamente hay una reforma importante. Hay un reordenamiento de la atención primaria, a través de la constitución de una red territorial integrada del Servicio de Salud y Social, con una lógica multidisciplinar y en base a un principio de colaboración hospital-territorio. Son las "*aggregazioni funzionali territoriali".* El objetivo sigue siendo la deshospitalización. También se plantea en principio, como alternativa, un programa experimental para el desarrollo de redes privadas similares.

Por otro lado, en la reforma, se asume un enfoque de gobierno clínico. En la reforma de 1992 no se explicitaba, pero el perfil general de la misma parecía indicar la predilección por los *managers*. En esta de 2012 el Colegio de la Dirección se convierte en "órgano" de la Empresa que va a unir al Director General y al Colegio de control, puede representar una limitación al poder del Director General. En ambos, casos obliga a las Regiones a elegir a los dirigentes entre una lista regional idónea mediante una comisión compuesta por expertos independientes. En lo que hace al personal, se exige que las Empresas de Salud reconozcan los espacios disponibles para la actividad profesional y al mismo tiempo se elabora un esquema de control de precio y cantidad de las prestaciones.

Respecto al gasto farmacéutico, se intenta incrementar el uso de los genéricos, que sigue siendo relativamente bajo, representando el 19% del volumen (respecto a una media OCDE del 48%). En este período, a su vez, ha aumentado la importancia de la "lista de transparencia AIFA" que prevé un precio de referencia para todas las farmacias con patente caducada. Si se compra un producto con el mismo precio o inferior a ese umbral, no se paga un adicional. Pero si requiere un producto más caro de la categoría, deberá pagar la diferencia.

Gracias a todos los esfuerzos, el gasto de salud per cápita en Italia viene disminuyendo desde el 2013 (OCDE, 2015)

2. El funcionamiento del sistema, con presencia casi monopólica de la salud pública y grandes diferencias regionales

2.1 Generalidades

El Sistema Nacional de Salud tiene características similares desde 1978. Una cobertura universal y financiación a través de impuestos. Todos los italianos y otros residentes en Italia, deben afiliarse al sistema de seguro sanitario.

El órgano central del *Servizio Sanitario Nazionale* es el Ministerio de Salud, con objetivos estratégicos y reglamentarios. También en ese nivel están el *Consiglio superiore di sanità*, *Istituto superiore di sanità*, Epicentro, ISPELS, AIFA, AGENAS (*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*), *Istituto Nazionale Assicurazione contro Infortuni sul Lavoro* (INAIL)

El Ministerio de Salud interviene en las grandes líneas estratégicas y además en la determinación de la asignación de recursos de las regiones y financiamiento del servicio de asistencia general. En 2011 se emitió el reglamento de organización, en el cual se creó una oficina general de los recursos, de la organización y del balance dependiente del Ministro con competencias transversales.

Además, subsiste el Departamento de la Programación y del ordenamiento del *Servizio Sanitario Nazionale*, que interviene en un proceso central: el *Piano Sanitario Nazionale* (PSN) de nivel parlamentario pero propuesto por el Ministro, en el que se definen los *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), que el SSN debe garantizar a todos los ciudadanos. Estos indicadores surgen de ponderadores en que están previstas las diferencias socio-demográficas regionales,

pero la tendencia buscada es la convergencia, es decir, que los objetivos sean similares para toda Italia. (Ferre, 2014)

El *Consiglio superiore di sanitá* (CSS) es el órgano consultivo técnico del Ministro, que propone el estudio de los problemas específicos, la investigación científica e investigaciones sobre acontecimientos de interés en el campo de la salud y la higiene; propone a la administración de la salud la formulación de un diseño de normas y medidas, y la formulación de un estándar constructivo y organizativo la para edificación de hospitales. También asesora en el uso de medicamentos y dispositivos médicos.

Por otro lado está el *Istituto superiore di sanitá* (ISS) que es el principal órgano de investigación científica, experimentación clínica y desarrollo tecnológico. Es autónomo. Además realiza inspecciones, control del Estado, etc.

La *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali* (AGENAS) es un ente público no económico que desarrolla funciones de monitoreo, evaluación y de formación a nivel nacional y regional. Creado en 1993 debe regular la tecnología y su uso, y sostener objetivos prioritarios biomédicos y sanitarios. La *Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) es la autoridad de competencia nacional que regula la actividad farmacéutica. Es un ente público autónomo, y esta bajo la supervisión del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía, con funciones similares. Ambos tienen el objetivo del equilibro entre uso de tecnología y presupuesto.

Epicentro es otro ente que persigue el objetivo de mejorar el acceso a la información epidemiológica sobre todo mediante el uso de internet en red con todo el sistema. Es fundamental para la actualización profesional. De todos modos, no parece haber tenido gran impacto.

Debe mencionarse además el ISPEL (*Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro*), en el campo de la prevención de los accidentes o enfermedades profesionales y la seguridad en el trabajo. Este ente ha sido absorbido en 2010 por el histórico l'INAIL, decisión que ha sido cuestionada.

Pero en línea con la reforma de 1978, son las regiones las que tienen mayor responsabilidad en la organización, a través de las Agencias Sanitarias Locales (ASL) que atiende a a las personas inscritas según lugar de residencia.

Además están las ARS, *Agenzie Regionali di Sanitá*, que desarrollan un rol de soporte técnico a la Región y para las Empresas de salud, con análisis e investigación que se concreta con reportes y evaluaciones, indicadores de inclusión y la calidad de las intervenciones del Servicio de Salud. De las regiones dependen los Caps y muchos hospitales.

En este nivel se reproduce la programación central a través de la Conferencia permanente para la programación socio-sanitaria regional y local. Luego, en el nivel inferior el *Piano di Dipartimento* que define las actividades y el uso de los recursos disponibles a nivel provincial. Las ASL desarrollan el Programa de la Actividad territorial (PAT).

En 2012, el gasto en salud del país (9,2%) fue casi igual a la media de la UE (9,6%). Durante gran parte de este periodo (1990-2012), Italia fue uno de los que más gastó, junto con España y los Estados Unidos, pero desde el año 2009, la mayoría de los países del grupo han visto una disminución en el gasto y han convergido en torno a la media de la UE. El Gasto sanitario total por habitante es de 3.012 euros contra un promedio de la UE de 2.740, más bajo que Alemania o Francia (OCDE, 2013).

El gasto público representa el 53% del gasto total. Este creció más que el privado pero ambos vienen aumentando menos (Armeni y Ferré, 2013). De 2000 a 2005 el gasto público creció 6,6% y de 2006 a 2012 el 2,2%; los gastos privados lo hicieron un 2% y un 1% respectivamente. Solo el 15% de la población tiene seguros privados que cubren costos no cubiertos por el seguro público. Los pagos por el régimen de seguros voluntarios han perdido importancia cuando, en 2009, el primer ministro ha prohibido la compra de pólizas de seguro por parte de los funcionarios públicos (Empleo, Asuntos Sociales e inclusión, 2012).

Es evidente, por un lado, que la crisis económica ha reducido la renta disponible de los hogares y, por el otro, debido a las políticas de contención de costos en el sector público, los pacientes pueden verse obligados a pagar mayores copagos. A este respecto, es interesante observar la aparición de iniciativas de bajo costo en el sector privado (por ejemplo, para el cuidado dental y de los ojos), que se proporcionan principalmente en la forma de servicios con descuento. La estrategia principal frente a la crisis ha sido que las regiones sean más responsables en la prestación del paquete de beneficios, manteniéndose dentro de las limitaciones financieras. En 2011 el Decreto Salva Italia y en 2012 la norma de Revisión de Gastos y Ley de Estabilidad redujeron directamente los flujos de financiación a las regiones para la salud pública. Esto fue compensado por el aumento de los copagos. También se redujeron los gastos de subcontratación de proveedores privados acreditados, incluso el gobierno impuso una reducción del 5% en el valor de la compra de contratos de bienes y servicios médicos firmados

por las organizaciones de salud pública (incluyendo dispositivos médicos, pero con exclusión de los productos farmacéuticos). La medida pone gran énfasis en la homogeneización de los precios de bienes y servicios médicos en todo el país.

Más recientemente, se han introducido requisitos más estrictos, como reducir el número de camas de hospital (a 3,7 camas por cada 1mil habitantes frente a 4 anteriormente), un sistema de límites de admisiones, y también la reducción de la duración media de la estancia. Además, se limitaron las transferencias a las regiones de programas específicos.

Respecto al modelo de tickets, en procedimientos diagnósticos, medicamentos, visitas al especialista, están exentos los mayores de 65 años y personas con ingresos familiares menores de 36.152 EU anuales, personas con enfermedades crónicas o raras, discapacitados y otro grupos de similares características (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

Según autores como Egidi (2011) el sistema sanitario italiano es calificado según la OMS (Organización Mundial de la Salud) como uno de los mejores de Europa. Sin embargo, las criticas son fuertes y giran en torno a la mala atención, debido a problemas de presupuesto y gestión, limitada atención en el uso innovativo de la tecnología de la información y de la comunicación, déficit de información, etc.

La respuesta ha sido un difuso proceso de centralización de parte de la Región de funciones o decisiones delegadas a la Empresa sanitaria, pero esto supondría de parte de la Región la capacidad de tener y hacer uso de la información necesaria para gestionar las diversas problemáticas, cosa que no sucede. En estas condiciones, las necesidades siempre exceden los techos al gasto impuesto exógenamente, generándose un elevado endeudamiento y nuevos "Planes de regreso" que existen desde el 2005 (Tanese, 2011). El modelo de programación de los '90 en este contexto se ha desdibujado.

Tal vez el problema sean las diferencias regionales. Según Ferre (2014) mientras que el gasto en salud pública per cápita varió ampliamente en 1990 entre Calabria (586 EU) y Emilia Romagna (856 EU), para el 2012 las diferencias regionales se habían reducido a entre -10,2% y + 17,7% de la media nacional.

Bertin (2013) dice que si se excluyen las regiones de Molise y Basilicata, el resto presenta un gasto público corriente per cápita para la medicina convencional (médico general) sustancialmente homogénea. Sin embargo, se observa una gran diferencia de densidad de población entre los distritos pertenecientes a diferentes regiones, que hasta ahora no resulta

explícitamente considerada en las decisiones de organización. Este es uno de los problemas que originan las diferencias de calidad.

Las diferencias se explican por la heterogeneidad estructural existente, pero además, el otro gran problema es la existencia de diversos modelos de gestión. Por un lado, el modelo competitivo que se basa en el orden entre organizaciones sanitarias, con fuerte aporte privado, típico de la región de Lombardía, y por el otro, el modelo cooperativo o integrado entre las diversas organizaciones sanitarias y que se encuentran en las regiones del centro (Toscana, Emilia Romagna) y en el norte (Veneto, Friuli Venezia Giulia) la cual refiere a una planificación negociada y con una fuerte presencia estatal. Por último, el modelo residual- incremental o burocrático que aún esta presentes, en buena parte, en la región sur (Campania, Calabria, Basilicata) (Tognetti & Bordogna 2010). Según Abbafati y Spandonaro (2011) falta en el sur una decisión política por la elección de un gerente mejor, y la creación de una cultura de empresa más favorable al cambio. Para estos autores hay ausencia de capital social.

Los resultados están a la vista. Según un estudio de calidad referido al año 2008, hecho por Fondazione Res citado por los autores mencionados, entre la última región del Centro- Norte (la Liguria, que obtiene un puntaje de 64,8) y la primera del Sur, (la Basilicata, puntada con 45,7%) hay cerca de un 50% de diferencia. Los mejores servicios de salud regional son el de Friuli Venezia–Giulia, Emilia–Romagna y Toscana, mientras que los peores son el de Calabria y Campania. Tal delicada situación favorece siempre los flujos de movilidad de los pacientes tendencialmente del Sur al Norte.

2.2) La experiencia de la Azienda Sanitaria Locale como gestora a partir de la atención primaria.

La ASL tiene como función principal garantizar niveles esenciales de asistencia previstos en el Plan Sanitario Nacional. Incluye medicina general de forma ambulatoria y domiciliaria, asistencia integral, asistencia especializada ambulatoria, asistencia farmacéutica suministrada por las farmacias locales, suministro de prótesis y ayuda para los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales. La emergencia se resuelve en la ASL que cuenta con ese servicio, o en Hospitales 24 horas del *Pronto Soccorso*, que tiene un servicio nocturno a domicilio. Los *Dipartamenti di Emergenza- Urgenza Accettazione* (DEA) representan un conjunto de funciones de unidad operativa, también dependientes de la ASL. La ASL puede enviar al paciente a estructuras concertadas por el SSN.

La ASL opera con fondos nacionales específicos, fondos regionales y con niveles adicionales de asistencia previstos por las comunas en el Plan de acción local. Dependen del Director de Salud, del Director administrativo que ayuda al Director General, el Consejo de Salud y el Colegio de Dirección.

El paciente debe acudir a su centro local de salud para inscribirse en el Servicio Nacional de Salud y obtener una tarjeta sanitaria (*Tessera Sanitaria*), sean desocupados o aporten al régimen nacional de la Seguridad Social. En el momento de su inscripción debe elegir a un médico de familia entre los que figuran en las listas de médicos concertados en el Servicio Nacional de Salud, aunque la posibilidad de elección es escasa.

Para acceder a la atención especializada necesita la prescripción del médico genérico o bien, para algún servicio como la asistencia odontológica, está previsto un acceso directo a través de un sistema de reserva centralizado.

El contrato de los médicos de medicina general y pediátrica prevé, salvo excepciones, que cada médico de atención primaria asista un máximo de 1500 pacientes adultos (de 13 años o más), y cada pediatra 800 niños (con edad inferior a 14 años). Existen territorios en los que, por carencia de médicos pediatras o por la libre elección de los padres, se ha permitido que los niños sean atendidos por los médicos generales (Quoditianosanitá, 2013).

Junto a estas USL, desde 2005 existen las *Unità Territoriali per l'Assistenza Primaria* (UTAP), un lugar en el que la mayoría de los médicos se agregan, con una franja horaria muy amplia y sobre todo con la potencia del personal de enfermería y administración; y en 2009 surge la unidad compleja de asistencia primaria (UCCP) organización multiprofesional que brinda, en coherencia con la programación regional, beneficios sociales a través de la coordinación y la integración de los médicos, de otros profesionales asociados con el SSN, mediante fondos de proyectos.

La *Aggregazione Funzionale Territoriale* (AFT) nace en el año 2012 con la ley Balduzzi y es otra forma de red con un número de médicos no inferior a 20 y una población asistida no superior a 30 mil. Se diferencia de los otros modelos en que se definen objetivos convenidos con la Empresa sanitaria sobre todo en enfermedades crónicas.

En realidad desde los 2000 todas las regiones se han puesto como objetivo crear una estructura de gestión multiprofesional y asistencia 24hs. El esquema es compatible con un lineamiento del *Patto per la Salute* 2012 que pone énfasis en la valoración de la actividad integral (ISTUD, 2013).

El modelo ha sido discutido, en principio porque –sobre todo al sur- no ha generado mejoras sensibles en acceso y calidad, se ha cuestionado el estilo empresarial, entre otras razones, porque no ayuda al trabajo colectivo y multidisciplinario.

2.3) El predominio de los hospitales públicos y los nuevos hospitales autónomos italianos

Hemos detectado la presencia de tres formas de hospital: la Empresa Hospitalaria gestionada por la ASL; los hospitales de gestión directa que son estructuras independientes, de gestión autónoma y dotados de poder de compra, generalmente con un área de influencia regional; y los *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* (IRCCS), también autónomos, que persiguen propósitos de investigación. Los dos últimos surgen de la reforma del 2003 y representan una forma de transformación de los institutos públicos en fundaciones. Hay IRCCS públicos y privados. (Ministero della Salute, 2016).

La asistencia hospitalaria es brindada a través de 669 estructuras públicas y 559 hospitales privados en acuerdo con las ASL (Progress Consulting S.r.l. e Living Prospects Ltd. ,2012). El 68% de la estructura pública está constituido por hospitales gestionados por la *Aziende Sanitarie Locali*, el 10% por la Empresa Hospitalaria tipo trust, y el restante 22% de otro tipo de hospital público (Policlinici Universitari e Istituti di ricovero di carattere scientifico).

El SSN dispone de un poco mas de 215 mil camas para pacientes internos, de los cuales el 21% son privados, contra el 7% de 1998. Hay entonces 4,1 camas por cada mil habitantes (5,3 en Molise; 3,6 en Umbria; 3,4 en Campania). *El Patto per la Salute 2010-2012*, prevé la adopción de un adecuado programa sobre la asignación de camas, con el objetivo de bajar el número, pero hasta ahora el impacto es bajo. El ciudadano puede acceder a la atención en forma gratuita (pagando eventualmente el ticket) en la institución de salud de su elección, públicos o privados acreditado con el SSN, con un mecanismo mucho menos rígido que en los años 80s (di Francesco, 2008).

El 52% de los hospitales públicos, en el 2010, estaban equipados con un departamento de emergencia y mas de la mitad del total de las Instituciones (60,1%) contaba con un centro de reanimación. El *Pronto Soccorso* está presente en el 80% de los hospitales y el *Pronto Soccorso pediátrico* esta en el 15,5% de los hospitales (della Salute, 2013). En cuanto a los equipos técnico- biomédico, sobresale el sector público, con cerca de 107,1 mamografías cada

1 millón de habitantes, y con valores superiores a 150 en otras regiones como Umbria, Marche, Molise.

Según Bertin (2013) la mayor cantidad de servicios hospitalarios mixtos con erogación pública se dan en Piemonte, Trentino, Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romangna e Toscana. Los que tienen prevalencia de financiamiento y gestión pública son Liguria, Umbria y Basilcata. Con servicio hospitalario privado, y erogación territorial mixta, Lazio, Abruzzio y Calabria, y con erogación privada Campania y Sicilia.

En una encuesta del Eurobarómetro (2012) de la UE, Italia tuvo una de las puntuaciones más bajas en términos de percepción de la calidad de la prestación de atención de la salud de los ciudadanos, ocupando el puesto 20. Además, se muestra el segundo mayor descenso (después de Grecia) a partir de 2011 y el mayor cambio general de los ciudadanos de una buena opinión general a una mala (Comisión Europea, 2012). A nivel nacional, una encuesta de 2010 encargada por el Ministerio de Salud reportó una variabilidad geográfica considerable del grado de satisfacción con el sistema de atención de la salud por parte de los ciudadanos (Ferre, 2014). La percepción de la calidad y los indicadores de satisfacción para la mayoría de los servicios de salud fueron consistentemente más altas en el norte de Italia que en el sur.

Los tiempos de espera representan un tema crítico tanto en las ASL como en el hospital, en contraste con la mayoría de otros países de la OCDE. Se intentó un Plan Nacional de Listas de Espera en 2010, que no obtuvo grandes resultados (de Belvis et al., 2013). Los médicos no tienen incentivos para cooperar porque así mantienen la demanda del estudio privado (Ferre, 2014). Aunque naturalmente las experiencias al norte son más exitosas.

2.4) Los médicos de familia y los médicos de los hospitales.

Según la OECD, en Italia hay 4,2 médicos y 6,1 enfermeros cada mil habitantes, cifras no muy lejanas a la media europea. Tiene menos enfermeros que Alemania España, Francia, Inglaterra, donde se observa una mayor equiparación de profesiones de la salud. Hay grandes diferencias regionales.

Los organismos que intervienen en las regulaciones son el Ministerio de Salud y como ente no gubernamental, el Consejo Nacional de Salud, asesor del ministerio en el tema de planificación de recursos humanos y otros.

Los médicos de la atención primaria pueden elegir entre trabajar a tiempo parcial o completo para el SNS. Pueden, al mismo tiempo atender a privados siempre que el tiempo dedicado a éstos no interfiera con su contrato con el SNS.

La forma de pago en la AP es por capitación según el número de pacientes que tienen registrados, más un componente de pago-por-servicio para actividades específicas, como visitas al hogar. También hay un componente adicional por indicadores de rendimiento (a nivel regional). Estos incentivos surgen en el Contrato de Trabajo del 2000 y fueron modificándose. En 2012 se han modificado los criterios de aptitud (Ferre, 2014) y se ha promovido la formación voluntaria.

El pago de la atención hospitalaria se basa en las tarifas DRG, aunque en general se complementa con otros métodos de pago tradicional, impuestos empresariales e IVA. Existen considerables variaciones inter-regionales en el sistema de pago. A los médicos asalariados se les permite trabajar en privado dentro de las instalaciones del Servicio Nacional de Salud y luego pagar un porcentaje de sus ingresos a esa instalación. En relación a los niveles de retribución de los médicos, un estudiante de una especialización, por ejemplo, ronda los mil 800 euros netos al mes.

El médico que ha concluido su especialización y que trabaja en un hospital, cuenta con un salario mensual que va desde mil 900 euros hasta 2 mil 900 euros mensuales, dependiendo de la antigüedad del médico, de los eventos extraordinarios, de la localización y del turno realizado. Un primario dentro de un hospital, sin embargo, puede cobrar 4 mil 500 euros netos.

Un médico de familia gana 5 mil euros al mes, los médicos que trabajan en el hospital pueden ganar el dobl según la antigüedad (FNOMCeo, 2011). Son los médicos mejor pagados de Europa.

Según Marco (2006) desde los inicios hay una subordinación de los médicos italianos al poder político. Los "*Ordini dei sanitari",* nacen en este contexto, mas bien para luchar contra el abuso en la salud, pero con escasos porcentajes de inscriptos y una influencia modesta. Antes de la segunda guerra mundial nace la *Federazione degli ordini dei sanitari* (Fos) pero siguieron sin incidir. Durante el fascismo y hasta la posguerra, se produce un aumento de la atención mutualistica a costa del ajuste de los honorarios de los médicos, incluso en los límites mínimos. En la posguerra se restablece el orden de los médicos y después nacen los colegios y numerosos sindicatos. En 1968 se producen las más importantes luchas para oponerse a la limitación del libre ejercicio entremuros, logran frenarla y obtienen importantes reconocimientos económicos por el servicio hospitalario sin excluir el servicio privado.

Durante el camino largo hacia la reforma de 1978 los médicos apoyaron, pero limitadamente, el logro de grandes áreas de autonomía contractual y nuevos reconocimientos económicos. La reforma tuvo el apoyo de las enfermeras ya que así obtuvieron la propia caracterización profesional. La reforma del 92-99 genera rechazos, las grandes manifestaciones en plazas lo demuestran. Las divisiones jugaban un papel clave. Específicamente la reforma del 1999 recibe el apoyo de los médicos del hospital a través del Anaao que habla de "una salud calificada en la que los médicos son finalmente protagonistas y no solo una figura del jefe del servicios (Repubblica. It, 1999); Fimmg (médico de familia), Sumai (médico ambulatorio), Andi (dentista), si no la tambien la Federazione dell' Ordine dei medici (Fnom), dicen que "los médicos y los ciudadanos se convierten finalmente en protagonistas del *Sistema Sanitario Nazionale*. La Cimo plantea que "los contenidos del decreto delegado son anticonstitucionales", también los médicos especialistas adherentes a Umsped (anestesia y reanimación, laboratorio y radiología), el hospital primario del Anpo y los médicos de hospitales del Coas se enfrentan: "La reforma aplana la carrera medica y restituye el poder de la gestión política, reforzando al Director general". Ese mismo año se negocian nuevos perfiles profesionales; otros acuerdos se van a dar en los años 2000 y 2001.

2.5) La política de medicamentos basada en genéricos

Como se dijo, la atención farmacéutica está regulada por la *Agenzia italiana del fármaco* (AIFA), que es responsable de la autorización, el monitoreo, la determinación del precio y el reembolso de los productos farmacéuticos. Se encuentra disponible un listado de medicamentos que han dejado de ser autorizados desde el inicio del año 2008, con sus particulares razones, dentro de la página web oficial de la AIFA.

Los medicamentos pueden ser entregados directamente en las ASL o en las farmacias de todo el territorio. Las farmacias podrán ser públicas o privadas. La compra se realiza contra reembolso que va de 0% a 100%, según el caso.

Italia tiene un sector de laboratorios fuerte, con productividades superiores a la media de la industria.

Los datos sobre el gasto farmacéutico per cápita en dólares en el año 2012 para Italia fue de 496 euros, contra 651 de Francia y 668 de Alemania (OECD, 2013). Hay una cuota del 75% de reembolso por el SSN. La diferencia entre las regiones del norte y sur es evidente, éstas últimas presentan niveles más altos de gasto (Osservasalute, 2012).

La cuota de mercado de los medicamentos genéricos se cuadruplico al año 2000, contribuyendo a la reducción del precio y de los gastos. Todavía, la introducción de medicamentos genéricos es relativamente baja en Italia, presentando, en 2003, el 19% del merado farmacéutico total del volumen (respecto a una media de OCDE del 48%) y el 11% en valor (menos de la mitad de la media OCDE, igual a 24%). Además, en Italia la cuota de gasto farmacéutico público es relativamente bajo respecto al resto de los países de OCDE.

Desde 2012, se tomaron nuevas medidas para reducir el gasto, incluso reduciendo el número de farmacia por habitantes. También se estimuló el gasto en medicamentos genéricos que ya supera el 30,4% del gasto farmacéutico total, siendo igualmente inferior al promedio europeo (Ferré, 2014)

2.6) La debilidad de la Investigación en un contexto de baja capacidad estatal

Italia invierte en I+D el 1,1% de su PBI, incluso por debajo de España; el 75% corresponde a inversión privada. Como muestra EFPIA (2015), en valores absolutos está séptima en I+D en Europa , lejos de Alemania, Suiza y el Reino Unido, pero por encima de España, Países Bajos y Suecia. Esta fuera de los 20 países en cuanto a patentes en vigor, pero en los últimos años estuvo octava en aprobaciones.

El organismo rector es el *Ministero dell'Istruzione*, *Università e Ricerca* y el Ente de la investigación (CNR). En 2014 se ha aprobado el *Programma Nazionale della Ricerca 2015-2020,* siendo la salud uno de los sectores que se sigue priorizado.

El principal fondo es el de Promoción de la innovación dependiente del Ministerio de la Innovación. También es importante el Fondo para el Desarrollo Sostenible del Ministerio de Desarrollo. Actualmente, existe la línea de Industria Sostenible que tiene entre los rubros claves la biotecnología. En cuanto al crédito fiscal, Italia venía retrasado, pero desde 2014 funciona correctamente, aunque aun con niveles limitados; lo mismo sucede con la deducción fiscal regional de los salarios de los empleados en I+D (A.T. Kearney, 2014)

Los principales actores publicos que reciben fondos son los investigadores universitarios y de los centros del CNR, hay una opinión generalizada de que la universidad italiana produce poca investigación y alejada de las necesidades productivas. Hay poca asociación público-privada. Para mejorar este diagnóstico y hacer propuestas, se crea en 2010 la *Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca* (ANVUR), pero que no parece tener una performance destacada.

En lo que hace a la salud, las prioridades están establecidas por la *Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità*, en el CNR sobresale el *Istituto Superiore di Sanità*, dependiendo de el los centros de *ricerca*.

Ya se menconó que a nivel nacional, la autoridad de aplicación en cuanto a evaluación de tecnologias es la *Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA). Existe además un Comité Nacional de Bioseguridad, Biotecnología y Ciencias de la Vida de la Presidencia del Consejo de Ministros. No surge como un ejemplo importante.

Debe mencionarse además la *"Reti strategiche per lo sviluppo delle biotecnologie in Italia*". Es un proyecto desarrollado por el Comité mencionado, que prioriza la investigación en oncología, neurodegeneración cardiovascular, medicina regenerativa, nanomedicina, biotecnología vegetal y bioenergía.

También la *Innovation Flow*, un proyecto nacido de la colaboración entre Farmindustria y la Sociedad Italiana de Farmacología (SIF), para facilitar las interacciones entre científicos básicos y empresas farmacéuticas, con el fin de promover la transferencia de tecnología entre la academia y las empresas , pero por ahora parece haber solo un portal.

A pesar de las críticas, Italia tiene una vasta experiencia en investigación. Por ejemplo, en oncología, es el quinto país en el mundo por el número de publicaciones científicas. En actividades de desarrollo clínico, que representan más del 55% del gasto mundial en I + D, Italia ocupa la 23° lugar y la tercera posición en cuanto al número de pacientes incluidos en ensayos clínicos realizados por empresas farmacéuticas, aunque los datos estén tendiendo al declive (A.T. Kearney, 2014). Pero lo que dicen (Grazia Chimenti & Otros, 2015) es que las empresas que quieren actuar en este contexto se enfrentan con diferentes actores y diferentes marcos regulatorios. Esta situación ha generado dentro de la empresa la necesidad de disponer de personal dedicado a la comprensión de las diferentes realidades y el diálogo con los distintos responsables de la toma de decisiones situados en todo el territorio.

En relación a la participación de Italia en la industria farmacéutica global, debe decirse que sus firmas están lejos de Alemania, RU y Francia. En su sector farmacéutico, hay 33 empresas grandes, los proyectos se centran en oncología, neurológicos, en el campo de la inflamación y enfermedades autoinmunes. Es un sector exportador tanto de drogas como de vacunas que viene ampliando los negocios en los últimos años.

Hay 199 empresas que desarrollan biotecnología, de las cuales 148 están activas en el campo de los productos farmacéuticos. Las dedicadas a vacunas son 19 (GraziaChimenti& Otros, 2015). Las firmas tienen que lidiar con el bajo gasto per cápita de remedios.

2.7) Los TICs en salud en la comparación internacional: la materia pendiente de la salud italiana.

Italia ha tenido diversos entes que impulsaron el uso de TICs en la administración pública. La *Agenzia per la diffusione delle tecnologie per l'innovazione* fue reemplazada por la *Agenzia per l'*Italia *Digitale* (AgID), y en paralelo se disolvió el *Dipartimento per l'innovazione tecnologica* de la *Presidenza del Consiglio dei ministri*. En general, las regiones tienen su propia autoridad en la materia.

De la Agencia depende el presupuesto para compra de infraestructura de TICs y buena parte de su actividad parece centrada en ellos. Actualmente existen las convocatorias de *"ICT-Agenda Digitale"* pero en el marco de la innovación (Grazia Chimenti & Otros, 2015).

En el Ministerio de salud, esta temática depende de la *Direzione generale della digitalizzazione*, del sistema informativo sanitario y della statistica. De ella depende el Nuevo Sistema de Información de Salud que tiene múltiples objetivos pero que en la práctica gira en torno del sistema universal de registros electrónicos que debería permitir la informatización de la "*Tessera sanitaria"* y lograr la receta electrónica.

Pero la atención primaria no está cubierta y en la actualidad solo contiene información administrativa sobre la atención prestada, ya que la información médica parece más difícil de reunir. No existe un identificador único del paciente a nivel nacional. Sí se ha avanzado en la codificación de los conceptos (Donatini, 2016).

En cuanto a la HCE, ya estaría todo preparado en términos de normas, de equipos, incluso en farmacias, pero lo que aun no se logra es completar los contenidos informativos y aumentar el uso. Algunas regiones han avanzado más que otras, por ejemplo,Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto y Trento la promocionan como completamente vigente.

Analizando los medios virtuales, surgen una buena cantidad de casos a mencionar, por ejemplo la Red regional SOLE USL de la Regiòn de la Emilia- Romagna, una red que vincula a los médicos de diversas especialidades entre sí, con los centros de Salud, hospitales y estructura administrativa._ En la región de Venecia se ha desarrollado la plataforma Enterprise Service Bus (ESB) llamada Healthshare, que optimizó el registro con una mejor comunicación, incorporando aplicaciones móviles. La Regione Lombardia impulsó en la misma dirección el DIAB13, que integra a los ocho hospitales públicos de Lombardia de diabetes. Fue el modo de impulsar el registro electrónico.

En cuanto a e- seguimiento, la región de Lombardía anuncia el servicio “Hola Mama”, brindado a través de skype para responder a las dudas referidas a bebes luego de su hospitalización. Pueden comunicarse a través del monitor con un neonatólogo médico y una enfermera. Las ASL de Monza y Brianza presentan una nueva APP para sacar turnos en ASL, se llama *"ASLMoBile"* y está disponible en los celulares. El *Istituto Ortopedico Galeazzi* de Milan desarrolló un software que permite monitorear el pos operatorio y mejorar la comunicación entre médicos, pacientes y fisioterapistas. La Lombard Foro App presenta las aplicaciones de Humanitas para proteger la vista en iPad y iPhone, hay pruebas y juegos y ejercicios sencillos para reducir el estrés y la fatiga de los ojos, justamente por el uso de celulares. Otro proyecto es el de la ASL de Varese de dibujos animados para prevención en HIV.

La Región del Veneto publicita sobre todo el servicio de reserva On-line, cambio de médico, etc. Una innovación importante es que los empleados de algunas grandes empresas pueden hacer estos trámites en el portal de su propia empresa.

En la recolección realizada de páginas virtuales, surge, por ejemplo que De nuestro relevamiento surge que, a nivel nacional, el Ministerio tiene una web estéticamente interesante y con un buen porcentaje de notas definidas útiles, incluso con links a servicios. A diferencia de España, las páginas de las regiones (Lombardia,Puglia, Veneto y Campania) son más pobres, fundamentalmente las del sur. Lombardía y Veneto tienen todo un discurso de redes e innovaciones, pero sus páginas tienen un porcentaje de contenidos útiles inferiores a la media.

Bibliografía

A.T. Kearney. (2014). Ci serve davvero un'industria farmaceutica nazionale? Quali obiettivi e interventi di politica industriale per il settore farmaceutico italiano. A.T. Kearney. https://www.researchitaly.it/uploads/14174/Bioeconomia_ATKearney_Ci%20serve%20un'industria%20farmaceutica%20Sep'14.pdf?v=f9b7468

Agazio, E., Salerno, P., & Taruscio, D. (2004). Principali cambiamenti legislativi introdotti dalla Reforma Bindi. (DL.vo 229/1999). Servizi socio-sanitari: dalla Legge 833/1978 alla devolution. RAPPORTI ISTISAN.

Agenas, ufficiale la nomina di Coletto, le critiche dai deputati Cinquestelle. (8 de Julio de 2016) Rifday. Disponible en: http://www.rifday.it/2016/07/08/agenas-ufficiale-la-nomina-coletto-le-critiche-dai-deputati-cinquestelle/

Antonelli, V. *L"azienda sanitaria locale: struttura e funzioni* . Amministrazione in camino. Rivista elettronica di diritto dell´economia e di scienzia dell´amministrazione a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet" http://amministrazioneincammino.luiss.it/app/uploads/2010/04/Aziende.pdf

Balduzzi, R. & Moirano, F. (2011).*La rete dei Distretti sanitari in Italia. Monitor.* Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. 8° Supplemento al numero 27. Agenzia nazionale: Roma

Bertin, G. (2013). I sistemi sanitari regionali: una proposta di classificazione.Verso differenti sistemi sanitari regionali.

Bertoglio, S. (14 de Agosto de 2006) *EpiCentro: un portale di epidemiologia dell´Istituto Superiore di Sanitá.* Participasalute. Disponible en: http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/220

Bignami, G. (2001). Origins and subsequent development of the Istituto Superiore di Sanita in Rome. Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita. Italy.Catelani, A. (2010). La sanità pubblica (Vol. 40). Wolters Kluwer Italia. http://www.iss.it/binary/publ/publi/0344.1109237149.pdf

Bordogna, M & Ornaghi, A. . (2010). *La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato*. Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010 Sessione: nr. 7 Napoli. http://www.espanet-italia.net/conferenza2010/programma/edocs/1C/1C_Tognetti-Ornaghi.pdf

Cerruti, A.; Faillace, R.; Pessina, L.; Poli, A.; Robotti, A y Valente, I. (2013) "Le figure professionali emergente Il mondo farmaceutico che cambia". Fundazioneistud. Project Work

“Scienziati in Azienda” XIII edizione. Disponible en http://www.istud.it/up_media/pw_scienziati/figure_professionali.pdf

Cofindustria (2015) *Il valore della filiera della salute per l’Italia e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.*

Cuadernos médicos Sociales. (1980). El Servicio Nacional de Salud en Italia.

De Simone, M. (2002). Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell’Archivio centrale dello Stato. *Popolazione e storia*, *3*(1), pp. 143-156. http://popolazioneestoria.it/article/view/259

Della Salute, M. (2011). Relazione sullo stato sanitario del Paese. Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema Informatico e Statistico Sanitario.

Della Salute, M. (2013). Attività gestionali ed economiche delle Usl e aziende ospedaliere–anno 2010.

Di Francesco, D´a. (2008) La sanità privata in Italia. *Panorame per i giovani*, (N° 2) pp 40-43.

Disciplina dei servizi e degli organi che esercitano la loro attivitá den campo dell´igiene e della sanitá pubblica, Decreto Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961.

Donatini, A. (2016). The Italian Health Care System, 2015. The Commonwealth fund en Mossialos y otros. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf

Egidi, R. (2011). Il servizio sanitario nazionale italian. Profili generali.http://www.usc.es/revistas/index.php/dereito/article/viewFile/129/58

Empleo, asuntos sociales e inclusión. Comisión europea. (2012) *La Seguridad Social en Italia*. Unión Europea. http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Italy_es.pdf

En http://capacitasalud.com/biblioteca/wp content/uploads/2015/03/n14a042.pdf

Fares (2014) Le novità del D.M. Salute 18 novembre 2012. www.treccani.it/enciclopedia/le-novita-del-d-m-salute-18-novembre-2012_(Il-Libro-dell'anno-del-Diritto)/

Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., ... & Maresso, A. (2014). Italy: health system review: en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf

Fidone, G. (2011). Eficacia y eficiencia en la reforma italiana de la Administración pública (la llamada reforma Brunetta): de las medidas para la optimización de la productividad del empleo público a la" acción por la eficiencia". Revista de administración pública, (186), 371-388

FNOMCeo (2011, 24 de Octubre) “Stipendi dei medici in Europa: i camici bianchi italiani possono sorridere” Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degliOdontoiatri Disponible en https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=84298

Fontana, T. L’arcipelago dei ticket sanitari nel nostro Paes. La necessità di un profondo ripensamento della organizzazione sanitaria che va salvaguardata nei suoi cardini bas. http://www.tuttosanita.it/ArchivioDocumenti/Interventi/I%20TICKET%20%20SANITARI.pdf

Giusti, G. (Ed.). (2009). *Trattato di medicina legale e scienze affini* (Vol. 1). Wolters Kluwer: Italia. http://shop.wki.it/documenti/00100268_ind.pdf

Grazia Chimenti, M., & Otros. (2015). Rapporto sulle biotecnologie del settore farmaceutico in Italia – 2015.EY. http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Rapporto_sulle_biotecnologie_del_settore_farmaceutico_in_Italia/$FILE/Rapporto-Farmindustria-2015.pdf

Guiducci, P. L. (1999). *Manuale di diritto sanitario* (Vol. 23). FrancoAngeli.

http://giuriweb.unich.it/plevano1.html

Improta, G. (2012) Il Servizio Sanitario in Italia ante Riforma Sanitaria “ter”. Management ed Automazione dei Sistemi Sanitari Corso di Laurea in Ingegneria Biomedica. Lezione del 28.02.2012. Dottorando in Bioingegneria D.I.B.E.T. – Università degli Studi di Napoli “Federico II”
http://www.webapp.it/pluto_h725_clienti/OFFICINA_STUDENTI_1440606206/pdf_prodotti/658/Management_ed_automazione_dei_sistemi_sanitari_MASS_slide_.pdf

IPASVI (2016) “Note di storia” Federazione Nazionale Collegi Infermieri disponible en http://www.ipasvi.it/chi-siamo/note-di-storia.htm

Istat, L. (2011). Italia in cifre. 1861-2011. 150° Anniversario Unitá dell´Italia. 42.http://www.istat.it/it/files/2011/03/Italia-in-cifre.pdf

Istat. (2010). *Italia in cifre: 2010*. Istituto nazionale di statistica. Disponible en: http://www.istat.it/it/files/2011/06/italiaincifre2010.pdf

Istituto sueriore di sanita. Piano delle performance 2011 – 2013 dell'Istituto Superiore di Sanità (Delibera Civit 112/2010 in attuazione dell'art. 10, comma 1, lettera a9 del D.lgs n 150/2009). http://www.iss.it/binary/tvmp/cont/Piano_delle_performance_ISS.pdf

Istud, F. (2013). Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza. http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4056763.pdf

L´Agenzia. (8 de Marzo de 2016) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Disponible en: http://www.agenas.it/agenas/l-agenzia

La Sanitá italiana<<É la piú efficiente in Europa e terza nel mondo>>. (10 de Septiembre de 2015) Ilsole24. Disponible en: http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2014-10-07/efficienza-sistemi-sanitari-italia-terza-singapore-e-hong-kong-120434.shtml?uuid=ABhYLp0B

Ley Berti.http://www.somsavigliano.com/images/storia/NUOVO-TESTO-DELLA-LEGGE-15-APRILE-1886.pdf

Luzzi, S. (2004). Salute e sanità nell'Italia repubblicana. Donzelli editore

Manciocco, G. (2009). *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistema sanitari nell'era della globalizzazione.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. https://www.simmweb.it/attachments/article/593/politica__salute_e_sistemi_sanitari.pdf

OECD (2015). Uno sguardo sulla sanità 2015 Come si posiziona l'Italia? (2015) OECD. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-ITALY-In-Italian.pdf

Plevano, L. (1998). Le Riforme nella Publica amministrazione.

Progress Consulting S.r.l. e Living Prospects Ltd., (2012). *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE Il ruolo degli enti locali e regionali.* Unione europea. http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/health-systems/health-systems-it.pdf

Protecciòn social en Italia según la Uniòn Europea. http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Italy_es.pdf

Sismondi, C. (2010). *La riforma Brunetta nella sanità: cosa cambia e per chi*. Attualitá. 6L'InFERMIERE 2/2010 pp 12-16. http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/27_1301548235_585.pdf

Sistema sanitario nazionale, medici di nuovo pronti allo sciopero. (20 de Septiembre de 2016) Controlacrisi. Disponible en: http://www.controlacrisi.org/notizia/Lavoro/2016/9/20/48018-sistema-sanitario-nazionale-medici-di-nuovo-pronti-allo/

Soresina Marco (s.f) “La poli tica professionale e la legislazione sanitaria . 1859- 1978”. Cento Anni Di Professione al Servizio del Paese

Specchia, F. C. (Ed.). (2015). *Manuale critico di sanità pubblica*. Maggioli Editore. R.S.U. Siae Microelettronica. Cenni storici sulla previdenza obbligatoria in Italiahttp://www.rsusiaemic.org/archivio/cenni_storici.pdf

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013) *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud.*.http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

Tanese, A. (2011) *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Adamo, A .La formazione manageriale. Roma: Aracne*. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:N8unKxjCBK0J:economia.uniroma2.it/cdl/biennio/clem/corso/asset/YTo0OntzOjI6ImlkIjtzOjM6IjMzNSI7czozOiJpZGEiO3M6NDoiNDQxNiI7czoyOiJlbSI7TjtzOjE6ImMiO3M6NToiY2ZjZDIiO30%3D+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar

Taroni Francesco (2011) “ La sanitá alla fine della guerra” Capitulo 1 en Taroni, F (2011) “Politiche sanitarie in Italia”. Octubre 2011. ISBN: 978-88-490-0378-9. https://www.libreriacortinamilano.it/medicina/management-sanitario/politiche-sanitarie/9788849003789/politiche-sanitarie-in-italia.html

UTAP Unità Territoriale di Assistenza Primaria. (26/09/2016) Azienda USL 14 Chioggia. Disponible en http://www.asl14chioggia.veneto.it/index.cfm?method=mys.print&content_id=151&type=page&mode=pdf

Viceconte, N. (2012). L’evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo “promesso” ed esigenze di bilancio. *Rivista telematica Issirfa*. http://www.issirfa.cnr.it/nicola-viceconte-l-evoluzione-del-sistema-di-finanziamento-del-servizio-sanitario-nazionale-tra-federalismo-promesso-ed-esigenze-di-bilancio-luglio-2012.html

2.5. Canadá. El rey del no copago

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud

1.1) El Sistema de Salud en el modelo federal canadiense. La eterna disputa entre financiamiento central y poder provincial

Desde mediados del siglo XVIII el cuidado de la salud fue consecuencia de iniciativas religiosas locales, que construyeron los primeros hospitales. La constitución canadiense de 1867 le dio a las provincias la potestad absoluta sobre el sistema hospitalario; la autoridad federal tenía un poder residual (Vayda, Evans & Mindell, 1979). Desde entonces, provincias y municipios pasaron a ser más activos, por ejemplo, el ayuntamiento de la ciudad de Montreal estableció un comité de salud en 1870. En 1875, la provincia de Quebec se hizo cargo de la vacunación antivariólica obligatoria organizada estatalmente.

En 1874 Ontario aprobó la Ley de asistencia y caridad por la cual los hospitales sin fines de lucro municipales, principalmente católicos pero también protestantes y judíos se vieron obligados a aceptar cierto grado de supervisión reguladora y aceptar indigentes a cambio de un reembolso del gobierno. Estos fondos permitieron el crecimiento de este tipo de centros con los años. Los hospitales con fines de lucro privados fueron excluidos de esta disposición, lo que limitó su crecimiento. Había pocos hospitales de propiedad y control estatal (Marchildon 2013). En 1882 se instituyó una Junta Provincial de Salud, compuesta de siete miembros, de los cuales cuatro eran médicos (Rutty & Sullivan, 2010), y en 1912, se crean 10 distritos de salud independientes del control municipal (aunque tres en el norte de Ontario quedaron en suspenso) con oficiales médicos de tiempo completo, los cuales controlaban la mayoria de los hospitales. Distritos de salud similares fueron creados en Quebec y Saskatchewan (Rutty & Sullivan, 2010).

En 1914, siempre en Ontario, se aprobó una ley de compensación de trabajadores que proporcionaba servicios médicos, hospitalarios y de atención de rehabilitación para todos los trabajadores en caso de cualquier accidente de trabajo o lesion; a cambio se pedía la renuncia de éstos a su derecho legal de demandar a los empleadores que fondeban el seguro. Pero no era universal (Marchildon, 2013). El modelo era similar al americano de *blue cross*: el hospital era el asegurador y proveedor (Hurley & Guindon, 2009). El Colegio de Médicos de la provincia

estableció el programa de tarifas máximas. Grant y Hurley (2013) la llamarían “la época de oro de los médicos”.

En 1919 el gobierno federal estableció un sistema de seguro social mediante el aporte de los empleadores, pero el mismo se concretó solo en parte(Vayda, Evans, & Mindell, 1979; MacDougall, 2009). Lo mismo sucedió con el seguro de la Columbia Británica de los años 30s, neutralizado por la profesión médica. Para la literatura, Saskatchewan fue la primera provincia, en 1947 en implementar un plan de los servicios hospitalarios universal. En los años 20s aparece en Canadá los Centros Comunitarios de Salud. Winnipeg fue pionera en 1926 en un sistema que seguiría hasta la actualidad.

Durante la posguerra, el gobierno federal, vía subvenciones a las provincias, impulsó la construcción de hospitales. Este sistema de transferencias no condicionadas nacionales es desde entonces central: las provincias deben calificar para recibir este pago en base a esquemas que han variado con el tiempo. A principios de los 70s comenzaron los primeros topes a esta financiación, en 1977 empezó a funcionar un modelo de porcentajes de coparticipación con un "pago de nivelación" (Gauthier, 2012; Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000). Aun subsisten igualmente muchas fuentes de ingresos y hay dificultades para agregar los gastos, estimar el costo de la salud pública y establecer prioridades (Feehan, 2014).

1.2) Los seguros médicos de la posguerra

Los cambios fundamentales se dieron en 1957 cuando el gobierno federal aprobó la Ley de Seguros Hospitalarios y en 1966 la Ley del Cuidado Médico, estableciendo las bases para el sistema (Dunlop, 2006; Marchildon, 2013). En 1962, Saskatchewan establece el primer plan de seguro médico de pago único, controlado por el gobierno, universal y completo (Brown y Taylor, 2012).

El Estado federal financiaba aproximadamente el 50% de los gastos de todos los servicios de salud asegurados por las las provincias, éstas debían garantizar la otra mitad y la gestión del plan de cobertura de la atención hospitalaria aguda y los servicios de diagnóstico de laboratorio y radiología con ciertos requisitos como la universalidad del servicio. No imponía restricciones para el cobro de copagos, pero ninguna provincia tenía incentivos para tal cobro (Madore, 2005). El Seguro hospitalario tuvo un amplio apoyo público y de los proveedores, pero las provincias no llegaron a garantizar la universalidad exigida (Vayda & Deber, 1984). Esto fue así

porque los gobiernos provinciales eran los "pagadores únicos", pero dependían de las negociaciones con la profesión médica (Tuohy, 1999).

La mayor resistencia se produjo en Saskatchewan: los médicos se declararon en huelga. El fundamento era que el sistema representaba un abuso de poder Estatal de corriente socialista, la solución se alcanzó con la firma de un acuerdo que, entre otras cosas, permitió a los médicos cobrar una tarifa por encima de las tasas de la provincia si trabajaban fuera del sistema. Finalmente, el modelo siguió basado en el financiamiento público de los costos de la cobertura universal, pero los médicos seguieron definiendo sus honorarios (como si fueran copagos por encima de la tarifa provincial), tenían absoluta autonomía clínica (Hutchinson, Levesque, Strumpf & Coyle, 2011).

Desde 1971, cada provincia ha tenido un plan de seguro de salud en que se respetan las condiciones federales generales pero las tarifas surgen de negociaciones entre el gobierno provincial y la asociación médica provincial (Hutchinson, Levesque, Strumpf, & Coyle, 2011). Cada plan se financia con fondos compartidos federales y provinciales, en base a las mencionadas tranferencias.

Desde 1975 se establece un mecanismo formal de controles de precios y salarios que funcionaba para toda la economía, pero que tuvo un efecto coordinador en la salud. En 1977 se limitaron las contribuciones federales. Como consecuencia, el aumento de los costos tuvo que ser cubierto por las provincias. En este proceso, mientras el gasto público en salud crecía a un promedio anual de 2.5%, el nivel federal reducía su participación, pero las provincias lo aumentaban. El ajuste vino por ese lado y por la contención del gasto hospitalario, un 30% inferior al de su vecino, EEUU (Lomas, Fooks, Rice & Labelle, 1989)

En estos años se desarrollan en Ontario el programa *Community Health Centres* mediante el cual el gobierno financió 10 centros que debían ser sin fines de lucro gobernados por un consejo de administración comunitario. En los ‘80 este programa se generaliza en toda la provincia (Ministry of Health and Long-Term Care, 2001). El modelo se expandió y los gobiernos provinciales fomentaron su crecimiento. En Quebec se crearon 160 de estas organizaciones vecinales, lo mismo sucedió en Manitoba y British Columbia pero en una cantidad muy inferior (Johnson, 2006). En la actualidad, hay más de 300 a lo largo de todo Canada (CACHCA, 2009).

Como resultado, la participación del sector privado disminuyó drásticamente. En 1975, la participación del sector público había aumentado a más del 76%, mientras que la privada representaba el 24% restante. Entre 1975 y 1985, estas se mantuvieron relativamente

constantes. Sin embargo, desde los ‘70 las tensiones sobre la financiación del sistema ya estaban presentes. Precisamente, en 1970, el Business Week decía que la crisis de la atención de la salud era una "crisis de 60.000 millones de dólares". Es que durante todo ese período, lo que se advierte, es una fuerte crítica al diseño del sistema basado en financiamiento compartido, por lo impredecible de sus costos y la necesidad de una intervención federal constante. En paralelo, el sistema presentaba indicadores similares a Europa, aunque inferiores a Gran Bretaña (Kirby & LeBreton, 2001).

La Ley de salud de 1984 intentó enfrentar el déficit y los problemas de control, pero también universalizó el servicio (Choudhry, 1996). Decretó la prohibición de asegurar privadamente o tener copagos sobre el listado de servicios garantizados universalmente en lo que debe ser considerado la realización efectiva del seguro universal (informalmente llamado Medicare).Estableció los cinco criterios (comúnmente denominados los "principios nacionales") que los planes de seguro médico provincial y territorial debían cumplir para calificar para la contribución federal: administración publica transparente y atención a través de efectores sin ánimo de lucro; integridad; portabilidad del seguro dentro de todo el país; desaliento de las contribuciones financieras de los pacientes, ya sea a través de cargos de usuario o extra-facturación para los servicios cubiertos por los planes de seguro de salud provincial (Madore, 2005).

Al mismo tiempo, aceptó la participación médica en las negociaciones de tarifas y estableció un requisito automático de "dólar por dólar”, que implicaba reducciones en las transferencias federales por la facturación excesiva; por lo tanto las provincias tenían un fuerte incentivo para hacer cumplir el requisito de que los médicos no cobren sobreprecios (Emery, Auld, & Lu, 1999; O'Neill & O'Neill, 2007). El gobierno federal y las provincias aumentaron el control estatal sobre la práctica médica. En Ontario, las negociaciones siguieron hasta 1987 y con uno de los mayores paros médicos de Canadá. Finalmente las tarifas de los servicios aumentaron en casi un 2,5% mientras que en los siete años anteriores el incremento había sido del 1,2% (Jonathan Lomas et al, 1989).

1.3) El ajuste de los 90s

En los 90s dominan los déficits provinciales debido al aumento de los costos de atención de salud y a la disminución de las transferencias federales. Aparecen con fuerza las políticas de ajuste. Los datos de Docteur (2003) muestran que entre 1990 y el 2000, la participación del

gasto en salud sobre el total se redujo un 3,6 %. En estos años baja el financiamiento; un proceso de ajuste que involucró toda una reforma del Estado pero que para muchos tuvo poco de coordinado (Tuohy, 2001). Se redujeron las transferencias y las provincias, a su vez, implantaron topes de distinto tipo a los gastos médicos, y el control de los ingresos de personal nuevo (Barer, 1996; Grant, 2013; Emery, 1999). También impusieron limites a sus residentes en el reembolso por los pagos de atención recibida en los Estados Unidos (Katz, Cardiff, Pascali, Barer, & Evans, 2002).

El caso más complejo fue Ontario. Para el período de 1991-1994, se produce una dura negociación de la que surgió un comité bipartito que acordó ajustar en prestaciones a cambio de mantener algunos privilegios, entre ellos la posibilidad de cargar a todos los médicos una cuota de afiliación y el poder de veto sobre la asignación de fondos para la prestación de servicios alternativos. Como resultado, la Asociación Medica de Ontario(OMA) se convirtió en el único agente de negociación para todos los médicos (Aggarwal, 2009).

Sin embargo en 1995, el nuevo gobierno conservador ya no optó por negociar con la OMA, y en su lugar trató directamente con grupos de médicos por los contratos (Barer, Lomas y Sanmartin, 1996). Se pusieron techos a salarios de ciertos especialistas hospitalarios, lo que generó un plan de lucha de obstetras, ortopédicos, cirujanos generales y médicos de familia. (Born & Sullivan, 2012).

Surge así un nuevo acuerdo en 1997 que incluye un aumento de tasas en todos los servicios y la creación de un Comité de servicios Médicos con participación estatal para realizar un seguimiento (Tom Archibald, 2004). Las Organizaciones médicas habían ganado más poder. El gobierno no pudo ajustar los sueldos y se contentó con controlar la cantidad de médicos y de servicios. (Benjamin, 2002). Los recortes, como muestra Kent (1997), generaron por primera vez una acción judicial de médicos contra la asociación profesional en Columbia. Donde esta política tuvo menos efecto fue en Quebec (Barer, Lomas y Sanmartin 1996; Lomas, 1989).

Por otro lado, se profundizó el modelo de reducciones significativas en el nivel de las transferencias a las provincias (Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000), incluso, hubo deducciones a las provincias que se excedían en la provisión privada y por el uso de copagos en procedimientos quirúrgicos específicos (Madore, 2005; Health Canada, 2014).

Para enfrentar esta coyuntura de mayor presión médica y menores transferencias, las provincias empezaron a reestructurar el sistema de hospitales públicos, con diversas estrategias. Entre 1986 y 1995 los hospitales públicos se redujeron en un 14% y el número de camas un 11% (McGregor, 2011), pasando de 6,6 a 4,1 cadamil habitantes. Algunos

hospitales se convirtieron en centros de atención residencial (Tully & Saint-Pierre, 1997). Las permanencias de larga duración cayeron y hubo una expulsión de pacientes ancianos hacia la atención domiciliaria (Sheps, y otros, 2000).Se produjo un aumento de la autoridad de las juntas regionales.

La infraestructura hospitalaria sufrio un fuerte deterioro por la falta de mantenimiento (Mackenzie, 2004). La atención comunitaria, a través de los médicos de familia también sufrió un deterioro (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2012; Tepper, 2004). La desigualdad que afecta principalmente las zonas rurales creció. Entre 1993 y 1996 la proporción del gastototal asignado a los hospitales se redujo un 5% (Canadian Institute for health information, 2005). Eso significa que el aumento de la atención domiciliaria no compensó la caída del gasto hospitalario, motivada fundamentalmente por el menor ingreso de médicos y la reducción de servicios y del mantenimiento. La excepción fue Ontario, que representa alrededor del 40% del sistema de salud canadiense.

En paralelo, se consolidó la regionalización con la conformación de Juntas para generar más control (Tuohy, 2001), agregándose la Isla del Príncipe Eduardo, Nueva Escocia, Columbia Británica y Manitoba a las de Saskatchewan, Terranova y Quebec. Nueva Escocia y Alberta establecieron las autoridades sanitarias de distrito y los consejos regionales de salud. Ontario reestructuró sus consejos distritales de salud en 1996. La regionalización también involucró nuevos mecanismos de financiamiento y rendición de cuentas. Por ejemplo, Quebec descentralizó su presupuesto de servicios de salud en 1996. Varias jurisdicciones, como Ontario, Saskatchewan, Alberta, Manitoba y Nuevo Brunswick establecieron planes de negocios o requisitos de servicio para sus sistemas de prestación (Provincial and Territorial Ministers of Health, 2000). De todos modos, para Karpetz y Angus (1997) su influencia fue limitada debido al hecho que los gobiernos provinciales que crearon estas unidades regionales también controlaban sus presupuestos y las reglas bajo las cuales éstas operaban. Para fines de los ‘90, 9 de las 10 provincias (excepto Ontario obviamente) habían devuelto la tarea de la gestión de la Seguridad Social y Salud a autoridades Regionales.

1.4) Reformas recientes: la vuelta al enfoque que prioriza la salud y el rol de las TICS

En 1999 los gobiernos federal, provincial y territorial (con excepción de Quebec) firmaron el Acuerdo Marco de la Unión Social (SUFA). La SUFA no cambia los poderes relativos que le

confiere la Constitucion a los dos niveles de gobierno, sin embargo, con el argumento de lograr una formulación coordinada de la política social, el gobierno federal continuó introduciendo parámetros en áreas exclusivas de jurisdicción provincial mediante el uso de su capacidad de financiamiento. De esta manera, la presión financiera sobre los hospitales siguió siendo muy fuerte. Blendon y otros (2004), encuentran que en 2002 los directivos de los hospitales canadienses eran los más proeocupados por la presión a la baja de costos y el deterioro de los servicios. Ese mismo año, el gobierno hizo público el informe Romanow (2002) en el que mostraba su preocupación y se planteaban los siguientes ejes: la mejora del acceso en las zonas rurales y remotas, el estimulo a la atención primaria y la reducción de las listas de espera, especialmente para servicios de diagnóstico. Coyte (2000) planteaba, en el mismo sentido, que había sectores con graves problemas de acceso y ponía en duda la calidad de los tratamientos. El trabajo de Sanmartin (2002) muestra además la desigual distribución regional de la salud. La Federación Canadiense de los sindicatos de enfermeras plantea la necesidad de avanzar en un programa nacional de servicios farmacéuticos. Tal vez lo más importante, fue la decisión del Tribunal Supremo en el caso Chaoulli en 2005. El tribunal dictaminó a favor de un médico quien argumentó que la prohibición de los seguros privados pone en peligro el bienestar de las personas. Desde entonces, el gobierno de la provincia decidió pagar por procedimientos clave, tales como la cirugía del cáncer, la cirugía cardiaca y ciertas pruebas como la mamografía en los centros privados (Starfield , 2010; Soroka, 2007).

En 2003 se establece el Consejo de Salud de Canadá, primer órgano de información independiente creado por ambos niveles de gobierno para monitorear e informar sobre el desempeño del sistema de salud (Health Council of Canada, 2013b). En este mismo período se crea y crece Infoway, una corporación independiente compuesta por los viceministros de salud de las 10 provincias, tres territorios y el gobierno federal (Canada Health Infoway , 2014). Se creó con el fin de implementar un sistema nacional de registros médicos electronicos y para ofrecer información al público como forma de control social. La profesión médica ha puesto muchas barreras y los proyectos no han sido todo lo amplios que se esperaba (Protti, 2008; CIHI, 2009).

En 2004 se firma el Plan de fortalecimiento en Salud entre todos los primeros ministros, con un horizonte a 10 años, que implicaba una restauración por etapas en las transferencias federales para la salud, hasta llegar a niveles nominales anteriores al ajuste (Tuohy, 1999; Naylor, 2004). Las transferencias habian pasado a representar el 36% del gasto en 1968, el 25% en 1977, 16% en 1995 y 11% en 2002. Para llevar adelante el proceso, en 2004 nace el Canadian

Health Transfer (CHT), separado de la Canadian Social Transfer (CST). En ese momento subió la participación relativa un 2%

Debido a ello, en el período 1999 - 2009, el gasto en salud relativo al PBI y al total de gastos, fue en aumento. Aunque, con una caída de la participación de los servicios hospitalarios y de la inversión de capital, un mantenimiento de la participación relativa de los honorarios profesionales y el aumento relativo de los gastos en medicamentos (Constant, Petersen, Mallory, & Major ,2011; Blendon y otros, 2004) Esta dinámica esta, igualmente, correlacionada con el crecimiento de la economía (Canadian Institute for Health Information, 2014).

Como contrapartida, los primer ministros acordaron reducciones en los tiempos de espera para los procedimientos en cinco áreas prioritarias: el cáncer, el corazón, diagnóstico por imagen, reemplazos articulares y restauración de la vista. (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2012; Canadian Nurses Association, 2011).Además surge con fuerza la necesidad de promover el uso efectivo de las tecnologías de la información (Ham, 2001)

Se crearon muchas nuevas agencias locales pero con una tendencia a la reducción de la cantidad de regiones. Manitoba pasó de 11 a 6 agencias en 2012; British Columbia estableció cinco autoridades regionales en 2001 y desde 2006 los servicios de salud de Ontario han sido proporcionados por 14 redes locales de integración de la salud, estableciendo un modelo similar al que ya tenía Quebec. Nuevo Brunswick redujo las Juntas que creó en el 2000 (8) a 2 en el año 2008 y Alberta pasó de 8 regiones a un único servicio centralizado Dixon, 2013). Otras provincias y territorios han ido también hacia la centralización como el Territorio del Yukón, Territorio del Noroeste y Nunavut. Las otras provincias también están intentando ampliar desde 2000 sus capacidades de AP con nuevos centros. Desde 2003 en Quebec, se crearon grupos de medicina familiar (GMF) y clínicas de la red (CR) para las personas con enfermedades crónicas (Pineault, Borges, Provost, Fournier, & Prud'homme, 2015). En British Columbia se crearon 11 organizaciones de atención primaria de salud, centros de salud en cinco comunidades, cuatro iniciativas de atención compartida y una red de atención al paciente (Health Council of Canada, 2005).

También se produjo una modificación en AP. En Ontario se implementó un modelo de atención primaria financiado en parte por capitación y en parte por servicios. Se promocionan las Redes de Atención Primaria en Alberta, los Equipos de Salud en Manitoba, por ejemplo (Blomqvist & Busby, 2013; Allin & Rudoler, 2015).

La gestión de los hospitales públicos sufrió cambios en casi todas las provincias. Por ejemplo, en 2010, el Ministerio de Salud de Columbia Británica anunció una nueva agenda estratégica de tres años que incluía un plan para transferir aproximadamente el 20% de la financiación hospitalaria de un modelo global a uno basado en actividades, y Ontario desde 2013 pondera la financiación global con factores como la edad, el género, el nivel socioeconómico, la geografía rural y los flujos de pacientes (Cohen y otros, 2012; Blomqvist & Busby, 2013). Los tiempos de espera se moderaron mínimamente (CIHI, 2009). Por entonces, igualmente, toma fuerza el debate en torno a permitir una inserción de la atención privada para reducir esas listas, Quebec fue el primero que lo hizo (Marchildon, 2015).

Sin embargo, la crisis internacional, como se vió, afectó esta inversión planeada y los resultados no fueron los esperados. El gasto vuelve a estancarse en 2011, año en que el Ministerio de Salud solicitó a la Comisión Permanente del Senado de Asuntos Sociales, Ciencia y Tecnología, iniciar la revisión parlamentaria del plan. Las proporciones de los componentes del sistema queda constante, sólo caen relativamente los honorarios médicos en 2014 (OECD, 2015; Canadian Institute For Health Policy, 2014). Desde 2009, Ontario comenzó a recibir pagos de compensación, por primera vez en su historia (Feehan, 2014); además se cambio la fórmula de transferencia, siempre en relación directa con población y capacidad recaudatoria, pero agregando un techo en función de las variaciones trianuales en el PBI. Así, las transferencias ya no se corresponden con las desigualdades fiscales entre provincias, sino a movimientos nominales del producto bruto. Si las transferencias a una provinicia crecen, las de otra tienen que caer (Roy- Cesar, 2013; Feehan, 2014; Eisen, Lammam, & Ren, 2016). Desde 2014 hay un nuevo cambio, la formula de asignación vuelve a basarse en la población para que Alberta y los Territorios del Noroeste aumenten su participación relativa (Nadeau, 2014). En paralelo fue aumentando la asistencia federal directa, que en 2012 representó el 7,2% (Canadian Institute for Health Information, 2014a).

Debido a ese ajuste en el gasto, las iniciativas desde 2011 del Estado se dan en torno un mayor control de la provisión del servicio vía el uso de más tecnología (Canada Health Infoway, 2014), el control de la inversión y la búsqueda de fondos para capital via PPP (participación público-privada) en infraestructura via concesiones de largo plazo y con administración compartida (Barrows, MacDonald, Supapol, Dalton-Jez, & Harvey-Rioux, 2012). El gobierno federal y la mayoría de las provincias han establecido ahora las agencias especiales para generar estas asociaciones. Hasta 2012 hubo de ese modo unos 195 proyectos (Siemiatyck, 2013). Lacobacci (2010) dice que las ganancias en el modelo suelen ser compensadas por los mayores costos derivados de la transferencia de riesgo al Estado. Da el ejemplo del Hospital

Regional de Abbotsford. En este contexto, hay un aumento del rol de la clínica privada, por ejemplo Saskatchewan empezó a usar clínicas privadas para realizar cirugías específicas (MacKinnon, 2013), pero es un fenómeno muy resistido.

Y como se ha visto, los honorarios no han cambiado demasiado. En 2012 el Ministerio de Salud de Ontario anunció reducciones en ciertos componentes de los honorarios de los cardiólogos, radiólogos y oftalmólogos(Canadian Institute for Health Information , 2013; Radwanski, 2012) Esta tendencia siguió en la negociación de 2015, con recortes que alcanzaron 6,9%. La asociación médica y la oposición plantean que Ontario se enfrentará en mayores tiempo de espera por la resistencia de los médicos a la medida (Leslie, 2015)

Por otro lado, seis gobiernos provinciales establecieron consejos de calidad para trabajar con organizaciones y proveedores de salud. La mayoría de los Ministerios y las agencias regionales comenzaron a utilizar al menos algunos indicadores y medidas para identificar el desempeño deficiente y mejorar tanto los procesos como los resultados (Marchildon, Health system review. Health Systems in Transition Canada , 2013).

El modelo parece equitativo, ha logrado mantenerse fundamentalmente gratuito, con ciertos estándares de calidad generales y los resultados en términos de perfil de morbilidad y fallecimientos son comparativamente buenos (Schoen, y otros, 2005; Flood,2012; OECD, 2014; Allin & Rudoler, 2015) La autoridad dice que ha habido un aumento de la cobertura y mejoras de los tiempo de espera (Health Council of Canada, 2013 y Canadian Institute for Health Information, 2014b).

El gobierno federal alcanzó, siguiendo una recomendación de la *Comisión Romanow* en 2002, aumentos anuales de sus aportes del 6%. Durante el siguiente período la financiación federal se recuperó fuertemente. Pero todo cambió en diciembre de 2011 con la fórmula de financiación basada en la tasa de crecimiento del PBI de Canadá (Mckenzie, 2015; Cohen y otros, 2012).

Pero el desfinanciamiento público dejó vacios que fueron cubiertos por el sector privado, lo cual impacta sobre los gastos de bolsillo, que aumentó en todos los quintiles de ingreso, afectando más relativamente a los hogares pobres. Es que la mitad del gasto en medicamentos ambulatorios es afrontada por las familiar como gasto de bolsillo de los pacientes o mediante seguros privados (Sanmartin y otros, 2014).

Entre las críticas, se menciona la aún limitada cobertura en medicamentos, en el uso de ambulancias y la atención dental, y cierta debilidad en la atención preventiva (Health Council of Canadá, 2014); además la performance hospitalaria sigue siendo cuestionada. Canadian

Institute for Health Information (2014) y Canada Health Infoway (2014) reconocen que más de un cuarto de los pacientes dicen que su estadía en un hospital fue pobre. Los tiempos de espera siguen altos, un 97% más largo que en 1993, que era de 9,3 semanas. Saskatchewan registra la espera total más corta (13,6 semanas), mientras que Prince La Isla de Eduardo informa la más larga (43,1 semanas) (Barua, 2015).

Además hay problemas de inequidad regional: un informe de 2011 del Instituto Canadiense de Información de Salud (CIHI) indica que sólo el 9% de todos los médicos activos trabajaban en las zonas rurales, mientras que el censo de 2011 muestra que allí vive el 18% de la población canadiense. Morad Hameed & Otros (2010) muestran que el 77,5% de los canadienses viven a una hora de distancia de un hospital de agudos, pero la distancia se alarga al oeste y hay falta de acceso regular a helicópteros.

Del mismo modo, se observan desigualdades en los centros urbanos (Katherine Frohlich, 2006). Un estudio del Health Quality Ontario (2015) revela que el 50% de las personas de 50 a 74 años de los barrios urbanos de más bajos ingresos de la provincia, no realizan detección de diversos tipos de cáncer, frente al 35% que sí lo hace en los otros barrios. En el primer caso, el 15% de las personas hospitalizadas de condición humilde vuelven en menos de un mes a su casa,contra el 12% del resto. Las diferencias de poder entre regiones es enorme, y se nota, las provincias más pobres enfrentan problemas de oferta de servicios (Marchildon, 2013; The Star, 2015b; The Global and Mail, 2016a). El porcentaje de la población de 12 años o más que reportó tener un médico regular varió según la jurisdicción, desde un máximo de 93.9% en New Brunswick a un mínimo de 17.5% en Nunavut (CIHI, 2016)

Estas disparidades en la atención se reflejan por ejemplo en la menor esperanza de vida de los aborígenes en relación a la media nacional (Katherine Frohlich, 2006; Park, Tjepkema, Goedhuis, & Pennock, 2008; Gionet & Roshanafshar, 2013). Según Ke Wei-Randall, Davidson, Jin, Mathur, & Oliver (2013) esta población presenta 276 hospitalizaciones anuales cada 100 mil habitantes, contra un promedio del resto del país de 157; Tjepkema, Wilkins, Goedhuis, & Pennock (2012) muestran que esta población presenta una tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares 76% más alta en relación a los no aborigenes.

2. La lógica de un modelo de seguro público universal y sin copagos

En 1960 Canadá y Estados Unidos estaban empatados en el primer lugar como los países con la mayor proporción de los gastos totales en salud en relación al PBI (5,3%). Canadá para 2012 tuvo un gasto en salud del 10,9% del PBI, algo más alto que el promedio de 9,3% de OCDE, mientras que en los Estados Unidos fue del 16,9%, en Países Bajos 11,8%,en Francia 11,6% y Alemania 11,3%(OECD, 2014). Pero si nos referimos al porcentaje de gasto público, Canadá financia el 70% (65% provincial y 5% federal), un poco menos que el promedio de la OCDE de 72%, mientras que en Estados Unidos ese porcentaje desciende al 48% (OECD, 2014; Canadian Institute for Health Information, 2014a; OECD Health Statics, 2014). Canadá está en el nivel superior de países en términos de gasto por persona en salud, aunque, desde 2010 a 2012 la tasa promedio anual de crecimiento a dólares constantes, fue -0.7%. Desde 1997 a 2005, en relación al PBI pasó de 1,7 a 2 puntos, respectivamente. El 30% de gasto privado se compone de un 14,2% de gasto de bolsillo, 12,2% de seguros privados y 3,2% de otros (Canadian Institute for Health Information , 2013 y CIHI, 2014).

El 29% del total del gasto se va en los hospitales, los medicamentos se llevan el 16%, los médicos constituyen el tercer componente con el 14%, las Instituciones de cuidado a largo plazo 11%, otros profesionales de la salud (atención dental, vision, entre otros) 10%, el resto corresponde a la administración e inversión horizontales.

Canadá tiene un sistema de gobierno federal, con poderes distribuidos entre el gobierno central, las 10 provincias y los 3 territorios, cada uno con un sistema de gestión propio. La Constitución de 1982 obliga a la cobertura universal. La mencionada norma le asigna la responsabilidad de la mayor parte de la cobertura de salud a las provincias. De ahí que existan, en la práctica, 12 sistemas de salud bajo la responsabilidad de los gobiernos provinciales / territoriales que muestran diferencias de poder económico notables (sobre todo Ontario y Quebec); aquí se describirán características comunes y algunas particularidades.

Sin embargo, el gobierno federal administra la Ley de Salud de Canadá (CHA), que garantiza universalidad, portabilidad a nivel nacional y accesibilidad y, lo más importante, la prohibición de copagos para los usuarios (Health Canada, 2014). El nivel superior como ya vimos, proporciona una parte sustancial del financiamiento vía transferencias a las provincias a cambio del cumplimiento en las metas de la ley mencionada (Health Canadá, 2008). Las mismas

tienen tres componentes: el de salud (CHT), el social (CST) y los pagos de equiparación (Phillips, 2009), que ya vimos como fueron evolucionando. Marchildon y Mou (2014) plantean que la ecuación pasa por alto dos de los factores más importantes para asignar recursos, que son la dispersión geográfica y el envejecimiento de la población.

Además, el Gobierno federal tiene responsabilidad directa sobre las poblaciones aborígenes, las fuerzas armadas, y los miembros del Parlamento. El gobierno intenta así condicionar los modelos provinciales y ejercer la coordinación; las provincias hacen su propio juego de acuerdo a sus posibilidades.

Los principales organismos federales son el *Health Canada*, que es el Minsiterio Federal de Salud, pero como se dijo, el federalismo hace que su rol sea menor al que ejercen los orgnaismos provinciales. Desempeña un papel en la promoción de la salud en general, la vigilancia y el control de enfermedades, la seguridad alimentaria y farmacéutica y la revisión de dispositivos médicos y tecnología (Allin & Rudoler, 2015) . Establecido como departamento en 2004, la Agencia Publica de Salud de Canada (APSC) realiza una amplia gama de funciones de salud pública, incluyendo el control de enfermedades infecciosas, vigilancia, preparación para emergencias, iniciativas nacionales de inmunización y vacunación, así como la coordinación o administración de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Como parte de su mandato, la APSC es responsable de los centros y laboratorios distribuidos regionalmente, incluyendo las instalaciones de bioseguridad del Laboratorio Nacional de Microbiología (Machildon, 2013).

Hay diversas instiuciones tripartitas, que desde 2004, intentan lograr una mayor coordinación, como por ejemplo, Canadá Infoway y el Instituto Canadiense de Información de Salud (CIHI) (Philippon & Brainthwaite, 2008). El primero es un ente autárquico que desarrolla programas con financiamiento compartido, como el registro personal electrónico de pacientes (Auditor General of Canada, 2010). Según algunos medios, los resultados de dicho programa son limitados (CBC News, 2013), aunque no hemos encontrado datos sobre el progreso de los proyectos.

El otro organismo mencionado es el Instituto Canadiense de Información de Salud (CIHI), depende de la agencia del Gobierno de Canadá y debe proveer información para pacientes, médicos y para la *accountability*. El Canadian Institute of Health Research (CIHR) fue creado en 2000 bajo la autoridad de la Ley de Institutos Canadienses de Investigación de Salud (CIHR, 2013). Sus actividades incluyen la financiación, coordinación y promoción de la investigación en salud a través de concursos abiertos, iniciativas estratégicas y traducción de

conocimientos. Los CIHR también participan con otras agencias federales en una serie de programas, incluyendo el programa de Redes de Centros de Excelencia, Cátedras de Investigación de Canadá y Becas de Posgrado de Canadá. Una porción significativa de su presupuesto apunta a becas de investigación y premios de apoyo al personal en concursos "abiertos", permitiendo a los investigadores identificar las áreas que consideran importantes (Raven, 2011).

El Organismo Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en Salud con financiamiento de ambos niveles funciona como asesor para la definición de políticas sobre drogas y otras tecnologías de la salud (incluyendo dispositivos, procedimientos y sistemas). Tiene una junta con representantes de los Ministerios de Salud . Hay organismos similares en los gobiernos provinciales y en los hospitales (Menon & Stafinski, 2009). El *Patented Medicine Prices Review Board* (PMPRB) creado en 1987 mediante una reforma de la Ley de Patentes, es la agencia gubernamenta, dependiente del Ministerio de Salud (Goverment of Canada, 2016b). El mandato se limita a la reglamentación de los precios de los fabricantes de medicamentos patentados durante la vigencia de su patente. No regula los medicamentos no patentables y no considera los márgenes de los distribuidores. Debe informar anualmente al parlamento sobre sus actividades, sobre el gasto en I+D de los titulares de medicamentos y sobre la evolución de los precios de éstos (Paris & Belloni, 2014).

El elemento aglutinador de esa relación federal-provincial que mencionamos, es el sistema universal del *Medicare*, que si bien depende finalmente de las provincias, presenta lineamientos generales determinados por el gobierno federal a través de sus prerrogativas y de la presión que ejerce como financiador fundamental de la salud. Este seguro está basado en la libre elección del paciente de médico y de centro hospitalario (Irvine, Ferguson, Cackett, Clarke, & Bidgood, 2013). Éstos son gratuitos mientras que, los medicamentos, tienen una cobertura amplia debido al subsidio federal (sobre todo a ciudadanos de edad avanzada y los beneficiarios de la asistencia social), pero tienen copagos. Varias provincias han avanzado hacia planes universales de medicamentos que proveen protección a todos los residentes contra costos "catastróficos" (Morgan y otros, 2015; Marchildon, 2013). En promedio, el Estado cubre sólo el 42% de medicamentos a través de unos 20 planes, entre la mayoría provinciales/territoriales y federales (Competition Bureau, 2008; Hurley & Guindon, 2009). Los aseguradores privados , en su gran mayoría colectivos, vinculados al empleo, financian el 35,8%, y los hogares el 22%. La proporción de medicamentos recetados en el gasto total en salud varió entre las provincias, que osciló en 2010 entre el 11% en British Columbia y en

Alberta a 16% en Nuevo Brunswick y 17% en Quebec (CIHI, 2014ª; Colleen Flood, 2012; Canadian Institute for Health Information , 2013 y 2015).

Los inmigrantes y los refugiados están cubiertos en parte por el organismos encargado de inmigración, por eso deben tener seguro de privado, aunque les resulta muy costoso (Phillips, 2016). En Ontario, como en algunas provinicias de Canada – aunque en menor cantidad-, pueden acceder a los centros comunitarios de salud (CSC) donde no se requieren tarjetas sanitarias provinciales para la atención (Caulford & D'Andrade, 2012)

La atención primaria se realiza fundamentalmente mediante el médico de familia que atiende en consultorios privados sobre la base de honorarios por servicio financiados por las provincias, aunque en los últimos años ha habido un movimiento hacia la práctica grupal y formas alternativas de pago, como la capitación (Allin & Rudoler, 2015). También existen los centros de salud comunitarios (CAPS) manejados por juntas comunitarias; se estima que hay alrededor de 500 en todo Canada.

Los hospitales son en un 98% privados sin fines de lucro, con un sector residual de pequeños hospitales privados con fines de lucro, creados antes de la implementación de *Medicare* y a los cuales se les permitió continuar (Deber, 2002). Los gobiernos provinciales, sobre todo Ontario, ejercen una considerable autoridad sobre estos hospitales y sus juntas a través de los planes que éstas tienen que presentar para recibir el financiamiento, aunque se siguen usando presupuestos globales. El Plan sirve para determinar la evolución del servicio (Makarenko, 2010). Una política que ha servido para controlar los indicadores pero que genera críticas, es la del "nivel alternativo de atención" (ALC) que pospone la atención post-aguda para priorizar urgencias o cirugías pospuestas (Sutherland & Crump, 2013).

Desde los '90, los médicos cobraban por servicio. El CIHI (2004) plantea que los planes alternativos (salario, capitación y modelos combinados de múltiples sistemas de pago) para 2001-2002 recién alcanzaban el 4.4% en Alberta, pero en Quebec ascendía al 53.5 %. En 6 provincias deben optar por trabajar o en el sistema público o en el privado, no pueden trabajar en ambos (Hurley & Guindon, 2009)

2.1) Los sistemas provinciales. Ontario y el resto

Los servicios dependen de los departamentos de salud regionales. A fin de garantizar la gestión los gobiernos provinciales, excepto Ontario, desde finales de 1990, crearon juntas regionales de salud (RHA). Estas juntas reciben la delegación de la autoridad de los Ministerios

de Salud, con cierto grado de discrecionalidad en la asignación de los recursos y al mismo tiempo muy controladas, pero no intervienen en las relaciones con los sindicatos (Philippon & Brainthwaite, 2008).

Ontario, la provincia que más resistió la regionalización, siempre se basó en Consejos de Distrito que asesoraban al Ministerio de Salud. En 2004 y 2005 se consolidaron 14 *Local Health Integration Network* (LHINs). Las RHA no tienen ninguna responsabilidad sobre la atención primaria de la salud. El Ministerio ademas conserva un fuerte poder. No es proveedor directo de servicios, sino pagador; además, podría castigar o premiar a los proveedores, pero eso se le hace políticamente difícil (Marchildon, 2013). La provisión la brinda el tercer sector, aunque las corporaciones privadas con fines de lucro son mas en cantidad aquí que en otras provincias (Rachlis, 2007).

En Alberta, en 2008 se disolvieron las juntas, las que fueron reemplazadas por una sola que asumió todas las responsabilidades (Philippon & Brainthwaite, 2008). Hoy la Junta controla los fondos y mantiene un control estricto sobre los proveedores, aunque como en Ontario, son casi todos son del tercer sector. "*Alberta Health Service*" es la autoridad de salud única más grande en Canadá y el quinto mayor empleador, tieniendo a cargo 400 centros y ostententando un poder amplio (Church y Smith, 2007). Debe mencionarse que de ella depende el poderoso hospital Universidad de Alberta que trata a más de 700 mil pacientes al año. De todos modos, el Ministerio conserva su capacidad, sobre todo en grandes inversiones y con financiamiento en el nivel primario.

2.2) La importancia de los seguros complementarios

Hay dos elementos centrales que condicionan el mercado de seguros privados: la primera es la cobertura de seguridad social complementaria, un sistema llamado de compensación, obligatorio y deducible (Hurley & Guindon, 2009), que como vimos tiene una larga historia y que se financia mediante contribuciones de los empleadores y de los empleados, mediante contratos particulares. El seguro es suplementario, cubre lo que queda afuera de *Medicare*. No hay restricciones nacionales con respecto al porcentaje de ingresos por primas que deben pagarse, lo cual ha llevado, según Law, Kratzer, & Dhalla (2014) a que las aseguradoras hayan triplicado los costos administrativos como porcentaje de los ingresos por primas. Se trata de una población que representa el 66% del total y el destino fundamental es cubrir en este orden, medicamentos recetados, procesos hospitalarios no cubiertos y dentistas (Marchildon, 2013; Stabile 2001). Los seguros privados voluntarios son los únicos que hay por fuera Medicare,

las provinicias los incentivan mediante una exención impositiva para empleadores y empleados (Sun Life Financial, 2012). Cerca del 90 % son seguros laborales, Colombo y Tapay, 2004). Este esquema ha permitido disminuir relativamente los gastos de bolsillo del 58% al 50%. En todos los casos incluyen normalmente primas, deducibles y copagos, así como máximos anuales y / o de por vida para los tipos específicos de servicio.

Originalmente, los estatutos de 6 provincias (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo y Quebec) prohibía el uso de los seguros privados para pagar servicios ya cubiertos por éstas (Colleen Flood, 2001) En 2005, luego de un fallo, Quebec lo permitió aunque con restricciones (Dhalla, 2007) (Hurley & Guindon, 2009)

El mercado de aseguradoras estaba compuesto en 2009 por 126 empresas, de las cuales, 81 vendían más del 96% de los seguros (Hurley & Guindon, 2009). Pero 64 eran seguros de vida. Unas 20 manejan casi todo el mercado de la salud compensatoria; las especialidades mas habituales son medicamentos, odontología y de enfermedades críticas. Hay 8 sin fines de lucro, las *Blue Cross* (Canadian Life and Health Insurance Association, 2015). Los representa la Asociación de Seguros de Vida y Salud de Canadá, compuesta mayormente por aseguradoras multinacionales. Hurley & Guindon (2009) muestran el alto nivel de concentración pero plantean que se trata de un mercado marginal. Hay quien opina que esto está creciendo en un modelo que era eminentemente público. Es que los seguros privados son casi exclusivamente atendidos en el sector privado (Deber, 2002) y las listas de espera asi como el menor poder relativo de la atención hospitalaria, juegan a favor de la atención privada y la forma de aseguramiento que la cubre (Irvine, Ferguson, Cackett, Clarke & Bidgood, 2013).

2.3) La atención primaria como política pública

La mayoría de los servicios de atención primaria de salud es privada, en pequeños grupos en consultorios colectivos donde atienden médicos generalistas. Este esquema, naturalmente, constituye un problema para la integración del sistema (Lamarch y otros, 2003; Hurley & Guindon, 2009). Hasta la década de 2000, la AP no fue prioridad para los gobiernos federales o provinciales / territoriales. *Según el Canadian Institute For Health Information* (2009) el 78%de los adultos informaron que se tratan en un consultorio privado, mientras que el resto (17%) fue a un centro público.

Los médicos cobran honorarios bajo un sistema que ha ido evolucionando de un pago por servicios reembolsados por los gobiernos, a métodos mixtos (capitación e incentivos),

fundamentalmente el cambio ha avanzado donde 2013 y sólo el 28% de los médicos de atención primaria se mantuvo en pago por servicio puro (Sweetman & Buckley, 2014; Allin & Rudoler, 2015). Ha habido muchos intentos de mejorar el sistema, per sin grandes resultados (Hutchison, Abelson, & Lavis, 2001; Aggarwal & Hutchison, 2012).

Los pacientes tienen la libre elección del médico, aunque en algunas zonas la opción queda limitada debido a la oferta disponible. En 2012, aproximadamente la mitad de todos los médicos en ejercicio (2,48 cada mil habitantes) eran médicos generales y la mitad especialistas (Instituto Canadiense de Información Sanitaria, 2012a; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico 2014). Pero los méditos de atención primaria cobran sueldos menores y su intervención no es considerada una referencia (Allin & Rudoler, 2015). Según *Health Quality Ontario* (2015) el 70% de los estudiantes de medicina rechazan esta especialidad, por la falta de premios y los bajos ingresos; hay muchos residentes al frente de guardias o de AP (Elyas, 2007; Gutkin, 2006). La influencia de la corporación medica atenta contra la posibilidad de tener un modelo específico de atención primaria global.

Como forma de mejorar el sistema en general muchas provincias desalientan el acceso directo a los especialistas mediante un reembolso menor al médico cuando las consultas no están recomendadas por un médico de AP. Ontario aplica bonos por desempeño que valoran los pagos por atender enfermedades de ancianos y crónicas. Quebec y Ontario han promovido la nominalización y las tres cuartas partes de la población está incluidaen los listados (Allin & Rudoler, 2015). También hay diversas iniciativas de formación y además se intenta aumentar el rol de la enfermería; y se apunta a las TICs.

Por otro lado, hay en todas las provincias centros de salud pública orientados hacia las poblaciones desfavorecidas (Bourgueil, Marek, & Mousquès, 2009). Son 139 agencias que atienden las zonas urbanas, rurales y aisladas (OCHC, 2012). El gobierno federal provee servicios limitados de salud primaria a través de la First *Nations and Inuit Health Brach* (FNIHB), en 223 centros de salud y 74 estaciones de enfermería en comunidades semi-aisladas, y delega parte del control y administración de servicios de salud con las comunidades aborígenes. Medicamentos, servicios dentales y otros servicios de salud están disponibles a través del Programa de Beneficios de Salud No Asegurados (NCCAH, 2011). En general, hay poco personal y las unidades de salud más pequeñas tienen dificultades para atraer médicos o para proporcionar todos los servicios. Las enfermeras tienen un rol central en este programa.

Se trata de centros de salud comunitarios, actualmente, hay 800 de este tipo de organizaciones en Canadá y están nucleadas en *la Association of Community Health Centres* . Son entidades sin fines de lucro, con juntas comunitarias compuestas por miembros de la comunidad y otros profesionales. Haggerty y otros (2007) cuestionan la participación real de estos actores. Russell y otros (2009) muestran que, este tipo de organización trabaja mejor que el sistema de médicos de familia en consultorios privados, y que un factor importante es el número de enfermeras involucradas en el servicio.

Ontario encaró una política activa para financiar este tipo de centros (inversión nueva y ampliaciones), aunque, hasta la asociación que los coordina reconoce que no son suficientes (Canadian Association of Commnunity Health Centres, 2015). En dicha provincia representan alrededor del 20% de la AP (Hutchinson, Levesque, Strumpf, & Coyle, 2011).

Las otras provincias también están intentando ampliar desde el año 2000 sus capacidades de AP con nuevos centros. En Quebec, desde 2003, se crearon grupos de medicina familiar (GMF) y clínicas de la red (CR) para las personas con enfermedades crónicas (Pineault, Borges, Provost, Fournier, & Prud'homme, 2015). En Bristish Columbia se crearon 11 organizaciones de atención primaria de salud, centros de salud en cinco comunidades, cuatro iniciativas de atención compartida y una red de atención al paciente (Health Council of Canada, 2005). En Alberta, desde las reformas ya planteadas en la orgaznización del servicio centralizado, se constituyeron redes de atención primaria con médicos y otros proveedores de salud como enfermeras, dietistas y farmacéuticos, que trabajan en conjunto con *Alberta Health Services* (AHS) para proporcionar atención primaria de salud a los pacientes. Hoy son el modelo más común de organización de atención primaria de la salud en esa provincia, con el 80 % de los médicos de familia registrados en alguna de estas redes (Alberta Health, 2016)

En 2014, había 114 médicos de medicina familiar por cada 100 mil canadienses, lo que representa un aumento respecto a los 103 que hubo en 2010, aunque con diferencias regionales: 131 en Nueva Escocia, 118 en Quebec, 107 en Ontario frente a un nivel bajo de 99 en Principe Edward Island. En cuanto a las enfermeras de la APS, el número bajó, en 2014 había 67 enfermeras por cada 100 mil canadienses, en comparación con 70 en 2010 (CIHI, 2016). De todos modos, entre 2010 y 2014, el porcentaje de canadienses que informó que tenía un médico regular permaneció constante. Un 33 % de los encuestados por la *Commonwealth* informaron tener que esperar 6 días o más para ver a un médico o una enfermera cuando estaban enfermos y 63 % dijero que era difícil obtener atención médica después de hora sin ir a emergencias (Schoen, y otros, 2010). Según la encuesta nacional de

APS de 2008, sólo el 38% de la población diabética adulta y el 44% de la población con depresión tenían acceso a una enfermera u otro profesional de la salud de atención primaria , en comparación con el 41% de la población general (Conference Board of Canada, 2013)

La bibliografía y el propio gobierno es crítico. Meath Council of Canadá (2013 y 2014) plantea su preocupación ante la falta de velocidad en los sistema de referencia y contrarreferencia, la falta de atención rápida (el mismo día o al día siguiente) y la carencia de un sistema donde el paciente pueda ver a un médico o enfermera después de las horas de servicio, excepto a través del servicio de urgencias del hospital l**o**cal. Además, los médicos de atención primaria de Canadá son poco propensos a hacer visitas a domicilio. Se encontraron por otro lado, desigualdades notorias en la calidad y acceso al servicio según género, edad, nivel social, región y etnia (Hutchison, Abelson, & Lavis, 2001; Romanow, 2002; Shah, Gunraj, & Hux, 2003; MacLeod, y otros, 2004; Canadian Institute for Health Conditions, 2012). La bibliografía menciona el poco interes que la AP tuvo en las sucesivos proyectos en reformas, tal vez debido a que el histórico arreglo entre los médicos y el gobierno no favorece este tipo de atención.

2.4) Los Hospitales de Medicare. Las entidades sin fines de lucro en un contexto de fuerte presencia estatal

En Canadá hay alrededor de 750 hospitales, 6 federales públicos, 12 privados con fines de lucro, 17 facultades de medicina con sus hospitales de enseñanza (Umbach, 2014) y el resto de los gobiernos provinciales o como entidades sin fines de lucro (Duncan, Morris, & McCarey, 2010). Ontario tenía en 2012, 145 corporaciones de hospitales de la sociedad civil de orden público que atienden en 238 lugares y seis hospitales privados. (Ministry of Health and Long-term Care of Ontario, 2014)

El número de camas es relativamente bajo en comparación a los países desarrollados: 2,7 cada mil habitantes, contra un promedio de la OECD de 4,8 (OECD, 2015). Esto es consecuencia de una década de busqueda de aumentos de la productividad en salud via mayor integración y fusión de hospitales que redujeron el número de internaciones.

Como vimos, la mayor parte son organizaciones sin fines de lucro, dependiente de las juntas de salud, sus Directores son nombrados, o por las juntas, o por el Ministerio (Deber, 2002). Son financiados través de presupuestos globales anuales (Hurley & Guindon, 2009;Paris, Devaux, & Wei, 2010). La escala salarial de los médicos de estos hospitales se determina a

nivel federal, aunque hay arreglos locales importantes (Woolhandler, Campbell, & Himmelstein, 2003).

Si bien el modelo de fondos públicos y hospitales controlados de Canadá es evaluado por la OECD (2011) como un sistema de salud bastante bueno, aunque los eventos intrahospitalarios adversos son altos. Según el CIHI, se estima que el 13% de las camas canadienses están ocupadas por pacientes que ya no deberían estar allí, que podrían ser dados de alta mientras que uno de los problemas más graves es la falta de disposición de camas para pacientes de emergencia y los tiempos largos de espera, lo que genera la descarga de pacientes en centros de salud inadecuados (Auditor General of Ontario, 2012). Esto se verifica a pesar del aumento de los gastos de la última década y del aumento del número de procedimientos (Sutherland & Crump, 2013)

Para mostrar un caso, en Ontario los hospitales son también sociedades civiles con su propio consejo de administración, pero se rigen por la Ley de los hospitales públicos y dependen financieramente de los LHIN que los vincula al menos formalmente a una red local integrada. Éste revisa las grandes decisiones financieras, inversiones, tratamientos y puede disponer reformas (Paris, Devaux, & Wei, 2010; Makarenko, 2010). Debe tenerse en cuenta que el 91% de las facturas del hospital se pagan públicamente, el resto tiene que ver con servicios extras (Rachlis, 2007). En el último periodo, siempre en Ontario, ha habido una importante reforma que eliminó el sistema de presupuesto global y pasó a un modelo de financiación percápita y con un plus por tipo de servicios y calidad garantizada (Ontario Ministery of Health and Long-Care, 2014).

Las críticas al modelo hospitalario de Ontario giran, nuevamente, en torno a la atención inadecuada para los pacientes ALC, que son el 14% del total (Sinha & Dale, 2015) y actualmente la situación empeora por falta de fondos (Leslie, 2015b). Los problemas aumentan lejos de los principales centros, especialmente en el norte (Glazier, Gozdyra, & Yeritsyan, 2011).

Otra estrategia, en este caso para aumentar la inversion en infraestructura, como ya dijimos, es la implementación de la iniciativa de inversión publico privada (PPP), fuertemente cuestionada por vastos sectores (Nason, 2008). El caso paradigmático fue el *Brampton Civic Hospital*, un estudio de la auditoria de Ontario mostró que se ponía en riesgo la relación calidad-precio, sobre todo por los sobrecostos. Es interesante el hecho de que se sugiere que muy pocos contratistas en la provincia de Ontario eran capaces de hacer una oferta en este tipo de contrato y que el sector público no estaba preparado completamente para transferir elementos

clave del proyecto para el sector privado (Barrows, MacDonald, Supapol, Dalton-Jez, & Harvey-Rioux, 2012)

En cambio, en Alberta, el sistema hospitalario funciona con hospitales generales que en la mayoría de los casos tienen varios centros funcionales; otro servicio importante es el hospital auxiliar ,instalación designada para la provisión de servicios médicos a pacientes hospitalizados que tienen enfermedades crónicas o de larga duración (Government of Alberta, 2016b; Alberta Health Services, 2015). Los problemas son similares a Ontario (Simes, 2016; Kaufmann, 2016; Mah, 2016)

2.5) Clínicas y sanatorios privados, un actor que presiona para crecer

Como vimos, la mayor parte de los consultorios generales, de diagnóstico y ambulatorios de especialistas son privados; la cantidad de clínicas privadas con camas es menor. No existen datos sobre el número de sanatorios privados(Allin & Rudoler, 2015). Los primeros nacen por la falta de oferta de aparatología de diagnóstico (es el caso de las resonancias en Alberta (Meili, 2014) o por iniciativa de los mismos médicos (Bold, 2001). Las clínicas con camas se diferencian de los hospitales de *Medicare* en cuanto a tamaño y se especializan en cirugías, sobre todo simples, liberando la capacidad de los hospitales públicos para hacer las cirugías más complejas (Cameron, 2012; Allin & Rudoler,2015). El Ministerio define a traves de *Medicare* las tarifas.

Centric Health con 10 mil enfermeras, médicos y otros profesionales, en casi mil localidades, es uno de los principales conglomerados que se encuentra operando servicios fuera de *Medicare*. Incluye farmacias, clínicas de fisioterapia, oficinas de atención primaria, agencias de atención domiciliaria y clínicas de cirugía de día que hacen, desde reemplazos de rodilla hasta operaciones estéticas (Blackwell, 2014). Clinic es otra que tiene 19 quirofanos y 980 centros fuertemente orientados al los cuidados de largo plazo así como a la fisioterapia, donde tiene la mayor presencia en el mercado (Fuller, 2012)

En cuanto a la calidad, la bibliografía no da cuenta de diferencias notables, salvo el hecho de que reducen los tiempos de espera para las intervenciones (Martin, Klemensberg, Klein, Urbach, & Bell, 2011). Como en todos los casos, uno de los problemas principales es la presencia de copagos adicionales, ilegales y la sobreoferta de procedimientos, arriesgando al paciente, pero sobre todo reemplazando procedimientos cubiertos por *Medicare*. Según las

entrevistas de la *Ontario Health Coalition* (2014), los pacientes no saben bien lo que cubre y lo que no cubre cada seguro y no se animaban a enfrentar al médico cuando le pedía un copago.

Por otro lado, hay cada vez más médicos que infringen la restricción de trabajar para ambos segmentos (The Canadian Health Coalition, 2009; Glauser, 2011;CBC news, 2014).

2.6) El poder de los médicos, especialmente de la Ontario Medical Association (OMA)

Se trata de un total de 82.000 médicos (CIHI, 2016). En la AP, en los ambulatorios de especialistas y en muchos hospitales, ejercen como autonomos (un 73% con pago por servicio o cápitas), el resto es asalariado (Paris, Devaux & Wei, 2010). Los médicos presentan una importante movilidad geográfica, los registrados en más de una jurisdicción, representaron el 21,68% de los médicos activos en 2014 (Canadian Institute for Health Infrmation, 2015). La cantidad de enfermeras en 2011 fue de 291.008 , más de la mitad (58,3%) estaban ocupadas en puestos de tiempo completo y distribuidas en: 61,6% en hospitales, 13,3% en el sector de salud comunitaria y 10% en el sector de atención a largo plazo. (CIHI, 2012). Esta profesión fue severamente dañada durante el ajuste de los '90 y fue centro del análisis de Romanow (2002), muchos puestos fueron eliminados en ese momento con cargos administrativos y de apoyo que terminaban derivados a las enfermeras. La situación de a poco va revirtiéndose (CIHI, 2016).

Las diferencias regionales en cuanto al personal existen, mientras que Canada tiene en promedio 214 médicos cada 100 mil habitantes, Newfoundland and Labrador presentaba en el año 2013 240 , Nova Scotia 250, Quebec 235, Alberta 217 ,Ontario 201 , Manitoba 193 y Saskatchewan 180. La diferencia se acentúa cuando se toma el promedio de especialistas por Provincia donde Ontario y Quebec concentra el mayor numero (CIHI, 2013). El problema de los especialistas es resaltado también en la encuesta de la *Commonwealth* con un 70% de los médicos de atención primaria que contestaron que sus pacientes a menudo experimentaban largos tiempos de espera para ver a un especialista. Esta es la proporción más alta entre todos los países (CIHI, 2016b)

La formación profesional se genera en las Escuelas de Medicina. Hay 10 mil500 estudiantes de medicina en Canadá y unos 3 mil 600 canadienses que estudian medicina en el extranjero. La encuesta de Banne y otros (2010) encontró que más del 75% de los canadienses que estudian medicina en el extranjero dicen que lo hicieron porque no fueron capaces de obtener un lugar

en una escuela de medicina de su país; solo el 25% de los aspirantes son aceptados (Born & Dhalla, 2011)

Al igual que en Gran Bretaña, en Canadá existió siempre una primacía de la libertad de ejercicio, negociación por pares y un nivel de honorarios altos que surgen de unas tarifas médicas negociadas con las asociaciones médicas, especialmente la Asociación Médica Canadiense (CMA) y sus similares provinciales (Tuohy, 1999). Este autor lo atribuye a la presencia de un monopolio bilateral difícil de gestionar. Los honorarios médicos han sido una de las categorías de mayor crecimiento en los últimos años (Canadian Institute for Health Information , 2013). Un médico canadiense promedio , hoy,está ganando un 30% más de lo que ganaba hace sólo una década, unos 15 mil dólares mensuales, de los mas altos de la OECD, luego de Belgica y Holanda (ORCD, 2013).

Hay que tener en cuenta que hay gran dispersión entre provincias, siendo Ontario donde más cobran los médicos en promedio (Hugh Grant, 2013). Alli la negociación se da entre el Ministerio y la *Ontario Medical Association* (OMA), en el Comité de Servicios Médicos compuesto de 10 miembros repartidos en parte iguales entre el Ministerio de Salud y la OMA (Benjamin, 2002). La asociación medica tiene una gran cantidad de investigadores que recogen experiencias incluso de otras jurisdicciones e incide en las políticas fuertemente, presionan para el aumentos de los honorarios y para la distribución de los mismos entre ítems específicos (Grant, 2013).

En ese marco, Ontario primero y luego otras, han incorporado como dijimos cápitas ajustadas por tipo de servicio (Canadian Institute For Health Policy, 2014; Canadian Institute for Health Information, 2010), pero en algunas provincias sigue primando el pago por servicios. Igual, cada vez que hay una negociación para quitar a los médicos alguna autorregulación o aumentar el control, se produce un alza en los honorarios (Henry, y otros, 2012)

2.7) El alto nivel del gasto en medicamentos

En Canadá, la jurisdicción sobre los productos farmacéuticos es compartida entre los gobiernos federales, provinciales y territoriales. El gobierno federal, autoriza la entrada en el mercado y el seguimiento. Como vimos, hay una agencia federal, la Oficina Canadiense de Coordinación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y también hay organismos provinciales con la misma tarea. En virtud de la Ley de Patentes, el gobierno federal también tiene la autoridad para regular los precios de los fabricantes de medicamentos patentados a través de la Junta de

Revisión de precios de Medicamentos Patentado. Sin embargo, no tiene jurisdicción para regular los precios de los medicamentos patentados en toda la cadena de distribución (es decir, del mayorista a las farmacias) o al cliente final, el paciente. Tampoco tiene jurisdicción para revisar los precios negociados con los planes de medicamentos federales, provinciales o territoriales. Las provincias son responsables de la regulación de los precios de los fabricantes de medicamentos genéricos. Algunas provincias han promulgado leyes que limitan los pagos a los fabricantes, incluyendo descuentos y subsidios profesionales, a las farmacias y mayoristas. Esto, en cierta medida, regula los precios de los medicamentos patentados y no patentados. Además, se ha promulgado legislación provincial que exige a los fabricantes que ofrezcan descuentos por volumen o pagos similares como condición para su inclusión en las listas positivas. Cabe señalar que dichos pagos se mantienen confidenciales. (Bonner & Daley, 2010)

El gasto en medicamentos es alto, debido, en parte a que los canadienses se encuentran entre los más altos usuarios de drogas (Health Council of Canada, 2014) y también por los precios promedio de los medicamentos. Otro tema que influye es el bajo porcentaje de recetas de genéricos, y la escasa predisposición de los médicos a recomendarlos (Canadian Generic Pharmaceutical Association, 2011)

Además, el gasto privado también es alto porque no cuenta con un plan nacional de cobertura universal. En cambio, existen unos 19 planes de seguro, 13 de ellos provinciales y el resto federales, y más de 1 mil seguros privados para cubrir medicamentos. En la gran mayoría de los casos son pagados por los empleadores. También es muy alto el gasto de bolsillo, porque estos planes varían significativamente en términos de copagos (Phillips, 2009). Algunos canadienses tienen una cobertura pública buena como el caso de, las personas mayores en algunas provincias como Quebec, pero no en otras; mientras que otros tienen una buena cobertura privada a través de planes laborales. Muchos tienen cobertura de medicamentos solamente ante situaciones catastróficas con altos deducibles (CIHI, 2009; Canadian Institute for Health Information, 2014a). La mayor parte tiene copagos.

Por último, otra situación que influye, es la presión de los hospitales para ahorrar en medicamentos, y los pacientes terminan pagando de su bolsillo.

Según los datos de OCDE (2014), el gasto per cápita, por fuentes públicas y privadas, fue de 771 dólares para 2012, muy por encima de los 498 del promedio de los países miembros. En términos porcentuales, representa el 18%del total, en relación al promedio de la OECD de 16%. Según OECD (2015), la reducción del gasto farmacéutico en los últimos años en Canadá se viene dando, en parte, con relaciónal vencimiento de las patentes de un cierto número de

medicamentos de marca de alto volumen y de alto costo, junto con una reducción de los precios de los medicamentos genéricos en muchas provincias. Y lo que es pero es que, como dice Sanmartin et al (2014), desde 1997, el gasto de bolsillo aumentó más relativamente en los hogares pobres, sobre todo cuando acuden a servicios ambulatorios. Los planes públicos representan alrededor del 48%, los planes federales solo el 3% (Competition Bureau, 2008). El resto es gasto privado via seguros y de bolsillo (Hurley & Guindon, 2009).

En relación a los precios de los medicamentos, estos son superires a la media OCDE, esto se debe al escaso control ejercido por el estado tanto de la oferta como de la demanda y la falta de un comprador estatal. En los '90 se habían introducido mecanismos de congelamiento sin demasiado resultado. En Ontario se prohibió aceptar subsidios "profesionales" de los fabricantes de medicamentos, tanto de marca como de genéricos, generandose un grave conflicto (The Globe and Mail, 2010).

Una de las políticas para enfrentar el problema, es la Estrategia Nacional de Farmacéuticos de 2004 (Competition Bureau Canada , 2007). La clave es el costo máximo admisible. La revisión de precios utiliza el nivel de mejora terapéutica para determinar el precio potencial máximo promedio en la introducción del medicamento. Después de la categorización del medicamento, se aplica una prueba de precio para determinar si este puede considerarse excesivo, según información proporcionada por el fabricante al PMPRB y lo establece para cuatro clases de clientes (hospitales, farmacias, mayoristas y otros) Aunque el PMPRB considera el precio promedio de transacción nacional (ATP) y los precios de transacción promedio específicos del mercado, mantiene la autoridad para actuar sobre la base de cualquier precio de fabricante que sea excesivo para cualquier clase de clientes en cualquier mercado de Canadá (Paris & Belloni, 2014)

El segundo elemento es el aumento del uso de genéricos. La ley de patentes y la de genéricos ha impulsado al sector (Keon, 2004; Canadian Generic Pharmaceutical Association, 2011). Tambien ha sido fundamental el hecho de que las provincias han adoptado leyes de intercambiabilidad, los planes provinciales y privados proporcionan un incentivo financiero para que los pacientes compren medicamentos genéricos (OECD, 2010).

Ontario introdujo la ley para la transparencia en el Sistema de Drogas para los pacientes. La ley reduce el máximo que la provincia pagaría por los medicamentos genéricos, al 50% del precio del producto de marca. Estos precios más bajos sólo se aplican a los planes de medicamentos públicos de Ontario y no al plan de medicamentos privado. Los resultados fueron buenos.

De todos modos, las ventas de estos genéricos representaron sólo el 22,6% del total del mercado de medicamentos recetados. (Canadian Generic Pharmaceutical Association,2014). Tal vez las presiones cruzadas mencionadas se relacionan con el poder de los laboratorios.

Hay más de 7mil900 farmacias minoristas de Canadá. Los dos grupos más grandes son el Grupo Katz (Rexall), con más de 1mil100 puntos de venta, y Shoppers Drug Mart (Pharmaprix en Quebec), con más de 820 puntos de venta. En conjunto, representan cerca del 25% de todas las farmacias (Competition Bureau, 2008).

2.8) La Investigación en salud: las instituciones públicas al servicio de los genéricos y los dispositivos médicos

En Canada, el *Canadian Institutes of Health Research(*CIHR) es el encargado de la investigación en salud. También hay otras dos agencias, la *Social Sciences and Humanities Research Council* (SSHRC) y la *Natural Sciences and Engineering Research Council* (NSERC) que desarrollan tareas con financiación generalmente universitaria (Nason, 2008). Otra institución independiente importante es la *Genome Canada*. Está tambien *The Network of Centres of Excellence*, que proporciona financiamiento con el propósito de establecer redes de investigación a gran escala en temas de importancia estratégica. El Centro Canadiense de Coordinación de Ensayos Clínicos (CCTCC) es una organización cuya principal prioridad es fortalecer y reforzar el entorno competitivo de este tipo de procesos.

En lo que hace a fármacos, la autoridad de aplicación para la aprobación es *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) dependiente del Ministerio de Salud Nacional. La norma es muy exigente, incluso en 2014 se promulgó una ley que obliga a los innovadores a "demostrar" o "predecir" la utilidad de un medicamento como "prometido" en el momento de presentar la solicitud de patente (PhRMA, 2016). El *Optimal Use Projects program*, administrado por la mencionada agencia, proporciona recomendaciones (aunque no directrices clínicas formales) a los proveedores y consumidores con el fin de alentar la prescripción apropiada, la compra y el uso de medicamentos. Por otro lado, está la *Common Drug Review* (CDR) que se creó en 2003 dentro del CADTH para revisar la efectividad y costo-efectividad de los medicamentos y emitir recomendaciones a los gobiernos provinciales respecto a su eventual financiación evitando así, diferentes sistemas de aprobación entre los 19 Estados y territorios (Gamble, Weir, Johnson, & Eurich, 2011). Esto también condiciona la producción de medicamentos.

Los organismos de financiación de los tres sectores del sistema suelen colaborar para patrocinar la investigación dentro de sus mandatos. (Bernstein, Hicks, Borbey, & Campbell, 2006). En concreto, la investigación estrictamente pública es desarrollada por investigadores universitarios sobre todo en investigación básica y gastan el 62%; el sector privado se financia casi enteramente por si solo, con mas énfasisen aplicada (HRAN, 2002)

Canadá ocupa el primer lugar en el G-7 en fabricación de dispositivos médicos y el tercer lugar en el mundo en número de sitios para ensayos clínicos activos de dispositivos médicos. Abarca alrededor de 1 mil500 empresas que emplean a 35 mil personas, distribuidasprincipalmente en tres provincias: Ontario, Quebec y Columbia Británica; el mercado de destino es Estados Unidos (Foreign Affairs, Trade and Development Canada, 2014). *The Canadian Medical Devices Sentinel Network* (CMDSNet) incluye un grupo de centros de atención aguda y comunitaria, que reportan eventos adversos a la Oficina de Productos Farmacéuticos y Médicos , esta debefinanciar proyectos para resolver cuellos de botella (Polisena, Jutai, & Chreyh, 2014).Entre los más importantes centros se debe mencionar el *Medical Image Analysis Laboratory* (MIAL) en la Universidad pública *Simon Fraser* en Columbia Británica, dedicado alnálisis de estructuras cerebrales; *el Centre for Imaging Technology and Commercialization* (CIMTEC), privada sin fines de lucro, en Londres, Ontario, ofrece servicios de tecnología y desarrollo de negocios en innovaciones de imágenes médicas al mercado; esta también el *Alberta Centre for Advanced Micro- and Nanotechnology Products*– privada sin fines de lucro-, con oficinas en Edmonton y Calgary, Alberta; en Halifax, Nueva Escocia, *Brain Repair Center transcional* que trabaja sobre el daño de las células y conexiones sinápticas en el cerebro. Es muy bueno el *Montréal Diabetes Research Center* (Montreal, Quebec), con 52 equipos de investigación de científicos básicos y clínicos de seis universidades,y el *Centre for Contact Lens Research*, dependiente de *University of Waterloo*, pública en Waterloo, Ontario.

Los laboratorios de marca son multinacionales extranjeras con filiales en Canadá. Valeant es la única multinacional que posee sede en Canadá. Otro actor principal en la industria son los proveedores de servicios contratados (CSP), una mezcla de pequeñas empresas con sede en el país y empresas extranjeras más grandes. Los CSP proporcionan una amplia gama de servicios contractuales en el ciclo de vida del producto, desde I + D y fabricación, hasta ventas y administración. Como resultado de la expiración de patentes, la cuota de mercado del segmento de marca se ha contraído. En 2011, el grupo de las 10 principales corporaciones de marcas registró un crecimiento negativo del 1% y la cuota de mercado fue poco menos del 60%. PhARMA (2016) se queja porque como vimos, su legislación no es amigable para las

farmacéuticas y dice que el paí se ha rezagado en cuanto a su régimen de propiedad intelectual frente a otros países desarrollados.

La industria de genéricos tiene una fuerte capacidad sobre todo en las regiones de Montreal, Toronto y Winnipeg. Emplea a más de 11 mil canadienses y exportan a más de 115 países. Son 13 empresas, 9 son muy importantes, y 7 de ellas tienen una casa matriz en el extranjero. Pero la más grande es canadiense: Apotex, que controla el 34% de las ventas. La principal fuente de I+D está en Toronto y en su Universidad, aunque la especialidad en genéricos le resta potencialidad desde este punto de vista.

2.9) Las TICs como respuesta a una cobertura en un inmenso territorio

Como vimos, el impulso a la implementación de las iniciativas nacionales de uso de TICs surge con fuerza con la creación del grupo “Infoway" en 2001; inicialmente con 294 proyectos de historia clínica electrónica, telemedicina y soluciones de vigilancia epidemiológica que hoy alcanzan a 500 (Dibert, 2015).

Las TI de salud representan alrededor del 2% de todos los gastos de salud. Ontario fue pionera, con un modelo de TICs en APS, específicamente en los *Patient-Centered Medical Homes* de Ontario. A nivel hospitalario, la *University Health Network* (UHN), un gran hospital universitario, ha implementado con éxito el CPOE (sistema de entrada de órdenes de médicos computarizada), incluyendo más de 50 mil órdenes de medicamentos al mes, destinado a minimizar errores de prescripción (Protti, 2010). En 2004 Alberta lanzó netCARE, la primer HCE integrada.

Mientras que la financiación de los productos es mayormente pública, son desarrollados por asociaciones público-privadas. Como ejemplo está el caso de MedviewMD, una compañía de telesalud con sede en Chatham, Ontario, que está trabajando con los gobiernos provinciales de todo Canadá para crear redes de médicos que puedan examinar rápidamente a los pacientes a través del uso de visitas electrónicas. Los pacientes pueden conectarse con los médicos en los estudios MedviewMD, que están equipados con videoconferencia y equipos médicos. Desde su lanzamiento en septiembre de 2015, la compañía ha establecido más de una docena de sus estudios especializados para visitas electrónicas en farmacias en Ontario y otras cuatro en Columbia Británica. Se están llevando a cabo planes de expansión para Saskatchewan, Manitoba, Nueva Escocia y Nuevo Brunswick (Zeidenberg, 2016). Otro ejemplo interesante es el de *All Nations 'Healing Hospital*, Saskatchewan, Canadá, que está introduciendo recursos

electrónicos de enfermería mediante el uso de asistentes digitales personales (PDA). El hospital es propiedad y es operado por el Consejo Tribal de *File Hills Qu'Appelle* (FHQTC) y el Consejo Tribal de la *Agencia Touchwood*. Se financia a través de un acuerdo operativo con la Región Sanitaria Regina Qu'Appelle y un acuerdo de transferencia con Salud Canadá (Bassendowski, y otros, 2011).

Recientemente, Infoway ha presentado un nuevo documento estratégico, 2015: *Advancing Canada's Next Generation of Health Care,* que describe los nuevos retos como, mejorar la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente, ampliar y mejorar el acceso a los servicios, realizar un uso más eficiente de los recursos del sistema sanitario. El camino a seguir es el despliegue de la historia clínica electrónica para el 100% de los ciudadanos,el uso de tecnología para mejorar la continuidad de atención entre niveles , y darle a los ciudadanos elementos para el autocuidado y tecnologías para mejorar el desempeño hospitalario (de Saint Pierre & Otros, 2013).

En lo que hace al uso del registro electrónico por parte de los médicos, se pasó del 20% de los profesionales en 2006 a un estimado del 62% en 2013 (Chang & Gupta, 2015). En 2010, el 50% de los hospitales públicos podían ver y actualizar la información electrónica de salud de sus pacientes; existía acceso a imágenes digitales compartidas en aproximadamente el 80% de los hospitales públicos y acceso a los perfiles de medicación de los pacientes en aproximadamente el 50% de las farmacias de venta al por menor (de Saint Pierre & Otros, 2013).

Entre los casos virtuosos identificados surgen diversos proyectos y redes, e Infoway parece aglutinar los esfuerzos. Una de las redes virtuales es la *Health Sciences North's Virtual Critical Care network*, que usa un programa de software especial creado por la Red de Telemedicina Ontario para realizar el e-seguimiento pre y post parto gracias a la tecnología de videoconferencia de la red, no directamente con pacientes sino con unidades de atención menores y de urgencia.

Similar es el caso de *Celltrack,* pero aquí es una empresa privada de Ontario que publicita el programa Medly UHN.Este programa se utiliza en más de 4 mil lugares de atención a domicilio y permite a los pacientes con enfermedades crónicas , autogestionar su salud mediante el acceso a la información personalizada, asi como también, pretende hacer más fácil la conectividad a los profesionales del centro. El programa fue financiado por la Agencia de Desarrollo Económico Federal para el sur de Ontario (Ontario FedDev) . Infoway publicita también el proyecto de *Tribus Cowichan*, Información Mustimuhw Soluciones y *McKesson*

Canadá RelayHealth para mejorar la conexión de esos grupos étnicos, supuestamente con enfoque *Cowichan,* es decir con una identidad propia.

El Minsal de Ontario publicita el *Telehealth Services*, un servicio telefónico que recibe un promedio de 2700 llamadas diarias. Y hay un programa Pacientes Primero que permite un vínculo real y otro virtual con el médico, éste último a partir del HealthCareConnect para elegir al profesional y el *MedsCheck* para el seguimiento de la medicación. También se menciona la aplicación para pacientes con asma de Ontario. La provincia se ha asociado con los centros de educación Grupo de San José de Atención (Thunder Bay), William Osler Sistema de Salud y el Hospital General de North York, para desarrollar una herramienta de auto-control de la diabetes y estilo de vida. La aplicación de *BlueStar* es un producto de *WellDoc*, una compañía de tecnología médica digital, para tratamientos. Por otro lado, se ha asociado con el Instituto de Investigación de Salud Lawson para probar una solución de televigilancia para mejorar la gestión de la diálisis peritoneal en el hogar, para las personas con enfermedad renal crónica, es el *Conectar eQ Solution* desarrollada por eQOL Inc.(una empresa del *Toronto's MaRS innovation hub*). También está la aplicación *Smartwatch* que sirve para apoyar on line a pacientes depresivos, se llama *"Zuubly"* y realiza diagnósticos, envía mensajes de terapia cognitivo conductual, y puede vincular al usuario con el centro local de crisis. La *Ontario Health Coalition,* por su parte, tiene varias ofertas y un caso particular es Telemedicina aborigen, de Ontario, que tiene la plataforma OTNhub con comunicación entre pacientes y médicos, con el apoyo de 23 hospitales de referencia en Ontario. El mismo ministerio informa sobre PrescribeIT, un servicio de prescripción electrónica de Canadá que permite transmitir una receta a la farmacia de elección del paciente a través de Twitter, siguiendo a @PrescribeIT_CA para las noticias y el hashtag #eprescribing.

En cuanto a divulgación, Infoway publicita la Semana de la Salud, con un hashtag #ThinkDigitalHealth, de gran actividad. El *Health Quality Ontario* publicita el Portal e-learning en línea de la escuela de medicina de la Universidad de *McMaster* y especialmente el programa *Advanced Access y Eficiencia*, para apoyar a los centros de atención primaria

En Alberta, van por el mismo camino. La Historia Clínica Electrónica, conocida como Netcare, está disponible, pero por ahora solo para proveedores de servicios de salud autorizados. Por otro lado, H-Link es un sistema de comunicación electrónica que conecta a los usuarios con *Alberta Health*. Se utiliza para enviar reclamos e información de facturación, incluyendo a los profesionales o empresas de servicios que pretenden honorarios y Servicios de Salud de las regiones de Alberta y provincias que intercambian datos recíprocos. Por su parte, *Alberta*

Health Services desarrolló Telesalud, un sistema que une ocho neonatologías del centro y norte con videoconferencia con el Hospital de Niños Stollery en Edmonton.

eReferral es otro proyecto muy anunciado, que brinda a pacientes y proveedores información sobre el tiempo de espera de toda Alberta. Esta iniciativa está dirigida a mejorar el acceso de los pacientes a la atención mediante la racionalización del proceso de remisión y la reducción de los tiempos de espera asociados con referencias incompletas.

Hemos detectadoun conglomerado muy activo de páginas oficiales, tal el vez el más activo de los que hemos visitado, en el que sobresale Ontario Telemedicine Network, luego la provincia de Ontario y Health Quality Ontario, aunque también también Infoway.Todas con una estética interesante y un porcentaje elevado de posteos que hemos caracterizado como útiles. El Ministerio parece quedar como un organismo más burocrático.

Bibliografía

ACEC. (2010). Understanding Public Private Partnership in Canada. Association of Consulting Engineering Companies. http://www.acec.ca/files/resources/acec_P3_report_v3.pdf.

Aggarwal, M. (2009). Primary Care Reform: A Case Study of Ontario. Toronto: University of Toronto. https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/17722/1/Aggarwal_Monica_200906_PhD_thesis.pdf.

Aggarwal, M. (2011). Improving Quality in Primary Care. Report of the Working Group to the Primary Healthcare Planning Group. http://www.afhto.ca/wp-content/uploads/1.-PHPG_Quality-WG-Report_Final.pdf.

Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). Toward a Primary Care Strategy for Canada. Canadian Foundation for Healthcare Improvement. http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx.

Alberta Health Services. (2015). An Overview of Alberta's Electronic Health Record Information System. Alberta Health Services. http://www.albertanetcare.ca/documents/An_Overview_of_Albertas_ERHIS.pdf.

Alberta Health. (2016). Primary Care Networks. Review. http://www.health.alberta.ca/documents/PCN-Review-2016.pdf.

Alberta Heath Service. (2014). AHS Health Plan and Business Plan 2014-2017. Alberta Heath Service. http://www.longwoods.com/blog/alberta-health-business-plan-2014-17/.

Allin, S. (2008). Does Equity in Healthcare Use Vary across Canadian Provinces? Health Care Policy Vol3 N4, 83-104 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2645154/pdf/policy-03-083.pdf.

Allin, S., & Rudoler, D. (2015). The Canadian Health Care System, 2015. En E. Mossialos, M. Wenz, R. Osborn, & D. Sarnak, 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf.

Archibald, T., & Flood, C. M. (2004). The Physician Services Committee – the Relationship between the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. https://www.researchgate.net/publication/265564864_The_Physician_Services_Committee_The_Relation-

_ship_between_the_Ontario_Medical_Association_and_the_Ontario_Ministry_of_Health_and_Long-Term_Care.

Auditor General of Canada. (2010). Electronic Health Records in Canada. An Overview of Federal and Provincial Audit Reports. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada. http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_201004_07_e_33720.html.

Auditor General of Ontario. (2012). Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario. Ontario: http://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en12/2012ar_en.pdf.

Banne, S., McKiver, A., Rattanasithy, S., Cassie, J., Woodward, C., & Ford, R. (2010). Carms report 2010. http://www.carms.ca/pdfs/2010_CSA_Report/CaRMS_2010_CSA_Report.pdf: Carms.

Barer, M., Lomas, J., & Sanmartin, C. (1996). Re-minding our Ps and Qs: medical cost controls in Canada. Health Affairs, 216-234. http://content.healthaffairs.org/content/15/2/216.full.pdf.

Barrows, D., MacDonald, I., Supapol, A. B., Dalton-Jez, O., & Harvey-Rioux, S. (2012). Public-private partnerships in Canadian health care: A case study of the Brampton Civic Hospital. OECD.

Barua, B. (2015). Waiting Your Turn: 2015 Report. Wait times for health care in Canada. Fraser Institute. https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2015.pdf.

Bassendowski, S., Petrucka, P., Breitkreuz, L., Partyka, J., MacDougall, L., Hanson, B., & Ayers, K. (2011). Integration of Technology to Support Nursing Practice: A Saskatchewan Initiative. Online journal of nursing informatics.

Bernstein, A., Hicks, V., Borbey, P., & Campbell, T. (2006). A framework to measure the impact of investments in health research. OECD. http://www.oecd.org/sti/inno/37450246.pdf.

Blackwell, T. (21 de marzo de 2014). For-profit health company Centric Health faces resistance as it spreads across Canada. Obtenido de National Post: http://news.nationalpost.com/news/canada/for-profit-health-company-centric-health-faces-resistance-as-it-spreads-across-canada

Blendon, R., Schoen, C., DesRoches, C. M., Osborn, R., Zapert, K., & Raleigh, E. (2004). Confronting Competing Demands To Improve Quality: A Five-Country Hospital Survey. Health Affairs, 119-135. http://content.healthaffairs.org/content/23/3/119.full.pdf.

Blendon, R., Schoen, C., DesRoches, C., Osborn, R., Scoles, K. L., & Zapert, K. (2002). Inequities In Health Care: A Five-Country Survey. Health Affairs, 182-191.

Blomqvist, Å., & Busby, C. (2013). Paying Hospital-Based Doctors: Fee for . Institut C.D. HOWE Institute. https://cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_392_0.pdf.

Bold, A. J. (2001). El Sistema de Salud Canadiense y su Contexto dentro de la Sociedad Canadiense. Federación Argentina de Cardiología.

Bonner, P., & Daley, J. (2010). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Canada: An Overview for Innovative Drug Manufacturers. http://whoswholegal.com/news/features/article/27744/pharmaceutical-pricing-reimbursement-canada-overview-innovative-drug-manufacturers.

Born, K., & Dhalla, I. (09 de marzo de 2011). Why are so many Canadians going abroad to study medicine? Obtenido de Health Debates: http://healthydebate.ca/2011/03/topic/politics-of-health-care/why-are-so-many-canadians-going-abroad-to-study-medicine

Born, K., & Laupacis, A. (20 de julio de 2011). Public and private payment for health care in Canada. Obtenido de Health Debate: http://healthydebate.ca/2011/07/topic/cost-of-care/publicprivate

Born, K., & Sullivan, T. (07 de junio de 2012). Perspective on payment negotiation for Ontario's doctors. Obtenido de Healthy debate: http://healthydebate.ca/2012/06/topic/politics-of-health-care/history-oma-mohltc

Born, K., & Sullivan, T. (29 de Junio de 2011). LHINs and the governance of Ontario's health care system. Obtenido de Healthy Debate: http://healthydebate.ca/2011/06/topic/cost-of-care/lhins-2

Born, K., Sullivan, T., & Bear, R. (10 de Octubre de 2013). Restructuring Alberta's health system. healthy debate.

Bourgeault, I. L., Demers, C., James, Y., & Bray, E. (2014). The Need for a pan-Canadian Health Human Resources Strategy. http://www.queenshealthpolicychange.ca/resources/2014-WhitePaper-Bourgeault.pdf.

Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (2009). Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. IRLES.

https://www.researchgate.net/publication/242511630_Three_Models_of_Primary_Care_Organisation_in_Europe_Canada_Australia_and_New-Zealand.

Boyle, T. (11 de mayo de 2012). How Ontario's doctors get paid. Obtenido de The Star: https://www.thestar.com/news/canada/2012/05/11/how_ontarios_doctors_get_paid.html

Brown, L., & Taylor, D. (03 de julio de 2012). The Birth of Medicare. From Saskatchewan's breakthrough to Canada wide coverage. Obtenido de Canadian Dimension: https://canadiandimension.com/articles/view/the-birth-of-medicare

CACHCA. (2009). Community Health Centres. An Integrated Approach to Strengthening Communities, and Improving the Health and Wellbeing of Vulnerable Canadians and Their Families . CACHCA. http://www.cachc.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/CACHCA-Position-Paper-CDN-Federal-Government-role-in-community-primary-health-care.pdf.

Cameron, L. (09 de mayo de 2012). Homeindustrieshealth carePrivate health-care services growing in Canada. Obtenido de Canadian Business: http://www.canadianbusiness.com/business-news/industries/health-care/private-health-care-services-growing-in-canada/

Canada Health Infoway. (2014). The Path of Progress: annual report 2013–2014. Ottawa: https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/resources/i-infoway-i-corporate/annual-reports/1957-annual-report-2013-2014.

Canada Health Infoway. (2015). EHR 2015 : Advancing Canada's next generation of healthcare. Canada Health Infoway.

Canadian Generic Pharmaceutical Association. (2011). Potential Impact on the Generic Pharmaceutical Industry in Canada .

Canadian Generic Pharmaceutical Association. (2013). The Canadian Generic Market. Canadian Generic Pharmaceutical Association. http://canadiangenerics.ca/.

Canadian Generic Pharmaceutical Association. (2014). The Value of Generic Prescription Medicines. Canadian Generic Pharmaceutical Association. http://canadiangenerics.ca/wp-content/uploads/2016/10/ValueOfGenerics2016_ENG.pdf.

Canadian Institute for Health Conditions. (2012). Disparities in Primary Health Care Experiences Among Canadians With Ambulatory Care Sensitive Conditions. Canadian Institute for Health Conditions. https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Experiences_AiB2012_E.pdf.

Canadian Institute for Health Information. (2005). Hospital Trends in Canada: Results of a Project to Create a Historical Series of Statistical and Financial Data for Canadian Hospitals Over Twenty-Seven Years. Ottawa, Ontario .

Canadian Institute for Health Information. (2005a). Hospital Trends in Canadá. Ottawa: https://secure.cihi.ca/free_products/Hospital_Trends_in_Canada_e.pdf.

Canadian Institute For Health Information. (2009). Experiences With Primary Health Care in Canada.

Canadian Institute for Health Information. (2010). Profiling Physicians by Payment Program:A Closer Look at Three Provinces.

Canadian Institute for Health Information. (2014a). National Health Expenditure Trends 1975–2013. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Canadian Institute for Health Information. (2014b). Wait Times for Priority Procedures in Canada.

Canadian Institute for Health Information. (2015). Drug cost–savings offset by more spending on new classes of drugs. Canadian Institute for Health Information. https://www.cihi.ca/en/pds2015_pubsumm_en.pdf.

Canadian Institute for Health Infrmation. (2015). Supply, Distribution and Migration of Physicians in Canada, 2014.

Canadian Nurses Association. (2011). Review of the 10-year plan to strengthen health care. Ottawa: Canadian Nurses Association.

Caulford, P., & D'Andrade, J. (2012). Health care for Canada's medically uninsured immigrants and refugees. Ontario: Canadian Family Physician.

CBC News. (03 de junio de 2014a). Medical wait times up to 3 times longer in Canada. Obtenido de CBC News: http://www.cbc.ca/news/health/medical-wait-times-up-to-3-times-longer-in-canada-1.2663013

CBC News. (15 de Abril de 2013). Is this the Future of the Hospital in Canadá? Canada lags behind other countries in moving health care into digital age. CBC News.

CBC News. (15 de Mayo de 2008). Alberta replaces health authorities with new 'superboard'. Obtenido de CBC News: http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-replaces-health-authorities-with-new-superboard-1.704840

CBC news. (25 de marzo de 2014). Private clinics misleading Ontario patients, advocates say. Obtenido de CBC news: http://www.cbc.ca/news/canada/toronto/private-clinics-misleading-ontario-patients-advocates-say-1.2585577

Chan, B. T. (2002). From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada´s Physician Workforce in the 1990s? Canadian Institute for Health Information.

Chang, F., & Gupta, N. (2015). Progress in electronic medical record adoption in Canada. Canadian Family Physician. Vol 61, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677946/.

Choudhry, S. (1996). The Enforcement of the Canada Health Act. McGill Law Journal , 461-475. http://www.lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/7534711-41.Choudhry.pdf.

CIHI. (2004). The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 2001 - 2002 and Preliminary Information for 2002-2003. Otawwa http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/icis-cihi/H115-13-2002-eng.pdf: Canadian Institute for Health Information.

CIHI. (2007a). Hospital Care: Acute Care. CIHI. https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC861&lang=fr&media=0.

CIHI. (2007b). Hospital Report 2007: Emergency Department Care. Ottawa: https://secure.cihi.ca/free_products/2007_ED_SIC_techreport.pdf.

CIHI. (2009a). Health care in Canada 2009: A decade in review. Ottawa: CIHI.

CIHI. (2009b). Alternate Level of Care in Canada. Ottawa: Canadian Institute for Health information. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999549/.

CIHI. (2012). Regulated Nurses: Canadian Trends, 2007 to 2011. CIHI https://secure.cihi.ca/free_products/Regulated_Nurses_EN.pdf.

CIHI. (2013). Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2012. http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/icis-cihi/H115-23-2012-eng.pdf.

CIHI. (2014a). Prescribed Drug Spending in Canada, 2013: A Focus on Public Drug Programs. CIHI. https://secure.cihi.ca/free_products/Prescribed%20Drug%20Spending%20in%20Canada_2014_EN.pdf.

CIHI. (2014b). Leading Hospitalization Costs in Acute Inpatient Facilities in Canada. Ottawa: CIHI.

CIHI. (2016). Physicians in Canada, 2015. CIHI. https://secure.cihi.ca/free_products/Summary_Report_2015_EN.pdf.

CIHI. (2016). Primary Health Care in Canada: A Chartbook of Selected Indicator Results, 2016. . Ottawa: CIHI. https://secure.cihi.ca/free_products/Primary%20Health%20Care%20in%20Canada%20-%20Selected%20Pan-Canadian%20Indicators_2016_EN.pdf.

CIHI. (2016b). How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund 2015 International Survey of Primary Care Physicians. Ottawa https://www.cihi.ca/en/cmwf/media_release_commonwealth_2015.

CIHR. (15 de junio de 2013). Our mandate. Obtenido de CIHR: http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/7263.html

CIHR. (2007c). Canadian Institutes of Health Research 2006-2007. Report on Plans and Priorities. CIHR. http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2006-2007/cihr-irsc/cihr-irsc-eng.pdf.

Claudia Sanmartin, C. H.-M. (2002). Changes in unmet health care needs. Health Reports.

Claudia Sanmartin, D. H. (2014r). Trends in out-of-pocket health care expenditures in Canada, by household income, 1997 to 2009. Health Reports, 13-17. http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014004/article/11924-eng.htm.

CMA. (2016). Becoming a physician — what you need to know. Obtenido de Canandian Medical Association: https://www.cma.ca/En/Pages/becoming-a-physician.aspx

Cohen, M., McGregor, M., Ivanova, I., & Kinkaid, C. (2012). Beyond the Hospital Walls. Activity Based Funding Versus Integrated Health Care Reform. Vancouver : Canadian Centre for Policy Alternatives. https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/BC%20Office/2012/01/CCPA-BC_ABF_2012.pdf.

Colombo, F., & Tapay, N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health working papers no.15 .

Competition Bureau. (2008). Benefiting from Generic Drug Competition in Canada: The Way Forward. Ottawa: http://www.competitionbureau.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/vwapj/GenDrugStudy-Report-081125-fin-e.pdf/$FILE/GenDrugStudy-Report-081125-fin-e.pdf.

Competition Committee OECD. (2009). Roundtable on generic pharmaceutical . OECD. https://www.ftc.gov/sites/default/files/attachments/us-submissions-oecd-and-other-international-competition-fora/genericpharma.pdf.

Conference Board of Canada. (2013). Improving Primary Health Care Through Collaboration Briefing 3—Measuring the Missed Opportunity. http://www.wrha.mb.ca/professionals/collaborativecare/files/IPHCTC-Briefing3.pdf.

Constant, A., Petersen, S., Mallory, C. D., & Major, J. (2011). Research Synthesis on Cost Drivers in the Health Sector and Proposed Policy Options. Otawwa: Canadian Health Services Research Foundation.

Council of Canada Academies. (2011). The state of industrial R&D in Canada . Council of Canada Academies. http://www.scienceadvice.ca/uploads/eng/assessments%20and%20publications%20and%20news%20releases/research%20and%20develop/ird_fullreporten.pdf.

Coyte, P. (2000). Home Care in Canada: Passing the Buck. Toronto : University of Toronto.

Crowley, B. L., Zitner, D., & Faraday-Smith, N. (1999). Operating in the Dark: the gatering crisis in Canadá´s public Heatlh system. Atlantic Institute for market studios. http://www.aims.ca/site/media/aims/Health.pdf.

Daniel Maceida, C. C. (2010). Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. Cippec.

de Saint Pierre, D., & Otros. (2013). Mapa de Ruta. Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud) 2011-2020. Santiago de Chile: Minsal.

Deber, R. (2002). Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private? Toronto: Comission on the Future of the Health Care in Canada.

Departament of Finance of Canada. (19 de 12 de 2011). Obtenido de http://www.fin.gc.ca/

Dhalla, I. (2007). Private Health Insurance: An International Overview and Considerations for Canada. Healthcare Quarterly, 89-96. http://www.longwoods.com/content/19340.

Dibert, S. (2015). Life Sciences Industry in Canada. Ottawa: Foreign Affairs, Trade and Development Canada. http://www.jba.or.jp/pc/activitie/2015/international/150209_international_Canada_Dibert.pdf.

Dixon, J. (2013). Backgrounder – Healthcare Reform in Canada. The Monieson Centre. http://www.queenshealthpolicychange.ca/resources/Backgrounder-Healthcare_Reform_in_Canada-Jeff_A_Dixon.pdf.

Docteur, E., & Oxley, H. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. OECD HEALTH WORKING PAPERS.

Douglas, K., & Jutras, C. (2008). Patent Protection for Pharmaceutical Products in Canada: Chronology of Significant Events. Parliament of Canada.

Duncan, P., Morris, M., & McCarey, L. (2010). Canada. En J. Johnson, & C. Stoskopf, Comparative Health Systems: Global Perspectives (págs. 59-82). Londres: Jones and Bartlett.

Dunlop, M. (02 de julio de 2006). Health Policy. Obtenido de The Canadian Encyclopedia : http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/health-policy/

Economic and Business Data. (2011). Potential Impact on the Generic Pharmaceutical Industry in Canada. Canadian Generic Pharmaceutical Association. http://canadiangenerics.ca/wp-content/uploads/2016/09/10.11.11.-EBDATACETAIndustrialImpactReport_ENG_FINAL.pdf.

Eisen, B., Lammam, C., & Ren, F. (2016). Are the Provinces Really Shortchanged by Federal Transfers? Ottawa: Fraser Institute.

Elias Mossialos, M. W. (2015). International Profiles Of Health Care Systems. The Commonwealth Fund.

Elyas, R. (2007). The birth of a new specialty: The history of emergency medicine in Canada. Calgary: Health Sciences Centre.

Emery, H., Auld, C., & Lu, M. (1999). paying for Physician Service In Canada: The Institutional, Historical and Policy Context. Institute of Health Economics Working Paper 99-6. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.524.3764&rep=rep1&type=pdf.

Emery, J. H., & Kneebone, R. (2013). The Challenge of Defining Coverage of Medicare in Canada. The School of public policy.

Facal, J. (2005). Social Policy and Intergovernmental Relations in Canada: Understanding the Failure of SUFA from a Quebec Perspective. The Saskatchewan Institute of Public Policy http://ourspace.uregina.ca/bitstream/handle/10294/6686/SIPP%20Public%20Policy%20Papers%2032.pdf?sequence=1.

Feehan, J. (2014). CANADA'S EQUALIZATION formula: Peering inside the Black-Box. The School of Public policy.

Flood, C. (2012). Canada's Approach to the Public/Private Divide and the Perils of Reform via Court Challenge. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review, 191-135.

Flood, C., & Archibald, T. (2001). The illegality of private health care in Canada. CMAJ.

Flood, C., & Hardcastle, L. (2010). Tough choices: private sale of drugs in public hospitals. Canadian Medical Association journal, 375 - 376. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831691/.

Foreign Affairs, Trade and Development Canada. (2014). Invest in Canada. Foreign Affairs, Trade and Development Canada. Ottawa: Foreign Affairs, Trade and Development Canada. http://www.international.gc.ca/department-ministere/assets/pdfs/plans/dpr-rmr_2014-2015-eng.pdf.

Frohlich, K. (2006). Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. Health Policy, 132-143. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16519957.

Fuller, C. (12 de septiembre de 2012). Follow the money: The growth of private health care in Canada. Obtenido de Rabble: https://translate.google.com.ar/#en/es/About%2051%20per%20cent%20of%20the%20company's%20revenue%20in%20physiotherapy%2C%20where%20it%20has%20the%20strongest%20market%20presence%2C

Fuller, C. (1998). Profit or Non-Profit: Are Hospitals Selling Out?

Fuller, C. (2015). Cambie Corp. Goes to Court. The Legal Assault on Universal Health Care. Canadian Centre for Policy Alternatives https://cupe.ca/sites/cupe/files/cambie_corp_goes_to_court.pdf.

Gauthier, J. (2012). The Canada Social Transfer: Past, present and Future Considerations. Ottawa: Library of Parliament.

Geiger, M. E. (1999). Mutual Gains Bargainin. Blaney McMurtry LLP. http://www.blaney.com/files/article_mutual_gains.pdf.

Gerein, K. (02 de octubre de 2015). Alberta doctors' salaries third highest in Canada. Obtenido de Edmonton journal: http://edmontonjournal.com/news/local-news/alberta-doctors-salaries-third-highest-in-canada

Gerst, R. (2011). The Decline of Health Services in Alberta. The triumph of professional over real management . Calgary. http://www.converge-group.net/wp-content/uploads/2011/07/Health-Services-in-Alberta.pdf: Converge Consulting Group Inc. .

Gionet, L., & Roshanafshar, S. (2013). Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit. Statistics Canada.

Glauser, W. (2011). Private clinics continue explosive growth. CMAJ.

Glazier, R., Gozdyra, P., & Yeritsyan, N. (2011). Geographic Access to Primary Care and Hospital Services for Rural and Northern Communities. . Ottawa: ICES.

Goverment of Canada. (22 de agosto de 2016). Canada's health care system. Obtenido de Goverment of Canada: http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/system-systeme/about-apropos-eng.php

Goverment of Canada. (24 de noviembre de 2016b). Patented Medicine Prices Review Board. Obtenido de Goverment of Canada: https://www.canada.ca/en/patented-medicine-prices-review.html

Government of Alberta. (2007). Regional Health Authorities Act. Regional Health Authorities Foundations Regulations. Edmonton: Alberta Queen's Printer.

Government of Alberta. (2016b). Alberta Health Facility and Functional Centre Definitions. Government of Alberta http://www.health.alberta.ca/documents/AHCIP-Facility-Listing.pdf.

Grant, H., & Hurley, J. (2013). Unhealthy pressure: how physician pay demands put squeeze on provincial health-care budgets . The School Of Public Policy. https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/grant-physician-income.pdf.

Gregory Marchildon, H. M. (9 de Octubre de 2013). The funding formula for health care is broken. Alberta’s windfall proves it. Obtenido de the globe and mail: http://www.theglobeandmail.com/

Grootendorst, P., Bouchard, R., & Hollis, A. (2012). Canada’s laws on pharmaceutical intellectual property:the case for fundamental reform. Canadian Medical Association or its licensors, 543 - 550.

Gutkin, C. (2006). The specialty of family medicine in Canada. Canadian Family Physician, 403 - 404.

Guttmann, A., Schull, M. J., Vermeulen, M. J., & Stukel, T. A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency

department: population based cohort study from Ontario, Canada. British Medical Association, 1-8.

Hacker, J. S. (2004). Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative. British Journal of Political Science.

Haggerty, J., Burge, F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., & Santor, D. (2007). Operational Def nitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. Annals of family medicine , 336- 344. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17664500.

Hall, D. (2014). Why Public -Private Partnerships Don´t Work? The many advantages of the public alternative. Public Services International Research Unit.

Ham, L. (2001). Consulting on health policy in Canada . OECD. http://www.oecd.org/gov/2536423.pdf.

Hankivsky, O. (2012). An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework. Vancouver: Simon Fraser University. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271465/.

Hanvkinsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. Critic Public Health , 271-283 http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09581590802294296?scroll=top&needAccess=true.

Health Canada. (2014). Canada Health Act – Annual Report 2013-2014. Ottawa: Minister of Health of Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_atip-aiprp/2014priv-prot/index-eng.php.

Health Council of Canada. (2004). The Health Status of Canada´s First Nations, Metis and Inuit Peoples. Toronto: Health Council of Canada. http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.03-BkgrdHealthyCdnsENG.pdf.

Health Council of Canada. (2005). Primary Health Care. A background paper to accompany Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change. Toronto: Health Council of Canada. http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.44-BkgrdPrimaryCareENG.pdf.

Health Council of Canada. (2013). How do Canadian primary care physicians rate the health system?

Health Council of Canada. (2013b). Better health, better care, better value for all: Refocusing health care reform in Canada. Health Council of Canada. https://www.cahspr.ca/web/uploads/conference/2014-02-14_Better_Health_Better_Care_Better_Value_For_All.pdf.

Health Council of Canada. (2014). Where you live matters: Canadian views on health care quality.

Health Couyncil of Canada. (2005). Primary Care.

Health Quality Ontario. (2015). Quality in Primary Care.

Henry, D. A., Schultz, S. E., Glazier, R. H., Bhatia, R. S., Dhalla, I. A., & Laupacis, A. (2012). Payments to Ontario Physicians from Ministry of Health and Long-Term Care Sources 1992/93 to 2009/10. 2 Institute for Clinical Evaluative Sciences.

HRAN. (2002). Health Research: An Investment in Canada's Well-Being. Ottawa: Health Research Advocacy Network. http://www.healthcharities.ca/media/2714/Health_Research_Invest_In_Canada_Wellbeing.pdf.

Hurley, J., & Guindon, E. (2009). Private Health Insurance in Canada. The Centre for Health Economics and policy Analysis .

Hutchinson, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. The Milbank Quarterly, 256-288. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x/abstract.

Hutchison, B., Abelson, J., & Lavis, J. (2001). Primary Care In Canada: So Much Innovation, So Little Change. Health Affairs, 116-131. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11585159.

Iacobacci, M. (2010). Dispelling the Myths: A Pan-Canadian Assessment of Public-Private Partnerships for Infrastructure Investment. The Conference Board of Canada. http://www.p3canada.ca/en/about-p3s/p3-resource-library/dispelling-the-myths-a-pan-canadian-assessment-of-public-private-partnerships/.

IMPACT Consulting Group. (2011). Pharmaceutical Research & Manufacturing in Ontario. Sector Analysis. Toronto: University of Toronto. http://www.research.utoronto.ca/wp-content/uploads/2011/10/Ontario_Pharma_Research_Mfg_2012.pdf.

IMS Brogan. (2013). Canada's Pharmaceutical Industry and Prospects. https://www.ic.gc.ca/eic/site/lsg-pdsv.nsf/vwapj/PharmaProfileFeb2014_Eng.pdf/$file/PharmaProfileFeb2014_Eng.pdf.

IMS Institute for Healthcare Informatics. (2014). Global Outlook for Medicines Through 2018.

IPAC. (2013). Healthcare Governance Models in Canada A Provincial Perspective. IPAC. www.ipac.ca/documents/ALL-COMBINED.pdf.

Irvine, B., Ferguson, S., Cackett, B., Clarke, E., & Bidgood, E. (2013). Healthcare Systems: Canada. Civitas. http://www.civitas.org.uk/content/files/canada.pdf.

Islam, N. (2014). The dilemma of physician shortage and international recruitment in Canada. Int J Health Policy Manag 2014, 3(1), , 29–32 http://www.ijhpm.com/article_2850_278771f585f846f21fd3b26bfc9176e9.pdf.

Jacobzone, S. (2000). Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers.

Johnson, I. (2006). The Role Of Community Health Centres In Public Health Care . The Nova Scotia Citizens Health Care Network.

Karpetz, H., & Angu, D. (1997). Public Health Infrastructure in Canada. Ottawa. http://www.cpha.ca/uploads/policy/phinfra_e.pdf: Canadian Public Health Association.

Katz, S. J., Cardiff, K., Pascali, M., Barer, M. L., & Evans, R. G. (2002). Phantoms In The Snow: Canadians' Use Of Health Care Services In The United States. Health Affairs, 19 - 31.

Kaufmann, B. (03 de noviembre de 2016). Union accuses AHS of mass layoffs; AHS calls it 'attrition and redeployment'. Obtenido de News Calgary: http://www.calgarysun.com/2016/11/03/ahs-denies-union-claims-of-layoffs-of-health-care-workers

Ke Wei-Randall, H., Davidson, M. J., Jin, J., Mathur, S., & Oliver, L. (2013). Acute Myocardial Infarction hospitalization and Treatment: areas with a high percentage of First Nations Identity Residents. Toronto: Statistics Canada.

Kent. (1997). BC appeals court decision on billing numbers. Canadian Medical Association.

Keon, J. (2004). Canada first to pass legislation on delivering generic medicines to developing countries. Canadian Generic Pharmaceutical Association.

Kirby, M., & LeBreton, M. (2001). The Health of Canadians – The Federal Role Volume One – The Story So Far. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/pdf/interim-soci-e.pdf.

Lamarch, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Haggerty, J. (2003). Choices for Change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation. http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/choices_for_change_e.pdf.

Law, M., Kratzer, J., & Dhalla, I. A. (2014). The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. Canadian Medical Association or its licensors, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150733/pdf/186e470.pdf.

Lazar, H. (2000). The Social Union Framework Agreement: Lost Opportunity or New Beginning? . IIGR, Queen's University http://www.queensu.ca/iigr/sites/webpublish.queensu.ca.iigrwww/files/files/WorkingPapers/miscellaneous/LazarSocialUnion.pdf.

Leatt, P., Pink, G. H., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. Healthcare Papers, 13-35. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12811063.

Leslie, K. (01 de octubre de 2015). NDP warn cuts to Ontario doctors' fees will mean longer waits. Obtenido de CBC News: http://www.cbc.ca/news/canada/kitchener-waterloo/ndp-warn-cuts-to-ontario-doctors-fees-will-mean-longer-waits-1.3252589

Leslie, K. (16 de agosto de 2015b). Critics want Ont. government to pay air ambulance bills after hospital service cuts. Obtenido de Ctv News: http://www.ctvnews.ca/health/critics-want-ont-government-to-pay-air-ambulance-bills-after-hospital-service-cuts-1.2519113

Letourneau, S. (2013). Health Link Alberta:A Model for Successful Health Service Integration. Healthcare Quarterly, 56-60 http://www.longwoods.com/content/21099.

Lomas, J., Fooks, C., Rice, T., & Labelle, R. J. (1989). Paying Physicians in Canada: Minding Our Ps and Qs. Health Affairs, 80-102.

Lomas, J., Woods, J., & Veenstra, G. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 1. An introduction to the issues. Canadian Medical Association, 371-7. http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/Devolving_Authority_in_Canada_s_Heatlh_Care_System_-_Lomas.pdf.

MacDougall, H. (2009). Into thin air: making national health policy, 1939–45. Canadian Bulletin of Medical History, 283–313. http://www.cbmh.ca/index.php/cbmh/article/viewFile/1400/1367.

Mackenzie, H. (2004). Financing Canada's Hospitals:Public Alternatives to P3s. http://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/FULL-REPORT-October-2004.pdf.

Mackenzie, H. (2015). The Canada Health transfer disconnect: an aging population, rising health care costs and a shrinking federal role in funding. Ottawa: The Canadian Federation of Nurses Unions. https://nursesunions.ca/sites/default/files/page_turner/Canada-Health-

Transfer/DD13668CA80CDE7629C788EC64E79440/CFNU%20Finance%20Book%202015%20final.pdf.

MacKinnon, J. (2013). Health Care Reform From the Cradle of Medicare. Macdonald-Laurier Institute Publication. http://www.macdonaldlaurier.ca/files/pdf/Health-Care-Reform-From-the-Cradle-of-Medicare-January-2013.pdf.

MacLeod, M., Kulig, J., Stewart, N., Pitblado, R., Banks, K., D'Arcy, C., . . . Thomlinson, E. (2004). The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada. Ottawa: The Canadian Health Services Research Foundation .

Madore, O. (2005). The Canada Health Act: Overview and options. Library of Parliament .

Mah, B. (19 de noviembre de 2016). Rural Alberta faces more end-of-life care challenges: conference. Obtenido de Edmonton Journal : http://edmontonjournal.com/news/local-news/rural-alberta-faces-more-end-of-life-care-challenges-conference

Makarenko, J. (2010). Canada's Health Care System: An Overview of Public and Private Participation. Ottawa: Health, Education & Social Welfare. https://www.oecd.org/gov/budgeting/47814779.pdf.

Marchildon, G. (2013). Health system review. Health Systems in Transition Canada . WHO. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf.

Marchildon, G., & Mou, H. (2014). A needs-based allocation formula for Canada Health Transfer. Canadian public Policy. Vol 40, 209-223. https://www.jstor.org/stable/24365125?seq=1#page_scan_tab_contents.

Margaret McGregor, L. R. (2011). Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Nonprofit, For-Profit or Does It Matter? IRRP study, 1-49. http://irpp.org/wp-content/uploads/assets/research/faces-of-aging/residential-long-term-care-for-canadas-seniors/IRPP-Study-no1.pdf.

Martin, A., Klemensberg, J., Klein, L., Urbach, D., & Bell, C. M. (2011). Comparison of public and private bariatric surgery services in Canada. Journal of can chir, Vol. 54, No 3, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104310/pdf/0540154.pdf.

Matier, C. (2012). Renewing the Canada Health Transfer: Implications for Federal and Provincial-Territorial Fiscal Sustainability. Ottawa: Parliamentary Budget Officer.

Matteo, L. D. (2012). Canada Health Transfer changes: the devil is in the details. Ipolitics, http://evidencenetwork.ca/archives/4833.

McMillan, M. (2012). Alberta and 'equalization' : separating fact from fiction or sorting out some implications. Wester Centre for Economic research. http://www.torontopubliclibrary.ca/detail.jsp?Entt=RDM2926348&R=2926348.

McMillan. (2010). Health Law in Canadá. Ottawa: McMillan. http://www.mcmillan.ca/files/Health_Law_in_Canada.pdf.

Medications, P. W. (s.f.). Report of the Provincial Working Group on the Delivery of Oncology Medications for Private Payment in Ontario Hospitals. Ontario: http://govdocs.ourontario.ca/node/24711.

Meili, R. (28 de Noviembre de 2014). Allowing Private MRI Clinics Does Not Shorten Wait Times in Public Healthcare Systems. Huff Post, págs. http://www.huffingtonpost.ca/ryan-meili/private-healthcare_b_6056848.html.

Menon, D., & Stafinski, T. (2009). Health Technology Assessment in Canada: 20 Years Strong? Value in Health, 14-19. https://www.ispor.org/HTAspecialissue/Menon.pdf.

Michael Dickson, J. H. (2003). Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries. OECD. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/survey-of-pharmacoeconomic-assessment-activity-in-eleven-countries_678644556018.

Milne, V., Laupacis, A., & Tierney, M. (19 de Marzo de 2015). Prescription drug coverage: how does Canada compare? Healthy Debate.

Ministry of Health and Long-term Care of Ontario. (11 de julio de 2014). Hospitals. Questions And Answers. Obtenido de Ministry of Health and Long-term Care: http://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/hosp/faq.aspx

Ministry of Health and Long-Term Care. (2001). Community Health Centre Policies & Procedures Manual. Ministry of Health and Long-Term Care. http://www.cachc.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/CACHCA-Position-Paper-CDN-Federal-Government-role-in-community-primary-health-care.pdf.

Morad Hameed, S., & Otros. (2010). Access to Trauma Systems in Canada. The Journal of Trauma. vol 69 Nº 6, https://www.sfu.ca/gis/schuurman/PDF/accesstotraumasystems.pdf.

Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russel, G., & Shortt, M. (2010). Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. Canadian Family Physician, 676- 683.

Nadeau, J.-F. (2014). 2014-15 Federal Transfers to Provinces and Territories. Ottawa: Office of the Parliamentary Budget Officer.

Nason, E. (2008). Health and Medical. Rand Corporation. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/documented_briefings/2008/RAND_DB532.pdf.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2013). An overview of the aboritional health in Canada. British Columbia: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Naylor, D. (2004). Learning from SARS - Renewal of Public Health in Canada a report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health. Public Health Agency of Canada.

NCCAH. (2011). Acess to Health services as a social determinant of first nations , inuits and Métits health. http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/social%20determinates/Access%20to%20Health%20Services_Eng%202010.pdf.

OCHC. (2012). Community Health Centre. guideline. file:///C:/Users/Mariano/Downloads/Community%20Health%20Centre%20Guidelines%20Nov-12%20(1).pdf.

OECD. (2011). Health At Glance. OECD http://www.oecd.org/health/health-systems/49084244.pdf.

OECD. (2013). Remuneration de doctors and nurses. Progress and persisting issues. Paris http://www.oecd.org/els/health-systems/Item6_Remuneration-of-doctors-and-nurses_Durand.pdf: OECD.

OECD. (2015). How does health spending in Canada Compares? OECD Health Statics https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-CANADA-OECD-Health-Statistics-2015.pdf.

Office of the Auditor General of Ontario. (2014). LINH. http://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arbyyear/ar2014.html.

OMA. (14 de septiembre de 2015). Government of Ontario threatens patient-focused care by further cutting funding for physician services. Obtenido de OMA: https://www.oma.org/Mediaroom/PressReleases/Pages/cuttingfundingforphyservices.aspx

O'Neill, J. E., & O'Neill, D. M. (2007). Health Status, Health Care and Inequality: Canada vs. the U.S. National Bureau of Economic Research. http://www.nber.org/papers/w13429.

Ontario Health Coalition. (2016). Ontario Budget — Minimal Funding Increases for Hospitals: Not Far Enough.

Ontario's Community Health Centres. (2006). Addressing the great health divide. Toronto: Association of Ontario Health Centres. https://www.aohc.org/sites/default/files/documents/Great%20Health%20Divide-1.pdf.

Paris, V., & Belloni, A. (2014). Value in pharmaceutical pricing. Country profile: Canada. OECD. https://www.oecd.org/health/Value-in-Pharmaceutical-Pricing-Canada.pdf.

Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmfxfq9qbnr-en.

Park, J., Tjepkema, M., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2008). Avoidable mortality among First Nations adults in Canada: A cohort analysis. Health Reports, 10-16.

Pharmacare. (2013). Canada's "Research-Based" Pharmaceutical Companies. Pharmacare. http://innovativemedicines.ca/wp-content/uploads/2015/05/2014-06-20_RxD_RD_Report_FINAL_EN.pdf.

Philippon, D. J., & Brainthwaite, J. (2008). Health System Organization and Governance in Canada and Australia. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19377336.

Phillips, K. (2016). Catastrophic Drug Coverage in Canada. Ottawa: Parlamient Library.

PhRMA. (2016). Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) . PhRMA 2016 SPECIAL 301 OVERVIEW.

PhRMA. (2016a). 2016 Profile Biopharmaceutical research industry. Washington, DC: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/biopharmaceutical-industry-profile.pdf.

Pineault, R., Borges, R., Provost, S., Fournier, M., & Prud'homme, A. (2015). Les nouvelles formes d'organisations de soins de santé primaires (OSSP) sont-elles associées à une meilleure expérience de soins chez les patients atteints de maladies chroniques au Québec ? Santé Publique, https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-119.htm.

Polisena, J., Jutai, J., & Chreyh, R. (2014). A proposed framework to improve the safety of medical devices in a Canadian hospital context. Medical Devices (Auckland, N.Z.), 139-147. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037306/.

Price, D., Baker, E., Golden, B., & Hannam, R. (2015). Patient Care Groups: A new model of population based primary health care for Ontario.

Protti, D. (2008). e-Health in Canada: Lessons for European health systems. Eurohealth Vol 14 No 3, 30-32. http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol14No3/Protti.pdf.

Provincial and Territorial Ministers of Health. (2000). Understandiing Canada's Heallth Care Costs. Interim Report. http://www.gov.nl.ca/publicat/hreport.pdf.

Rachlis, M. (2007). Privatization of Health Care. Ottawa: Wellesley Institute. http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/privatizedhealthcarewontdeliver.pdf.

Radwanski, A. (04 de mayo de 2012). Three specialist groups at core of effort to curb Ontario doctors' salaries. Obtenido de theglobeandmail: http://www.theglobeandmail.com/news/politics/three-specialist-groups-at-core-of-effort-to-curb-ontario-doctors-salaries/article4105174/

Raven, J. (2011). The Canadian Institute of Health Research Institute of Infection and inmunity response to the threat of antimicrobial resistence. Rev Panam Salud Publica , 663-664. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n6/a27v30n6.pdf.

Rice, N., & Smith, P. (1999). Aproachess to capitation and risk adjustment in Health Care: an international comparision. York: Centre for Health Economics.

Robeson, P. (2009). Networking in Public Health: Exploring the value of networks to the National Collaborating Centres for Public Health.

Romanow, R. J. (2002). Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report. .

Royal Commission on Health Services. (1964). Report, Volume 1. . Ottawa: Queen's Printer.

Roy-Cesar, E. (2013). Canada's Equalization Formula. Library of Parliament. http://www.lop.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/2008-20-e.htm.

Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. ANNALS OF FAMILY MEDICINE, 309 - 319.

Rutty, C., & Sullivan, S. C. (2010). This is Public Health: A Canadian History. Ontario: The Canadian Public Health Association. http://www.cpha.ca/uploads/history/book/history-book-print_all_e.pdf.

Sanmartin, C., Houle, C., & Tremblay, S. (2002). Changes in unmet health care needs. Health Reports. Health Reports,.

Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., & Davis, K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. Health Affaires, 509-25.

Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010). How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries. Health Affairs 29, no.12, 2323-2334 http://content.healthaffairs.org/content/29/12/2323.full.pdf+html.

Scott, C., & Hofmeyer, A. (2007). Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. Health Research Policy and Systems, 5- 9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048492/.

Shah, B., Gunraj, N., & Hux, J. (2003). Markers of Access to and Quality of Primary Care for Aboriginal People in Ontario, Canada. American Journal of Public Health, 798-793.

Sheps, S. B., Reid, R. J., Barer, M. L., Krueger, H., McGrail, K. M., Green, B., . . . Hertzman, C. (2000). Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia. Canadian Medical Association Journal, 397–401. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10976254.

Siemiatyck, M. (2013). Is there a Distinctive Canadian PPP Model? Reflections on Twenty Years of Practice. Toronto: University of Toronto.

Simes, J. (14 de julio de 2016). Alberta Health reviewing provincial hospitals to save costs. Obtenido de Metro Calgary: http://www.metronews.ca/news/calgary/2016/07/14/alberta-health-reviewing-provincial-hospitals-to-save-costs.html

Sinha, S., & Dale, A. (24 de abril de 2015). Ontario hospitals unprepared for aging population. Obtenido de The Star: https://www.thestar.com/opinion/commentary/2015/04/24/ontario-hospitals-unprepared-for-aging-population.html

Smith, J. (2012). Drug supply in Canada: a multi stakeholder responsibility. Standing Committee on Health. http://www.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/411/HESA/Reports/RP5640047/hesarp09/hesarp09-e.pdf.

Smith, J. (2013). Local health integration network in peel . https://www.peelregion.ca/council/agendas/pdf/2013/2013-10-31/apsc-4a.pdf.

Smith, R., & Lavoie, J. (2008). First Nations Health Networks: A Collaborative System Approach to Health Transfer. HEALTHCARE POLICY, 101- 110.

Soroka, S. N. (2007). Canadian Perceptions of the Health Care System. Toronto: Health Council of Canada. http://www.queensu.ca/cora/_files/PublicPerceptions.pdf.

Stabile, M. (2001). Private insurance subsidies and public health care markets: evidence from Canada. Canadian Journal of Economics, 921–942 http://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture06/stabile_tax_exemption.pdf.

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. (2012). Time for Transformative Change: A Review of the 2004 Health Accord. Ottawa: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. https://sencanada.ca/content/sen/Committee/411/soci/rep/rep07mar12-e.pdf.

Starfield, B. (2008). Primary care in Canada: coming or going? Healthcare Papers, 58-62. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18453823.

Starfield, B. (2010). Reinventing Primary Care:Lessons From Canada For The United States. Health Affairs, 1030–1036. http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A249.pdf.

Statistics Canada. (2013). Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit. Ottawa: Statistics Canada – Catalogue no. 99-011-X2011001. http://www.stratejuste.ca/uploads/3/1/8/4/31849453/aboriginal_release_nhs_briefs_sept_16.pdf.

Steinbrook, R. (2006). Private Health Care in Canada. The New England Journal of Medicine .

Sullivan, P. (2003). Family medicine crisis? Field attracts smallest-ever share of residency applicants. Canadian Medical Association Journal, 881- 882. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC151999/.

Sun Life Financial. (2012). Private Health Services Plans. Tax guide. Sun Life Assurance Company of Canada. https://www.sunnet.sunlife.com/files/advisor/english/PDF/HealthTaxGuide_Ch1_PHSP_Interactive.pdf.

Sutherland, J. (2011). Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation. http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Hospital_Funding_docs/CHSRF-Sutherland-HospitalFundingENG.sflb.ashx.

Sutherland, J., & Crump, R. (2013). Alternative level of care: Canada's hospital beds, the evidence and options.

Sweetman, A., & Buckley, G. (2014). Ontario experiment with primary care reform . The School of Public Policy. https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2016/03/ontario-health-care-reform.pdf.

Te Global and Mail. (24 de Febrero de 2016a). Northern Ontario First Nations declare public-health emergency.

Tepper, J. (2004). The Evolving Role of Canada´s Family Physicians, 1992–2001. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. https://secure.cihi.ca/free_products/PhysiciansREPORT_eng.pdf.

The Canadian Health Coalition. (2009). Private, For-Profit Clinics.

The Global and Mail. (10 de Abril de 2010). Ontario offers glimpse of future drug savings.

The Globe and Mail. (10 de Noviembre de 2015). Ontario patients lack immediate access to family doctors when sick: report.

The Globe and Mail. (13 de Abril de 2010). Second pharmacy chain, Rexall, to cut services in Ontario.

The Star. (08 de noviembre de 2015b). First Nations health crisis is a Canadian problem.

The Star. (24 de Febrero de 2016a). Lessons from Canada’s refugee-health saga: Goar.

The Stars. (09 de Noviembre de 2015a). Health top concern to Canadians but politicians ignoring issue, poll shows.

Tjepkema, M., Wilkins, R., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2012). Cardiovascular disease mortality among First Nations people in Canada, 1991-2001. Chronic Diseases and Injuries in Canada, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23046802.

Torgerson, R. C. (2005). Ontario's Local Health Integration Networks. Ottawa: Canadian Policy Research Networks .

Tully, P., & Saint-Pierre, É. (1997). Downsizing Canada’s hospitals, 1986/87 to 1994/95. Health Reports, 33-39.

Tuohy, C. H. (1999). Dynamics of a changing health sphere: the United States, Britain, and Canada. Health Affairs, 114-134.

Tuohy, C. H. (2001). The Political Economy of Health Care Reforms: a cross- national analysis . Toronto: Department of Political Science, University of Toronto.

Umbach, T. (2014). The economic impact of Canada´s faculties of medicinie and health partners . AFMC.

Valérie Paris, A. B. (2014). Value in pharmaceuticl pricing. Country profile: Canada. OECD https://www.oecd.org/health/Value-in-Pharmaceutical-Pricing-Canada.pdf.

Vayda, E., & Deber, R. B. (1984). The Canadian health care system: an overview. Social Science and Medicine, 191-197.

Vayda, E., Evans, R. G., & Mindell, W. R. (1979). Universal health insurance in Canada: history, problems, trends. Journal of Community Health, 217-231.

Wharry, S., & Sibbald, B. (2002). What physician shortage? Canadian Medical Association Journal, 16 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC116651/.

Whitney Berta, A. L. (2004). Observations on Institutional Long-Term Care in Ontario: 1996–2002. Canadian Journal on Aging, 71- 84. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838827.

Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, D. U. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicine, 768-779. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa022033.

Zeidenberg, J. (2016). MedviewMD creates network of medical studios for e-visits. Canadian Healthcare Technology, 1-5. http://www.canhealth.com/blog/medviewmd-creates-network-of-medical-studios-for-e-visits/.

2.6. EEUU. El sistema pro-mercado que pugnaba por mejorar la inclusión

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud

1.1) El siglo XIX y el nacimiento de la salud paga

A principios del siglo XIX, y durante más de un siglo, la vida fundamentalmente rural se desarrolló con un exiguo sistema de salud, con una escasa atención médica, Y con preponderancia de la atención domiciliaria con pago de bolsillo (Mann Wall, n.d). Desde mediados del siglo XIX nacen los primeros hospitales en las principales ciudades, eran públicos dependientes de los gobiernos locales y sin fines de lucro (organizaciones caritativas cristianas) (Galbraith, 2006; Lopez, 2012). En 1847 se funda la Asociación Médica Americana (AMA) con un fuerte sesgo hacia la práctica privada, que iba siempre en aumento, ya sostenido por un conjunto de seguros privados. Sin embargo, la Asociación Americana para la Legislación Laboral (AALL) y el Partido Progresista de Theodore Roosevelt se contraponían con una propuesta de seguro social que no proposperó(Ross, 2002). En paralelo, entre 1910 y 1915, 32 Estados promulgaron un seguro estatal para trabajadores que cubría lesiones. Hubo además varias iniciativas estatales para ampliar la cobertura,pero la oposición de los empleadores los frenaba.

Recién en 1929 con la creación del plan de hospitalización para los maestros en Dallas y del Hospital Universitario de Baylor, se considera el nacimiento del seguro social. Cada abonado pagaba 6 dolares por año a cambio del derecho a la internación durante 21 días en el hospital (Greenwald, 2010; Daemmrich, 2009). Es que la Gran Depresión llevó a los hospitales y luego a los médicos, a implementar formas de seguro como medio para garantizar el pago de los servicios. Curiosamente, los seguros convencionales y la atención administrada se desarrollaron al mismo tiempo (Morrisey, 2003).

En ese período, entre 1926 y 1932, funcionó el Comité sobre el Costo de la Atención Médica (CCMC), el cuál recomendó que más recursos nacionales se destinaran a atención médica y que el seguro de salud voluntario fuera un medio para cubrir estos costos. La AMA trató sus informes como un documento radical que abogaba por la medicina socializada (Palmer, 1999).

Luego, la Asociación Americana de Hospitales plantea los principios de "la hospitalización en grupo" y alentó a la organización de planes de salud. Este proceso avanzó mediante la creación de organizaciones sin fines de lucro con un mecanismo de prepago, pero liberando a los suscriptores para seleccionar el lugar de la atención (Daemmrich, 2009).Este programa adoptó la insignia *Blue Cross*, y los planes comenzaron a adoptar dicho nombre. Luego, desde la profesión médica, surgirían los similares *Blue Shield*, que cubrían habitaciones semi privadas para un periodo de 21 días; servicios de emergencia y ambulatorio para cirugía menor. Luego prosperaron los que brindaban algún tipo de cobertura de servicios de diagnóstico de rayos X y de laboratorio. La cuota de suscripción *Blue Cross* varía de un plan a otro según los beneficios que ofrece. Los planes negociaban con los hospitales en base a costos históricos o por servicio, según el caso.

La Asociación Americana de Hospitales exigía que hubiese una junta compuesta en un tercio por representantes de los hospitales contratados, otro tercio por la profesión médica, y otro de representantes del público. Los Estados aprobaban la composición y controlaban, pero había una norma de beneficios uniformes a lo largo del pais para la misma categoria y que establecía la posibilidad de cambiarse de plan (Reed, 1965). En 1939, 25 Estados ya habían aprobado legislación para permitir planes de hospitalización similares (Austin & Hungerford, 2009)

Es en 1935 que surge la Ley de Seguridad Social y en ella el seguro obligatorio, pero la fuerte oposición de la Asociación Médica Americana (AMA) llevó al presidente Roosevelt a su derogación. Volvió a intentarlo en 1939,pero otra vez sin suerte.

Sobre el final de la década del ’30, surgen los primeros *Health Maintence Organizations* (HMO), seguros similares a los que ya hemos mendionado, pero de trabajadores.Entre ellos, surge, en 1933, el modelo de asistencia sanitaria prepaga para los trabajadores de la represa Grand Coulee de Sidney Garfield propiedad de Kaiser (Markovich, 2003). En 1938 se aplica un modelo similar en los astilleros de California y Washington, en 1945 ya se ofrecía el mismo seguro al público en California, Oregon y Washington (Suarez, 2013). Como los médicos le negaban el acceso a los hospitales, Kaiser se vió obligado a construir los suyos propios.

A nivel nacional, el gobierno de Truman intentó nuevamente promover un seguro nacional de salud, pero la AMA volvió a impedirlo con el argumento de querer generar una medicina socialista(Quadagno, 2004; Palmer, 1999).

El proceso se intensificó con una acordada de 1949 de la Junta Nacional de Relaciones Laborales, que determinó que los salarios incluyeran beneficios de pensiones y seguros,

abriendo así la puerta a los sindicatos para negociar paquetes de beneficios en nombre de sus miembros (Riedel, 2009), y sobre todo, con una reforma impositiva de 1954 que daba exenciones a los empleadores que proporcionaban estos seguros (Daemmrich, 2011). Desde entonces, se convirtió en la norma para que los empleadores paguen un seguro a sus trabajadores. Para la misma época aparece con fuerza también un sistema de seguros hospitalarios por reembolso, que además servía de coseguro, con una lógica de mercado financiero, las que tendrían una relevancia progresiva en el sistema, a pesar de la oposición inicial de las asociaciones Médicas y la AHA. Como los planes, comenzaron a cubrir ambulatorios y medicamentos, proliferaron otros terceros pagadores y también crecían con más fuerza los HMO (vulgarmente llamados sistema Kaiser) que brindaban seguro y provisión. También influyó la Ley Hill-Burton de 1946 que significó un gran esfuerzo de construcción de hospitales fundamentalmente sin fines de lucro, financiado por el gobierno (Galbraith, 2006).

En lo que hace a la gestión hospitalaria y de los consultorios, como en Canadá, el sistema se basaba en pagos por servicios a los médicos, que se mantenían como independientes, siempre tratando de impedirse la consolidación de las empresas más grandes. Sin embargo, en los 50s estas últimas comenzaron a ejercer el control sobre los médicos (Tuohy, 1999). Por este motivo, nacen los "comités de revisión de utilización de servicio", mediante los cuales, las compañías de seguros - controlaban el desempeño médico, a través de guías de practicas que los médicos tenían que seguir para cobrar y los perfiles de honorarios (Daemmrich,2011).

En paralelo a lo planteado, en 1959 se produce un intento de reforma destinado a fomentar la competencia en el mercado de medicamentos con un sistema de patentes de tres años de exclusividad. El proyecto fue dejado de lado y solo quedó una medida de protección de seguridad al paciente por la cual las compañías farmacéuticas tenían que cumplir con las normas para la inserción del producto en el mercado, para garantizar su seguridad . Sin embargo, nunca se incluyeron disposiciones relativas a la política de competencia (Daemmrich , 2009; Daemmrich, 2011)

Según Billas (2012) el número de asegurados creció de aproximadamente 20 millones en 1940 a 140 millones en 1950. Si bien *Blue Cross* y *Blue Shield* (con su sistema de repartición de riesgo con primas comunitarias) aumentaron su peso, de a poco fueron superadas en el mercado por los seguros privados (Gohan, 2006; Tompkins, Altman, & Eilat, 2006). Para 1960 había 6.876 hospitales y 1,66 millones de camas para 25 millones de admisiones contra los 6788 hospitales, 1,46 millones de camas y 18,48 millones de ingresos de 1950 (Conklin,

2002). Entre 1960 y 1966, la magnitud de la construcción de instalaciones médicas se duplicó, con una inversión que pasó de aproximadamente 1000 millones a una de 2100 millones de dólares anuales. Más del 70% de la población tenía algún tipo de seguro hospitalario en 1965. Como lo describe Stevens (1996), la atención de la salud ya era una empresa masiva y lucrativa que empleaba a mucha más gente que la industria siderúrgica, automótriz y los ferrocarriles. Como contraposición, mas de la mitad de la población de edad avanzada y en mayor proporción enla población en general, no estaba asegurada, lo que constituia una barrera de acceso al sistema.

1.2) La intervención estatal al estilo norteamericano: el nacimiento de Medicare y Medicaid y el auge de los prestadores privados de salud.

Los nuevos intentos de dar una cobertura universal se produjeron con Johnson en los '60, Richard Nixon y Jimmy Carter en la década de 1970, el presidente Bill Clinton en la década de 1990 y Barack Obama recientemente.

Lyndon Johnson en 1965, estableció dos únicos programas públicos para brindar cobertura a la salud: Medicare, para todos los jubilados, y Medicaid para familias de bajos ingresos administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (McDonough, 2015). Los programas nacieron en el mismo período en que se consolidaba también el NHS en Inglaterra, con cierta inspiración en aquel pero que no se planteaban como universales. Medicaid tenía diversos componentes: la Parte A era un seguro de hospitalización obligatoria, que excluía la atención dental, oftalmológica, medicamentos prescriptos y atención auditiva; la Parte B era un programa para estimular el seguro voluntario complementario, ambos fondos fiduciarios que se financiaban de manera diferente (Social Security Administration , 1997; Rowland & Lyons, 1996). Estaban planteados para funcionar con deducibles para la población menos pobre, es decir, un monto que debe pagarse antes de que el seguro cubra; además, la mayoría de la gente pagaba una prima mensual por la Parte B.

La reforma generó una mayor cobertura –aunque limitada - pero además fue una victoria para los proveedores y las aseguradoras. La Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales ganaron concesiones que garantizaban que el gobierno sólo definiría algunos precios, no controlaría los honorarios médicos ni los gastos del hospital y las autoridades federales no administrarían directamente el seguro sino que definiría sólo la elegibilidad de los ciudadanos. Por otro lado, quedaban tantas necesidades no cubiertas, que

los aseguradores privados retenian una parte del mercado, mientras que desplazaba los más riesgosos y costosos para el gobierno (Quadagno, 2004).

El sector de la salud experimentó una tasa de crecimiento superior a la de la economía en su conjunto. Como porcentaje del producto nacional bruto, los gastos en salud aumentaron del 5,3% en 1960 al 6,1% en 1966. Los pagos públicos a los hospitales aumentaron a una tasa promedio anual de 13,2% pasando de 80% en 1960 a 90 % en 1969, del total del pago de terceros. En 1972 las transferencias caen y en 1973 y 1974 se introduce una política de limitaciones a los pagos (Kinkead, 1984). El gasto público total y el federal aumentó constantemente y en el total del gasto en salud (Goldman & Alpert, 2005)

En 1973, bajo el gobierno de Nixon se aprueba una ley que obliga a los empleadores a ofrecer cobertura de al menos una HMO federalmente calificada para sus empleados, y además dispone un modelo de capitas para Medicare a traves de este tipo de seguro, con el proposito de limitar los costos de la salud. En paralelo, la financiación de Medicare aumentaba, y la elegibilidad del programa se expandió a discapacitados y pacientes con enfermedad renal terminal (Blumenthal, Abrams, & Nuzum, 2015). Por otro lado, la Ley de Equidad y Responsabilidad Fiscal ponia límites en los honorarios médicos y a las tarifas (Etheredge, 1983).

El requisito de la doble opción nunca se aplicó, y muchas HMO grandes, incluyendo Kaiser, nunca lograron la calificación federal. La Ley, sin embargo, facilitó el crecimiento de varias de estas organizaciones exitosas en todo el país.Varios miembros del sistema *Blue Cross* y *Blue Shield*, se incorporaron al modelo. En 1970 había 37 de éstas en 14 estados, con una matrícula de 3 millones de personas , en 1980 había 9,1 millones en 235 planes (138 planes grupales, 97 individuales) (Markovich, 2003).E l número de hospitales comunitarios, que representan más del 98% de todos los hospitales de corto plazo en los Estados Unidos, aumentó de 5 mil746 a 5 mil 851 entre 1972 y 1978. También el gasto, desde 1960 a 1979 había aumentado de 5,3 a 9,0 % del PBI y especificamente de ‘78 al ’79, el gasto había dado un salto de 12.5% (Young, 1980). A pesar de los grandes aumentos en la oferta de salud, el acceso a la atención médica continuaba siendo un asunto de preocupación nacional, por las notorias diferencias de acceso según ingresos y entre los grupos raciales (Miller, 1980).

1.3) Las políticas de los ochenta y noventa. Los intentos de control de costos y mayor cobertura en un sistema fragmentado.

Ronald Reagan asumió el cargo en 1981, después de haber hecho una campaña exitosa sobre una plataforma que pedía menos gobierno e impuestos más bajos. La Ley de Equidad y Responsabilidad Fiscal de 1982 limitaba a las HMO el número de beneficiarios de los planes Medicare y Medicaid al 50%. Modificó la forma de contratación generando opciones más libres, con riesgos. En 1985 había 480 HMO operativos en los EE.UU. y 87 contratistas de este tipo con Medicare. A finales de 1987, el número de operativas era 662 y los contratistas de riesgo aumentó a 161 (Zarabozo, 2000). La idea era disminuir el déficit federal y aumentar la responsabilidad en los Estados para la gestión del seguro (Etheredge, 1983).

La política de salud de Reagan se centró en poner techos al financiamiento público. En el marco de esas reformas, Medicare comienza a exigir en los hospitales el modelo de grupos de diagnóstico relacionados (DRG) para establecer los reembolsos a los pacientes. La estrategia derivó en fuertes presiones financieras para los hospitales, especialmente aquellos con una alta proporción de pacientes públicos (hospitales publicos y la mayoria de los privados sin fines de lucro) (Cashin, y otros, 2005; Ellis, 2001). Éstos intentaron mantener sus márgenes de ganancias mediante el aumento de precios a los pacientes con seguros privado (Tompkins, Altman, & Eilat, 2006). Empieza a haber también problemas entre seguros, proveerdores y médicos y el gasto en salud no bajaba (McDonough, 2015). Los condados trataron de desvincularse de la propiedad de sus hospitales (National Center for Health Statistics, 1994); los dieron en gestión, los transfirieron a las facultades de medicina o los vendieron a los privados (Chawla, Govindaraj, & Needleman, 1996).

En 1986, Reagan propuso a un paquete de medidas que incluía la ampliación de la cobertura de Medicare para enfermedades catastróficas y medicamentos recetados, pero al mismo tiempo intentaba fijar topes en esas coberturas y en los precios pagados a los proveedores; quienes se opusieron taxativamente a estas medidas fueron los laboratorios (la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos). Finalmente, el control de los medicamentos se retiró de la ley (Quadagno, 2004;Starr, 2015). La norma permitió varias categorías de "beneficiarios calificados" y ciertas garantías de cobertura. La ley fue derogada un año y medio más tarde marcando uno de los principales fracasos legislativos en la historia de los EE.UU. (Moon, 1990).

En los albores de la era de Clinton los costos de los servicios de salud estaban aumentando a un ritmo rápido y lo habían hecho durante más de una década. El mercado fue cambiando y a fines de los ‘80 había una gran variedad de planes compitiendo en las dimensiones de las primas, la elección de proveedores y la cobertura. El modelo de mayor importancia fue el IPA, mediante el cual los plan locales de *Blue Cross* y *Blue Shield* y las HMO firmaban contratos de atención para la provisión de los asegurados (Feldman, Kralewski, & Dowd, 1989). Otro de los modelos existentes era las HMO con su propio staff asalariado, aunque no tuvo un desarrollo comparado al modelo IPA (Duran, Aldaz, Hernandez, & García, 2010). Según Gruber, Shadle y Polich (1988) los 80 trajeron un desarrollo significativo de HMO con fines de lucro. Una de las primeras compañías nacionales de estas organizaciones que se transformaron, fue la *Health Care Systems*, Inc; *Health America Corporation* y *Maxicare Health Plans*, Inc. hicieron lo mismo. En 1986, 348 HMO (59%) eran entidades con fines de lucro. La excepción siguió siendo la Fundación Kaiser (Gruber, Shadle, & Polich, 1988). Los hospitales eran mayoritariamente sin finde de lucro, representando alrededor de un tercio de las camas del pais (Zaman, Cummings, & Siegel, 2010)

El número de personas sin seguro estaba aumentando constantemente, y la recesión de 1990-91 había traído temores de falta de seguro a la clase media. Los empleadores estaban pasando cada vez más los costos del seguro a sus empleados. Los resultados en términos de esperanza de vida, por ejemplo, no eran favorables. Había una sensación de crisis (Cutler & Gruber, 2001).

En los ’90, el discurso de Clinton se vincula al aumento de la cobertura, y para eso intentó dar un nuevo impulso a las HMO con fines de lucro, y tambien mediante un límite máximo de las primas (Brady & Kessler, 2011) . La Ley de HIPAA (1996) limitaba la capacidad de los aseguradores de participar en ciertas prácticas de selección de riesgos, obligandolos a vender seguros a todas las que deseen comprarlos. Lamentablemente no se especificó el precio al que se debía ofrecer tal seguro y la medida casi no tuvo efecto (Cutler y Gruber, 2001).

Ese mismo año se crea el "Medicare + Choice" o Parte C, un tipo de plan de salud ofrecido por una compañía privada que entra en contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico complementario que cubre la atención primaria y otros servicios como pruebas clínicas de laboratorio, prótesis, vacunas y otros fármacos);agregando más servicios ambulatorios no cubiertos a cambio de una prima mayor, pero sobre todo con opción de recibir los beneficios a través de una serie de

planes de salud privados participantes, incluyendo las Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO) que aceptaban a las regulacion públicas. El gobierno Federal, por un lado, regulaba las tarifas de los proveedores y como contraposición, les proveía una demanda cautiva para sus planes (Medicare Rights Center, 2016). Para 1995, antes de esta nueva opción, más de 37 millones de personas estaban matriculadas para la Parte A y 36 millones elegían el plan de salud de la Parte B; el subsidio cubría ambas, pero en proporción mayor a la parte A (Social Security Administration , 1997). El afiliado es responsable de los coseguros y deducibles de Medicare de cualquiera de las dos partes. Así se redujo el gasto de Medicare por primera vez en años, pero a costa del espíritu original del seguro (Tuohy, 2001). Entre 1996 y 2000, las primas de seguro de salud aumentaron más del 30 % para los empleados del sector privado. Según los datos del censo de los Estados Unidos, el ingreso familiar promedio de las familias americanas típicas en el año 2000 fue de 41.990,5 dólares, mientras que la prima promedio anual de seguro de salud para la cobertura familiar fue de $ 6772, el 16% de su ingreso (Dilly, 2003). Ese año se sancionó el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP) (OPS, 2002).

Se incentivaban las HMO porque se valoraban el sistema de Gatekeeper y la red, pero también crecieron las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPF) menos restrictivo que el anterior, dado que hay libertad de elección pero con reembolsos diferenciales para incentivar usar la red propia y planes de Pago-por-Servicio. Fue difícil encontrar HMO dispuestos a ofrecerse en este contexto voluntariamente ya que preferÍan el modelo convencional; y muchos quei lo intentaron no estaban acostumbrados a gestionar contratos de riesgo; sobrepagaban a los médicos para atraerlos, lo que impactaba en el costo; adquirieron hospitales sin lograr economías de escala; se planteaban en la prÁctica como redes pero no tenian un enfoque de sistema y no pudieron coordinar la atención a los enfermos crónicos (Burns & Pauly, 2012).

En 2003, con la aprobación de la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoramiento y Modernización de Medicare, los planes de Medicare + Choice se hicieron más atractivos mediante la adición de la cobertura de medicamentos recetados y se conocieron como Planes Medicare Advantage, Medicare parte D(Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013)

Al mismo tiempo, surgen entre Medicare y las HMO, las Cuentas de ahorro de salud (HSA), que son cuentas de ahorro con ventajas fiscales que se combinan con un plan de seguro, siempre y cuando se gaste en médicos calificados. Cubre a la gente que más corrientemente usa el pago de bolsillo al tener un deducible mayor. Funcionaban como cajas de ahorro

personales y se le garantizaba a usuarios especiales un monto de ayuda, con una prima inicial baja pero el monto donde comienza a pagar la seguradora es alto), esos fondos eran acumulables si no se usaban y no eran gravados por el fisco, pero con la condición de que solo podían usarse para los fines específicos. La ayuda se da por capitación y comienza a operar para contrarrestar los deducibles e incluye una cobertura catastrófica pasado el monto límite de cobertura. También hay excepciones a los deducibles hospitalarios, en los copagos de las consultas médicas o en medicamentos.

La clave seguían siendo las tablas de tarifas. El Estado ya tenía una tarifa fija para hospitales de Medicare y Medicaid, las aseguradoras negociaban con sus clientes en base a descuentos sobre las tarifas oficiales y a presionaban a los hospitales desfinanciados para acercarle sus cartera de clientes pero con tarifas más bajas. Así, los hospitales, con tarifas públicas y privadas menores, vieron en los pacientes sin seguro a los destinatarios de los aumentos de precios, dado que, eran ellos los únicos que pagaban la tarifa abierta (Tompkins, Altman, & Eilat, 2006).

Y además, en 1998, aproximadamente 44 millones de estadounidenses menores de 65 años, (una quinta parte de la población no adulta),estaban sin seguro (Ayanian, Weissman, Schneider, Ginsburg, & Zaslavsky, 2000) . Por otro lado, la literatura menciona problemas de calidad, algunos estudios citador por Starfield (2000) plantean que casi el 30% de los pacientes recibian atención contraindicada. Según Leape (2000), entre 44 mil y 98 mil personas mueren en hospitales de Estados Unidos cada año como resultado de errores médicos. Anderson, Hussey, Frogner & Waters (2005) dicen que los altos costos no tienen justificación alguna; incluso Armstrong, et. Al. (2006) muestra que la desconfianza en el sistema de salud era común y general. El trabajo de Lasser y otros (2005) compara Canadá y EEUU y muestra que los encuestados de Estados Unidos (en comparación con los canadienses) eran menos propensos a tener un médico de cabecera, más propensos a tener necesidades insatisfechas de salud, y más propensos a renunciar a los medicamentos necesarios. Las disparidades en base a la raza, el ingreso y la condición de inmigrante estaban presentes en ambos países, pero eran más extrema en los Estados Unidos.

1.4) El Obamacare: los intentos de intervención estatal y las resistencias de los paladines de la competencia

En la primera década del siglo XXI, el gasto per cápita en médicos de los Estados Unidos siguió aumentando a un ritmo mucho más rápido que el crecimiento económico, a una tasa anual promedio de 5,6%, en comparación con un crecimiento anual de 2.9% en el PBI per cápita. Durante el mismo período, la proporción de ciudadanos estadounidenses sin seguro de salud siguió creciendo, desde 13,1% en 2000 al 16,3% en 2010.

Obamma asumió en 2009 con la reforma del sistema de salud como bandera de campaña. La premisa era aumentar la cobertura, el instrumento principal era expandir el umbral de acceso a Medicaid, por eso limita los deducibles en el mercado de grupos pequeños a 2 mil dolares para individuos y 4 mil para las familias. La Ley se denominó de Protección y Cuidado de Salud al Paciente Accesibles (ACA) y obliga a cubrir a los elegibles en los costos de las primas, reducciones en gastos compartidos o de bolsillo (Harris & Mok, 2015) para servicios ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; maternidad y cuidado del recién nacido ; servicio pedriátrico; servicios de salud mental y tratamiento de abuso de sustancias; medicamentos recetados; servicios y dispositivos de rehabilitación; laboratorio; control de enfermedades crónicas; cuidado dental y de visión. Hay otros planes como el SCHIP, para niños que necesitan ayuda económica (McDonough, 2015). Lo más nuevo es que no se pueden rechazar ingresos ni anular pólizas debido a condición preexistente o alguna otra razón.

La ACA amplía la cobertura de Medicaid, regulando que cubraa las personas por encima del 133% del nivel federal de pobreza, el Estado federal impone este valor a los Estados (los coadminsitradores de Medicaid), negando la financiación federal si no se respeta este valor (Rudowitz & Musumeci, 2015). Además, en su intención de aumentar la cobertura, se permitió que los jóvenes menores de 26 años estén incluidos dentro de los planes de sus padres (Smith & Medalia, 2015). Se intenta así, lograr una mayor cobertura en los sectores desprotegidos a través de Medicad, siendo el Estado federal el que financia el 100 % de la diferencia con la cobertura actual hasta 2020, y bajando a 90 % su financiación desde ese año.

Al mismo tiempo, se creó el programa *American Health Benefit Exchanges*, a través del cual, los individuos pueden comprar cobertura, con créditos sobre prima y costos compartidos a disposición de las personas / familias con ingresos entre 133 a 400% del nivel federal de

pobreza (el nivel de pobreza fue $ 19,530 para una familia de tres en 2013) y tambien las empresas pueden hacerlo, mientras que exige a los empleadores con más de 200 empleados inscribir automáticamente a estos en los planes de seguros de salud ofrecidos aunque los empleados pueden optar fuera de cobertura; Impone nuevas regulaciones sobre los planes de salud en los mercados individuales y de grupos pequeños; (Kaiser Family Foundation , 2013).

Pero cada Estado determina el alcance de la cobertura e incluso los criterios definitivos de elegibilidad, generalmente sobre la base de ingresos, tamaño del hogar o discapacidad(The Commonwealth Fund, 2015),.Esto significa una intervención regulatoria mayor. La Corte Suprema de Estados Unidos, dictaminó que los gobiernos estatales deben decidir si permiten o no que sus residentes de bajos ingresos puedan inscribirse (Heberlein, Brooks, Alker, Artiga, & Stephens, 2013). Los Estados también establecen si tienen su propio seguro, o dichos fondos los maneja el gobierno federal(Center on Budget and Policy Priorities , 2013).

2. Un panorama general de libre mercado

El americano es un sistema basado en una mínima participación goburnamental en términos de financiamiento y de gestión. Junto con Chile, son los únicos paises en los que la financiación privada supera a la pública (OECD, 2014). El modelo se apoya en una fuerte participación de los seguros voluntarios privados, máxima libertad de elección para el paciente, con un sistema de atención primaria descuidado; altos costos y excesivos procedimientos y gastos administrativos (Light, 2000; Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013). El uso de la alta tecnología se evidencia en niveles muy elevados (Squires, 2012).

Los seguros privados cubren al 70 % de la población, el 30% restante esta cubierta por seguros públicos

De ese porcentaje de seguros privados, el 90% está relacionado con el empleo, pagados por el empleador. Hay fundamentalmente dos tipos, el plan convencional, que permite una selección sin restricciones de la asistencia(que cubre menos del 30%); y por otro lado el plan de *Managed Care Organization* que cumple la doble función de aseguradora y proveedora y que se asocia a los ahorros que supuestamente brindan los planes de grupo. En este caso, están las HMO y las Organizaciones de proveedores preferidos(PPO) (Ridic, Gleason, & Ridic, 2012), que serán analizadas luego.

La cobertura federal se realiza entonces con Medicare y Medicaid, dependientes del Departamento de Salud . El otro programa es *Children's Health Insurance Program* (CHIP).

Estos programas cubren aproximadamente el 34 % de los residentes: Medicare cubre el 16 %, Medicaid, 19.5 %,y el seguro de asistencia sanitaria militar 4.5 %. La tasa de cobertura al final del gobierno de Obama fue la más alta para la población negra, con el 44,2%, luego siguen los hispanos con una cobertura del el 39.5%. Los blancos no hispánicos y los asiáticos fueron los que tenían mayor probabilidad de poseer un seguro de salud privado (Smith & Medalia, 2015).

Ambos seguros se efectivizan a través de empresas que compiten entre sí para ser seleccionados como intermediarios fiscales, gestionando el servicio en nombre de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Más recientemente, se han estimulado las "*Accountable Care Organization* (ACO), que son proveedores con incentivos al ahorro. Los estados definen las particularidades de los programas y aportan el 40% de los fondos. Desde 2009, como vimos, se ha hecho un gran esfuerzo por aumentar la cobertura, pero aún existe un número elevado que no la tiene.

Luego de la reforma hay una mayor variedad de planes de seguros estandarizados. Los individuos que compran cobertura reciben subsidios de primas por parte del Estado Federal: se preveía que el gobierno federal pasase de reembolsar a los Estados de 50 a 75% de los costos por habitante de los sectores vulnerables, a un reembolso de entre 90 a 100%. Y de los 15 millones de personas afiliadas, pasar a 28 millones en el año 2019 (RAND, 2010). Sin embargo, un problema de fondo, es que esos planes cubren a familias con poco dinero, condiciones de salud precarias y escasa experiencia en el uso de seguros, por lo que genera dificultades a las compañías que venden estos planes de seguros (The New York Post, 2016a). De todos modos, el porcentaje de población no asegurada ha bajado del 14,4% en 2013 al 11,5% en 2014, a raíz de la aplicación del modelo y se esperaba que en 2017 sólo queden sin cobertura unos 30 millones (McDonough, 2015).

Entre los defensores del proyecto sobresalia la idea de que la cobertura aumentaría (Chicago Sun Times, 2016a) y los mayores costos fiscales pueden ser compensados por las multas que se imponen a los empleadores y no asegurados y el impuesto especial sobre determinados planes de seguro de alta prima (Congress Budget Office, 2015; Price & Saltzman, 2013; Long & Grube, 2011).Los detractores, ponen el acento en el elevado costo fiscal (Blahous, 2012; Holtz-Eakin & Ramlet, 2010). Además, los críticos advierten sobre los costos excesivos en los hospitales debido a los nuevos standares de seguridad (The New York Post, 2014ª; Fletcher, 2016; Esleir, 2015ª; Szabo, 2016). Por otro lado, Medicare presiona a la baja los honorarios médicos y esto se traduce en visitas más cortas, altas hospitalarias rápidas (Fodeman, 2011) y menos tecnología (The New York post, 2014b). Otros dirán que las aseguradoras tenderan a la

quiebra (The New York Post, 2016b). Según el Denver Post (2016), una docena de cooperativas de seguros sin fines de lucro creadas por la ley, ya habían cerrado hasta 2015, obligando a alrededor de 750 mil personas a encontrar nuevos planes.

En todo ese proceso, las faramacéuticas aumentaron sus precios y por ende el ya elevado gasto farmacéutico, a cambio de la ampliación de la cobertura de Medicare de remedios recetados. Se comprometieron ademas, a negociar una reducción futura a través de reembolsos al seguro y a aceptar una aprobación de la Adminstración de alimentos y medicamentos (FDA) de medicamentos biológicos genéricos (Daemmrich, 2011).

La matrícula de Medicaid ha crecido en 10,8 millones de personas en 28 Estados, aunque muchos lo hacen lentamente; lo que parece haberse frenado es el proceso anterior en que los Estados estaban limitando el seguro existente (Heberlein y otros, 2013;Executive Office of The president Of The United States, 2015, McDonough, 2015). Sin embargo , las compañías siguen sin respetar del todo la normativa de cobertura o van limitando su oferta de proveedores con el fin de controlar los costos; los pacientes terminan pagando planes de mercado con altos deducibles y copagos con el fin de reducir al mínimo las primas (Blumenthal, Abrams, & Nuzum, 2015).

El sistema hospitalario y de provisión de servicios de salud es mayormente privado, con o sin fines de lucro. Incluso aquellos que trabajan para los hospitales o los planes de cuidado administrado, lo hacen predominantemente como contratistas. En términos de oferta, los datos de la *World Health Organization* (2014) muestran que Estados Unidos está por debajo de países como Suecia en el número de médicos o de Francia en camas hospitalarias. En 2012, había 26,9 médicos de atención de pacientes por cada 10 mil habitantes, con 18 en Idaho y Mississippi o 41,3 en Massachusetts y 65,9 en el Distrito de Columbia (National Center for Health Statistics, 2015). Faltan médicos en muchos Estados (Young, y otros, 2015). Por motivos similares, y mas allá del esfuerzo normal de eficiencia, EEUU es el país con menores estadías hospitalarias; para cierta literatura ésto podría causar efectos adversos en los resultados de salud (OECD, 2015).

El servicio y la combinación de primas-coseguros depende del poder adquisitivo del asegurado. Los precios son considerados muy superiores al costo marginal (Ficher et al., 2009). Debido al costo de la estadía y a que solo acceden a la urgencia, muchos pacientes esperan hasta las últimas etapas de la enfermedad antes de ir al hospital. El 58% de los médicos en los EE.UU. reconoce que sus pacientes tienen dificultades para pagar la atención. En 2012, el 32 %de los adultos sin seguro, reportaron no tener o retrasar la atención médica debido al costo, en

comparación con el 5% de los adultos con seguro privado y el 27 % de los de los seguros públicos, incluyendo Medicaid / CHIP y Medicare. (Department for Professional Employees, 2014).

Cuando se tiene cobertura pública, se pasa gran parte del tiempo en busca de los médicos que aceptan este seguro, sobre todo con los especialistas. Además, los altos deducibles y copagos impiden que los pacientes consigan un buen médico, hay problemas para pagar recetas caras y dependen de las muestras farmacéuticas. (DeVoe, y otros, 2007). Muchos especialistas plantean que estas cuestiones se hacen más duras a los pacientes negros (Mead, y otros, 2008).

Esto es agravado por los problemas de la atención primaria. Según la Commonwealth Fund citada en Davis, Stremikis, Squires y Schoen (2014), Estados Unidos fue el último detrás de 11 paises en cobertura, eficiencia, equidad y resultados. En lo referente a la cordinación entre los distintos niveles de atención médica y pacientes, Estados Unidos se ubica sexto, en un ranking liderado por Gran Bretaña.

El modelo no parece muy coherente respecto a la necesidad de responder al incremento del impacto de las enfermedades crónicas, fundamentalmente enfermedades del corazón, cáncer, respiratorias inferiores crónicas, accidentes cerebrovasculares, así como los accidentes, que representaron el 62% de todas las muertes en los Estados Unidos en 2010. Es que la esperanza de vida global y otros indicadores han mejorado, pero aun EEUU está lejos de otros países centrales. Además, las disparidades raciales y socioeconómicas se amplian (National Center for Health Statistics, 2015; MacDorman, Hoyert, & Mathews, 2013; OECD,2014, Berenson, Doty, Abrams, & Shih, 2012).

Los magros resultados lo son aun mas si consideramos que el gasto en salud crece. Como proporción del PBI representó el 17,5 % en 2014, más allá del aumento del gasto público por el Obamacare, el nivel es muy alto (Martin et al, 2015). El problema es que en contraste con la mayoría de los países de la OCDE, el gasto en salud en los Estados Unidos se divide en partes iguales entre fuentes públicas y privadas, quedando muy por debajo de la media del 72% con financiación pública de los países de la OCDE, debido a lo pobre de las regulaciones. La calidad de la atención sanitaria en los EE.UU. varía y no es notablemente superior a la de sistemas mucho menos caros que en los otros países desarrollados (Squires, 2012).

2.1) El modo en que el sector público fue ganando algún espacio

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) es la principal agencia del gobierno federal involucrado con los servicios de salud, desde 1980. Sus principales responsabilidades giran en torno a Medicare y Medicaid, de él dependen los Centros de Servicios (CMS) que administran dichos programas. Además tiene otros programas asistenciales, de inversiones, investigación científica, y algo de prevención.

La agencia de Centros para el Control y Prevención de Enfermedades es la agencia dependiente del HHS cuya responsabilidad a nivel nacional radica en el desarrollo y la aplicación de la prevención y control de enfermedades, salud ambiental y la realización de actividades de educación y promoción de la salud; los Institutos Nacionales de Salud (NIH), responsables de la biomedicina y la investigación son los mayores patrocinadores del mundo en investigación biomédica, contando históricamente con el apoyo de ambos partidos en el Congreso (Kelly, 2016). Esta compuesto por 25 institutos especializados que realizan o apoyan la investigación en diversos campos de la salud y la enfermedad ; la Administración de Recursos y Servicios, que, en general, se considera como la principal agencia del gobierno federal que se centra en la investigación de los servicios de salud(Rice, y otros, 2013), estudia el desempeño de los proveedores y usuarios del servicio; la Administración de Alimentos y Medicamentos, está encargada de la evaluación de productos, previa a la comercialización, evaluación de desempeño posterior y el control (ASGE, 2010).

El Consejo Nacional para la Garantía de Calidad (NCQA) acredita los seguros. La Comisión Asesora de Pagos de Medicare del Congreso, es un órgano permanente de partes interesadas privadas con su propio personal de investigación (REINHARDT, 2009) .

Como instituciones autónomas tenemos el Instituto de Medicina (IOM), que actúa como asesor del HHS en la formación de todas las categorías del personal de salud, realiza guías de prácticas médicas, entre otras funciones. La *Joint Comission* es una organización independiente que reúne y acredita a más de 20 mil organizaciones de atención de la salud en todo el país, principalmente hospitales, centros de atención a largo plazo y laboratorios; la Junta Americana de Especialidades Médicas y la Junta Americana de Medicina Interna proporcionan la certificación de los médicos que cumplen con las normas específicas de calidad. La Asociación Médica Americana es la asociación que nuclea a los médicos (The Commonwealth Fund, 2015).

El Departamento de Asuntos de Veteranos opera el mayor sistema integrado de salud de la nación con más de 1mil 500 sitios de atención, incluyendo hospitales, clínicas comunitarias,

centros de vida en comunidad, domiciliarios, centros de orientación de reajuste, y otras instalaciones (U.S Department Of Veteran Affairs, 2012). Se compara en su funcionamiento con el NHS del Reino Unido, ya que es de gestión centralizado y tiene en su propiedad todos los hospitales y el personal (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013).

Ademas de los reguladores públicos, los privados entraron en escena en el siglo XX. Por ejemplo, con la finalidad de simplificar los procedimientos, la Junta Nacional de Médicos Forenses creó un examen nacional uniforme para el otorgamiento de licencias médicas básicas a los profesionales. La reglamentación para la certificación en una especialización médica está bajo jurisdicción no gubernamental , así como también las nuevas tecnologías, que son evaluadas por múltiples organismos como Kaiser Permanente o la *Asociación Blue Cross-Blue Shield* (OPS, 2002). La Asociación Médica Americana (AMA) patrocinó la creación de una serie de organizaciones que permanecen hoy en el centro de la supervisión de la profesión médica, incluyendo a aquellos que acrediten las facultades de medicina; administran los exámenes de licenciatura, y certifican los especialistas. Estos cuerpos complementan el trabajo de los reguladores gubernamentales. Los consejos médicos, por ejemplo otorgan licencias médicas, y el programa de Medicare usa la certificación de la especialidad como un indicador de la calidad del médico (Field, 2008)

Como vimos, es un modelo público privado con fuerte influencia del pago de las familias. En 2012, el gasto público representó el 47% del gasto total en salud, el privado a través de seguros el 33%, los gastos de bolsillo el 20%(OECD; 2014)). En 2014, los aportes federales representaban el 63% y los Estados aportaron al resto. Se espera que el porcentaje de este aporte crezca hasta el 47% para el año 2024 (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2014). Mientras que el Estado aporta el 32% del gasto hospitalario, aportó solo el 20% del gasto en medicamentos, es evidente. La exención fiscal de los empleadores representa el tercer mayor gasto del gobierno en salud (después de Medicare y Medicaid) (NBER, 2014).

En este modelo, los privados (médicos, hospitales y compañías de seguros) suelen quejarse de que hay una abrumador cantidad de reglamentos y de controles federales, pero esto sucede tal vez por el componente privado del sistema. Y que finalmente igual se produce el “descreme”. Stoltzfus Jost (2009) dice que el efecto de la regulación parece haber sido principalmente en los márgenes, ampliando la cobertura de algunos solicitantes de alto riesgo, haciéndola menos atractiva para los solicitantes sanos, y obligando a algunos aseguradores marginales a prestar un mejor servicio, manteniendo o eliminando arreglos de seguros fraudulentos. Incluso Rice y otros (2014) advierten que sigue habiendo “descreme” y no se han introducido medidas

federales sustanciales para limitar la oferta de proveedores y tecnologías como sí lo han hecho otros países (NICE en Reino Unido, Alta Autoridad de Salud en Francia y el Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos en Australia).

2.2) Los seguros públicos y la necesidad creciente de contener a los sectores vulnerables

La cobertura federal se realiza entonces con Medicare y Medicaid. El otro programa es Children's Health Insurance Program (CHIP) para los niños sin seguro en familias con ingresos bajos pero que no entran en Medicaid; todos administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El programa fue diseñado para cubrir a La Ley ACA, como ya vimos, expandió la cobertura via Medicare, para que los individuos y las pequeñas empresas puedan comprar planes de seguro de salud subvencionados. Al mismo tiempo, la ley trataba de controlar el crecimiento de costos (OECD, 2014) con un modelo de pago por capitación y con premio a los hospitales, médicos y otros proveedores de servicios médicos por mejoras en la calidad, eficiencia y resultados de la atención. Por eso, incluye sanciones económicas a los hospitales con altas tasas de reingresos e infecciones hospitalarias. (McDonough, 2015). En los servicios de atención primaria también se definía una tasa estandar (Young, y otros, 2015). Para algunos, estos mecanismos permitirían una reducción neta en el déficit fiscal en el largo plazo (Stoltzfus, 2010; Schoen, 2016).Sin embargo, Holtz-Eakin & Ramlet (2010) muestran que en un sistema altamente deficitario como este, la proyecciones oficiales de recortes en el gasto en el largo plazo, son dudosas.

Medicare y Medicaid son dos programas se seguro público para poblaciones especificas. Medicare destinado a mayores de 65 años de edad, quienes sufren insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades. Es financiado por el Fondo Fiduciario de Seguro de Hospital y el Fondo Fiduciario de Seguro Médico Complementario, y adminsitrado por el HHS. Medicaid es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a personas pobres para cubrir servicios que normalmente no cubre Medicare (como atención de largo plazo y servicios de cuidado personal). Cada Estado tiene diferentes reglas sobre elegibilidad para Medicaid. Los progrmas tienen cierto nivel de cobertura doble, dado que si califica para Medicaid , automáticamente se califica para Ayuda Adicional para acceder a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D), a la cual sin embargo se paga una prima (CMS, 2015b).

Ambos seguros se efectivizan a través de empresas que compiten entre sí para ser intermediarios fiscales. Empresas como *Mutual of Omaha*, *Blue Cross* y *Blue Shield* y todas las otras formas mencionadas como HMO o PPO gestionan el servicio en nombre de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), del HHS.

Más recientemente, se han estimulado las *"Accountable Care Organization"* (ACO), que son proveedores (desde médicos de atención primaria y especialistas hasta hospitales y las instalaciones de post-agudas) que acuerdan una relación precio-calidad y reciben la mitad de los ahorros que logren; la otra mitad va a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), que administra el programa. Tienen que pagar una parte de las pérdidas si el gasto en salud para los pacientes excede el presupuesto. Ya hay unos 400 ACO que reciben a casi 7,2 millones de beneficiarios de ambos seguros pubicos (Abrams, y otros, 2015)

En el caso de Medicare, para entrar al programa se debe haber trabajado en los Estados Unidos por un período de 10 años (o 40 trimestres) durante la vida. Los hospitales que aceptan fondos de Medicare (que son la gran mayoría) deben proporcionar cuidados para estabilizar cualquier paciente con una condición médica de emergencia. No se paga una prima mensual, si se pagaron los impuestos de Medicare mediante aportes a través de los descuentos salariales de la persona o su conyugue, caso contrario, debe pagarse una prima. (Center For Medicare and Medicaid services, 2014)

Para tener protección en servicios que Medicare no cubre, muchos beneficiarios de Medicare A y B pueden comprar las pólizas de la Parte C, que permite que las Partes A y B sean prestadas mediante planes de salud privados y la parte D que se refiere a la cobertura de medicamentos.

La Parte C está en el programa desde 1997. Originalmente conocido como Medicare + Choice, le dio a los beneficiarios de Medicare la opción de recibir los beneficios de este programa a través de una serie de planes de salud privados, incluyendo servicio completo de Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO) por una prima extra, pero mediante la restricción de los proveedores que se pueden elegir (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013). Se ejecuta mediante las aseguradoras (HMO y PPO) por una cápita que intenta pagar el 95% del costo per cápita (AAPCC) de los beneficiarios (Rice & Smith, 1999) . Alrededor del 15% de los inscritos en Medicare toman esta opción.

La parte D surge, porque el programa no cubría los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Desde 2003 (Danzon & Keuffelb, 2007), hay un listado de remedios, pero para

acceder, hay que pagar una prima adicional. Garantiza, por ejemplo, los insumos necesarios para inyectarse insulina (Duggan & Morton, 2008).

Este Programa tiene dos cuentas centrales que gestionan los fondos: el Fondo Fiduciario del Seguro de Hospital, que paga por la Parte A de Medicare, y el Fondo de Seguro Médico Suplementario (SMI) de fideicomiso que paga por la Parte B, la C y D (planes de medicamentos recetados no cubiertos por Medicare Advantage). Ambos fondos se reducirían hasta eliminarse en 2029. Mientras tanto, las primas pagadas por los beneficiarios al SMI sólo cubren aproximadamente el 25% del gasto anual de los benficierarios de la Parte B y D (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013).

Medicare así cubre a 54 millones de estadounidenses. La mitadcon ingresos por debajo de los 23.500 dólares anuales. Más de una cuarta parte de todos los beneficiarios informaron tener una salud regular o mala, y tres de cada diez tenían un deterioro cognitivo o mental. Casi 9 millones de beneficiarios (16%) son personas de edad avanzada con discapacidad y una parte cada vez mayor (13%) tienen mas de 85 años. Dos millones de beneficiarios (5%) vivían en un centro de atención. Sin embargo, los gastos de salud, incluidas las primas, representaron el 14% del presupuesto de los hogares de Medicare en 2012; casi tres veces la proporción del gasto en atención de la salud de hogares sin el programa, que pagan más prima, pero menos copagos (Kaiser Family Foundation, 2014). Esto significa que aún la cobertura estatal es muy limitada.

El otro actor es Medicaid, focalizado para personas de bajos ingresos, con similares características. Proporciona cobertura médica a 80 millones de personas: 31 millones de niños, 19 millones de adultos, 5 millones de personas mayores, y 9 millones de personas con discapacidad (Center on Budget and Policy Priorities , 2015). Éstos últimos necesitan más y más costosos servicios de salud, representan casi las tres quintas partes de todo el gasto (Center on Budget and Policy Priorities , 2015).

Medicaid tiene una cobertura general pero limitada para servicios dentales y medicamentos recetados, lo que se traduce en gastos de bolsillo que los afiliados no pueden permitirse pagar. (Hing, Decker, & Jamoom, 2015).

El programa es financiado en un 60% por el gobierno federal, el resto por los Estados. El mecanismo de asignación es el Fondo de Asistencia Médica Federal (FMAP), diseñado para que el gobierno federal pague una porción mayor de los costos de Medicaid en los estados con menor ingreso per cápita relativo. En 2016, las tasas de FMAP oscilaron entre el 50% (13 estados) a 74% (Mississippi) (Mitchell, 2015). Este seguro ha demostrado un nivel menor de

aceptación de nuevos pacientes: los médicos que han aceptado más pacientes representan el 84,7% y los que han aceptado Medicaid, un 68,9%.

Cada Estado opera su propio programa de Medicaid y tiene una gran flexibilidad en la determinación de los criterios de elegibilidad y los beneficios que varían ampliamente de un Estado a otro (Kaiser Family Foundation, 2009). El gobierno federal requiere que se presten ciertos servicios básicos a todos los inscritos en el programa. El límite máximo de permanencia en el programa es de 5 años.

Funcionan, generalmente, con una tarifa que es un porcentaje de los DRG de Medicare, pero en el último periodo, el 48 % de los adultos y más del 63 % de los niños cubiertos por Medicaid se inscribieron en un plan de atención administrada integral (American College of Nurse - Midwives , 2015).

Los profesionales, no estan siempre dispuestos a aceptar pacientes del programa. Por ejemplo, representa una fuente de ingresos en zonas rurales, pero a pesar de esto, se lo ve como un pagador malo debido a las bajas tasas de reembolsos. También influye el sector al que hay que atender (Bailey, 2012). Por eso, la ACA incluyó un aumento obligatorio en las tasas de Medicaid para que los servicios de atención primaria se equiparen a los niveles de Medicare. Este aumento es totalmente financiado por el gobierno federal y eleva los honorarios de pago-por-servicio y de atención administrada de Medicaid para ciertos servicios de atención primaria prestados por los médicos de familia, internistas y pediatras. Sin embaergo, el estudio de Zuckerman, Skopec & McCormack (2014) muestra las diferencias que hay entre programas, por los diferenciales de tasas. Sólo Maryland, Alabama, Colorado, Iowa y Mississippi, han puesto fondos para la equiparación (USA Today, 2015). En Medicaid, las primas estaban prohibidas, sin embargo, recientemente, los Estados las han impuesto junto con nuevos requisitos de gastos compartidos no menores, llegando al 30%. Hasta 2013, el efecto no se evidencia en las estadísticas, se ha dilatado su implementación (Barnett & Vornovitsky, 2016). Pero desde ese mismo año, hasta el segundo trimestre de 2014, el porcentaje de adultos de 18-64 años que no tenían seguro se redujo del 21.3% al 15,6% (National Center for Health Statistics, 2015). En 2013 además, el 34,3% de todos los gastos de atención de la salud personal se pagaba por el seguro de salud privado, el 22,3% fueron pagados por Medicare, el 16,6% por Medicaid

Dentro de los subtipos de seguro de salud, el seguro dado por el empleador cubrió el 55,7%, seguido por Medicaid (19,6%), Medicare (16,3%), los seguros individuales (16,3%) y militar (4,7%) (Barnett & Vornovitsky, 2016).

Pero 48 millones de personas en los EE.UU. no tenían seguro de salud en 2912 (Departament for Professional Employees, 2014). Cuatro de cada diez adultos de bajos ingresos (40%) carecían de cobertura por estar desocupados, trabajar en negro o en empresas que no ofrecen cobertura (Kaiser Family Foundation, 2009). La proporción de estadounidenses negros e hispanos que estaban sin seguro en 2011 era particularmente alta, situándose en el 20,8% y el 30,7% de respectivamente en base al total de población, número que baja al 11,7% en la población blanca no hispana (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013). Y como contracara, algunos individuos están cubiertos tanto por el seguro público como el privado; por ejemplo, muchos beneficiarios de Medicare compran pólizas privadas suplementarias para cubrir servicios adicionales y parte de los costos compartidos del sistema. Los problemas de cobertura y equidad subsisten.

2.3) Los seguros privados en su salsa

Como vimos, el modelo se apoya en una fuerte participación de los seguros voluntarios privados, los mismos cubren al 70 % de la población.De ese porcentaje de seguros privados, el 90% está relacionado con el empleo, es decir, pagados por el empleador. Los empleadores no estan obligados a proporcionar cobertura en salud, pero la ley ofrece ventajas tributarias para la compra o la organización de un seguro. Acceden los sectores de más altos ingresos, por ejemplo, sólo el 30,1 % de las personas con ingresos familiares por debajo de 25 mil dólares anuales tenía esta cobertura privada y el número subía al 87,4 % en las personas con ingresos superiores a 100 mil dólares. (Smith & Medalia, 2015). Los asegurados están pagando una mayor porción de su prima de plan de salud y experimentan un mayor pago de bolsillo, ya que los empleadores eligen pólizas con altos deducibles (Deloitte, 2015). Estos se explica porque los empleadores escogen los denominados planes de Cobre, que son los más baratos para ellos pero con altos copagos.

Como ya se ha dicho existeel plan convencional y el *Managed Care Organization* que cubre la doble función de aseguradora y proveedora y que se asocia a los ahorros que supuestamente brindan los planes de grupo. En este caso están las HMO y las Organizaciones de Proveedores Preferidos(PPO) (Ridic, Gleason, & Ridic, 2012). Las primeras son prepagas que proporcionan servicios integrales a los inscriptos dentro de sus red de proveedores contratados, requieren una remisión por un médico de atención primaria; los médicos suelen ser asalariados y atienden en un edificio de HMO.

Las segundas operan a través de incentivos (menos copagos si el servicio forma parte del listado) en lugar de la restricción a la oferta de proveedores, sin necesidad de derivación, los médicos cobran un mix de honorarios tradicionales por servicio y otros incentivos.

El sistema publico intentó incentivar este sistema, por ejemplo, las personas elegibles para Medicare pueden comprar pólizas complementarias "Medigap" que cubren los copagos y las deficiencias en la cobertura de las prestaciones ofrecidas.

Los Planes de salud con deducibles(monto que debe pagarse antes que la aseguradora financie al paciente) son caros, y se pueden combinar con cuentas de ahorro de salud con ventajas impositivas. La mayoría requiere el pago de primas, copagos para visitas al médico, servicios de hospital y medicamentos recetados. Los trabajadores no sindicalizados y sus familias pagaron el 78 % de las primas, los sindicalizados el resto (Bureau of Labor Statistics, 2015).

Las aseguradoras privadas pueden ser con fines de lucro o sin fines de lucro, y están regulados por los comisionados estatales de seguros y sujeta a diversas normas estatales (y federales). El Comité Nacional para la Garantía de Calidad es el acreditador principal de los planes a pesar de que el gobierno federal ha respetado históricamente el papel de los Estados en la regulación de los seguros. Lo ha hecho intentando limitar el gran poder de *lobby*. Sin embargo, los miembros de los comités federales y comisionados estatales de seguros y su personal, a menudo son ex ejecutivos de seguros (Quadagno, 2004).

Un informe de la ofinica de investigación del Congreso, (Austin & Hungerford, 2009) sugiere que los mercados de seguros de salud están muy concentradas en muchas áreas locales. El ACA no sólo hace poco para abordar el problema actual del monopolio, sino que incluso parece aumentar considerablemente los beneficios de proveedores mediante el aumento de la capacidad de penetración de los seguros (Richman, 2012).

Uno de los principales problemas resultantes es la selección de riesgos, por eso los Estados han intentado diversas regulaciones. Por ejemplo, han hecho obligatorio los pools de seguros con grupos de riesgos incluidos compulsivamente, o programas de reaseguros estatales o cooperativas de compra, para permitir que pequeños grupos puedan acceder al seguro de salud con mayor poder de negociación (Stoltzfus Jost, 2009).

El otro problema son los costos. Un informe del *Commonwealth Fund* revela que las primas para la cobertura familiar aumentaron 62 %, al mismo tiempo que los deducibles más que se duplicaron de 2005 a 2010 (Schoen, Lippa, Collins, & Radley, 2012). Tradicionalmente, los no

asegurados, que carecen de poder de mercado, han pagado los precios más altos (Reinhardt, 2009)

Pero como vimos, hay diversas configuraciones: las Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) se definen como organizaciones que combinan la prestación de seguros de salud y la prestación de servicios de atención médica. Estos HMO surgen, con las características actuales, en los años 1980 y 90, pero ya existían desde los 30, enroladas bajo el sistema Kaiser. Inicialmente, sufrieron la resistencia de la Asociación Médica Americana (AMA), porque supuestamente violaban la libertad en la toma de decisiones médicas y brindaban atención inferior. También temían que los planes condujeran a la medicina socializada, a lo que se opusieron siempre (Markovich, 2003). Luego, muchos empleadores contrataron intermediarios para el control del acceso a la atención y de costos. (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013). Son empresas con fines de lucro, de las que dependen 66,21 millones de personas que son derivadas a hospitales y clínicas de las mismas organizaciones. Un médico de atención primaria coordina la mayor parte de la atención de un paciente. Los médicos y los hospitales son, en muchos casos, pagados per cápita, otros bajo un sistema de DGR (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Anderson, 2015). Incluye cobertura privada para el cuidado dental y optometría, a través, a veces, de distintas pólizas y servicios.

Debido a lo eficiente del modelo, Medicare ha impulsado dos programas de este tipo (Petersen et al., 2014). En estas experiencias además Medicare, Medicaid, y varios seguros privados, entre ellos grupos de empleadores, se han asociado a HMO.Así, le están prestando más atención a la atención primaria y han exigido la incorporación de pagos por calidad. En los últimos años han crecido y cubren a 68 millones de estadounidenses, lo que representa el 43% de las personas aseguradas en el mercado y un 14 % de todos los beneficiarios de Medicare.

El principal escollo es el modelo arraigado de pago por servicios a médicos, en gran medida independientes y una gran escasez de proveedores de atención primaria (Shortell, Casalino, & Fisher, 2010). Pero tampoco queda claro si estas HMO pueden controlar eficientemente la calidad de la prestación. Incluso, hay quien piensa que han representado el declive de la influencia de la profesión médica y el auge de corporaciones con fines de lucro de interés financieros privados (Tuohy, 1999).

También existen las Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPO), que cubrían a 53,2 millones en 2010. Es otra forma de atención de salud administrada, y es una combinación de libre elección y HMO. Funcionan como redes de médicos y hospitales que acuerdan tarifas reducidas en base a contratos pre-negociados. Cuando los pacientes utilizan proveedores

específicos, la mayoría de sus facturas médicas están cubiertas, pero también pueden elegir a médicos por fuera de la lista proporcionada.

También se puede mencionar en este capítulo el *Sistema de Káiser* permanente. El modelo es interesante, primero, porque representa la transformación de un modelo histórico, y segundo, porque así están trabajando también las aseguradoras públicas. Kaiser Permanente es una organización de salud sin fines de lucro integrada, con sede en Oakland, California, que sirve como un paraguas para una federación de grupos de médicos. La organización fue fundada en 1945. Cubre a 9,1 millones de personas en 9 regiones en los EE.UU. En la región norte de California donde tiene las tres cuartas partes de los miembros, cuenta con 8 mil médicos, 51 consultorios, 21 hospitales, y 3 millones400 mil miembros; la cuota de mercado es de 44%. (McCarthy, Mueller, & Wrenn, 2009). Los hospitales operan como los sin fines de lucro , mientras que los grupos médicos operan con fines de lucro como asociaciones o corporaciones profesionales en sus respectivas regiones. Funciona por medio de filiales regionales. Los grupos médicos no ven pacientes de otros planes de salud. El sistema funciona con copagos y cobertura según el programa, las mayores exenciones son en estudios preventivos (Curry & Ham, 2010).

El sistema, hace hicapié en la atención primaria, impulsan el bajo uso de camas mediante hospital de día, disponibilidad de centros de enfermería especializada para pacientes que no están dispuestos a ir a casa, etc. (Curry & Ham, 2010). Invierten en sistemas informáticos para mayor interacción entre médicos y con los pacientes, además de poseer registros electrónicos para seguimiento de los pacientes por parte de los médicosSe trabaja en equipo y hay mucha capacitación. El objetivo es evitar que los pacientes agudicen sus problemas de salud, lo que representa importantes ahorros

El modelo, de todos modos, ha sido fuertemente criticado, debe tenerse en cuenta que los debates se realizan en un contexto de fuerte politización (L.A Times, 2013)

Otro ejemplo que hemos mencionado es el de la *Veterans Health Administration* (VHA) que tuvo una historia de integración interesante. Se trata del servicio nacional de salud específico para los veteranos (Oliver, 2007). Emplea a médicos, posee y dirige los hospitales y consultorios médicos dentro de un presupuesto asignado por el gobierno federal. Es el sistema integrado más grande de Estados Unidos (Curry & Ham, 2010), sobre todo a partir de la reingeniería iniciada en 1995 (Kizer, Demakis, & Feussner, 2000).

En el período anterior el VHA había entrado en un fuerte deterioro, por sus graves problemas de gestión. La clave fue pasar de un modelo desconcentrado a una descentralización más

fuerte a través de las llamadas Redes de servicios integrados para veteranos (VISN), que empezaron a realizar su propio presupuesto y a gestionar el servicio. Además garantizaban el desarrollo de la atención primaria y la reducción de la atención hospitalaria, así como ciertos procesos vinculados a enfermedades crónicas. Se avanzó en un registro de sistema médico electrónico con notable nivel de detalle, un método de medición de la calidad, entre otros. (Asch, y otros, 2004). Los fondos recibidos comenzaron a estar relacionados con los servicios brindados y la calidad (Yano, Simon, Lanto, & Rubenstein, 2007).

Desde entonces, el modelo apunta a generar contratos de desempeños que cambian según las prioridades nacionales y locales, se suele priorizar la tasa de mortalidad en cirugía cardíaca ajustada al riesgo, el número de pacientes que se prescribe más de dos neurolépticos, índices generales de satisfacción de los pacientes, los tiempos de espera y otros indicadores de calidad. Con esos contratos, se producen incentivos financieros que pueden representar el 10% de los sueldos destinados a personal del VHA o a unidades sanitarias.

En la literatura, puede verse la satisfacción por el aumento de los cuidados preventivos y la calidad en general. Por otro lado, el VHA ha reducido los días de camas de hospital en un 55 %. El número de camas de cuidados agudos de largo plazo se ha reducido de 92 mil a 53 mil, mientras que las visitas de atención ambulatoria y servicios de atención domiciliaria han aumentado (Jha, Perlin, Kizer, & Dudley, 2003; Ash y Otros, 2004). Pero los veteranos, se quejaban por las vueltas que tenían que dar para ser intervenidos en los hospitales (Ibrahim, 2007). También en relacion a este modelo hubo diversos escandalos, algunos relacionados a acusaciones de malas praxis.

También sobreviven las tradicionales *Blue Cross* y las *Blue Shield*. Sin embargo, éstas, desde 1994 pueden tranformarse en entidades con fines de lucro (Consumer Union, 2013). Hoy, según se ve en su pagina oficial; la asociación tiene 36 compañías independientes operadas localmente, y gestiona las marcas registradas de *Blue Cross* y *Blue Shield* en más de 170 países de todo el mundo. También otorga licencias a empresas independientes para utilizar las marcas y nombres en áreas geográficas exclusivas. El Programa de Empleados Federales de Blue Cross Blue Shield es la opción principal de empleados federales de los Estados Unidos, jubilados y sus familias. Al matricular a más de la mitad de todos los empleados federales de los Estados Unidos, este programa de Empleados cubre aproximadamente 5,6 millones de miembros, lo que lo convierte en el grupo de planes de salud más grande del mundo.

2.4) La atención primaria, de menor a mayor

El sistema de atención primaria y ambulatoria se basa en consultorios pequeños con un promedio de menos de cinco médicos, que atienden todo el día. Pitts, Carrier, Rich & Kellermann (2010) dicen que en los últimos años han proliferado equipos más grandes que incluyen enfermeras y otro personal clínico a sueldo. EE.UU. nunca tuvo una fuerte tradición en atención primaria, tal es así, que entre 1950 y 1990 el número de especialistas per cápita se triplicó mientras, que la de médicos de atención primaria se redujo. Este tipo siempre fue un profesional de segunda clase, con salarios bajos y una relación fragmentada con sus pacientes. Esto es consecuencia del tipo de planes existentes (Grumbach, 1999).

Como hemos visto, los médicos son pagados a través de una combinación de métodos, incluyendo los honorarios negociados o la capitación en el seguro privado y los honorarios administrativamente establecidos del seguro público. Los médicos también pueden recibir incentivos financieros en base a varios criterios de rendimiento.

En la mayor parte de los seguros administrados, los pacientes generalmente tienen la libre elección del médico, pero dentro de los proveedores de una misma red. Y por lo general, no están obligados a inscribirse en un sistema de atención primaria, salvo excepciones. En los últimos años ha crecido el número de abonados a un esquema de asesor medico.

Lo cierto es que en 2008, solo el 51,3% de las consultas fueron a médicos de atención primaria, mientras que el resto fue para subespecialidades. (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Sólo el 42 % de la atención de agudos se hizo por derivaciones de los médicos personales de los pacientes (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010). Prevalece la derivación de los servicios de urgencias (28 %), otros especialistas (20 por ciento), y por departamentos de consulta externa (7%) (Pitts, Carrier, Rich, & Kellermann, 2010).

El análisis de los datos oficiales que surge de Pitts, y otros (2010), muestran que sólo el 42% de los 354 millones de visitas anuales para la atención aguda de tratamiento, se hizo por derivación de los médicos personales de los pacientes. Esto se debe a la influencia de la atención primaria en HMO, Kaiser permanent y VHA, que usan la APS para el primer punto de contacto y coordinación del tratamiento; el paciente no puede acceder a un especialista sin una referencia LA VHA sigue un sistema similar, pero ha innovado en el hecho de que el primer punto de contacto no es un médico de cabecera, sino un equipo de atención al paciente (PACT). Un 28% se hizo en los servicios de urgencias donde los pobres no puede ser

rechazados, un 27% con especialistas, más de la mitad de estas visitas son de pacientes no asegurados (Pitts, Carrier, Rich, & Kellermann, 2010)

Fuera del modelo general, el gobierno federal financia centros de salud comunitarios, que realizan esta tarea para las poblaciones marginadas y sin seguro, según lo exigía la Ley ACA de 2010. Pero los mismos, son privados o siguen el modelo sin fines de lucro. En 2009 atendieron a 19 millones de personas, una cifra muy baja (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013). Los centros de salud operan en más de 7mil200 sitios en todo Estados Unidos, particularmente en zonas económicamente deprimidas del centro de la ciudad y en las comunidades rurales. Muchos reciben fondos federales bajo la Sección 330 de la Ley de Servicio de Salud Pública y hay un subsidio para atención de crónicas; otros cobran tarifas especiales por parte de Medicare, Medicaid y CHIP. La ACA ofrece un bono de atención primaria de 10% para los médicos que participan en el programa Medicare y el 60% de su facturación es en AP (Davis, Abrams, & Stremikis,2011). Los centros comunitarios tienen un rol central para los más desprotegidos (Proser & Shin, 2008; Hing & Hooker, 2011; Takach, Grossmann & Hess, 2012). El problema surge al momento de las derivaciones.

2.5) Los Hospitales y la fuerte influencia del sector "sin fines de lucro" en un contexto de fuertes inversiones

En 2008, había unos 5 mil 900 hospitales, de los cuales casi mil 200 eran públicos y tenían el 15% de las camas, el resto, unos 4 mil 700, eran privados: con fines de lucro (15% de las camas) y sin fines de lucro (aproximadamente el 70% de las camas). Éstos últimos dependen de organizaciones religiosas o fraternales (Rice y otros, 2013) aunque su financiación y regulación termina haciendo de estos hospitales cuasi-públicos. De acuerdo con la Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales (2014) hay un total de 900 mil camas, unas 135 mil son privadas con fines de lucro. En comparación internacional, los datos de la WHO (2014) nos permiten ver que con 29 camas cada 10mil personas, está cerca del promedio de camas de los países de mediano ingreso (32) y lejos de los de alto ingreso (54).

De los de dominio público, mil tres son estatales o municipales; los federales son solo 213 (Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales, 2016). La participación de los hospitales en Medicare y Medicaid es voluntaria. Sin embargo, para recibir la exención de impuestos federales, los hospitales sin fines de lucro deben incluirse . Téngase en cuenta que los programas subsidiados representan, como vimos, casi la mitad del presupuesto total de

salud. El 46 % de los pagos a hospitales corresponden a Medicare y el 16 % a Medicaid, ambos representan el 62 % del total (Moore, Levit, & Elixhauser, 2014). La mayor parte de los médicos cobran por-servicio según DRG, algunos son asalariados, pero son los menos (The Commonwealth Fund, 2015).

Los hospitales públicos atienden los seguros sociales y los no asegurados, la atención de estos últimos , que no fue compensada por ningun seguro , representó el 16% en estos hospitales, contra el 5,8% de los restantes. Además, después de los centros comunitarios, son los mayores proveedores de atención ambulatoria (Zaman, Cummings, & Siegel, 2010). Tienden a ser más pequeños (aproximadamente 126 camas, en comparación con 190 camas para los hospitales sin fines de lucro) y con tasas de ocupación menores (Fraze, Elixhauser, Holmquist, & Johann, 2010). Generalmente están endeudados (Sataline, 2010).

Los hospitales sin fines de lucro son los más importantes, tienen el 70% de las camas, funcionan como privados, pero reciben exenciones y para ello se especializan generalmente en Medicare y Medicaid. Tienen juntas de hospitales y comités de gestión. El esquema de gestión depende de un Director que responde ante los representantes de la institución, y no siempre es médico (Greenwald, 2010). En ambos las remuneraciones son inferiores a la de los privados, pero en el hospital sin fines de lucro se gana más que en el hospital público.

Estos hospitales sin fines de lucro, tienen un modelo similar a los públicos, atienden a sectores vulnerables con o sin seguro, son más grandes y tienen más alta tecnología; también, son más propensos a ser hospitales de enseñanza (los hospitales universitarios representan el 31%de estos) . Por ser más numerosos, a veces son los únicos en zonas urbanas pobres o rurales, pero también tienen presencia en los barrios acomodados. Uno de los problemas es que este tipo de hospitales no tiene acceso a fuentes de financiación para invertir en ampliaciones o en equipos (Kaufman Hall & Associates, 2010). Como en el hospital publico, la mayor parte depende de las bajas tarifas de Medicare y Medicaid que pagan mediante diagnósticos relacionados (DGR); hay también acuerdos por servicios aunque los Estados hacen su aporte. Con la última reforma, los hospitales con altas tasas de reingresos dentro de los 30 días de los pacientes de Medicare, y los hospitales con altas tasas de infecciones intrahospitalarias, están ahora sujetos a sanciones económicas federales (Mossialos, Wenzl, Osborn, & Anderson, 2015). Debido a la actual competencia, muchos se han unido a hospitales privados, muchas veces sin una transacción legal (Bales, Tiberio, & Tesch, 2014).

Con la últimas reformas, han aumentado los incentivos para contener los costos y también las distorsiones (como el número de días de atención o de readmisiones), asi como para limitar los

incentivos de selección de pacientes (Ellis, 2001). The CommonWealth Fund (2011) dice que tanto los hospitales sin fines de lucro como los públicos, aunque en menor medida, están tratando de desarrollar estrategias de mejora de calidad, incoprorando procedimientos estandarizados con indicarodes de calidad, protocolos diarios, sistemas electrónicos de información, etc. (Kim, 2016).

Los hospitales privados con fines de lucro son operados por personas, asociaciones o corporaciones y pagan impuestos. Representan el 21 % de los hospitales en Estados Unidos, con un 15% de las camas (Kaiser Family Foundation, 2014b). Históricamente, han sido autónomos aunque deben tener la acreditación de la *Joint Comission* (JCAHO) y del Comité Nacional de Garantía de la Calidad (NCQA). La relación con la otra parte del sistema se da principalmente en base a la negociación de los contratos. Los mismos siguen la lógica de los seguros.

En este segmento hay gran concentración (Cutler & Morton, 2013). Ya para los‘80, las cinco empresas más grandes eran *Hospital Corporation of America* (HCA), Humana; *American Medical International* (AMI); *National Medical Enterprises* , y *Lifemark*. Juntos poseían aproximadamente la mitad de las camas de los hospitales con fines de lucro (Siegrist Jr, 1983). Hoy, según Forbes, HCA tiene otros 10 hospitales masy en el top 25 aparece tambien la cadena *Community Health Systems*. En dicha lista hay dos organizaciones sin fines de lucro, ambas de la Clínica Mayo: el Hospital Metodista Rochester-Rochester (No. 3) y el Hospital St. Mary, (No. 25) (Forbes, 2010)

Según el ranking de la *US news*, informe anual que evalúa más de 5 mil centros médicos en los Estados Unidos, los hospitales de más alta calificación son privados sin fines de lucro pero con arreglos con privados lucrativos: *University of Texas MD Anderson Cancer Center* en Houston (Nº 1 en la nación en Cáncer), la *Cleveland Clinic* en Ohio (Nº 1 a nivel nacional en Cirugía Cardiología y corazón) y el *Hospital for Special Surgery* en Nueva York , (No. 1 en Ortopedia), también el Massachusetts General Hospital of Boston, Johns Hopkins Hospital (U.S News, 2015; CNN, 2013)

Aquellos con mucho poder de mercado son doblemente costosos, y están radicados en barrios acomodados para pacientes de altos ingresos. Esa carga termina recayendo en las tarifas de sus clientes directos o aseguradoras. Squires (2015) muestra que las estadías hospitalarias en los EE.UU. eran casi el doble de caras que en países como Suecia, Australia, Nueva Zelanda, Francia y Alemania. Para no permitir abusos, éstas han ido incorporando también modelos tipo

DGR y han aparecido sofisticadas maneras de recompensar a los proveedores eficientes(Stensland, Gaumer, & Miller, 2010; The Washington Post, 2015).

Estos hospitales tienen en una gerencia que puede ganar hasta el doble de lo que ganarían en otros hospitales , no son no necesariamente a médicos (Khaliq, Walston, Thompson, Saste, & Kramer, 2006)

Uno de los problemas más graves es el de la relación con los médicos, quienes quieren seguir siendo independientes y mantenerse aparte en el consultorio, pero derivar pacientes al hospital (Laschober & Vertree, 1992; Burns & Pauly, 2012). El hospital intenta reducir el porcentaje de gastos médicos en relación a la inversión en equipos; hay un clima de conflicto permanente (Laschober & Vertree, 1992; Sigut, 2013). El problema se agudiza cuando el hospital trabaja mucho con Medicare, que paga menos por igual proceso (American Hospital Association, 2014).

De todos modos, si bien caros, suelen estar a la vanguardia de ciertos procesos, sobre todo cirugías, y eso los hace rentables. Incluso, pueden abrir áreas de negocios específicas a tal fin. Las enfermeras por lo general sólo tienen unos pocos pacientes a cargo, los tiempos de espera tienden a ser cortos, y parece cuidarse las relaciones médico-paciente (National Procedures Institute, 2016). Del lado de la percepción del paciente, los datos del programa Hospital Quality Alliance (HQA) muestran que en términos de calidad y para quienes pueden pagarlo, los hospitales con fines de lucro tienen una calificación global mayor que los hospitales públicos o privados sin fines de lucro (Jha, Orav, Zheng, & Epstein, 2008). Pero como vimos, hay sin fines de lucro que se encuentran en el top25. Según Mand (2014), las organizaciones sin fines de lucro tratan de equilibrar sus líneas de servicio para que las rentables ayuden a subsidiar a las no rentables y eso le juega en contra. Cuando un hospital con fines de lucro entra en un mercado y comienza a dominar el segmento, deja a las organizaciones sin fines de lucro con poca opción .

2.6) El poder de los médicos y el lobby de la Asociación Americana de Médicos

En EEUU hay 916 mil 264 médicos (Young, y otros, 2015), esto significa 2.5 médicos cada mil habitantes (OECD, 2014a), un número relativamente bajo en relación a otros países de la OECD. Para 2011, había 3,1 millones de enfermeras registradas a nivel nacional (Rosseter, 2011) y el número rondaria según la misma institución las 10 cada mil habitantes (ANA , 2015)

La entrada de los individuos en el canal médico sigue dos caminos paralelos, uno para los que se gradúan en EE.UU, y otro para los títulos extranjeros, éstos en especialidades menos favorecidas (Mullan, Salsberg, & Weider, 2015). Ambas vías requieren los exámenes de licenciatura y la realización de uno o más años de educación médica graduada acreditada requerido por las jurisdicciones específicas y con fuerte tendencia a la autoregulación (Young, y otros, 2015). El modelo tiene en el centro a los grandes hospitales universitarios (Grover, Orlowski, & Erikson, 2016)

La escasez y la mala distribución regional es evidente. Mientras que, como vimos, el promedio ronda los 2,5 médicos, éste descende a 1,86 en Wyoming y a 1,80 en Idaho; pero sube a 6,59 en District of Columbia y 4,3 en Massachusetts (National Center for Health Statistics, 2015). Hay una percepción desde el 2000, de la poca cantida de médicos (Young, y otros, 2015), por eso el foco está puesto en la necesidad de tener más . Por este motivo, se propone ampliar el número de escuelas de medicina y las plazas de residencia, así como la financiación de la educación médica de posgrado. (Staiger, Auerbach, & Buerhaus, 2010)

Los médicos han sido siempre independientes y los especialistas siempre han sido bien recompensados (Berenson & Rich, 2010), y los métodos de pago se han sofisticado con el tiempo. Actualmente rige, fundamentalmente, el pago por rendimiento asociado a medidas de calidad producidas por el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), una asociación privada, con aportes del *Healthcare Effectiveness Data and Information Set* (HEDIS). Medicare ha incorporado varios programas de incentivos similares (Friedberg, y otros, 2015). Pero se respeta la autonomía.

La poderosa Asociación Americana de Médicos (AMA) nace en 1847 y es uno de los *lobbies* mas importantes de Washington (Landers & Sehgal, 2003). Vinculada a los republicanos, ha sido siempre, fuertemente opuesta a la intervención del gobierno en la medicina y fundamentalmente en el seguro nacional universal de salud. En ese camino, en la década de 1930 libró una feroz campaña para evitar la Ley del Seguro Social. En los últimos años, defendió el derecho a cobrar a los pacientes la diferencia entre la tarifa Medicare y la del médico (Greenwald, 2010).

Pero en realidad, en los últimos años, se ha observado una fuerte coalición entre seguros y proveedores, la cual ha ayudado a desmantelar la primacía de los médicos, reduciendo sus pretensiones y depositando la gestión en personal no médico (Quadagno, 2004). Esto ha generado presiones hacia los médicos en cuanto a procedimientos y mas conflicto. Muchos profesionales han formado grupos de negociación (Kirchhoff, 2013).

Las enferemras estan representadas por la *American Nurses Association*. El crecimiento de la atención en los años ‘90 generó una fuerte presión sobre su trabajo. La encuesta internacional de enfermeria de Aiken y Otros (2012) muestra que una proporción sustancial de enfermeras planteó insatisfacción en el trabajo y la intención de dejar su puesto.

2.7) El mercado farmacéutico más caro en el país con la industria más poderosa del planeta

El tema central, nuevamente es el de los costos. A pesar de los descuentos negociados, en los EE.UU se paga más del doble por los medicamentos que en los países europeos. Mientras que los medicamentos recetados representaban sólo el 4,7% del total de los gastos de salud de Estados Unidos en 1980, en 2007 llegaron al 10% y en 2013 al 12,3%(Morgan & Kennedy, 2010). Según la OCDE, en Paises Bajos fue de 7,6%, en Gran Bretaña 12,2 % y en Francia el 15% (OECD; 2015) . Esta diferencia puede explicarse porque hay un número mayor de recetas y porque los precios son mayores. Los 30 fármacos más comúnmente prescritos tienen un precio un 30% más alto que en Canadá y Alemania, y más del doble de los precios en Australia, Francia, Países Bajos, Nueva Zelanda, y el Reino Unido (Squires, 2012). Según los datos de la Organización Mundial de La Salud, las 10 empresas farmacéuticas más grandes controlan más de un tercio del mercado, varios con ventas superiores de 10 mil millones de dólares al año y márgenes de beneficio de alrededor del 30%. De ese número seis tienen su sede en los Estados Unidos. Son *Johnson and Johnson*, *Pfizer*, *Eli Lilly*, *Bristol Myers Squibb* y *Wyeth.*

Las aseguradoras tienen diferencias en cuanto a cobertura de medicamentos recetados que los afiliados pueden adquirir en las llamadas "farmacias de la red", pero los planes subsidiados o mas bajos requieren de muchos gastos de bolsillo (Morganti, y otros, 2013). En el sistema Medicare hay un listado obligatorio con un tope anual (de 2 mil250 dólares en 2012). Una vez que se supera ese tope de costo total, la persona deberá pagar todas sus recetas hasta que el costo total anual alcance los 5 mil100. A partir de ese momento, comienza la cobertura catastrófica y el plan cubre el 95% del costo de sus medicamentos hasta el final del año calendario. En Medicare Advantage este tope se amplía (Irvine, Clarke, & Bidgood, 2013). Medicaid es similar, brinda cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

Ambos tienen copagos, que son menores para genéricos (Danzon & Keuffelb, 2007) y naturalmente también hay topes. Algunas categorías de destinatarios, incluidos los menores de 18 años de edad, las mujeres embarazadas, o pacientes en la emergencia no admiten co-pagos (Schlosberg, Attorney, Jerath, & Clerk, 1999). Para los afiliados de la Parte D de Medicare con bajos ingresos hay un programa de subsidios.

En cuanto a la distribución, hay dos tipos de mercados mayoristas de medicamentos: mayoristas primarios que llevan los contratos de distribución con los fabricantes y compran directamente de ellos, y los mayoristas secundarios que compran a otros intermediarios. También hay grandes mayoristas regionales. Los mayoristas secundarios son el punto más débil de la cadena ya que reenvasan los productos, con un elevado nivel de falsificados en envases auténticos (Buckley & Gostin, 2013). Más de la mitad de los hospitales encuestados en Estados Unidos compran medicamentos para el cáncer en el mercado gris (Gatesman y Smith, 2011).

Por último, alrededor de las tres cuartas partes de todos los productos farmacéuticos, se compran en las farmacias al por menor, de las cuales, alrededor de la mitad, son cadenas nacionales o tiendas de alimentos con una farmacia interna. Estos vendedores manejan una amplia variedad de productos que se venden en una variedad aún más amplia de embalajes. *Cardinal Health*, *McKesson*, y *AmerisourceBergen* distribuyen el 90 % de los medicamentos vendidos en los Estados Unidos (Buckley & Gostin, 2013)

Hay una fuerte presión del mercado farmacéutico y una alianza estratégica de éste con el Estado, lo que les da fuerte poder de negociación con las aseguradoras. Pocos pagadores, como Kaiser logran otros precios..Los medicamentos comprados por los no asegurados o no cubiertos tienen los precios más altos (Danzon & Keuffelb, 2007)

Esa alianza se ve clara con la ley de propiedad intelectual americana que ha sido fundamental para valorizar la I+D, con un efecto concentrador importante de la actividad (Narodowski, Remes Lenicov ,2013; Daemmrich, 2009; Daemmrich, 2011). En Estados Unidos, las patentes, desde 1995, son de 20 años, en línea con los acuerdos de patentes, pero es común solicitar extensiones (Hore, 2000). Una vez expirada se puede realizar un medicamento genérico siempre y cuando la FDA apruebe la aplicación del producto.

Esta relación entre gobierno y laboratorios ha tenido pocos altibajos, uno fue en 1990, cuando Clinton intentó regular precios, las empresas farmacéuticas se opusieron y el proyecto fracasó (Daemmrich, 2011). Por otro lado, el apoyo a estas firmas es enorme, fundamentalmente a través de los Institutos Nacionales de Salud, incluso a riesgo de desarrollar innovaciones que

no prosperan (Herndon, Hwang, & Bozic, 2007) . El número de médicos no académicos en el sector privado que actúa como investigadores principales para los ensayos clínicos aumentó de 4 mil en 1990 a 20 mil250 en 2010 (Fisher & Kalbaugh, 2012). EEUU es lider mundial en pruebas clínicas con fuerte apoyo estatal.

En la última reforma el poder de *lobby* de las farmaceuticas, como se dijo, fue muy fuerte y obtuvo buenos resultados, sobre todo, porque fracasaron los condicionamientos y Medicaid amplió la demanda. Además, la ley ACA planteó incentivos económicos en crédito fiscales por más de mil millones de dólares extras para I+D (Office of Health and Consumers Goods, 2010).

2.8) La investigación como piedra fundamental del poder del sistema

Como muestra Rottingen, y otros (2013), en términos absolutos, la inversión en salud para investigación y desarrollo, en los Estados Unidos es claramente la superior a otros países (119.000 millones de dólares),respecto, por ejemplo, a Japón (18.000 millones de dólares) o Alemania (13.000 millones de dólares). En 2011, la industria farmacéutica gastó cerca de 50 mil millones de dólares en I + D en comparación de los, 11500 millones gastados en Japón, 5.2 millones en Alemania o 3.7 millones en Francia (OECD, 2015).

Como ya se dijo, la industria biofarmacéutica estadounidense es líder mundial en investigación médica, produciendo más de la mitad de las nuevas moléculas del mundo en la última década. Estados Unidos es el líder mundial en este tipo de innovación junto a su socio Canadá.En 2015, América del Norte representaba el 48,7% de las ventas mundiales de productos farmacéuticos, frente al 22,2% de Europa. De acuerdo con datos de *IMS Health*, el 58% de las ventas de nuevos medicamentos lanzados durante el período 2010-2015 fueron en el mercado estadounidense, comparado con el 23% en el mercado europeo (Efpia, 2016).

La investigación gubernamental siempre ha desempeñado un papel importante, hay un sistema colaborativo que existe en los Estados Unidos entre el gobierno, la academia y las compañías biofarmacéuticas. La autoridad es el *National Institute of Health* (NIH) dependiente del U.S. *Department of Health and Human Services*. Hay más de 220 mil científicos y 2 mil800 universidades con fuerte contenido en investigación, escuelas de medicina, hospitales de enseñanza, y otras instituciones. El NIH solo destina un 15% para proyectos intramuros y el resto es financiación de proyectos decidido por 27 institutos y centros por ramas de actividad (

National Institutes of Health , 2005). Ha sido un modelo de gestión característico de los Estados Unidos, y ha sido usado por otros institutos privados, aliados. (OECD, 2013) .

Las Universidades de Estados Unidos y grupos de hospitales de investigación trabajan con fabricantes estadounidenses para descubrir constantemente oportunidades. Hay, además, un sinnumero de organizaciones de salud aliadas importantes en los Estados Unidos: figuran la *Association of Schools of Allied Health Professions* (ASAHP), la *Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs* (CAAHEP), la *Health Professions Network* (HPN) y la *National Network of Health Career Programs*. La Oficina de Transferencia de Tecnología de los NIH refuerza el modelo. Hay infinidad de fondos de proyectos y subvenciones para sostener el modelo (The Commonwealthfund , 2016).

Proyectos como por ejemplo, el Genoma humano, fue liderado por el *National Institute of Health* (NIH) de los Estados Unidos y el *US Department of Energy*; tomó 13 años y 3,8 billones de aportes del gobierno norteamericano.

También, debe mencionarse la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de la Información de Salud (ONC) potenciada por la Ley *Health Information Technology for Economic and Clinical Health* (HITECH) (Blumenthal, 2011), que estimula el desarrollo de este segmento.

Otro rubro fundamental es la I+D de dispositivos médicos, donde hay más pequeñas y medianas empresas que invierten en innovación debido a los altos los beneficios financieros asociados con la comercialización de estas nuevas tecnologías, ya que, EEUU es el principal consumidor y exportador mundial (Torsekar, 2014). Hoy, 7 de los 10 mayores fabricantes de equipos originales de dispositivos médicos del mundo, por ingresos, tienen su sede en Estados Unidos (Johnson & Johnson, GE Healthcare, Medtronic, Baxter International, Abbot Laboratories, Cardinal Health, Stryker).

2.9) Los incentivos públicos para controlar costos por TICs

En este campo debe mencionarse la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de la Información de Salud (ONC) potenciada por la Ley *Health Information Technology for Economic and Clinical Health* (HITECH),que tenía el objetivo de impulsar el uso de estas tecnologías en el sistema de salud (Blumenthal, 2011).

La ley exigía definir los registros de salud electrónicos (DSE), establecer estándares, criterios de certificación y construir una infraestructura nacional para ayudar a los proveedores dispuestos a lograr un uso significativo, con un plazo para enero de 2011 o tan pronto como

sea posible. Los plazos ajustados hicieron poco realista el proyecto. Se crearon el *Health Information Technology Policy Committee* (HITPC) y el *Health Information Technology Standards Committee* (HITSC). El primero para proporcionar asesoramiento de política general y el segundo para elaborar normas. Se invirtieron fondos públicos por 2 mil millones de dólares.

Más allá de este último esfuerzo, se debe decir que para la bibliografía, pese a que los EEUU están en el primer lugar en el uso de Tics en la salud, pero sólo unos 700 de los 5 mil hospitales norteamericanos poseen sistemas de e-seguimiento o usan la social media y redes sociales para comunicar sus servicios al mercado (OECD, 2013). A partir de nuestra búsqueda sobre el uso de páginas web de los organismos de los EEUU, surge que la web *U.S. Department of Health & Human Services* tiene una organización muy clara, con buena capacidad funcional,y la misma calidad estética se encuentra en los otros organismos nacionales (*Centers for Medicare & Medicaid, Health Data, Health information technology, Agency for Healthcare Research and Quality, Health Resources & Services Administration, Public Health Emergency*). Las paginas nacionales disponen de links a servicios, dado que gestionan Medicare , con notas de fondo o documentos científicos útiles para médicos, ocupando un espacio interesante. Dada la naturaleza del país, sobresalen en la página del Departamento de Salud, Normativa sobre cobertura para pacientes y los programas públicos de financiamiento en tecnología y ampliación de cobertura y los planes de financiamiento público.

El estudio de Hsiao & Hing (2014) muestra que en 2012, el 71,8% de los médicos de consultorio habían usado algún tipo de sistema de RCE, y un 23,5% tenía un sistema funcional en 2012 contra el 34,8% y 3,8% del 2007, repsectivamente. Sin embargo, la encuesta internacional de la *CommonWealth* ubica a los Estados Unidos entre las 11 naciones de menor desempeño en cuanto al uso de modelos de referencia y contra referencia, algo que se solucionaría con el uso permanente del registro electrónico (Davis, Stremikis, Squires, & Schoen, 2014).

Tal vez sea la *US Veterans Health Administration* (VHA) la entidad que más hace uso de tecnologías de salud electrónica, incluyendo EHR y tele-consultas (Bilbao-Osorio, Dutta, & Lanvin, 2013). Este seguro, tiene una web interactiva y un gerente de atención de enfermería que lleva adelante el monitoreo telefónico de pacientes y genera la debida derivación a atención especializada. Para las zonas rurales hay enfermeras gestoras para atención telefónica, farmacéuticos telefónicos, telepsicólogos y telepsiquiatras (Fortney & otros, 2015).

Varias grandes aseguradoras tienen sistemas parecidos (Collins, Levis, Munger, & Wade, 2010).La OECD (2013) valora el uso que le da a la red Kaiser Permanente.

Si vemos el Anexo X Casos publicitados en los medios de comunicación, aparecen enormes cantidades de propuestas, sobre todo de servicios. La *MetroHealth Multidisciplinary and Integrated Healthcare,* es una clínica de Washington, DC. que se promociona por el uso de historia clínica electrónica (HCE) y e-seguimiento, citas, resultados y autocuidado. Cuenta como muchas clínicas con un portal para el paciente, con una serie de funciones que ayudan a fomentar la participación de los éstos, quienes pueden acceder a los planes de atención , a los resúmenes clínicos y hacer comentarios.

Otro item bastante presente es el de la telepsiquiatría, como es el caso del Centro de Salud Comunitario de Cape Cod. También hay mucho para enfermedades crónicas, por ejemplo, la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), ha puesto en marcha la herramienta en línea "*Springboard Beyond Cancer*", destinado a personas en tratamiento y post-tratamiento para acceder a información, poder comunicar con los equipos de salud, chatear con pares o familiares de pares, etc.

Otra temática importante son los recordatorios de citas. Por ejemplo, *Denver Health*, el sistema de salud de Denver, envió 250 mil recordatorios a través de mensajes de texto, los pacientes que recibieron esos textos asisiteron en un 73%, contra el 66% de los que no los recibieron. Esta es una línea de trabajo financiada por el *El U.S. Department of Health.*

Un caso sorprendente, tal vez, sea la American Well, compañía que ofrece servicios de telesalud a un conjunto enorme de aseguradoras, con eje en mecanismos de atención en línea. Por ejemplo, con comunicación de diagnóstico a través de una llamada de vídeo. Esta propuesta recibe críticas, a partir de la especulación del mal uso que pueden darle los pacientes, traduciéndose en un mayor gasto en lugar de reducirlo.

En nuestro recorrido por las diferentes páginas, surgen infinidad de anuncios tanto de registros, servicios de turnos webs, e-seguimiento, etc. En la del *U.S. Department of Health & Human Services* hay anunciados fondos para evitar ciberamenazas, para mejorar el flujo de información para pacientes y proveedores, etc. Hay fondos además para financiar infraestructura en centros de salud. Se publicita también la asistencia técnica de la *Home Medical Equipment* (HME).

Los organismos específicos como *Health Data* proponen servicios más concretos. Por ejemplo, PrecisionFDA es un portal en línea, con datos subidos a la nube, con información de secuenciación de próxima generación (o NGS). La aplicación HealthData+ desarrollada por el Instituto de Salud Pública, y LiveStories, aborda la epidemia de obesidad a nivel local. Incluyen Healthy People 2020, USDA Food Environment Atlas, CDC Diabetes Interactive Atlas y tiene un mapa interactivo basado en el Directorio del Mercado de granjeros USDA donde se puede encontrar información sobre mercados de agricultores y si éstos aceptan cupones de alimentos (SNAP).

Health information technology (health IT) tiene mucha información sobre registros electrónicos y publicita casos avanzados. En la actualidad, desarrollan el Roadmap que coordina los esfuerzos del sector público y privado de registros. El mismo organismo ha organizado el *Health Information Exchange* (HIT) que permite a los profesionales información médica actualizada.

The Official Website of the Executive Office of Health and Human Services (EOHHS), de Massachussets publicita la Text4baby, que envía mensajes de texto gratuitos a mujeres embarazadas y madres. Los mensajes de texto se envían tres veces a la semana y están disponibles en Inglés y Español. Los temas incluyen nutrición, lactancia materna, la salud del bebé y el desarrollo del niño.

El sitio web *Healthy Texas Women*, disponible en inglés y español, es un sitio con opciones de atención pero que incluye un test y un modelo para determinar tratamientos, proveedores, etc.

Las webs de estos organismos son muy dinámicas y tienen un alto nivel de links a servicios, muy por encima del resto de los países, y sólo equiparable a Canadá dentro de los analizados.

Bibliografía

Abrams, M., Nuzum, R., Zezza, M., Ryan, J., Kiszla, J., & Guterman, S. (2015). *The Affordable Care Act's Payment and Delivery System Reforms: A Progress Report at Five Years.* Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/may/aca-payment-and-delivery-system-reforms-at-5-years.

Adler-Milstein, J., Ronchi, E., Cohen, G., Pannella, L., & Jha, A. (2014). Benchmarking health IT among OECD countries: better data for better policy. *J Am Med Inform Assoc*, 111-116. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23721983.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2006). *National Healthcare Disparities Report.* U.S. Department of Health and Human Services. https://archive.ahrq.gov/qual/nhdr06/nhdr06.htm.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). *Primary Care Workforce Facts and Stats No. 1.* Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pcwork1.pdf.

Aiken, L., & Otros. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717.short.

American Hospital Association. (2014). *Underpayment by medicare and medicaid .*

American College of Nurse - Midwives. (2013). *The Amount of Fee-for-Service Reimbursement for CNMs and CMs under State Medicaid Programs Relative to Physician Reimbursement Rates.* American College of Nurse - Midwives.

American College of Nurse - Midwives. (2015). *CMS Proposes Regulation on Medicaid Managed Care.* American College of Nurse - Midwives.

American Hospital Association. (2015). *Uncompensated Hospital Care Cost Fact Sheet .* American Hospital Association.

American Hospital Association. (2016). *Fast Facts on US Hospitals .*

ANA . (2015). *FAST FACTS : The Nursing Workforce 2014: Growth, Salaries, Education, Demographics & Trends.*

http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workforce/Fast-Facts-2014-Nursing-Workforce.pdf.

Anderson, G. F., Hussey, P. S., Frogner, B. K., & Waters, H. R. (2005). Health Spending In The United States And The Rest Of The Industrialized World. *Health Affairs*, 903-914.

Anderson, G. F., Reinhardt, U. E., Hussey, P. S., & Petrosyan, V. (2003). It's the Prices, Stupid:Why theUnited States Is So Different from Other Countries. *Health Affairs*, 89-105. http://content.healthaffairs.org/content/22/3/89.full.

Armstrong, K., Rose, A., Peters, N., McMurphy, S., Long, J. A., & Shea, J. A. (2006). Distrust of the Health Care System and Self-Reported Health in the United States. *Journal of General Internal Medicine.* , 292-297 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484714/.

Asch, S., McGlynn, E., Hogan, M., Hayward, R., Shekelle, P., Rubenstein, L., . . . Kerr, E. (2004). Comparison of Quality of Care for Patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample. *Annals of Internal Medicine*, 938-945.

ASGE. (2010). The role of the U.S. Food and Drug Administration in device evaluation and monitoring. *American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy Journal. Volume 72, No. 1*.

ASPE. (2014). *Federal Financial Participation in State Assistance Expenditures; Federal Matching Shares for Medicaid, the Children's Health Insurance Program, and Aid to Needy Aged, Blind, or Disabled Persons for October 1, 2013 through September 30, 2014.* U.S. Department of Health & Human Services. https://www.federalregister.gov/documents/2012/11/30/2012-29035/federal-financial-participation-in-state-assistance-expenditures-federal-matching-shares-for.

Austin, A., & Hungerford, T. L. (2009). *The Market Structure of the Health Insurance Industry.* Congressional Research Service.

Ayanian, J. Z., Weissman, J. S., Schneider, E. C., Ginsburg, J. A., & Zaslavsky, A. M. (2000). Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States. *The Journal of The American Medical Association*, 284-300.

Bailey, J. (2012). *Medicaid and Rural America.* Center for Rural Affairs.

Bales, R., Tiberio, K., & Tesch, T. (2014). *Nonprofit or For-profit? Hospital Conversion Considerations.* THE CAMDEN GROUP http://www.thecamdengroup.com/wp-content/uploads/Camden-Nonprofit-or-For-profit-Hospital-Conversion-Considerations.pdf.

Barnett, J., & Vornovitsky, M. (2016). *Health Insurance Coverage in the United States: 2015.* US Census Bureau https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p60-257.pdf.

Berenson, J., Doty, M. M., Abrams, M. K., & Shih, A. (2012). *Achieving Better Quality of Care for Low-Income Populations: The Role of Health Insurance and the Medical Home for Reducing Health Inequities.* The Commonwealth Fund.

Berenson, R. A., & Rich, E. C. (2010). *US Approaches to Physician Payment: The Deconstruction of Primary Care.* Journal of General Medicine. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20467910.

Bilbao-Osorio, B., Dutta, S., & Lanvin, B. (2013). *The Global Information Technology Report 2013. Growth and Jobs in a Hyperconnected World.* Geneva: World Economic Forum. http://www3.weforum.org/docs/WEF_GITR_Report_2013.pdf.

Billas, M. (2012). *The Evolution of Health Insurance in America: A Look at the Past, Present, and Future of an Increasingly Dynamic Industry.* Honors Scholar Theses. Paper 223 http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1236&context=srhonors_theses.

Blahous, C. (2012). *The Fiscal Consequences of the Affordable Care Act.* Mercatus Center. George Mason University. https://www.mercatus.org/system/files/the-fiscal-consequences-of-the-affordable-care-act_1.pdf.

Bloomberg. (14 de Octubre de 2013). U.S. Nonprofit Hospital CEO Annual Pay Averages $600,000. *Bloomberg*.

Blumenthal, D. (2011). Implementation of the Federal Health Information Technology Initiative. *The New England Journal of Medicine*, 2426-2431. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsr1112158.

Blumenthal, D., Abrams, M., & Nuzum, R. (2015). The Affordable Care Act at 5 Years. *The New England Journal of Medicine*, 2451-2458. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhpr1503614#t=article.

Brady, D., & Kessler, D. (2011). Why Is Health Reform So Difficult? *J Health Polit Policy Law.* , https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195449/.

Buckley, G. J., & (Ed), L. O. (2013). *Countering the Problem of Falsified and Substandard Drugs.* National Academy of Sciences. https://www.nap.edu/catalog/18272/countering-the-problem-of-falsified-and-substandard-drugs.

Bureau of Labor Statistics. (2015). *Employee Benefits in the United States.* Bureau of Labor Statistics. U.S Department of Labor. https://www.bls.gov/news.release/pdf/ebs2.pdf.

Burns, L. R., & Pauly, M. V. (2012). Accountable Care Organizations May Have Difficulty Avoiding The Failures Of Integrated Delivery Networks Of The 1990s. *Health Affairs*, 2407-2416. http://content.healthaffairs.org/content/31/11/2407.abstract.

Cashin, C., O'Dougherty, S., Samyshkin, Y., Katsaga, A., Ibraimova, A., Kutanov, Y., . . . Zuys, O. (2005). *Cased- Based Hospital Payment Systems: a step-by-step guide for design and implementation in low- and middle income countries.* United States Agency for International Development. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadp211.pdf.

CBO. (2006). *Nonprofit Hospitals and the Provision of Community Benefits.* Washingtong D.C http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/76xx/doc7695/12-06-nonprofit.pdf: The Congress of the United States .

CDC. (2014). *Health, United States, 2014 - Health Expenditures.* Center For Desease Control and Prevention (CDC). https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/downloads/highlights.pdf.

Center on Budget and Policy Priorities. (2013). *State Policy Decisions In Exchange Implementation.* Center on Budget and Policy Priorities.

Center on Budget and Policy Priorities. (2015). *Introduction to Medicaid.* Center on Budget and Policy Priorities. https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Fraud-Prevention/Medicaid-Integrity-Education/Downloads/ebulletins-intro-medicaid.pdf.

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2014). *National Health Expenditure Projections 2014-2024.* Centers for Medicare and Medicaid Services. http://garnerhealth.com/wp-content/uploads/2014/02/proj2014.pdf.

Chawla, M., Govindaraj, R., & Needleman, P. B. (1996). *Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy:Methodological Guidelines.* Data for Decision Making Project. https://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-32.PDF.

Chicago Sun Times. (7 de Marzo de 2016a). *Editorial: Two smart ways to improve Obamacare*. Obtenido de Chicago Sun Times: http://chicago.suntimes.com/opinion/editorial-two-smart-ways-to-improve-obamacare/

Cigna. (2012). *American Health Benefits Exchanges Facts Sheets.* Cigna Corporation. https://www.cigna.com/assets/docs/about-cigna/IoR%20Advocacy%20Papers/informed-on-reform-facts-sheet.pdf.

Clinicas de Chile. (2009). *Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la Reforma.* Santiago: http://docplayer.es/1967361-Sistema-de-salud-de-usa-como-funciona-y-que-propone-la-reforma.html.

CMS . (2014). *National Health Expenditures 2014 Highlights .* U.s Centers for Medicare & Medicaid Services.

CMS. (2015a). *Medicaid and Children's Health Insurance Program (CHIP) Programs; Medicaid Managed Care, CHIP Delivered in Managed Care, Medicaid and CHIP Comprehensive Quality Strategies, and Revisions Related to Third Party Liability; Proposed Rules.* Centers for Medicare & Medicaid Services. Department of Health and Human Services.

CMS. (2015b). *What's Medicare? What's Medicaid? .* Centers for medicare and medicaid services https://www.medicare.gov/pubs/pdf/11306.pdf.

CNN. (16 de Julio de 2013). Top 10 hospitals in the United States.

Collins, S. R., Rasmussen, P. W., Doty, M. M., & Beutel, S. (2015). *The Rise in Health Care Coverage and Affordability Since Health Reform Took Effect.* The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/issue-brief/2015/jan/1800_collins_biennial_survey_brief.pdf.

Colombo, F., & Tapay, N. (2000). *Private Health Insurance in OECD Countries:The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems.* OECD . https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf.

Congress Budget Office. (2015). *Budgetary and Economic Effects of Repealing the Affordable Care Act.* Washington: Congress of The United States. http://www.cbo.gov/sites/default/files/114th-congress-2015-2016/reports/50252-Effects_of_ACA_Repeal.pdf.

Conklin, T. (2002). Health Care in the United States: An Evolving System. *Michigan Family review* , 5-17 . http://quod.lib.umich.edu/m/mfr/4919087.0007.102/--health-care-in-the-united-states-an-evolving-system?rgn=main;view=fulltext.

Consumer Union. (2013). *Blue Cross and Blue Shield A Historical Compilation.* https://consumersunion.org/wp-content/uploads/2013/03/yourhealthdollar.org_blue-cross-history-compilation.pdf.

Coughlin, T. A., Holahan, J., Caswell, K., & McGrath, M. (2014). *Uncompensated Care for the Uninsured in 2013: A Detailed Examination.* Kaiser Family Foundation. https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2014/05/8596-uncompensated-care-for-the-uninsured-in-2013.pdf.

Curry, N., & Ham, C. (2010). *Clinical and service integration: The route to improved outcomes.* Londres: King's Fund. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601513/.

Cutler, D. M., & Morton, F. S. (2013). *Hospitals, Market Share, and Consolidation.* Clinical Review & Education. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24219952.

Cutler, D., & Gruber, J. (2001). *Health Policy in the Clinton Era: Once Bitten, Twice Shy.* Center for Business and Government John F. Kennedy School of Government. Harvard University http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.697.8601&rep=rep1&type=pdf.

Daemmrich, A. (2009). *Where is the Pharmacy to the World? International Regulatory Variation and Pharmaceutical Industry Location.* Harvard Business School. http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/09-118.pdf.

Daemmrich, A. (2011). *U.S. Healthcare Reform and the Pharmaceutical Industry.* Boston: Harvard Business School. http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/12-015.pdf.

Dafny, L. (2008). *Are Health Insurance Markets Competitive?* NBER Working Paper No. 14572. http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/11_Dafny_Are%20Health%20Insurance%20Markets%20Competitive_2010_4d7d80dd-ab16-493d-a1ff-761997d9eabd.pdf.

Danzon, P. M., & Keuffelb, E. L. (2007). *Regulation of the Pharmaceutical-Biotechnology Industry.* The Wharton School University of Pennsylvania. http://www.nber.org/chapters/c12572.

Davis, K., Abrams, M., & Stremikis, K. (2011). How the Affordable Care Act Will Strengthen the Nation's Primary Care Foundation. *Journal ofGeneral internal Medicine*, 1201–1203. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21523495.

Davis, K., Schoen, C., & Stremikis, K. (2010). *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally.* The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System.

http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D., & Schoen, C. (2014). *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S.* The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf.

Deal, K., Kamnikar, J., & Kamnikar, E. (2014). Challenges and Opportunities Facing Public Hospitals. *Journal of goverment financial management. Nº 13*, http://www.business.aum.edu/docs/default-source/business-beans/challenges-and-opportunities-facing-public-hospitals.pdf?sfvrsn=2.

Deloitte. (2015). *2015 Health Care providers outlook United States.* Deloitte. https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-2015-global-hc-country-reports-011215.pdf.

Denver Post. (08 de Mayo de 2012). *Editorial: It's time for plump Americans to pay up*. Obtenido de http://www.denverpost.com/2012/05/08/editorial-its-time-for-plump-americans-to-pay-up/

Denver Post. (24 de Febrero de 2016). *Probe: HealthCare.gov 'passive' on heading off fraud*. Obtenido de Denver Post: http://www.cbsnews.com/news/probe-obamacare-healthcare-gov-passive-on-heading-off-fraud/

Department for Professional Employees. (2014). *The U.S. Health Care System: An International Perspective.*

Department of Health and Human SErvices. (2016). *Fiscal year 2017. Budget in Brief: Strengthening Health and Opportunity for All Americans.* Department of Health and Human Services. https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy2017-budget-in-brief.pdf.

DeVoe, J. E., Baez, A., Angier, H., Krois, L., Edlund, C., & Carney, P. A. (2007). Insurance plus Access Does not Equal Health Care: Typology of Barriers to Health Care Access for Low-Income Families. *Annals of Family Medicine*, 511-518. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18025488.

DHHS. (2014). *States Standars For Access to Care in Medicaid Managed Care .* Department of Health and Human Services.

Dilly, G. (2003). *The Failure of the Clinton Administration's Health Care Reform: A Matter of Substance or Process?* National defense university . http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a442073.pdf.

Duggan, M., & Morton, F. S. (2008). *The Effect of Medicare Part D on Pharmaceutical Prices and Utilization.* National Bureau OF Economic Reasearch. http://faculty.som.yale.edu/FionaScottMorton/documents/TheEffectoftheMedicareDrugBenefitonPharmaceuticalPricesandUtilization.pdf.

Duran, L., Aldaz, V., Hernandez, L., & García, L. (2010). *Los seguros médicos privados en Mexico: su contribución al sistema de salud.* Mexico D.F: UNAM http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/03_mar_2k10.pdf.

Ellis, R. P. (2001). *Hospital payment in the United States: An overview and discussion of current policy issues.* Boston: Boston University. http://people.bu.edu/ellisrp/EllisPapers/2001_Ellis_HospPayment_English.pdf.

Esleir, P. (19 de MArzo de 2015a). *Deadly bacteria on medical scopes trigger infections*. Obtenido de L.A Times: http://people.bu.edu/ellisrp/EllisPapers/2001_Ellis_HospPayment_English.pdf

Etheredge, L. (1983). Reagan, Congress, And Health Spending. *Health Affairs 2, no.1* , 14-24 http://content.healthaffairs.org/content/2/1/14.full.pdf.

Executive Office of The president Of The United States. (2015). *Missed opportunities: the consequences of state decisions not to expand medicaid .* White House. https://www.researchgate.net/publication/299027800_Missed_opportunities_The_consequences_of_state_decisions_not_to_expand_medicaid.

Feldman, R., Kralewski, J., & Dowd, B. (1989). Health Maintenance Organizations: The Beginning or the End? *HSR: Health Services Research 24:2*, 192-204 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065560/pdf/hsresearch00084-0055.pdf.

Field, R. (2008). Why Is Health Care Regulation So Complex? *P&T Vol. 33 No. 10*, 607-609 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730786/pdf/ptj33_10p607.pdf.

Fisher, E., Goodman, D., Skinner, J., & Bronner, K. (2009). *Health Care Spending, Quality, and Outcomes.* The Darmouth Institute for Health Policy & Clinjical Practice. http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/Spending_Brief_022709.pdf.

Fisher, J. A., & Kalbaugh, C. A. (2012). United States Private-Sector Physicians and Pharmaceutical Contract Research: A Qualitative Study. *Plos Medicine*, http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001271.

Fletcher, H. (7 de Marzo de 2016). *Why more than half of hospital bills don't get paid*. Obtenido de L.A Times: http://www.usatoday.com/story/news/nation-now/2016/03/08/unpaid-hospital-bills/81478658/

Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *The New England Journal of Medicine* , 229-231.

Fodeman, J. (2011). *The New Health Law: Bad for Doctors, awful for patients .* The Institute for Health Consumerism.

Forbes. (31 de agosto de 2010). *America's Most Profitable Hospitals*. Obtenido de Forbes: http://www.forbes.com/2010/08/30/profitable-hospitals-hca-healthcare-business-mayo-clinic.html

Fraze, T., Elixhauser, A., Holmquist, L., & Johann, J. (2010). *Public Hospitals in the United States, 2008.* Agency for HealthCare Research and Quality.

Friedberg, M. W., Chen, P. G., White, C., Jung, O., Raaen, L., Hirshman, S., . . . Lipinski, L. (2015). *Effects of Health Care Payment Models on Physician Practice in the United States.* Rand .

Gabel, J. (1997). Ten Ways HMOs Have Changed During The 1990s. *Health Affaires*, 134-146.

Galbraith, J. (2006). A History of Public Hospitals in the United States. From City Almshouse to Medical Innovator — Two Centuries of Triumph and Trial. *The Safety Net*, 6-11. http://essentialhospitals.org/wp-content/uploads/2014/01/TSN.pdf.

Ginsburg, P. B. (2011). *Health Care Provider Market Power.* WASHINGTON: CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE.

Giroir, B. P., & Wilensky, G. R. (2016). Reforming the Veterans Health Administration — Beyond Palliation of Symptoms. *The New England Journal of Medicine* .

Goldman, D. P., & Alpert, A. E. (2005). *Costs and Insurance.* RAND Corporation.

Gorham, L. (2006). *The History of Health Care Cost and Cost insurance. A Wisconsin primer.* Wisconsin policy research institute http://www.wpri.org/WPRI-Files/Special-Reports/Reports-Documents/Vol19no10.pdf.

Greenwald, H. (2010). *Health Care in the United States: Organization, Management, and Policy .* Jossey- Bass.

Grover, A., Orlowski, J., & Erikson, C. (2016). The Nation's Physician Workforce and Future Challenges. *Am J Med*, https://www.aamc.org/download/452922/data/thenationsphysicianworkforceandfuturechallenges.pdf.

Gruber, L., Shadle, M., & Polich, C. (1988). From movement to industry: the growth of HMOs. *Health Affairs 7, no.3* , 197-208 http://content.healthaffairs.org/content/7/3/197.full.pdf.

Grumbach, K. (1999). Primary Care in the United States — The Best of Times, the Worst of Times. *The New Engalnd journa of Medicine*.

Gunderman, R. (16 de Octubre de 2013). Why Are Hospital CEOs Paid So Well? *The Atlantic*.

Hacker, J. S. (2004). Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative. *British Journal of Political Science*.

Ham, C., & Curry, N. (2011). *Intregrated Care: What is it? Does it work? What does it mean for the NHS?* The King's Fund.

Harris, E., & Mok, S. (2015). *How CBO Estimates the Effects of the Affordable Care Act on the Labor Market.* Washington: Congressional Budget Office.

Heberlein, M., Brooks, T., Alker, J., Artiga, S., & Stephens, J. (2013). *Getting into Gear for 2014: Findings from a 50-State Survey of Eligibility, Enrollment, Renewal, and Cost-Sharing Policies in Medicaid and CHIP, 2012–2013 .* Kaiser Family Foundation.

Heclo, H. (1995). The Clinton Health Plan: historical perspective . *Health Affairs*, 86-99.

Herndon, J. H., Hwang, R., & Bozic, K. H. (2007). Healthcare technology and technology assessment. *European Spine Journal*, 1293–1302.

Herrick, D. M., Gorman, L., & Goodman, J. C. (2010). *Health Information Technology:Benefits and Problems.* NATIONAL CENTER FOR POLICY ANALYSIS.

Hing, E., & Hooker, R. (2011). *Community Health Centers: Providers, Patients, and Content of Care.* NCHS Data Brief https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db65.pdf.

Hing, E., Decker, S. L., & Jamoom, E. (2015). *Acceptance of New Patients With Public and Private Insurance by Office-based Physicians: United States, 2013.* National Center for Health Statistics.

Holahan, J., Buettgens, M., & Dorn, S. (2013). *The Cost of No Expanding Medicaid.* The Urban Institute. http://kff.org/medicaid/report/the-cost-of-not-expanding-medicaid/.

Holtz-Eakin, D., & Ramlet, M. J. (2010). Health Care Reform Is Likely To Widen Federal Budget Deficits, Not Reduce Them. *Health Affairs*, 1136-1141. https://www.americanactionforum.org/wp-content/uploads/sites/default/files/health_reform_to_increase_deficit.pdf.

Hore, E. (2000). A comparison of United States and Canadian laws as they affect generic pharmaceutical market entry. *Food Drug Law Journal*, 373-88. http://www.hazzardandhore.com/docs/papers/p7.pdf.

Horwitz, J. R. (2005). Making Profits And Providing Care: Comparing Nonprofit, For-Profit, And Government Hospitals. *Health Affairs*, 790-801. http://content.healthaffairs.org/content/24/3/790.abstract.

HRSA. (2015). *Bureau of Primary Health Care Health Resources & Services Administration.* Department of Health and Human Services. https://www.hrsa.gov/about/organization/bureaus/bphc/.

Huang, E., & Finegold, K. (2013). Seven Million Americans Live In Areas Where Demand For Primary Care May Exceed Supply By More Than 10 Percent. *Health Affairs*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23426931.

Ibrahim, S. A. (2007). The Veterans Health Administration: A Domestic Model for National Health Care System? *American Journal of Public Health*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2089116/.

IMS Institute for Healthcare Informatics. (2015). *Medicines Use and Spending Shifts.* IMS Institute for Healthcare Informatics. https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/IIHI_Use_of_Medicines_Report_2015.pdf.

Irvine, B., Clarke, E., & Bidgood, E. (2013). *Healthcare Systems: The USA.* Civitas. http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/USABrief.pdf.

ITA. (2016). *2016 Top Markets Report Medical Devices.* International Trade Adminstration. http://www.trade.gov/topmarkets/pdf/Medical_Devices_Executive_Summary.pdf.

Jha, A. K., Orav, J., Zheng, J., & Epstein, A. M. (2008). Patients' Perception of Hospital Care in the United States. *The new england journal o f medicine*, 1921-1931. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0804116.

Jha, A. K., Perlin, J. B., Kizer, K. W., & Dudley, A. (2003). Effect of the Transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the Quality of Care. *The new england journal of medicine*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12773650.

Kaiser. (2009). *Community Health Centers.* Kaiser Foundation. http://kff.org/medicaid/fact-sheet/community-health-centers/.

Kaiser Comission. (2012). *THE UNINSURED AND THE DIFFERENCE HEALTH INSURANCE MAKES.* Kaiser Family Fundation.

Kaiser Family Foundation . (2013). *Summary of the Affordable Care Act.* Kaiser Family Foundation .

Kaiser Family Foundation . (02 de abril de 2016). *An Overview of Medicare*. Obtenido de Kaiser Family Foundation : http://kff.org/medicare/issue-brief/an-overview-of-medicare/

Kaiser Family Foundation. (2009). *Expanding Health Coverage for Low- Income Adults: Filling the Gaps in Medicaid Eligibility.* Kaiser Family Foundation. http://kff.org/health-reform/issue-brief/expanding-health-coverage-for-low-income-adults/.

Kaiser Family Foundation. (2014a). *Medicare at a Glance.* Kaiser Family Foundation. http://www.fortwayneship.com/wp-content/uploads/2014/12/MedicareAtAGlance2015.pdf.

Kaiser Family Foundation. (2014b). *State Health Facts.* Kaiser Family Foundation. http://kff.org/statedata/.

Kaiser Health News. (2015). *Medicare Readmission Penalties By Hospital, Year 4.* Kaiser Health. https://kaiserhealthnews.files.wordpress.com/2016/08/medicarereadmissionpenaltiesyear5_pdf_final1.pdf.

Kaiser permanente. (2010). *Quality and Operations Support.* Kaiser permanente. http://www.jhsph.edu/offices-and-services/career-services/for-students/media-resources/2013-14%20Information%20Sessions/KP_QOS_Dept._Overview_Michael_Rothman.pdf.

Kaufman Hall & Associates. (2010). *A Guide to Financing Strategies for Hospitals With Special Consideration for Smaller Hospitals.* Chicago: Kaufman Hall & Associates, Inc. http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/capitalfinanceslides12.2010.pdf.

Keenan, P. (2003). *The Nursing Workforce Shortage: Causes, Consequences, Proposed Solutions.* The Commonwealth Fund http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/keenan_nursing.pdf.

Kelly, N. (13 de Enero de 2016). *What's Next for the National Institutes of Health?* Obtenido de https://www.theatlantic.com/politics/archive/2016/01/national-institutes-of-health-congress-budget/423837/

Khaliq, A. A., Walston, S. L., Thompson, D. M., Saste, V., & Kramer, R. G. (2006). *The Impact of Hospital CEO Turnover In U.S. Hospitals.* American College of Healthcare Executives. https://www.ache.org/pubs/research/pdf/hospital_ceo_turnover_06.pdf.

Kim, R. (2016). The U.S. Hospital Management from a Strategic Management Viewpoint. *Hospital & Medical Management*, http://hospital-medical-management.imedpub.com/the-us-hospital-management-from-a-strategic-management-viewpoint.php?aid=8169.

Kinkead, B. (1984). Medicare payment and hospital capital: the evolution of policy. *Health Affairs 3, no.3* , 49-74 http://content.healthaffairs.org/content/3/3/49.full.pdf.

Kirchhoff, S. (2013). *Physician Practices: Background, Organization, and Market Consolidation.* Washington: Congressional Research Service. https://fas.org/sgp/crs/misc/R42880.pdf.

Kizer, Demakis, & Feussner. (2000). Reinventing VA health care: systematizing quality improvement and quality innovation. *Medical Care*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10843266.

Kleinke, J. (2001). The Price Of Progress: Prescription Drugs In The Health Care Market. *health affairs*, 43-60. http://content.healthaffairs.org/content/20/5/43.full.html.

Kofman, M., & Pollitz, K. (2006). *Health Insurance Regulation by States and the Federal Government: A Review of Current Approaches and Proposals for Change.* Washington: University of Georgetown. http://www.allhealth.org/briefingmaterials/HealthInsuranceReportKofmanandPollitz-95.pdf.

L.A Times. (12 de Junio de 2013). *Kaiser's Obamacare rates surprise analysts*. Obtenido de L.A Times: http://articles.latimes.com/2013/jun/12/business/la-fi-kaiser-health-rates-20130613

L.A Times. (24 de Febrero de 2015). *State again faults Kaiser Permanente for mental health treatment delays*. Obtenido de L.A Times: http://www.latimes.com/business/la-fi-state-faults-hmo-giant-kaiser-permanente-mental-health-care-story.html

Landers, S. H., & Sehgal, A. R. (2003). *Health care lobbying in the United States.* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15047037.

Laschober, M. A., & Vertree, J. C. (1992). *Hospital Financing in The United States.* Princeton. https://www.princeton.edu/~ota/disk1/1995/9525/952510.PDF.

Lasser, K. E., Himmelstein, D. U., & Woolhandler, S. (2005). Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population-Based Survey. *American Journal of Public Health*, 1300-1307. http://www.pnhp.org/canadastudy/CanadaUSStudy.pdf.

Leape, L. (2000). Institute of Medicine Medical Error Figures Are Not Exaggerated. *Journal ofr the American Medical Assocition*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10872022.

Lexchin, J. (1993). Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: What does the literature say? *Canadian Medical Association*, 1401 - 1409. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1485922/.

Light, D. W. (2000). Fostering a Justice-based Health Care System. *Contemporary Sociology*, 62 -74. https://www.jstor.org/stable/2654932.

Light, D., & Lexchin, J. (2012). Pharmaceutical research and development: what do we get for all that money? *BMJ*, http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4348.

Long, P., & Grube, J. (2011). Projecting The Impact Of The Affordable Care Act On California. *Health Affairs*, 63-70. http://content.healthaffairs.org/content/30/1/63.full.

Los Angeles Times. (8 de Marzo de 2016a). *Thinking about a C-section? Here's why your hospital may say no.*

Ma, J. (2002). Lowering prescrption drug prices in the United States: are reimportation and internet pharmacies the answer? . *Southern California Interdisciplinary Law Journal*, http://content.healthaffairs.org/content/30/1/63.full.

MacDorman, M. F., Hoyert, D. L., & Mathews, T. (2013). *Recent Declines in Infant Mortality in the United States, 2005–2011.* National Center for Health Statistics. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23759138.

Mand, J. (2014). *Hospital Consolidations and Conversions.* Universal Health Care Foundation of Connecticut
http://universalhealthct.org/images/publications/Hospital_Consolidations_and_Conversions.pdf.

Markovich, M. (2003). *The rise of HMO.* RAND. http://www.rand.org/pubs/rgs_dissertations/RGSD172.html.

Martin, A. B., Hartman, M., Benson, J., Catlin, A., & Team, t. N. (2015). National Health Spending In 2014: Faster Growth Driven By Coverage Expansion And Prescription Drug

Spending. *Health Affairs*, http://content.healthaffairs.org/content/early/2015/11/25/hlthaff.2015.1194.

McCarthy, D., Mueller, K., & Wrenn, J. (2009). *Kaiser Permanente: Bridging the Quality Divide with Integrated Practice, Group Accountability, and Health Information Technology.* The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/1278_McCarthy_Kaiser_case_study_624_update.pdf.

McDonough, J. E. (2015). The United States Health System in Transition. *Health Systems & Reform*, 39–51. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf.

Mead, H., Cartwright-Smith, L., Jones, K., Ramos, C., Siegel, B., & Woods, K. (2008). *Racial and Ethnic Disparities in U.S. Health Care: A Chartbook.* The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/publications/chartbooks/2008/mar/racial-and-ethnic-disparities-in-u-s--health-care--a-chartbook.

Medicare Rights Center. (2016). *Differences Between Original Medicare and Medicare Advantage Plans.* Medicare Rights Center. https://www.medicarerights.org/fliers/Medicare-Advantage/Differences-Between-OM-and-MA.pdf?nrd=1.

Medtech Europe. (2014). *The European Medical Technology industry.* Medtech Europe. http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MEDTECH_FactFigures_ONLINE3.pdf.

Miller, M. (1980). Physician Supply and Characteristicsa. En DHHS, *Health United States 1980* (págs. 77-84). Hyattsville, Meryland: DHHS. https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus80acc.pdf.

Miniño, A. (2011). *Death in the United States.* National Center for Health Statistics. https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr63/nvsr63_03.pdf.

Mitchell, A. (2015). *Medicaid Financing and Expenditures.* Congressional Research Service. https://fas.org/sgp/crs/misc/R42640.pdf.

Moffeit, M., Ambrose, S. G., Dunkiln, R., & Jacobson, S. (19 de Agosto de 2011). *Federal report details risk to patients at Dallas' Parkland hospital*. Obtenido de http://www.dallasnews.com/news/investigations/2011/08/19/federal-report-details-risk-to-patients-at-dallas-parkland-hospital

Moon, M. (1990). the rise and fall of the medicare catastrophic coverage act. *The national tax journal* , 371-380 https://www.ntanet.org/NTJ/43/3/ntj-v43n03p371-81-rise-fall-medicare-catastrophic.pdf?v=%CE%B1.

Moore, B., Levit, K., & Elixhauser, a. A. (2014). *Costs for Hospital Stays in the United States, 2012.* Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb181-Hospital-Costs-United-States-2012.jsp.

Morgan, S., & Kennedy, J. (2010). *Prescription Drug Accessibility and Affordability in the United States and Abroad.* The Commonwealth Fund. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614652.

Morganti, K. G., Bauhoff, S., Blanchard, J. C., Abir, M., Iyer, N., Smith, A. C., . . . Kellermann, A. L. (2013). *The Evolving Role of Emergency Departments in the United States.* Rand corporation. http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR280.html.

Morrisey, M. (2008). *Health Insurance.* Illinois: Aupha. http://www.ache.org/pubs/Morrisey2253_Chapter_1.pdf.

Mullan, F., Salsberg, E., & Weider, K. (2015). Why a GME Squeeze Is Unlikely. *The New England Journal of Medicine*, 2397-2399. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1511707.

Murphy, T. (26 de Febrero de 2016). *Insurer warnings cast doubt on ACA exchange future*. Obtenido de The seattle times: http://www.seattletimes.com/business/insurer-warnings-cast-doubt-on-aca-exchange-future/

National Center for Health Statistics. (1994). *Health, United States, 1993.* Hyattsville, Maryland: Public Health Service https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus93.pdf.

National Center for Health Statistics. (2015). *Health, United States, 2014: With Special Feature on Adults Aged 55–64.* Washington: Hyattsville. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26086064.

National Institutes of Health. (2005). *National Institutes of Health . A Resource Guide April 2005.* Meriland: Association of American Medical Colleges. https://www.aamc.org/research/adhocgp/pdfs/NIH-Overview.pdf.

National Procedures Institute. (2016). *The Pros and Cons of Public vs. Private Hospitals.* National Procedures Institute.

New York Post. (18 de Mayo de 2014a). Watch Out, Grandma: ObamaCare risks for the elderly.

Nichols, L. M., & O'Malley, A. S. (2006). Hospital Payment Systems: Will Payers Like The Future Better Than The Past? *Health Affairs*, 81-93. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403747.

OECD. (2008). *Pharmaceutical pricing policies in a global market.* OECD. http://www.ehfg.org/fileadmin/ehfg/Website/Archiv/2008/Powerpoints/WS2/08_WS2_Docteur.pdf.

OECD. (2013). *ICTs and the Health Sector. Towards smarter health and wellness models.* OECD. http://www.oecd.org/sti/ieconomy/ict-and-the-health-sector.htm.

OECD. (2014a). *OECD Health Statistics 2014: How does the United States compare?* OECD.

OECD. (2015). *Health at a Glance 2015.* OECD. http://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf.

Office of Health and Consumers Goods. (2010). *Pharmaceutical Industry Profile.* International Trade Administration. http://www.trade.gov/td/health/PharmaceuticalIndustryProfile2010.pdf.

Oliver, A. (2007). The Veterans Health Administration: An American Success Story? *The Milbank Quarterly*, 5–35. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17319805.

ONC. (2014). *Adoption of Electronic Health Record Systems among U.S. Non-federal Acute Care Hospitals: 2008-2013.* The Office of National Coordinator for Health Information Technology(ONC). https://www.healthit.gov/sites/default/files/data-brief/2014HospitalAdoptionDataBrief.pdf.

OPS. (2002). *Perfil del Sistema de Salud: Estados Unidos de America .* Organización Panamericana de la Salud http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf.

Palmer, K. (1999). A Brief History: Universal Health Care Efforts in the US. *PHNO meeting. http://www.pnhp.org/facts/a-brief-history-universal-health-care-efforts-in-the-us.* San Francisco: PNHP . Obtenido de PNHP.

Pfeifer, S. (27 de Noviembre de 2014). *Kaiser criticized over mental healthcare staffing*. Obtenido de L.A Times: http://www.latimes.com/business/la-fi-kaiser-mental-health-20141128-story.html#

Pitts, S. R., Carrier, E. R., Rich, E. C., & Kellermann, A. L. (2010). Where Americans Get Acute Care: Increasingly, It's Not At Their Doctor's Office. *Health Affairs*, 1620-1629.

Pitts, S. R., Pines, J. M., Handrigan, M. T., & Kellermann, A. L. (2012). *National Trends in Emergency Department Occupancy, 2001 to 2008: Effect of Inpatient Admissions Versus Emergency Department Practice Intensity.* HEALTH POLICY/ORIGINAL RESEARCH.

Price, C. C., & Saltzman, E. (2013). *The Economic Impact of the Affordable Care Act on Arkansas.* RAND Corporation.

Proser, M., & Shin, P. (2008). The role of community health centers in responding to centers in responding to. *Optometry 79* , 564-575 http://www.aoa.org/documents/advocacy/role_of_chcs.pdf.

Quadagno, J. (2004). Why the United States Has No National Health Insurance: Stakeholder Mobilization Against the Welfare State,1945–1996. *Journal of Health and Social Behavior* , 25–44.

RAND. (2010). *Analysis of the Patient Protection and Affordable Care Act (H.R. 3590).* RAND. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_briefs/2010/RAND_RB9514.pdf.

RAND corporation. (2008). *Regulating Drug Prices: U.S. Policy Alternatives in a Global Context.* California : RAND.

Reed, L. (1965). *Private Health Insurance in the United Sta'tes.* Office of Research and Statistics.

Reinhardt, U. E. (2006). The Pricing Of U.S. Hospital Services: Chaos Behind A Veil Of Secrecy. *Health Affairs*, 57-69.

REINHARDT, U. E. (23 de Enero de 2009). How Do Hospitals Get Paid? A Primer. *The New York Times*.

Rice, N., & Smith, P. (1999). *Aproachess to capitation and risk adjustment in Health Care: an international comparision.* York: Centre for Health Economics.

Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barne, A. J., Saltman, R. B., & Ginneken, E. v. (2013). *Health system review. Health Systems in Transition,.* World Health Organization.

Rice, T., Unruh, L., Rosenau, P., Barnes, A. J., Saltman, R., & van Ginneken, E. (2014). Challenges facing the United States of America in implementing universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 894-902 http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-141762/en/.

Richman, B. (2012). *Concentration in Health Care Markets: Chronic Problems and Better Solutions.* Duke Law School.

Ridic, G., Gleason, S., & Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio Medica*, 112-120.

Riedel, L. (2009). Health Insurance in the United States. *AANA Journal*, 439-445. https://www.aana.com/newsandjournal/Documents/healthinsurance_1209_p439-444.pdf.

Rosenbaum, S., Jones, E., Shin, P., & Tolbert, J. (2010). *Community Health Centers: Opportunities and Challenges of Health Reform.* Kaiser Family Foundation http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2011/09/KaiserCHCsandhealthreformAug2010.pdf.

Ross, J. (2002). The Committee on the Costs of Medical Care and the History of Health Insurance in the United States. *Einstein Quart. J. Biol. Med* , 129-134. http://www.einstein.yu.edu/uploadedFiles/EJBM/19Ross129.pdf.

Rosseter, R. (11 de abril de 2011). *Nursing Fact Sheet*. Obtenido de aacn.: http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/nursing-fact-sheet

Rowland, D., & Lyons, B. (1996). Medicare, Medicaid, and the Elderly Poor. *HEALTH CARE FINANCING REVIEW*, 61-96.

Rudowitz, R., & Musumeci, M. (2015). *The ACA and Medicaid Expansion Waivers.* Kaiser Family Foundation.

Sataline, S. (29 de agosto de 2010). *Cash-Poor Governments Ditching Public Hospitals*. Obtenido de The Wall Street Journal : http://www.wsj.com/articles/SB10001424052748703618504575459823259071294

Schlesinger, M., RobertDorwart, Hoover, C., & Epstein, S. (1996). Managed care constraints on psychiatrists' hospital practices: bargaining power and professional autonomy. *American Journal of Psychiatry*.

Schlosberg, C., Attorney, S., Jerath, S., & Clerk, L. (1999). *Factsheet: Prescription Drug Coverage Under Medicaid.*

Schoen, C. (2016). *The Affordable Care Act and the U.S. Economy. A Five-Year Perspective.* http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2016/feb/1860_schoen_aca_and_us_economy_v2.pdf: The Commonwealth Fund.

Schoen, C., Lippa, J., Collins, S., & Radley, D. (2012). *State Trends in Premiums and Deductibles, 2003–2011: Eroding Protection and Rising Costs Underscore Need for Action.* The Commonwealth Fund.

Scott, D. (2012). *Denver Health Becomes Profitable After Using Toyota as a Template.*

Services, Centers for Medicare & Medicaid. (12 de febrero de 2016). *Health Accounts National Health Expenditures Aggregate, Per Capita, Percent Distribution, and Annual Percent Change by Source of Funds: Calendar Years 1960–15*. Obtenido de https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nationalhealthaccountshistorical.html

Shortell, S. M., Gillies, R., & Wu, F. (2012). United States Innovations in Healthcare Delivery. *Public Health Reviews*, 190-212.

Shortell, S., Addicott, R., Walsh, N., & Ham, C. (2014). *Accountable care organisations in the United States and England: Testing, evaluating and learning what works.* Londres: King´s Funds.

Shortell, S., Casalino, L., & Fisher, E. (2010). *Implementing Accountable Care Organizations .* Berkeley Center on Health, Economic & Family Security.

Siegrist Jr., R. B. (1983). *Wall Street and the For-Profit Hospital Management Companies.* National Academy of Sciences.

Sigut, B. (2013). *Conflict resolution management between healthcare managers and physicians .* University of Pittsburgh http://d-scholarship.pitt.edu/20226/1/Masters_Essay_Final_Sigut_Brent.pdf.

Silow-Carroll, S., Edwards, J., & Rodin, D. (2012). *Using Electronic Health Records to Improve Quality and Efficiency: The Experiences of Leading Hospitals.* The Commonwealth Fund. http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2011/apr/reducing-hospital-readmissions.

Smith, J., & Medalia, C. (2015). *Health Insurance Coverage in the United States: 2014.* U.S. Department of Commerce.

Smith, M. W., Friedman, B., Karaca, Z., & Wong, H. S. (2015). Predicting inpatient hospital payments in the United States: a retrospective analysis. *BMC Health Services Research*.

Social Security Administration. (1997). *Social Security Programs in the United States.* Social Security Administration Office of Research, Evaluation and Statistics. https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/sspus/sspus.pdf.

Squires, D. A. (2012). *Explaining High Health Care Spending in the United States: An International Comparison.* The Commonwealth Fund.

Staiger, D., Auerbach, D., & Buerhaus, P. (2010). Trends in the Work Hours of Physicians in the United States. *Journal of the American Medical Association*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2915438/.

Starfield, B. (2000). Is US Health Really the Best in the World? *American Medical Association*, 483-486. https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A154.pdf.

Starr, P. (2015). The Health-Care Legacy of the Great Society. En R. Wilson, N. Glickman, & L. Lynn, *Reshaping the Federal Government: The Policy and Management Legacies of the Johnson Years.* Princeton https://www.princeton.edu/~starr/articles/articles14/Starr_LBJ_HC_Legacy_1-2014.pdf.

Stensland, J., Gaumer, Z. R., & Miller, M. E. (2010). Private-Payer Profits Can Induce Negative Medicare Margins. *Health Affairs*, 1045-1051.

Stevens, R. (1996). Health Care in the Early 1960s. *Helalth care financing review Volume 18, Number 2*, 11-24 https://www.ssa.gov/history/pdf/HealthCareEarly1960s.pdf.

Stoltzfus Jost, T. (2009). *The Regulation of Private Health Insurance.* National Academy of Social Insurance https://www.nasi.org/usr_doc/The_Regulation_of_Private_Health_Insurance.pdf.

Stoltzfus, T. (2010). *Health insurance exchanges and the affordable care act: key policy issues.* The CommonWealth Fund http://www.thalassemia.org/updates/pdf/HealthInsuranceExchanges.pdf.

Suarez, W. (2013). *An Overview of Health IT @ Kaiser Permanente.* Kaiser Permanente https://www.nist.gov/sites/default/files/documents/healthcare/KP-Health-IT-OVERVIEW-Dr-Suarez-April-2013.pdf.

Szabo, L. (3 de Marzo de 2016). *Rates of some hospital-acquired infections fall by 50%*. Obtenido de USA Today: http://www.usatoday.com/story/news/2016/03/03/rates-some-hospital-acquired-infections-fall-50/81266110/

Takach, M., Grossmann, L., & Hess, C. (2012). *Community Health Centers and State Health Policy: A Primer for Policymakers.* Washington, DC: National Academy for State Health Policy.

The Commonwealth Fund. (2015). International Profiles Of Health Care Systems. En E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & C. Anderson, *International Profiles Of Health Care Systems.* The Commonwealth Fund.

The Dallas Morning News. (12 de Julio de 2015). Texas must close the mental health care gap.

The New York post. (16 de Abril de 2014b). The false promise of single-payer healthcare.

The New York Post. (9 de Noviembre de 2015c). *New York cancer patients are ObamaCare's latest victims*. Obtenido de The New York Post: http://nypost.com/2015/11/09/new-york-cancer-patients-are-obamacares-latest-victims/

The New York Post. (8 de Marzo de 2016). *Reducing Drug Waste Could Save Billions of Dollars*. Obtenido de The New York Post: https://www.nytimes.com/2016/03/08/opinion/reducing-drug-waste-could-save-billions-of-dollars.html

The New York Post. (21 de Febrero de 2016a). Obama is looting the Treasury to pay off insurers.

The New York Post. (14 de Enero de 2016b). *Hillary Clinton's promise to save ObamaCare is laughable*. Obtenido de The New York Post: http://nypost.com/2016/01/14/hillary-clintons-promise-to-save-obamacare-is-laughable/

The New York Post. (6 de Marzo de 2016c). *Health Law Insurance Plans to be Rated by Network Size*. Obtenido de The New York Post: https://www.nytimes.com/2016/03/07/us/health-law-insurance-plans-to-be-rated-by-network-size.html

The New York Post. (3 de Marzo de 2016d). *Obama Says Enrollment in Affordable Care Act Reaches 20 Million*. Obtenido de The New York Post: https://www.nytimes.com/2016/03/04/us/politics/obama-heads-to-wisconsin-to-promote-successes-of-affordable-care-act.html

The New York Times. (7 de MArzo de 2016a). *Fasting Diets Are Gaining Acceptance*. Obtenido de The New York Times: https://well.blogs.nytimes.com/2016/03/07/intermittent-fasting-diets-are-gaining-acceptance/?_r=0

The New York Times. (3 de Marzo de 2016b). *Paying Employees to Lose Weight*. Obtenido de The New York Times: https://www.nytimes.com/2016/03/06/opinion/sunday/paying-employees-to-lose-weight.html

The Physicians Foundation. (2012). *A SURVEY OF AMERICA'S PHYSICIANS: PRACTICE PATTERNS AND PERSPECTIVES.* http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Physicians_Foundation_2012_Biennial_Survey.pdf.

The Washington Post. (8 de Junio de 2015). *50 hospitals charge uninsured more than 10 times cost of care, study finds*. Obtenido de The Washington Post: https://www.washingtonpost.com/national/health-science/why-some-hospitals-can-get-away-with-price-gouging-patients-study-finds/2015/06/08/b7f5118c-0aeb-11e5-9e39-0db921c47b93_story.html

Tompkins, C. P., Altman, S. H., & Eilat, E. (2006). The Precarious Pricing System For Hospital Services. *Health Affairs*, 45-56. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403744.

Torsekar, M. (2014). *U.S. Medical Devices and China's Market: Opportunities and Obstacles.* Washington D.C: U.S. International Trade Commission. https://www.usitc.gov/publications/332/id-036workingpaperusmedicaldevicesfinalss.pdf.

Tuohy, C. H. (1999). Dynamics of a changing health sphere: the United States, Britain and Canada. *Health Affairs*, 114 - 134. http://content.healthaffairs.org/content/18/3/114.abstract.

Tuohy, C. H. (2001). *The Political Economy of Health Care Reforms: a cross- national analysis.* Toronto: Department of Political Science, University of Toronto. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013003059.

U.S Department Of Veteran Affairs. (2012). *Federal Benefits for Veterans, Dependents and Survivoros.* Washington: U.S Department Of Veteran Affairs. https://www.va.gov/opa/publications/benefits_book.asp.

U.S News. (21 de Julio de 2015). *Best Hospitals 2015-16: an Overview*. Obtenido de U.S News: http://health.usnews.com/health-news/best-hospitals/slideshows/the-honor-roll-of-best-hospitals-2015-16/1

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Community Health Assessment for Population Health Improvement: Resource of Most Frequently Recommended Health Outcomes and Determinants.*

U.S. Department of Veterans Affairs. (22 de septiembre de 2016). *Patient Care Services*. Obtenido de U.S. Department of Veterans Affairs: http://www.patientcare.va.gov/primarycare/index.asp

USA Today. (4 de Enero de 2015). *Doctors face big cuts in Medicaid pay*. Obtenido de http://www.usatoday.com/story/news/nation/2015/01/04/kaiser-health-news-docs-face-big-cuts-in-medicaid-pay/21227683/

Villa, S., & Kane, N. (2013). Assessing the Impact of Privatizing Public Hospitals in Three American States: Implications for Universal Health Coverage . *Value in Health*, 24-33 http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S109830151204154X.

Wang, T. (2015). *U.S. Medical Device and Diagnostics Industry Updates.* Mizuho Industry Focus. Industry Research Division, Mizuho Bank. https://www.mizuhobank.com/fin_info/industry/pdf/mif_175.pdf.

WHO. (2014). *World Health Statics, 2014.* World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf.

Wilper, A., Woolhandler, S., Lasser, K., McCormick, D., Bor, D., & Himmelstein, D. (2009). Health Insurance and mortality in US adults. *American Journal of Public Health*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775760/.

Wirtschafter, J. D. (1958). The Genesis and Impact of the Medical Lobby: 1898–1906. *Journal of the History of the Medicine and Allied Science*, 15-49. https://www.jstor.org/stable/24619445.

Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, D. U. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *The new england journal of medicine*, 768-775. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa022033.

Yankelovich, D. (1995). The Debate that wasnt: the public and the Clinton plan. *Healths Affaires*, http://courses.phhp.ufl.edu/hsa6152/articles/debatethatwasnt.pdf.

Yano, E. M., Simon, B. F., Lanto, A. B., & Rubenstein, L. V. (2007). The Evolution of Changes in Primary Care Delivery Underlying the Veterans Health Administration's Quality Transformation. *American Journal of Public Health*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2089092/.

Young, A., Chaudhry, H. J., Pei, X., Halbesleben, K., H, D., & Dugan, M. (2015). A Census of Actively Licensed Physicians in the United States, 2014. *JOURNAL of MEDICAL REGULATION*, 8-32. https://www.fsmb.org/media/default/pdf/census/2014census.pdf.

Young, L. (1980). Community Hospitals: Trends and Regional Differencesa. En DHHS, *Health United States of America, 1980* (págs. 80-83). Hyattsville, Mryland: U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus80acc.pdf.

Zaman, O., Cummings, L., & Siegel, S. (2010). *America's Public Hospitals and Health Systems, 2008: Results of the Annual NAPH Hospital Characteristics Survey.* Washington, D.C: National Association of Public Hospitals and Health Systems. https://2c4xez132caw2w3cpr1il98fssf-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2013/12/Characteristics-survey.pdf.

Zarabozo, C. (2000). Milestones in Medicare Managed Care. *Health Care Financing review . Vol 22*, http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=A69D9D9B434A8BD4CBE058C389D461F6?doi=10.1.1.622.478&rep=rep1&type=pdf.

Zuckerman, S., Skopec, L., & McCormack, K. (2014). *Reversing the Medicaid Fee Bump: How Much Could Medicaid Physician Fees for Primary Care Fall in 2015?* Urban Institute. http://www.urban.org/research/publication/reversing-medicaid-fee-bump-how-much-could-medicaid-physician-fees-primary-care-fall-2015.

2.7. Chile. El otro sistema pro-mercado que pugna por la inclusión

1. Grandes hitos del Sistema de Salud

1.1) Antecedentes. Estado y mutualismo obrero

Hay interesantes antecedentes en lo que hace a la conformación del sistema de salud de Chile durante 1800: junto con la proliferación de juntas de beneficencia, se crea la Junta Central de Vacunas, la Facultad de Medicina y la Sociedad Médica. Se crea la Junta Directora de Hospitales y Casas de expósitos de Santiago, que redactó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, por el cual las juntas podían contratar comunidades religiosas, nombrar personal de servicio y fijar requisitos. La gente se atendía en los hospitales y en las casas de Expósitos, dentro de la beneficencia. En la segunda parte del siglo XIX se crea y crece la Caja de Ahorro de Empleados Públicos, primer institución previsional chilena. (Rivadeneira Martínez, 2011)

A su vez, se creó la sección de Higiene y Beneficencia, del Ministerio del Interior, para atender cuestiones hospitalarias y de higiene pública; (Tapia Olmos.2015) luego, la Junta General de Salubridad, con funciones de asesoramiento, más tarde reemplazado por el Consejo Superior de Higiene Pública. En 1917 nace el Consejo Superior de Beneficencia con funciones similares a la Junta Directora, éste redacta el primer Código Sanitario (Miranda, 1990). Nacen las *"Milkdrops"* (Gotas de Leche) dependientes del Patronato Nacional de la Infancia, cuyo propósito era mejorar la nutrición de los lactantes. Posteriormente, pasan a estar bajo la tutela de un organismo público: la Agencia de Protección Nacional de la Infancia y la Adolescencia (Memoria Chilena, 2016).

En ese período, como consecuencia de la pobreza que la misma urbanización generaba, y en paralelo con los primeros sindicatos nacen las "sociedades de ayuda mutua", para brindar protección ante accidentes, enfermedad o muerte a sus afiliados con su propio aporte. A inicios del siglo XX convivían las juntas de beneficencia, la previsión social privada y el mutualismo obrero.

En 1924 se promulga la Ley de Seguro Obligatorio de Trabajadores y surge la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, nucleando el mutualismo, con ambulatorios propios y, mediante convenios

con atención en en los hospitales de la Junta de Beneficencia, que eran casi todos (Valdivieso y Juricic, 1970). También surgen seguros para la policía y las fuerzas armadas (Labra, 2002). Un año más tarde la Caja de Ahorro de Empleados Públicos muta hacia la Caja Nacional de Empleados Públicos (CANAEMPU), con un sistema de reparto, y la Caja de Empleados Particulares (EMPART). También se autoriza a las empresas a formar cajas previsionales para sus propios trabajadores; así llegaron a ser 35 y la mayoría tenían capitalización individual para las pensiones y reparto para atención médica. Ese mismo año, se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. En 1938 se promulga la Ley de Medicina que fue un antecedente del futuro NHS ya que amplía la cobertura a mas grupos de trabajadores; después de 1952 se hizo extensivo a las familia (Tetelboin, 2007). En 1948, por ley, se constituiría el Colegio de Médicos de Chile (López, 2005). En este período se crearon los primeros centros de salud preventiva dependientes del entonces l Servicio Nacional de Salubridad, con el apoyo de la Fundación Rockefeller (Escobar, Montiel, Cepeda & Azócar.2008).

Pero un poco antes, se produce un cambio central: en 1942 se funda el Servicio Nacional de Medicina de la Función Pública (SERMENA), a fin de regular el seguro del sector de empleados públicos y de particulares. El servicio no entregaba prestaciones directas ya que esa era responsabilidad de las cajas, pero financiaba una suerte de paquete básico (Asenjo, 2011). En paralelo a la estructura de la beneficencia, el sector privado crecía y atendía a los beneficiarios de SERMENA y a la población que contaba con recursos para financiar su salud de manera independiente (Aedo, 2000). Entre 1938 y 1958 se incluyeron en este sistema los choferes de casas de familia y del transporte colectivo, empleados de comercio, etc. sin relación de dependnecia (Bustos, 2006). Al final del período subsistían, además de las integradas en SERMENA, 35 cajas más; pero la Caja del Seguro Obrero seguía siendo mayoritaria.

1.2) Un sistema nacido fragmentado

En 1952 se funda el Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social (SNS) a partir de la reestructuración de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio; el nuevo ente debía subsumir las diversas instituciones públicas y privadas que operaban con financiamiento estatal hasta entonces, aunque se integraron las universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales.

Desaparecen la Dirección General de la Infancia y la Adolescencia (PROTINFA), los Servicios Médicos de las Municipalidades, la Sección de Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo y el instituto Bacteriológico. Sus prestaciones cubrían, principalmente, al sector obrero

e indigentes. Convivía con otro sistema, el ya mencionado SERMENA (Jimenez & Rojas, 1997).

El SNS cubría a empleados formales, (que debían hacer –junto a los patrones- su aporte obligatorio), a los informales, los indigentes y sus familias gracias al aporte fiscal. No había libre elección de proveedores. SERMENA y SNS cubrían el 80% de las atenciones ambulatorias y hasta un 90% de las hospitalizaciones en nosocomios heredados de la beneficencia y que habían ido construyendo desde la década del 40.

El SNS tenía una administración autónoma, encabezada por un Director General designado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado, con una dependencia relativa del Ministerio de Salud y la asesoría de un Consejo Nacional de Salud que presidía el Ministro y se integraba con representantes del Presidente de la República, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico, del Parlamento y de organizaciones patronales y obreras. Constaba de una estructura nacional típica de la organización administrativa del país: zonas divididas en áreas, con un hospital central y consultorios y postas rurales, se incluían las visitas periódicas de un médico (Goic y Armas, 2003).

Desde la presidencia de Alessandri en 1958 y sobre todo en la de Frei de 1964 se generaron diversos hechos vinculados al aumento de la cobertura. El primero inicia diversos procesos que siguen luego, entre ellos la creación de las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo (MINSAL, 2015). Con Frei aumentan los centros asistenciales, hay diversas medidas para el ingreso y la formación de personal. Pero el hecho más importante fue el crecimiento del rol del SNS (Chapman, 2004).

En 1968 se promulga la ley de Medicina Curativa de Empleados que amplía la cobertura de asistencia médica y dental para los beneficiarios y crea el Fondo de asistencia médica con aporte de los empleados, pensionados y organismos previsionales, con libre elección de médicos y con una tarifa regulada. Para su administración nace el SERMENA (Vergara M., 2013; Chapman, 2004). Debido a la falta de infraestructura, el organismo celebra convenios con los hospitales públicos y privados. El modelo fue muy bien recibido por los sectores medios, pero tuvo gran rechazo del Colegio Médico (Garcia Hurtado, 2000; Molina Bustos, 2007)

También se aprobó la ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales con el aporte del empleador (Mandiola, Lama, Muñiz, & Tejo, 2012).

Además, se estableció el Formulario Nacional de Medicamentos (1969), que fue, según Vergara (1997) el eje de la política en medicamentos de la historia del país, al funcionar con una lista de 241 remedios accesibles para las poblaciones humildes, producidos por el "Laboratorio Chile" y disponibles en farmacias.

Sobre esa base, la política de salud de Salvador Allende giró en torno a la creación de un sistema único de seguridad social (SUS). La solidaridad del sistema mixto funcionaba relativamente bien, con el SERMENA aplicando subsidios cruzados entre aportantes y el sistema público entre aportantes e indigentes (Vergara, 2013). El Estado realizó fuertes inversiones en equipamiento, y hubo algún incentivo para que los profesionales se incorporasen al sistema público. Al mismo tiempo, se implementaron diversos planes de salud infantil, materno-infantil, ocupacional y alimentario (Pardo, 2005). Como consecuencia de esta trayectoria, en los '70, el sistema de salud tenía cobertura universal de acceso gratuito, en centros estatales financiados con aportes previsionales e impuestos.

Incluso para los que apoyaban el sistema, era evidente que existían fuertes diferencias entre beneficiarios y una excesiva centralización y burocratización del sistema público (Oyarzo, 1994). Tal vez, uno de los problemas más graves era la falta de presupuesto (Vergara- Iturriga y Martinez Guitierrez, 2006), lo que generaba que no hubiese casi cobertura en medicamentos. Las manifestaciones de empleados y médicos eran constantes (Goic, 2015; De Buchy, Escola, & Ezpeleta, 2000)

1.3) El golpe de estado y el principio de la configuración del actual sistema con la creación del FONASA y las ISAPRES

Las reformas iniciadas a finales de los '70 y comienzos de los '80 con el supuesto objetivo de aumentar la eficiencia en la gestión de los recursos fueron radicales .En 1979 se fusiona el SNS con el SERMENA creando el Fondo Nacional de Salud (FONASA), institución financiera destinada a recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales. También se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con una red de 27 servicios de salud de distinta complejidad; el Instituto de Salud Pública de Chile, un organismo público con autonomía y la Central de Abastecimiento del SNSS. Se descentralizan completamente los servicios en las municipalidades (Homedes y Ugalde, 2002.) En síntesis, el Ministerio se queda con el diseño de la política, el FONASA con la gestión del financiamiento, el SNSS y la

red de municipios con la provisión a través de las corporaciones municipales recientemente creadas (Gambi, 2011).

En 1981 se produce la Reforma Previsional en la que se abandona el sistema público y solidario, que incluía salud y previsión con financiamiento tripartito (estado, empleadores, trabajadores), y se va hacia otro de capitalización individual, privado para la previsión (AFP) y mixto en salud. En cuanto al mercado de servicios de salud, coexisten el FONASA de carácter público y de reparto con provisión en los hospitales públicos (Ffrench-Davisy Stallings, 2001; Cereceda y Hoffmeister, 2008) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) de carácter privado, con capitalización y provisión privada (Uthoff, Campusano y Sánchez, 2012). La ley permite que las ISAPRE operen directamente brindando las prestaciones, o bien sólo actúen como agentes financiadores, el modelo elegido es el segundo, como seguros privados especializados en organizar sistemas de reembolso de gastos médicos en base al aporte obligatorio (Titelman.2000; Observatorio Chileno de Salud Pública, 2016). Las personas de alto nivel socio-económico optaron por estos últimos, esto generó un descreme, que potenció el surgimiento de una infraestructura privada hasta entonces muy débil.

Un complemento importante de la reforma se produce en 1985, cuando se estableció el esquema de cobro diferenciado por niveles de ingreso, (grupos a, b y c), fundamentalmente mediante co-pagos para todos, incluso los trabajadores. Y junto a todo esto, se redujo considerablemente el gasto público (Artaza Barrios, Montt Vidal y Vásquez Leichtle, 1997).

Adicionalmente, en el año 1980 se pasó del presupuesto histórico a la facturación por atención prestada (FAP), en sucesivas aproximaciones simplificadas de un DRG (Cereceda y Hoffmeister, 2008), exceptuando al personal profesional; cada prestación que realizaba el servicioera acturada a fin de mes al nivel central (Barahona-Urbina & Rodríguez, 2011).

Luego, el sistema se fue sofisticando y en el año 1995, se introduce un nuevo mecanismo de pago denominado pago asociado a diagnóstico (PAD), con más de 30 categorías y en el que se establece un premio a la eficiencia cuando el costo sea inferior al precio definido por el seguro (Telyukov, 2001; Salazar, 2013). El modelo se usa actualmente, aunque se le cuestiona por la falta de un ponderador socio- territorial (Salazar, 2013). En la misma época se crea el pago por prestaciones (PPP) en los casos en que no había un PAD preestablecido (Barahona-Urbina & Rodríguez, 2011). En el 2002 se crea otro tipo de pago prospectivo, pero por prestaciones valoradas (PPV). La característica de este mecanismo de pago es que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y cada servicio de salud, firman un convenio de producción hospitalaria para el año, considerando su capacidad de oferta real y potencial para

cada una de las líneas contempladas en el PPV. Si se observa una subproducción, esto da origen a un ajuste del financiamiento, reduciéndolo. Por el contrario, una sobreproducción implicaría una renegociación en el financiamiento. Este sistema obliga al hospital a no quedarse con los excedentes financieros (Barahona-Urbina & Rodríguez, 2011).

En cuanto al proceso de municipalización de la atención primaria, éste culmina en 1987. Si bien los establecimientos siguen siendo parte del SNSS, el control de la gestión así como el equipamiento, inmuebles y personal del servicio quedan bajo la responsabilidad y tutela de los municipios. El financiamiento depende del fondo común municipal (FCM) distribuido por la Subsecretaría de Desarrollo Regional (Subdere), mediante una fórmula que depende de los siguientes componentes: número de municipios, población, importancia relativa de los predios exentos, pobreza e ingresos recaudados (Bravo, 2014) y que se opera a través del sistema de facturación por atenciones médicas (FAPEM), mecanismo de reembolso en función de la cantidad de prestaciones realizadas, primero libre y luego con techos mensuales. Este sistema será reemplazado en 1994 por el mecanismo de asignación per cápita para la atención primaria, basado en pagos fijos según población beneficiaria identificada y una canasta básica, junto a compromisos de gestión (Soto Venegas, 2008).

Las reformas fueron paradigmáticas del tipo de estrategia neosnstitucionalista de la época, en el discurso del Ministerio de Salud (1990) se nota la alta valoración del rol del sector privado y la escasa confianza en el sector público. El tema es controvertido, para algunos (Celedón, Guzmán, Oyarzo, Espinosa, Galleguillos, Rodríguez y Boitano, 2016) permitía redistribuir recursos hacia los más desposeídos. Para otros, representaba el inicio del crecimiento del sector privado y el descreme. Vergara (2013) plantea que la reforma que venía de 1981, generó un tipo de segmentación distinto dentro del sistema, ya no por categorías laborales, sino por riesgos e ingresos de las personas, estratificación que sigue en parte vigente en la actualidad. Oyarzo (1994) opina lo mismo, remarcando las grandes diferencias en cuanto a los niveles de gasto per cápita y atención promedio por beneficiario y calidad. Para muchos, había fuertes deficits regulatorios y de control estatal.

Por eso, como parte del modelo, pero tardíamente, se creó en 1990 la Superintendencia de Isapres, con funciones obviamente de regulación y control de los contratos de seguros privados, y se aumentaron las facultades administrativas de FONASA como ente financiero.

Durante el periodo democrático hay que prestarle atención, en primer lugar, a los cambios normativos. La reforma a la Ley de FONASA2000 le otorgó al organismo atribuciones para ejercer como un verdadero seguro público de salud, al consolidar los principios de la reforma a

través de la separación del área financiera del ministerio que se había logrado en 1997 (Paraje & Infante, 2014). Algunas de las atribuciones fueron, identificar beneficiarios, mejorar la administración de los ingresos del Fondo, y modificar mecanismos de pago. Surgen los Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud, que funcionaban como un contrato de compra entre el asegurador y el prestador, aunque solo en los Programas Especiales (Celedón, Guzmán & Oyarzo, 2001).

La Ley 19.381 de 1995 amplió la exigencia de capital mínimo de las ISAPRES. Limita las restricciones a la cobertura que éstas pueden pactar con sus afiliados, sobre todo en lo relativo a las enfermedades preexistentes y al embarazo (Diario Oficial, 1995) . Esta normativa estableció los contenidos mínimos de los contratos, eliminó los periodos de carencia y detalló expresamente qué prestaciones podían ser excluidas de coberturas. A la vez, reguló como propiedad del aportante los excedentes que se producen cuando el aporte legal supera el plan convenido. Por otro lado permite que este plus sea destinado a financiar un plan de salud que le otorgue mejores beneficios (Walker Errázuriz, 1998).

La Ley 19.650 en 1999 incrementó las funciones administrativas del FONASA, al mismo tiempo se le permitió pagar directamente a los servicios de salud las intervenciones de urgencia y así se prohibió a los establecimientos de salud públicos y privados, exigir en esos casos a los pacientes pagos anticipados o cauciones (ISAPRES, 2016). Posteriormente, el paciente realiza el copago a la aseguradora y para eso la persona tiene la posibilidad de acceder de manera automática a un préstamo que, obligatoriamente, le debe brindar su seguro (Superintendencia de Salud, 2003).

Una modificación importante es la eliminación del subsidio del 2% para las personas de bajos ingresos, que se le entregaba a las ISAPARES (Galindo Vácha, 2011; Zamora Vergara, 2012). Recién la reforma del 2003 vuelve a profundizar los criterios de solvencia de los Fondos de Pensiones y Compañías de Seguros.

Durante el primer período de los gobiernos democráticos las cosas no cambiaron demasiado, sólo se intenta mejorar la AP mediante el mencionado pago per cápita en la salud primaria y un aumento en la bonificación de las consultas médicas a los beneficiarios de FONASA, para paliar en parte los altos copagos que enfrentaban (Covarrubias, 2000). Por otro lado, en 2001 se crea el sistema voluntario del seguro, para trabajadores temporarios y desocupados (Urriola, 2006).

Durante ese periodo se pusieron en marcha los Programas: Oportunidad de Atención, que generaba partidas extras para bajar los tiempos de espera del FONASA en cirugía selectiva,

en muchos casos superior a seis meses y el Programa de Prestaciones Complejas, para cubrir gastos catastróficos por parte del FONASA para patologías de alta complejidad realizadas en los establecimientos del sector público de salud (Celedón, Guzman y Oyarzo, 2016)

También se deben mencionar el Programa del Adulto Mayor y el de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) con diversos incentivos, sobre todo vinculados a bajar listas de espera y ampliar la cobertura de odontología.

1.4) Los 2000 y el Plan AUGE: retomando el objetivo de la equidad

Dentro de la presidencia del socialista Lagos, en 2002 surge el Plan AUGE, un paquete de servicios priorizados que debe obligatoriamente ser cubierto tanto por el sector público como por el sector privado. El programa tiene financiación estatal e incluye un co-pago diferenciado según nivel de ingresos, de acuerdo a una estimación de los costos y la demanda potencial de tales intervenciones y patrones de exigencia técnica con el aval de los ministerios de Salud y de Hacienda que a su vez someterán la decisión a la consideración de un Consejo Consultivo. (Ferrer, 2004)

En los años sucesivos, el gobierno pugnó por un Fondo solidario sin lograrlo, y a cambio, consiguió un aumento del IVA con fines sanitarios. En 2004, ya en el gobierno de Bachelet surge el Régimen General de Garantías (GES), definiendo taxativamente los servicios que el seguro garantizaba y las exigencias de información y control, con indicadores basados en acceso, calidad, protección financiera y oportunidad y similares a las ISAPRE. Los cotizantes de FONASA las incorporan a sus beneficios sin un pago adicional. Los miembros de las ISAPRE deben pagar una prima adicional pero única e igual para todos sus cotizantes de una misma ISAPRE, no pudiendo discriminar por edad o sexo. Estos copagos, luego tendrían un límite máximo. Un decreto define en forma pormenorizada los alcances de las garantías para cada patología. (Drago, 2006). La priorización genera controversias, la "canasta de prestaciones" excluye las enfermedades poco frecuentes o marginales en importancia pronostica y con tratamientos caros (Romány Muñoz (2008).

Como parte de la reforma, se amplió las facultades de la Superintendencia de ISAPRES asignándole la fiscalización de FONASA y la regulación de los prestadores de salud para la garantía de calidad del Plan AUGE.

Ese mismo año surge con fuerza el tema de las redes, y se modifica la estructura del MINSAL a tales efectos. También empieza la discusión de la normativa de derechos y obligaciones del paciente (Valdivieso y Montero, 2010). Se crean los Establecimientos de Autogestión en Red para dar autonomia alos hospitales de mayor complejidad. Por otro lado, produce el traspaso de las funciones de salud pública desde los servicios de salud a las Secretarías Regionales Ministeriales (Vergara y Bisama, 2009)

Todas estas medidas se acompañaron con un aumento del gasto público en salud. Entre los años 2000 y 2002, el gasto privado llegaba a 5 puntos del PBI y la participación pública era algo inferior; para 2010 el primero ascendía a 3,4% y el segundo a 4,5 % (Giovanella y Otros, 2013) .Hay consenso en cuanto a que el acceso a la salud de los sectores vulnerables mejoró, sobre todo por caída de copagos y gasto en medicamentos (Paraje e Infante ,2014). Muchos, como Maza Escobar (2010) dicen que esta recuperación vino de la mano en los 2000 de una mejora de la equidad general, debido al aumento de la regulación de los privados, aunque la estructura del sistema no cambio significativamente. Gattini y Alvarez Leiva (2011) dan importancia al establecimiento de garantías explicitas y exigibles en patologías priorizadas. Waissbluth e Inostroza (2007) plantean que persiste una severa falta de capacidad institucional en el Estado y que esto explica la escasa mejora en la calidad. Sinclair (2013), tal vez más crítico, enlaza varios diagnósticos cuando plantea que la antigua estructura general desarrolla mecanismos de financiación fallidos, que empobrece los hospitales y producen precarización, sobre todo laboral, lo que ha afectado a todo el desempeño del sector público.

2. Las características generales de un sistema que fue corrigiéndose

Las principales autoridades nacionales son el Ministerio de Salud (MINSAL), FONASA, Superintendencia de Salud, la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública. El MINSAL tiene unidades desconcentradas que controlan los Servicios. A nivel municipal funcionan las Secretarias de las que depende la AP. El fondo más importante para investigación es el Fondo de Investigación en Salud (FONIS), co-administrado y co-financiado por CONICYT y el Ministerio de Salud (Paraje, 2010)

El chileno es un sistema formado por dos tipos de seguros, con sus respectivos entes reguladores. Por un lado, uno público similar al sistema de reparto, perteneciente al FONASA y otro privado del ISAPRES, la Superintendencia de Salud – (SIS).

Todos los asalariados aportan a cada seguro un 7% de su ingreso (otros grupos, incluidos los jubilados, aportan el 5%). Además, deben pagar la prima voluntaria si corresponde y copagos, lo que explica las inequidades del sistema. En FONASA no hay prima voluntaria, pero si copagos. La cobertura ha aumentado con el Plan AUGE, pero debido a la garantía de atención, ha significado más presión sobre el presupuesto. El financiamiento de rentas generales es inevitable.

En 2013 el gasto en salud total como porcentaje del PBI fue de 7.7%. Benavidez, Castro & Jones (2013) muestran que hubo un crecimiento promedio de 9,0%, en el período 1990-2012. Desde el 2010, este gasto se ha incrementado un 6% por año en términos reales (OCDE, 2014). El gasto público es el 49%, un 3,8% del PBI mientras que 33 % es gasto de bolsillo y el resto son aportes voluntarios a los seguros (Banco Mundial, 2013).

Más del 76% de la población (unos 13 millones de chilenos), pertenece al sistema de salud previsional público; el 17,6% a la seguridad privada (unos 3 millones) y un 5,5% a cajas particulares (Gattini, Leiva, 2011).

La provisión descansa en el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: en primer lugar los 28 servicios de salud, distribuidos regionalmente de los que dependen consultorios especializados y hospitales públicos. A nivel de cada Región el Ministerio está representado por oficinas desconcentradas: las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Observatorio chileno de Salud Pública, 2016). También hay abundante provisión privada.

La atención primaria forma parte del sistema pero está bajo la responsabilidad de los municipios, que a su vez se dividen en 321 comunas y descansa en 53 corporaciones municipales privadas (Romero & Ramirez, 2014). Los afiliados al sistema público se atienden gratuitamente en la red de hospitales públicos y en los centros de atención primaria administrados por los municipios. Los afiliados al sistema privado se atienden con prestadores privados, en este mercado hay una cierta competencia horizontal pero fuerte integración vertical, porque los seguros ofrecen la atención en sus propias unidades

Como ya se dijo, el Instituto de Salud Pública de Chile es el laboratorio nacional de referencia y órgano de control en las especialidades. Es un servicio público, que posee autonomía de gestión, dependiendo del Ministerio de Salud. La Central de Abastecimiento es responsable de la provisión de insumos y equipos, también con personería jurídica propia ((Maturana, Véliz, & Sovier, 2012). Se trata de un modelo de determinación de oferta y demanda y de compra en escala, como un mecanismo para acceder a precios preferenciales. En términos generales, la CENABAST ha mostrado un desempeño deficiente (Gobierno De Chile, 2012)

En los últimos años Chile muestra los que algunos llaman“indicadores de oro” en mortalidad y nacimientos, por encima de países como Colombia y Brasil (Castro Hoyos, 2012). Barcena (2013) muestra que el AUGE es el seguro social de mayor cobertura, solo superado por Uruguay. Pero al analizar el gasto de bolsillo, éste ha aumentado, bajó en los sectores humildes pero éstos aun enfrentan un gasto propio en mediamentos alto (Robles, 2013).

Buena parte de la literatura plantea que los pobres tienen serias dificultades para acceder en tiempo y forma al servicio. Los motivos se asocian a lo insuficiente del personal y los equipos y la baja productividad, sobre todo en las especialidades en el Estado (Olavarría Gambi, 2005). Y aun quedan muchas enfermedades no cubiertas (Zúñiga Fajuri; 2007). En relación a la calidad de los servicios, Bossert y Leisewitz, 2016) dicen que en el sector público es muy pobre; un estudio de la Superintendencia de Salud plantea que el 50% de los pacientes se quejaba por los tiempos de espera, el 37% por no ser atendidos por buenos médicos, y un porcentaje similar por problemas de acceso a medicamentos y exámenes (Jarpa, 2015). Aravena e Inostroza (2015) muestran en base a encuestas a pacientes del sistema público, el alto descontento con el sistema de salud en general; únicamente el 45,5% de la población indica que se sienten protegidos financieramente con su actual plan de salud. Los afiliados a ambos sistemas tienen patrones de percepción diferentes: el afiliado a Fonasa se preocupa principalmente por los tiempos de espera y los de Isapres por la calidad de infraestructura. Los copagos son preocupación en ambos.

2.1) FONASA y las ISAPRES

La base del sistema es la seguridad social, mixta con una pública similar al sistema de reparto, del FONASA y otra privada del ISAPRES. Ya vimos que el 76% de la población pertenece al primero y el 17,6% a la seguridad privada (Gattini y Leiva, 2011). En ISAPRE hay naturalmente una prima voluntaria, la prima total en ISAPRE alcanza, en promedio, al 10% de los ingresos de los cotizantes (Superintendencia de Salud 2009; Cid Pedraza, 2011). Por otro lado, están los copagos del seguro privado, que representa el 3,7% de los ingresos de los afiliados (Miranda y Sandoval.2014). En FONASA no hay prima voluntaria, pero si copagos para las categorías más altas. Si bien cubre a la población de menores recursos y de mayor riesgo, puede afiliarse personal en relación de dependencia que elige este seguro y hace copagos. En los cuatro primeros quintiles de distribución de ingresos la mayoría de las personas están afiliadas al sistema público, de los 12 millones de afiliados, 3,8 millones de personas no aportan ni pagan copagos. Se atienden en la red de hospitales públicos y en los centros de atención primaria,

administrados por los municipios, ésta es siempre gratuita. Los afiliados al sistema privado se atienden con prestadores privados. Éstos reciben reembolsos por prestaciones otorgadas. Según Cid Pedraza y Prieto Toledo (2012), la mitad de los pacientes del sistema privado, es del FONASA.

También como ya se ha mencionado, el AUGE representa un paquete mínimo subsidiado, por eso el financiamiento de rentas generales es inevitable y ha venido aumentando (Perticara, 2008). Representa la mitad de los gastos del sistema.

FONASA es el seguro público, mayoritario. Los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas no pagan nada en este sistema. El resto, debe realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio, de acuerdo al grupo al que pertenecen. El precio del FONASA surge del PAD, para las 62 intervenciones en convenio con prestadores de salud, ya sean privados o públicos (Gobierno de Chile.2015). Este esquema muestra el interés en asignar un rol fuerte al Estado.

El Grupo A de FONASA está conformado por los sectores vulnerables. El Grupo B por aquellos que perciben un salario menor al mínimo mensual. Ambos tienen copago 0 %. Los del grupo C cobran hasta el 46% más del mínimo mensual y el copago es 10 %. El grupo D supera ese ingreso y tienen un copago del 20%. Siempre debe tratarse de personas menores de 75 años de edad. En el caso que tuvieran cargas familiares, de 2 o más miembros, los del grupo C y D pasan al B y C respectivamente. (Benavides, Castro Jones 2013). El grupo A contiene a casi 3 millones y medio de personas, el B a casi 5 millones, el C y el D 2 y 3 millones respectivamente. El modelo ha mejorado mucho la progresividad del sistema, además la APS no tiene copagos

En FONASA también hay un sistema de libre elección, el copago es la diferencia entre el precio del FONASA y el precio fijado por los prestadores que a tal efecto se han dividido en tres grupos. El pago extra va del 48% al 60% (Oliva, 2011). Este esquema intenta retener afiliados pero puede generar selección adversa.

Para financiar las prestaciones, FONASA asigna recursos a los Servicios de Salud, quiénes, a su vez, los redistribuyen a los hospitales públicos mediante dos vías: cobertura del costo fijo de los hospitales, a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y compromisos de prestaciones máximas a realizar (Programa de Prestaciones Valoradas –PPV), en que se pretende emular el precio de la prestación (Barros y Aguilera, 2016). Según Cid e Ibern (2008) no sirve para acotar los costos, más bien puede aumentar la necesidad de financiamiento para ciertos procesos en contra de otros.

Por otro lado, dado que los pacientes FONASA pueden atenderse en el sector privado, surge otra problemática: el seguro parece pagar más cara la misma prestación, aportando al negocio privado y pagando sobreprecios. Según las críticas, una parte importante del gasto público en salud termina usándose en compras a prestadores privados (Sinclaire, 2013). El problema es el de siempre, el Estado se deteriora, el grupo medio de FONASA prefiere otro prestador y los fondos siguen la demanda.

El sistema privado ISAPRE se financia con el aporte del 7% del salario y para lograr mayor cobertura, aportes extras. Además existe el Fondo de Compensación Solidaria que reduce los incentivos para atraer los mejores clientes (OCDE, 2007). Las ISAPRES son empresas privadas que prestan servicio tanto en el financiamiento de prestaciones de salud y del pago de licencias médicas, como de orientación al usuario, de convenios con prestadores y de revisión y control del correcto uso de los beneficios previsionales de salud; hoy atienden al 18% de la población del país (ISAPRES, 2015).

En la mayoría de los casos tiene asociado un copago más alto, que se calcula según riesgo individual (Stroy, 2011). Una consulta médica puede costar un 150% más cara que en el hospital público, pudiendo el copago ascender a 15 dólares, contra uno del FONASA de no supera los 2 dólares. Estos esquemas de financiamiento generan una distribución desigual del gasto sanitario, dado que el 57% termina siendo gasto privado (Sinclaire, 2013). Hoy, entre las ISAPRE, se pueden distinguir dos tipos: cerradas y abiertas. Las primeras son 6, se caracterizan por la entrada limitada a sus trabajadores, y por un volumen significativo de aportes adicionales de las empresas. Las abiertas son 7 y son empresas privadas independientes, similares a empresas de seguros (Isapres de Chile, 2016).

Sigue existiendo una concentración del mercado y la integración vertical que anunciaba la Superintendencia de ISAPRE en 2001. Al 2012, esto no ha variado, por el contrario, se ha incrementado. Cinco actores controlan el 96,27% del mercado, considerando a Banmédica y Vida Tres (25,23%), Consalud (21,73%), Cruz Blanca S.A. (19,77%), Colmena Golden Cross (16,07%) y MasvidaS.A. (13,41%) (Tobar, Cabera, Nuñez, Vasallo, Guerrero y Ríos, 2012).

Según Cetrángolo (2009) los seguros hacen una fuerte diferenciación de producto, de todos modos, como vimos, hay alta integración vertical pues se han formado *holdings* propietarios de aseguradores y proveedores. De este modo, los seguros controlan al 42% de los proveedores. Las ventas de unos a otros representaron en 2012 el 65,5% de los totales (Copetta, 2013). De este modo seguros y prestadores privados se hacen de cuantiosos fondos fiscales dada la modalidad de libre elección de FONASA y el GES. Desde 2005 la red privada

aumentó su capacidad en 20% (Goyenechea y Sinclaire, 2013), generando más diferencias de acceso y calidad (OPS, OMS, Ministerio de Salud, 2011).

2.2) La atención primaria como política

El acceso a la atención especializada y hospitalaria está formalmente mediada por los centros de atención primaria a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia, excepto en el caso de urgencia. El tema de las redes está presente en todo el discurso. (Subsecretaria de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria, 2014).

Hay dos tipos de servicios que involucran la atención primaria, los asegurables y los colectivos. Los primeros son canastas de prestaciones típicas de cualquier seguro, los segundos son planes de salud pública, de responsabilidad gubernamental, gestión descentralizada y provisión generalmente pública. Los principales son el Plan de Salud Familiar y el programa Chile Crece Contigo, inspirados en la necesidad de ampliar la cobertura desde la instalación del régimen de Garantías Explícitas mencionado. (Acosta Ramírez y Vega Romero, 2014).

Para sostener el modelo APS el Estado Nacional destinaba en 2011 el 21% del total del gasto en salud (Chile, Dirección de Presupuesto, 2013; Bass del Campo, 2014) contra el 13,7% de 2003. El gasto municipal con recursos propios, representa alrededor del 15% de ese total (Casanova Faúndez, 2009)

Cerca del 86% del presupuesto de la APS se asigna a los municipios y el 14% restante a los Servicios de Salud del Ministerio. Para ello, el Ministerio de Salud/FONASA transfiere por decreto cada año una cápita fija (9%) a cada comuna según el número de beneficiarios inscritos en los establecimientos y consultorios de atención primaria. Además paga una cápita en función de indicadores sociales y de oferta (69%). También hay transferencias por planes y programas dentro del Plan de Salud Familiar (23%) (Chile, Ministerio de Salud, 2013a). Hay una cierta coincidencia en que no se considera debidamente las diferencias entre las distintas comunas del país y la asignación financiera no es suficiente, en muchas comunas no se logran cubrir todas las prestaciones. Por eso se recurre a programas especiales o salvatajes (Orrego, 2014).

La oferta de prestadores públicos suma algo más de 2 mil y está compuesta de aproximadamente 350 consultorios generales que son servicios ambulatorios, urbanos o rurales, que ejecutan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación; 99 centros de salud familiar (Cesfam), con un enfoque comunitario que ofrecen servicios

asistenciales primarios, algunos de mayor complejidad, dentales y de kinesiología, además de tareas de promoción de la prevención. Por otro lado hay una cifra algo menor de centros comunitarios de salud familiar (Cecosf) que son estrategias comunitarias desconcentradas de los anteriores para una población máxima de 5 mil personas; hay casi 1200 postas de salud rural operando con un paramédico permanente y con apoyo en las visitas periódicas de un equipo médico; también está el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) (Gattini.2015; Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2016).

Hay otra figura, la de los Hospitales de baja complejidad, instituciones en proceso de transformación a hospitales comunitarios, entre los que se destaca el Hospital de la Familia y la Comunidad. Todos son administrados por las municipalidades pero insertos en el modelo descripto. Los centros privados de atención privada son otros tantos, pero no hemos dado con un dato exacto.

La coordinación está en manos de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA), pero a las reuniones no asisten los alcaldes ni los gestores de los centros privados de salud (OMS/OPS-Ministerio de Salud, 2012)

Hay unos 3 mil médicos en atención primaria, que representan el 9% del total, el 41,5 % en Atención Primaria Municipal, 17% en los Servicios de Salud y 42% exclusivamente en el sector privado (Chile, Ministerio de Salud, 2014d, Bass del Campo, 2012). Aunque la dotación de este recurso ha aumentado en un 30% entre el año 2009 y el 2013, aún faltan aproximadamente 1500 médicos (Chile, Ministerio de Salud/Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria, 2014). Hay una figura particular que es el Médico General de Zona (MGZ) que trabaja en las regiones.

El 56% del personal de atención primaria se contrata a tiempo indeterminado, pero el porcentaje aumenta en el sector privado. El resto es precario. Los sueldos son bajos sobre todo en el municipio, comparando con el sector privado y con hospitales (Román et ál., 2007). El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal plantea una carrera profesional lógica con componentes salariales fijos y variables: responsabilidad directiva, mérito y desempeño en condiciones difíciles o zonas, pero los problemas financieros impiden su aplicación plena (Agenda Pública, 2010; Romero & Ramirez, 2014), Por eso, es poco atractivo trabajar en este sector, hay una alta rotación y lo médicos trabajan el 75% de la jornada completa en promedio (Bass del Campo.2012). El problema se agrava porque los/as médicos/as del sector público son atraídos/as fácilmente por el sector privado de los centro urbanos (Bass del Campo, 2012).

Alrededor del 30% de los profesionales son extranjeros (procedentes de Cuba o que estudiaron en Cuba, Ecuador, etc.).

Tellez (2006) rescata que desde el año 2000 se ha más que duplicado el presupuesto de atención primaria, lo que ha ido de la mano con un aumento en la infraestructura y con la incorporación de nuevos programas tendientes a ampliar su oferta asistencial. Sin embargo, existen vacíos de cobertura y falta de capacidad de respuestas, por un lado debido a los déficits y asimetría regional de infraestructura, y por el otro, por el significativo déficit de horas médicas (Bass del Campo, 2012).El 20% de las personas inscritas en la APS pública acuden a prestadores privados (Urriola, 2006 y 2011).

2.3) Los hospitales y las alternativas de gestión

En Chile existen 187 hospitales públicos (63 de mayor complejidad, 23 de mediana y 101 de baja complejidad), 79 privados, 12 pertenecientes a mutuales y 16 Institucionales (Fuerzas armadas, universidad, etc.). Las clínicas psiquiátricas, centros geriátricos, de recuperación y otros son 54 (OPS, 2011, Clínicas de Chile, 2014).

El Sistema público cuenta con 24.987 camas, lo que representa un 66%. La mayor cantidad se encuentra en las unidades de media y alta complejidad (Gattini, Slava, 2011). Las camas privadas ascienden a 10.800 y representan el 18% (DEIS, 2014; INE, 2010); el resto son regímenes especiales. Hay 4,8 camas cada 10 mil habitantes (OECD, 2014). Las camas clínicas en el sistema privado aumentaron del año 2000 al 2010 el 60,2%. Además las estructuras privadas aumentaron sus laboratorios en un 104,0%; los centros de imagen un 46,8%; y los centros de diálisis el 51,3% (Vargas y Becerra, 2011).

Los hospitales públicos están regulados por la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria del año 2004. Los hospitales dependen de los Servicios de Salud distribuidos en el país, dependientes del MINSAL. Ya hemos visto que el financiamiento depende de una cota fija a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y otra variable (Programa de Prestaciones Valoradas – PPV) en base a los precios determinados en el PAD, de tal forma que la facturación, resultante de multiplicar los aranceles por el volumen de las prestaciones, debe ser consistente con las transferencias que reciben. Sin embargo, estos reajustes, no necesariamente reflejan las variaciones reales, lo cual puede generar la des financiación del hospital (Cid, Bastías, 2014).

Hay 59 establecimientos de autogestión en red (EAR) con fuerte autonomía aunque existen parámetros definidos por el servicio de salud al que pertenecen: la definición general de la

oferta, la obligatoriedad de atender beneficiarios de FONASA referidos y los casos de urgencia determinados. Deben además tener un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo. Y colaborar también con las auditorías (Inostroza y Nancuante, 2013).

Para asegurar la participación hay un Consejo Consultivo de Usuarios integrado por cinco representantes de la comunidad vecinal y dos representantes de los trabajadores del establecimiento (Méndez y Torres, 2009) con la misión de elaborar el Plan Institucional y ser un nexo con la comunidad para dar a conocer los servicios, y promover iniciativas comunales para temáticas asociadas a la salud (MdV, 2011) . De todos modos, son los directivos los responsables de liderar cada hospital y asumir las responsabilidades por los resultados obtenidos (Méndez, Miranda, Torres y Márquez, 2013).

La experiencia ha sido polémica. El trabajo de Moreyra (2006) para lo OPS, muestra que algunos entrevistados no sabían por qué integraban los consejos. El autor planteaba que los consejos son liderados por el Director y eso es un problema, además del carácter meramente consultivo del ente. Mendez y Torres (2010) llamaban la atenciónde la inercia que el modelo tradicional genera. La evaluación de la experiencia realizada por Artaza Barrios, Méndez, Holder Morrison, & Suárez Jiménez (2011) de la OPS, es cuidadosa, valoran la experiencia de mayor autonomía pero reconocen que hay mecanismos de financiación poco claros y encuentran que la iniciativa política se contradice con la fuerza de *"lobby"* ejercida desde los mismos hospitales en otras direcciones. Mendez, Miranda & Torres (2013) dicen que la racionalidad de acción de los directores, basada en objetivos financieros puede generar distorsiones. Pero además, Retamal (2009) no encuentra diferencias importantes entre hospitales autogestionados y no autogestionados. Cuando se abordan casos micro puntuales como el del Hospital Comunitario de Salud Familiar El Carmen (Ñuble, Molina & Otros, 2010) surgen casos positivos.

Por otro lado están los hospitales públicos tradicionales que dependen de los servicios de salud, tanto financieramente, en la elección de los Directores, como respecto al personal en general (Mendez y otros, 2010), la gestión es muy cuestionada por burocrática.

El sector prestador privado con fines de lucro está constituido por consultorios ambulatorios y clínicas. Ya se describió su importancia relativa tanto en la atención primaria, como en especialidades y en internación. Las prestaciones del sector representan el 42% del total, el nivel de camas viene creciendo (Giovanella, Feo, Faria y Tobar (2012).

Se agrupan en dos grandes organizaciones gremiales: Clínicas de Chile y Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados. En la primera (siendo la mayoría) se encuentran las más grandes y con cobertura nacional, mientras que en la segunda se encuentran establecimientos medianos y pequeños, y en menor cantidad. Las clínicas de las ISAPRES, concentran el 54,4% de los montos facturados, y el 44,0% se concentra en 10 clínicas, las más importantes son: la Clínica Alemana, Las Condes, y Clínica Santa María que representan cerca del 35%.

Los médicos prefieren el sector privado, atraídos por sus más cómodas infraestructuras, condiciones laborales y mayores ingresos económicos. La atención –según los pacientes- es superior (Criteria, 2012), pero los precios son más altos (Goic, 2015).

El problema de fondo es que el Estado termina discriminando a sus propios hospitales y favoreciendo al sector privado que recibe mejores precios por la misma actividad (Goyenechea & Sinclaire, 2013).

2.4) El poder de los médicos

Según el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud (SIS), en Chile existen 35 mil497 médicos inscriptos, 19 mil34 con una especialidad (Albert & Jara, 2015). Esto corresponde a 1, 8 cada 10mil habitantes, contra 3,10 de OCDE, 3,9 de Argentina, 1,9 de Brasil y 2,3 de Colombia. Sólo el 43% son del sector público. Hay 34 mil enfermeras (Fenasenf, 2014), 151 cada 100 mil habitantes, y sólo 38% son estatales, números muy por debajo del promedio OCDE y de varios países de América Latina.

Como en todo Chile, el sector privado tiene alta participación en la formación de profesionales de la salud: se trata del 70% de la matrícula. Existe la Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH) que los nuclea e interviene en la acreditación de las instituciones (Goic, 1999). La opinión generalizada, es que no hay una buena regulación al respecto.

Ya con el título de grado, el Ministerio de Salud ofrece becas para cursar una especialidad (consistente en un cupo académico más un estipendio mensual), y desempeñarse luego en regiones; también se abren concursos para que el médico postule a cargos como Médico General de Zona (MGZ). Por otro lado, las Universidades ofrecen becas para hacer una especialización. Este mecanismo funciona también para enfermería.

Para trabajar se deberá aprobar el Examen Único Nacional de Conocimientos de la Medicina, que funciona como requisito para el ingreso al sector público y para la inscripción como

prestador del FONASA (Giovanella, Feo, Faria, y Tobar, 2012). El modelo ha sido muy cuestionado sobre todo por el manejo que de él podía hacer la Asociación de Facultades de Medicina (ASOFAMECH)

Como en el caso de la APS, hay porcentajes similares de médicos con contrato indefinido o de alta estabilidad y precarios, pero estos últimos están mas presentes en el privado. Los médicos que trabajan para los servicios de salud se vinculan a través de la Ley Médica, la remuneración surge de un fijo y un conjunto de incentivos, pero sin el financiamiento adecuado para hacerlo operativo y efectivo. Becerra y Herrera (2014) dicen que existe la percepción que no han sido lo suficientemente efectivos. Las remuneraciones son mas bajas que en el sector privado, aunque hay mas estabilidad y se pueden hacer horas extras. Se habla de pobres ambientes de trabajo en el sector público y migraciones (Méndez Valenzuela, 2009).

En lo que hace a la representación, la institución más poderosa es el COLEGIO MÉDICO con sus consejos regionales, que tuvieron un rol activo en el derrocamiento del Gobierno de la Unidad Popular y que representó un gran apoyo para las reformas pro-mercado. (García Hurtado, 2000). Además existen colegios como el de de Kinesiólogos, Enfermeras, Paramédicos, etc. No menos poderosa es la Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud y la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública; la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada, la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud y la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud.

En el sector privado, encontramos dividido el frente gremial en diversas federaciones nacionales. La situación general tensiona la relación entre los gobiernos y la multiplicidad de asociaciones gremiales mencionadas, que hoy tienen un fuerte tono crítico.

Ciper, una agencia de noticas, que durante un año investigó lo que ocurre al interior de cinco de los principales hospitales públicos de Santiago, comprobó en terreno las múltiples irregularidades de los profesionales (Figueroa, 2010). Esto está en línea con una auditoria oficial que muestra serias deficiencias en las prácticas en 13 hospitales de Chile (Mendoza Zuñiga, 2010). Sobre la calidad de los médicos y enfermeras no hemos visto evaluaciones serias, las condiciones de trabajo parecen incidir notablemente.

2.5) El alto gasto en medicamentos

El gasto en medicamentos es muy alto en Chile, representa cerca del 50 % del gasto publico, 55% del gasto de bolsillo (67% en los hogares más pobres) y 13, 4 % del total, pero los datos son confusos y contradictorios (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel; Jimenez de la Jara; 2008; OECD, 2014; Cenafar, 2015). Esta cifra podría ser más alta si no fuese que el sector público entrega una parte a los pacientes que necesita.

La autoridad de aplicación es el Instituto de Salud pública (ISP), tambien es el que más demanda, principalmente a través de las compras que realiza la CENABAST (Vassallo, (2010). Éste es un servicio público funcionalmente descentralizado y su tarea es abastecer a los establecimientos públicos y municipios (Gattini, Leiva, 2011). Consolida la demanda, define una lista de principios activos para los cuales se realizan licitaciones públicas por principio activo y no por medicamento, lo que consolida las compras en menos productos (L y D, 2015)

El mercado farmacéutico en Chile está fuertemente concentrado en la etapa de laboratorios, donde hay más de 70 laboratorios, 42 nacionales y 28 extranjeros. Los laboratorios nacionales se agrupan en la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (ASILFA) y los extranjeros se agrupan en la Cámara de la Industria Farmacéutica de Chile A.G. El 75% de los medicamentos fabricados en el país son responsabilidad de laboratorios nacionales, el 19% por laboratorios europeos, y el 5 % por los norteamericanos, como se puede observar, hay un importante nivel de concentración en el mercado. La estructura del mercado farmacéutico en Chile ha sufrido importantes cambios a través de las diferentes fusiones entre cadenas de farmacias y entre cadenas y multitiendas. Esta situación se vio agudizada con la unión de Salco y Brand, que pasaron a conformar el holding S y B Farmacéutica, que además pasó a liderar el mercado con un 32,1% de participación, en 1999. Otro fenómeno a destacar, ha sido que las cadenas de farmacias han pasado a “manejar” los precios, dada su magnitud de compra y fuerte poder de negociación (Vasallo, 2010). Los laboratorios nacionales importan alrededor del 90% de sus materias primas (Vargas y Becerra, 2011).

Los genéricos representan el 30% (Olivares, 2016). En 2014, se aprobó la nueva Ley de Fármacos, que modifica la Receta Médica con la incorporación de bioequivalente en caso de existir, y regula la información de los precios en la caja, la receta y la publicidad.

En la etapa sucesiva, las tres principales cadenas de comercialización que son SalcoBrand, Ahumada y Cruz Verde distribuyen al 60% de las farmacias existentes, estas bocas de

expendio, representan, el 95% de las ventas. (Ministerio de economía, fomento y turismo. Gobierno de Chile, 2013)

Las farmacias pueden ser públicas, si realizan la venta de medicamentos en representación de servicios públicos de salud (Nabona y Durán, 2009). Además, hay actualmente seis farmacias, populares pero la cantidad va en aumento y espera llegarse a más de cincuenta (24 HORAS. CL.TVN.2016).

2.6) Un sistema organizado para la investigación pero una tenaz falta de recursos

En Chile, la planificación y gestión de la investigación, desarrollo, innovación y transferencia de la tecnología están a cargo de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), y se realiza a través de llamados a proyectos, en el marco principalmente del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) y del Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDEF). Éste, contiene el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS), que cuenta con financiamiento combinado de la Comisión, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación. Diferentes departamentos al interior del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) y la Superintendencia de salud; así como los organismos de planificación regional de Chile, también gestionan el financiamiento de proyectos.

La Evaluación de Tecnologías en Salud (ETESA) dependiente de MINSAL influye con sus informes en la identificación de problemas sanitarios y necesidades de desarrollo de capacidades. En los últimos años están desarrollando guías clínicas (Castillo Riquelme, 2012)

Si se analiza la relación con el Producto Bruto Interno, Chile tiene un nivel de inversión en I+D que alcanzó el 0,39 % del PBI en 2015 según los datos de la OCDE, ubicándose por debajo del 0,53% de Argentina o el 0,4% de México. Estos recursos se utilizan en un 46% en actividades de I+D desarrolladas por proyectos público-privados, en un 32% por universidades, en un 10% por organismos públicos y en un 12% por instituciones privadas sin fines de lucro. Del total de recursos, un 22% se orienta actualmente a investigación básica y un 78% a investigación aplicada y desarrollo (Vasallo, 2010; Muñoz Porrás, 2008).

Como relatan Espinoza, Cabieses & Paraje (2014) la investigación en general, y en salud en particular que se desarrolla en Chile en la actualidad, está fundamentalmente alojada en centros académicos y en menor medida en las instituciones sectoriales y en el sector privado.

Las conclusiones no son muy alentadoras por las dificultades para focalizar los proyectos y por los resultados, un estudio del año 2008 indica que el FONIS financió problemáticas de salud pública (48%), luego problemas clínicos, pero fundamentalmente nuevos tratamientos (36%) y proyectos de gestión (18%). La mayor parte de los proyectos adjudicados provienen de la Región Metropolitana. El nivel de patentamiento propio es mínimo.

Si bien no hay datos sobre resultados en las investigaciones científicas vinculadas a la salud, sí se pueden describir algunos casos interesantes. Uno es un nuevo sistema de liberación vaginal de esteroides de la Universidad de Chile, esta misma entidad patentó el método para generar vacunas que estimulen el sistema inmune y 3 innovaciones más en la misma línea de genética y farmacología.

En relación a la industria farmacéutica global, vimos que los laboratorios nacionales controlan el 75% de la producción, algunos de ellos cumplen con estándares internacionales y comienzan a integrarse verticalmente (Vasallo, 2010). La mayor parte de las multinacionales operó en plantas productivas en el país aunque con escasa o nula I+D local.

No obstante, lo mencionado antes acerca de la baja intensidad de la investigación y el desarrollo, algunos laboratorios chilenos como Andrómaco y Recalcine, además de Laboratorio Chile, han realizado acciones para establecer alianzas con instituciones chilenas y extranjeras, tales como -universidades, centros de investigación, hospitales, para hacer investigación en ciertos temas.

2.7) Las políticas públicas alineadas a la esperanza en TICs.

El uso de TICs en Chile está desde el año 2004 comprometido en la Estrategia Digital en Salud y el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA) dependiente de MINSAL. Uno de los aspectos centrales es el Registro Clínico Electrónico (de Saint Pierre & Otros, 2013).

En el año 2011 se creó el Departamento de Gestión Sectorial TIC y se reformuló y re-enfocó la estrategia, elaborándose el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (Plan de e-Salud 2011-2020).

En realidad, la tarea se ha encarado parcialmente, mediante el Repositorio de Atención Primaria, el Registro Nacional de Inmunizaciones, el Registro de Lista de Espera, con poca capacidad de integración (de los Hoyos, 2014).

En 2014 la Red MINSAL conectaba a mil 591 establecimientos con voz, imagen y audio, además, posee una intranet sectorial, un portal web y un correo institucional, aunque no parece que el HCE haya progresado demasiado (Castro Apablaza, 2015), tampoco parecen proliferar estrategias de e-seguimiento.

El MINSAL presentó en la *expo hospital* de 2014 el Sistema de Gestión de Citas, que utiliza mensajes de texto, correos electrónicos y llamados por reconocimiento de voz, para recordar y confirmar la hora de atención a pacientes, pero circunscripto al Programa Cardiovascular de la Atención Primaria.

En ese mismo evento, la Superintendencia de Salud mostró las tres principales aplicaciones que tiene disponibles en su sitio web: el Registro en Línea de Prestadores Acreditados, mediante el cual las personas pueden saber si un profesional de la salud ha sido legalmente habilitado para ejercer su profesión en Chile y si un establecimiento ha sido acreditado en calidad y seguridad del paciente; el sistema para Reclamos en Línea; y el de Devolución de Excesos por Cotizaciones en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

Según E-health Reporter (2016a y b), hoy el nivel de informatización alcanza al 80% de los establecimientos de atención primaria, que cuentan con algún tipo de registro clínico electrónico, mientras que en los hospitales la cifra es de un 55%.En los estudios sobre uso de TICs en la salud, se ve a Chile como uno de los países más desarrollados de América Latina.

Del recorrido que hemos realizado por las páginas web,no surgen muchos ejemplos, sin embargo, podemos mencionar como uno de los más interesantes al modelo ATAS UC, desarrollado por la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el departamento de Medicina Familiar de la escuela de Medicina de la misma, financiado por FONDEF con el apoyo del Ministerio de salud, y de la Universidad de Ottawa y Programa “Quality impro- vement for complex chronic conditions” de la universidad de Michigan.

El programa consta de asesoramiento telefónico para las personas con diabetes tipo 2 en una zona de bajos ingresos de Santiago de Chile, fomentando el contacto permanente entre los pacientes y el equipo de salud. Las enfermeras tienen un rol importante en la respuesta virtual, utilizan guías clínicas y protocolos para apoyar al paciente en el automanejo.

Otro proyecto es el "Taote", ecógrafo portátil de bajo costo financiado por la Corporación de Fomento (Corfo) y MacKinnon & Asociados y desarrollado por la Universidad de Chile, el Centro de Biotecnología y Bioingeniería, CeBiB y el Centro de Modelamiento Matemático, CMM; los dos últimos, centros basales financiados por CONICYT a través de su

Programa de Investigación Asociativa, (PIA). Este equipo está orientado a la medicina general en lugares aislados, pero requiere internet o presencia de ondas celulares. En el caso que un trabajador de la salud no pueda interpretar las imágenes que toma a un paciente puede enviarlas desde un lugar a otro para obtener un diagnóstico.

En la web del Ministerio hay un sistema de Aprendizaje a Distancia de la Atención Primaria que cuenta con cursos autogestionados y hay muchos eventos de estímulo al desarrollo de la Red Asistencial (SIDRA). En la misma web se resaltaba el Programa Salud Responde, la plataforma telefónica encargada de brindar información. También se publicita el Centro Regulador del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), equipado con un centro de llamados telefónicos de último nivel y un nuevo sistema de comunicación radial, que permite aumentar la interconectividad y la capacidad resolutiva en la atención pre-hospitalaria.

Entre otros progresos, se publicita la Unidad de Pacientes Críticos del Hospital Regional Coyhaique , que incorpora un moderno sistema de Telemedicina, que permite la consulta de especialistas de hospitales de alta complejidad a través de una conexión de imagen y sonido, con lo que es posible precisar diagnóstico de pacientes con riesgo vital. Además el Hospital puede conectarse con las postas. El Hospital San Juan de Dios, comienza la implementación del Registro Electrónico de Atención de Pacientes. Lo mismo el Hospital de Quilpué, siempre con el apoyo de SIDRA. Éste hospital es el primero en la red asistencial en tener todas las atenciones ambulatorias de Salud Mental con Ficha Clínica Electrónica. No hemos encontrado mucho más al respecto.

Luego de la revisión de los medios virtuales, parece que de nuestro relevamiento del uso de la web surge que la mayor cantidad de información está concentrada entre el Ministerio y SERENI, las cuales tienen un porcentaje razonable de notas que hemos definido útiles y sin una excesiva “politización”. Las municipalidades tienen webs muy escasas de información y nulas en servicios.

Bibliografía

Aedo, C. r. (2000). Las Reformas en la Salud en Chile. En F. Larrain, & R. Vergara, *La Transformación Económica de Chile* (págs. 605-639). Santiago de Chile .

Albert, C., & Jara, M. (01 de septiembre de 2015). *Crisis de médicos especialistas en la salud pública: las causas de un tumor de larga data*. Obtenido de CIPER: http://ciperchile.cl/2015/09/01/crisis-de-medicos-especialistas-en-la-salud-publica-las-causas-de-un-tumor-de-larga-data/

Aravena, P., & Inostroza, M. (2015). ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Rev. méd. Chile vol.143 no.2 Santiago feb. 2015*, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012.

Arenas de Mesa, C. (2010). *Historia de la Reforma Previsional chilena. Una experiencia exitosa de política pública en democracia.* Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo. http://www.ilo.org/santiago/publicaciones/WCMS_178562/lang--es/index.htm.

Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Holder Morrison, R., & Suárez Jiménez, J. M. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafio de los hospitales.* Santiago de Chile: OPS/OMS. http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf.

Asenjo, M. (08 de septiembre de 2011). *Antecedentes para una reforma de la Salud*. Obtenido de Rebelion: http://www.rebelion.org/noticia.php?id=140818

Banco Mundial. (1992). *Chile, Health Sector Reform Project.* Washington, D.C: Staff Apraissal Report (for official use only) http://documents.worldbank.org/curated/en/485321468222907965/pdf/multi0page.pdf.

Barahona-Urbina, P., & Rodríguez, F. (2011). Efectos de las políticas sanitarias sobre la contención del gasto sanitario en Chile. *Anales de la Facultad de Medicina*, 197-204.

Barcena, A. (2013). *Protección de la salud como un derecho ciudadano.* http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33.

Barros, Ó., & Aguilera, I. (2013). *Asignación de recursos a Hospitales: ¿Cómo promover la mejora de servicios y la eficiencia .* Santiago de Chile: Ingenieria industrial. Universidad de Chile.

Bass del Campo, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave 2012*

Dic;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.557, http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571.

Becerra, C., & Herrera, T. (2014). Hacia una política integral para los trabajadores de la salud. *Medwave 2014 Nov;14(10):e6041* , http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/PoldeSalud/6041.

Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). *Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050.* Santiago de Chile: Publicación de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf.

Bossert, T., & Leisewitz, T. (2016). Innovation and Change in the Chilean Health System. *New England Journal of Medicine*, http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1514202#t=article.

Bravo, J. (2014). Fondo Común Municipal y su desincentivo a la recaudación en Chile. *Temas de agenda pública. Año 9 / No 68*, http://gestionmunicipal.cl/download/fondocomunmunicipal.pdf.

Bustos, C. (2006). Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile: 1932-1952. *uad Méd Soc (Chile), 46(4),*, 284-304. http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/lil-464585.

Castañeda, P., & Salamé, A. (2015). 50 años de planificación familiar en Chile, 1965-2015. Experiencias de las primeras generaciones de mujeres urbanas usuarias del programa. *Rev. chil. obstet. ginecol. vol.80 no.3*, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000300002.

Castillo Riquelme, M. (2012). *¿Qué es Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA)?* Santiago de Chile: Ministerio de Salud. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TH7VSXRVeZwJ:www.paho.org/chi/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D118+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar.

Castro Apablaza, R. (2015). *Salud Digital para la Gestión Estratégica. Seminario "¿La Hora de la Salud Conectada?".* Santiago de Chile: Minsal. http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2015/10/DF_TIC_Sectorial_20-Oct-2015.pdf.

Castro Hoyos, C. (2012). Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. *Friederich Eber*.

Celedón, C., Guzmán, M., & Oyarzo, C. (2001). Descentralización financiera en el sector salud. La política y su implementación. En C. S. Dagmar Raczynski, *Descentralización: nudos críticos.* http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/643004153.pdf.

CENAFAR. (2015). *MEDICAMENTOS EN CHILE: REVISION DE LA EVIDENCIA DEL MERCADO NACIONAL DE FARMACOS.* http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/EstudioMedicamentos-22012014A.pdf: Gobierno de Chile.

Centrángelo, O. (2009). *La seguridad social en América Latina y el Caribe: una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia.* Santiago de Chile: CEPAL. http://www.cepal.org/es/publicaciones/3731-la-seguridad-social-america-latina-caribe-propuesta-metodologica-su-medicion.

Cerededa, L., & Hoffmeister, L. (2008). *La reforma de salud en Chile: cambios institucionales, logros y dificultades en su implementación.* Pontificia Universidad Católica de Chile. CMD Working Paper #08-05e.

Chapman, E. (2004). La reforma del sistema sanitario en Chile. *Ars Medica. Revista de Humanidades* , 107-115. http://www.dendramedica.es/revista/v3n1/La_reforma_del_sistema_sanitario_en_Chile.pdf.

Cid, C. (2008). Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile . *evista Chilena de Salud Pública, v. 12, n. 2,*, 103-109.

Cid, C., & Bastías, G. (2014). Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones. *Rev. méd. Chile vol.142 no.2*, 161-167.

Codelco. (14 de octubre de 2008). *En Hospital Doctor Salvador Allende: EQUIPO INTERNACIONAL SUPERVISA PRUEBAS DE COBRE BACTERICIDA*. Obtenido de Codelco: https://www.codelco.com/en-hospital-doctor-salvador-allende-equipo-internacional-supervisa/prontus_codelco/2011-02-22/105130.html

Codelco. (06 de mayo de 2009). *Sala UCI del Hospital de Calama usa cobre para combatir virus y bacterias*. Obtenido de Minería Chilena: http://www.mch.cl/2009/05/06/sala-uci-del-hospital-de-calama-usa-cobre-para-combatir-virus-y-bacterias/

Copetta, C. (2013). *Prestadores de Salud, Isapres y Holdings: ¿Relación Estrecha?* Santiago de Chile: Superintendencia de Salud. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-8826_recurso_1.pdf.

Covarrubias, A. (2000). El sistema de salud chileno en cifras. *Revista Perspectivas (Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile), vol. 4, Nº 1,*, 141-151. http://www.dii.uchile.cl/~revista/ArticulosVol4-N1/Covarrubias-Alvaro.pdf.

CRITERIA. (2012). *Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios S i di d Sld Informe cuantitativo de resultados Fecha Superintendencia de Salu.* Gobierno de Chile http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7632_recurso_1.pdf.

De Buchy, B., Escola, R., & Ezpeleta, M. (2000). *Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.* Fundación Isalud. http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8801.

de la Maza Escobar, G. A. (2010). *Construcción democrática, participación ciudadana y políticas públicas en Chile.* Santiago de chile: https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/15360/proefschrift%20G.%20de%20la%20Maza.pdf?sequence=1.

de los Hoyos, J. (2014). *Big Data en Salud Pública Hacia el Repositorio Nacional de Datos de Salud.* Santiago de Chile : Ministerio de Salud. http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2014/11/Presentaci%C3%B3n-Seminario-BigData-Minsal.pdf.

de Saint Pierre, D., & Otros. (2013). *Mapa de Ruta. Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud) 2011-2020.* Santiago de Chile: Minsal. http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Mapa-de-ruta-completo.pdf.

Diario Oficial. (1995). *Modifica Ley N° 18.933, que creó Superintendencia d e Instituciones de Salud Previsional.* Biblioteca del Congreso Nacional del Chile.

Drago, M. (2006). La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. *United Nations Publications*, http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/16352/original/La_reforma_al_sistema_de_salud_chileno.pdf.

El mostrador. (15 de abril de 2015). *Diputado Espinosa solicitó aclarar vínculos contractuales que mantiene Codelco con empresas Penta*. Obtenido de el mostrador: http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2015/04/15/diputado-espinosa-solicito-aclarar-vinculos-contractuales-que-mantiene-codelco-con-empresas-penta/

Escobar, C., Montiel, F., Cepeda, F., & Azocar, A. (2008). *Prestaciones y beneficios otorgados por el plan de acceso universal con garantías explícitas.* Santiago de Chile: Universidad de Chile. http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106813.

Fenasenf. (2014). *La salud pública necesita urgente más Enfermeras y Enfermeros*. Obtenido de Fenasenf: http://www.fenasenf.cl/sin-categoria/la-salud-publica-necesita-urgente-mas-enfermeras-y-rnfermeros/

Fernandez, G. (13 de julio de 2015). *Fernández, G.2015. "Libertad y Desarrollo: estudio revela mejora en acceso a patologías del Plan Auge"*. Obtenido de La Tercera : http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/07/680-638511-9-libertad-y-desarr

Ferrer, M. (2004). Plan Auge y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud? *Agenda Pública. Año III– N° 4*.

Ffrench-Davis, R. &. (2001). *Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973.* Santiago de Chile: Lom Ediciones. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1698/S338983F437_es.pdf?sequence=1.

Figueroa, J. P. (27 de octubre de 2010). *Médicos sin control: Los dueños de la salud pública en Chile*. Obtenido de Ciper: http://ciperchile.cl/2010/09/27/medicos-sin-control-los-duenos-de-la-salud-publica-en-chile/

Fuenzalida, M. (2010). Análisis de desigualdades territoriales en la oferta de equipamientos públicos: el caso de los hospitales en la red asistencial del sistema público de salud en Chile. *Geografía y sistemas de información Geográfica (GeoSIG), 2(2), 11*.

Galindo Vácha, J. C. (2011). *La salud y su aseguramiento en Argentina, Chile, Colombia y España.* Madrid: Fundación MAPFRE https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1066902.

Galleguillos, S., & Sierralta, M. (1991). *Evaluacion del FAP como método de reembolso a hospitales públicos en Chile.* Santiago. http://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303184540/rev43_galleguillos.pdf: CEP .

Garcia Hurtado, A. (2000). *Las relaciones laborales en las reformas de salud y educación.* Ginebra: OIT. https://books.google.com.ar/books?id=nnVYOKzCmw4C&pg=PA128&lpg=PA128&dq=Servicio+M%C3%A9dico+Nacional+de+Empleados+(SERMENA)&source=bl&ots=MjSw46dpeP&sig=wlpupUu3wVxUcm5NDndu1ShNeMU&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj7oZufmJ7QAhUIGpAKHd-pDi4Q6AEIKjAD#v=onepage&q.

Gattini, C. (01 de octubre de 2015). *Cumplimiento de objetivos de la administración municipal de salud.* Obtenido de Observatorio chileno de salud pública: http://www.ochisap.cl/index.php/176-cumplimiento-de-objetivos-de-la-administracion-municipal-de-salud

Gattini, C., & Leiva, J. A. (2011). *La Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile.* Santiago de Chile: OPS/OMS http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf.

Gobierno de Chile. (2012). *Evaluación Comprehensiva del Gasto de laCentral de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud– CENABAST (Periodo 2004 – 2010).* Santiago de Chile: Gobierno de Chile. http://www.dipres.gob.cl/574/articles-89714_doc_pdf.pdf.

Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev. méd. Chile vol.143 no.6* , http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000600011.

Goic, A., & Armas, R. (2003). Descentralización en salud y educación: . *Rev. méd. Chile v.131 n.7 Santiago*, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000700012.

Goyenechea, M., & Sinclaire, D. (27 de mayo de 2013). *Cómo se ha desmantelado la salud pública*. Obtenido de CIPER: http://ciperchile.cl/2013/05/27/como-se-ha-desmantelado-la-salud-publica/

INE. (2010). Estadistica de Salud . http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.6estadsalud.pdf.

Inostroza, M., & Nancuante, U. (2013). *La experiencia Chilena de administrar los Hospitales Autogestionados en Red, 2005-2012:¿Un instrumento consolidado y definitivo o una transición a un nuevotipo de prestador público, para una nueva etapa de la Reforma de Salud?* Santiagodel Chile: Estudio de Trasfondo Grupo Res Publica Chile. Capítulo 15. Un sistema de salud para el siglo XXI.

Instituto de Administración de Salud. (2013). *Informe Final. Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud (FONASA).* Santiago de Chile: Instituto de Administración de Salud. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-115533_doc_pdf.pdf.

ISAPRES. (2015). *Isapres de Chile. Antecedentes generales y evolución Sistema Isapre 1990-2014.* Santiago de Chile: ISAPRES. http://www.isapre.cl/PDF/PRESENTACIONISAPRES10JUNIO2015.1.pdf.

ISAPRES. (2016). *ISAPRES 1981-2016. 35 AÑOS DE DESARROLLO DEL SISTEMA PRIVADO DE SALUD DE CHILE.* http://www.isapre.cl/PDF/Informe%2035%20anos%20de%20las%20Isapres%20en%20el%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf.

Isapres de Chile. (2016). *El sistema de salud chileno orígenes, transformaciones y desafíos.* Santiago de Chile: Serie de Informes Técnicos. http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico_El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf.

Jiménez de la Jara, J. (2008). *Acceso a medicamentos de alto costo y enfermedad de baja frecuencia.* Santiago: Pontifica Universidad Católica de Chile. https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=30647&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION.

Jimenez, J., & Rojas, P. (1997). *Organización sanitaria Chilena*. Obtenido de Publicaciones de Medicina: http://publicacionesmedicina.uc.cl/MedAmb/OrganizacionSanitaria.html

Labra, M. E. (2002). La reinvención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. . *Cuadernos de Saúde Pública, 18(4)*, 1041-1052. Link: http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10184.pdf.

Larrañaga, O. (1997). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno.* http://archivo.cepal.org/pdfs/1997/S9700138.pdf: CEPAL.

Libertad y Desarrollo. (2015). *"Farmacias Populares". Antecedentes para la discusión.* Santiago de Chile : L y D. http://lyd.org/wp-content/uploads/2015/11/TP-1234-farmacia-popular.pdf.

Mandiola, J., Lama, J., Muñiz, R., & Tejo, D. (2012). *Normativa legal y reglamentaria del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.* http://ww2.mutual.cl/Portals/0/PDF/Legislacion/MUTUALEX.pdf: MUTUALEX:.

Mardones-Restat, F., & Azevedo, A. (2006). The essential health reform in Chile: a reflection on the 1952 process. *Salud pública de méxico, 48(6)*, 504-511. http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n6/a09v48n6.pdf.

Maturana, C., Véliz, R., & Sovier, V. (2012). *Isapres, su regulación legal y la discriminación por riesgos en la cobertura de salud.* Santiago de Chile: Universidad de Chile. http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/112895.

MdV. (2011). *Información sobre consejos consultivos de salud, forma de integración y nombre de consejeros a nivel comunal.* http://www.municipalidaddeovalle.cl/tam/upload/14participacion/2011INFORMACION%20SOBRE%20CONSEJOS%20CONSULTIVOS%20DE%20SALUD.pdf.

Mendez, C., & Torres, M. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev. Saúde Pública vol.44 no.2*, 366-371. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200019.

Méndez, C., Miranda, C., & Torres, M. M. (2013). Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. *Rev Panam Salud Publica. 2013; 33*, 47-53 http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a07v33n1.pdf.

Mendoza Zuñiga, R. (24 de marzo de 2010). *Ciper.* Obtenido de CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA : http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/INFORME_FINAL_CONSOLIDADO_13_ESTABLECIMIENTOS_ASISTENCIALES_MARZO_2010.pdf

Ministerio de Hacienda Chile. (2005). *Información de sintesis. Evaluación en profundidad de reforzamiento de atención primaria en salud.* Santiago. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-32190_doc_pdf.pdf: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud . (1990). Ssitema De Slaud Chile: una agenda para el Cambio. http://www.archivospublicos.cl/uploads/r/archivo-institucional-universidad-alberto-hurtado-87/5/c/c/5cc9925e734f41bb24f27106974e88c2bd9f8d02c8ac40edc06d54db18c97144/91-1-4.pdf.

MINSAL. (2015). *Hitos de la Salud Chilena*. Obtenido de MINSAL: http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/

Miranda, E. (1990). *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno.* Santiago de chile.: Cepal http://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303184541/rev39_miranda.pdf.

Miranda, M., & Sandoval, G. (03 de octubre de 2014). *Gasto de bolsillo de usuarios de isapres promedia $ 1 millón al año en copagos por prestaciones*. Obtenido de La Tercera Nacional :

http://www.latercera.com/noticia/gasto-de-bolsillo-de-usuarios-de-isapres-promedia-1-millon-al-ano-en-copagos-por-prestaciones/

Molina Bustos, C. (2007). El proyecto de ley de la medicina Curativa. En C. Molina Bustos, *Una mirada historiográfica acerca de la institucion sanitaria chilena: 1889 -1989.* Santiago de Chile. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/molina_c/pdf/molina_c-TH.8.pdf.

Molina, M., R., B., M., C., Correa, V., S., G., Henriquez, X., . . . Zapata, C. (2010). *Red del hospital comunitario de salud familiar El Carmen, provincia de Ñuble, Chile.* Universidad de Talca. http://www.cegis.utalca.cl/doc/Publicaciones/ESGS/ESGS_a6_N12/EXPERIENCIAS_APLICACION_REDES_DE_SALUD_EN_CHILE.pdf.

Molina, P. (06 de noviembre de 2015). *¿Por qué causa tanto revuelo en Chile la "farmacia popular" que cobra diez veces menos que las cadenas privadas?* Recuperado el 18 de noviembre de 2016, de BBC Mundo: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151105_revuelo_primera_farmacia_popular_chilena_bm

Moreyra, I. (2006). *Observatorio de equidad de género de la salud. Informe 2006.* Providencia: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/5530.

Muñoz Porrás, F. (2008). Estudio de caso del Fondo Sectorial de Chile. *Informe de la 1ª Conferencia Latinoamericana* (págs. 20-21). Comité Ejecutivo OPS http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vF-buV9iy8sJ:www.paho.org/hq/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D17307%26Itemid%3D270%26lang%3Des+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=ar.

Observatorio Chileno de Salud Pública. (2016). *Preguntas Frecuentes - ¿Qué es el sistema ISAPRE?* Obtenido de Observatorio Chileno de Salud Pública: http://www.ochisap.cl/index.php/preguntas-frecuentes?showall=&start=7

OECD. (2016). *Health Policy in Chile.* http://www.oecd.org/chile/Health-Policy-in-Chile-February-2016.pdf.

Olesker, D. (2003). *ESTUDIO COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE MERCOSUR Y CHILE.* Instituto Cuesta Duarte http://white.lim.ilo.org/spanish/260ameri/oitreg/actividad/proyectos/actrav/proyectos/pdf/anexo2.pdf.

Oliva, C. (15 de octubre de 2011). *Fonasa: todo lo que debe saber sobre el sistema público de salud"* . Obtenido de Economía y Negocios: http://www.economiaynegocios.cl/mis_finanzas/detalles/detalle_fin.asp?id=1566

Olivares, C. (20 de marzo de 2016). *Quiebre de tendencia en mercado de medicamentos: repuntan los genéricos tras una década a la baja* . Obtenido de Economía y Negocios: http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=235871

Olmos, C., & Silva, R. (2010). El Rol del estado chileno en el desarrollo de las Políticas de Bienestar. *Némesis: Revista de estudiantes de sociología de la Universidad de Chile.*, 89-102. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4273265.

OPS, OMS y Ministerio de Salud. (2011). *Alternativas de Financiamiento para las Coberturas de Salud en Chile. 1era Jornada.* OPS, OMS y Ministerio de Salud. http://www.paho.org/chi/images/PDFs/informe%20foro%20no%20%201.pdf?ua=1.

Oyarzo, C. (1994). *La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud.* Santiago de Chile: CEP. Estudios públicos, 55. https://www.cepchile.cl/la-mezcla-publico-privada-una-reforma-pendiente-en-el-sector-salud/cep/2016-03-03/184536.html.

Oyarzo, C. (1997). *La modernización de los sistemas de salud en Chile 1990-1997: una visión desde el mundo de la economía.* Isla de Margarita, Venezuela: II Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. http://siare.clad.org/fulltext/0032119.pdf.

Pantoja, T., Valenzuela, L., Léniz, J., & Castañón, C. (2012). Guías de Práctica Clínica en el Régimen de Garantías en Salud: una evaluación crítica de su calidad. *Rev. méd. Chile vol.140 no.11 Santiago nov. 2012*, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001100003&lng=es&nrm=iso.

Paraje, G. (2010). El financiamiento público de la investigación en salud en Chile. *Revista médica de Chile, 138(1),*, 36-43. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000100005&script=sci_arttext.

Paraje, G., & Infante, A. (2014). *La Reforma AUGE 10 Años Después.* PNUD http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap2_reforma_AUGE.pdf.

Pardo, A. (2005). *Historia de Chile, período 1958 / 2000.* www.archivochile.com/Historia_de_Chile/desde_1951.../HCHdesde51a050017.pdf: Centro de Estudios Miguel Enríquez.

Perticara, M. (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos.* Santiago de Chile: CEPAL. http://archivo.cepal.org/pdfs/2008/S0800166.pdf.

Raczynski, D. (1983). *Reformas al Sector Salud: Diálogos y Debates".* Santiago: Colección Estudios CIEPLAN Nº 10, Estudio 70 http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/122/Capitulo_3.pdf.

Retamal, M. (2009). Autogestión hospitalaria en cifras. *Rev Chil Salud Pública Vol 13 (3)*, 169-174 http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/532/441.

Reyes, H., & Otros. (2016). *Control de calidad de los médicos que inician el ejercicio profesional en Chile: Declaración de la Academia Chilena de Medicina del Instituto de Chile.* Santiago: Rev. méd. Chile vol.144 no.5 http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500014&lng=es&nrm=iso.

Rivadeneira Martínez, C. (2011). *El nuevo Sistema Chileno de Pensiones.* Salamanca: Universidad de Salamanca. https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=26590.

Robles, C. (2013). *El Sistema de protección Social de Chile: una mirada desde la igualdad.* Santiago: Cepal http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3907/1/S1100694.pdf.

Román, A., & Muñoz, F. (2008). Una mirada crítica en torno al plan AUGE. Algunos aspectos generales y valóricos. *Revista médica de Chile, 136(12),*, 1599-1603. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200014.

Romero, R., & Ramirez, N. (2014). *Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Chile.* Rio de Janeiro: ISAGS. http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[191]ling[2]anx[565].pdf.

Salazar, C. (2013). *Descripción de los pagos de la reforma financiera y la percepción de los gestores de salud.* Santiago - Chile: Universidad Mayor. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/cvsp-chile-REFSP-oai:www.saludpublicachile.cl:123456789-357.

Serra, I. (2014). *Hacia la recuperación de la salud pública en Chile .* Santiago : Rev Chil Cir vol.66 no.4. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000400001.

Sinclaire, D. (2013). Segregación, lucro y desigualdad - el sistema de salud chileno a 40 años del golpe. *HEINRICH-BÖLL-STIFTUNG*, https://cl.boell.org/es/2013/09/07/segregacion-lucro-y-desigualdad-el-sistema-de-salud-chileno-40-anos-del-golpe.

Sojo, A. (1995). *Reformas de gestión de salud publica en Chile.* Santafé de Bogotá: CEPAL http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21387/D-19567.05_es.pdf?sequence=1.

Soto Venegas, S. (2008). *Equidad financiera en la salud primaria en Chile, un análisis a través del subsidio per capita de salud.* Santiago de Chile: Universidad de Chile. http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/102890.

Strooy, L. (2011). *Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud Luis Romero Strooy Superintendente de Salud.* Sanitago de Chile: Superintendencia de Salud. https://bioeduciencias.files.wordpress.com/2015/08/modelo-y-mecanismo-de-financiamiento-en-sistemas-de-salud.pdf.

Superintendencia de Salud. (2003). Ley de Urgencia, un derecho que todos tenemos. *Aldea Salud Año 8 - Boletín N°92*, http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-12698_versionPDF.pdf.

Tapia Olmos, J. (2015). *Revisión Histórica y Legislativa del Derecho a la Salud en Chile.* Santiago de Chile: Departamento de Derecho Público. Universidad de Chile. http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130057/Revisi%C3%B3n-hist%C3%B3rica-y-legislativa-del-derecho-a-la-salud-en-Chile.pdf?sequence=1.

Tellez, A. (2006). *Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud.* Santiago de Chile : Dirección de Asuntos Públicos. Minsal. http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf.

Telyukov, A. (2001). *El pago prospectivo por caso hospitalario en América Latina: Una guía metodológica.* USAID. http://www.paho.org/hq/documents/elpagoprospectivoporcasohospitalarioenamericalatinaunaguiametodologica-ES.pdf.

Tetelboin, C. (2007). Balance del sistema privado de pensiones en Chile. En V. Brachet Márquez, *Salud pública y regímenes de pensiónes en la era neoliberal. Brasil, Chile y México (1980-2000)* (págs. 225-251). México D.F: El Colegio de México. http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000034455.

Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Public*, http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf.

Unidad Popular. (1969). *Programa básico de gobierno de la Unidad Popular. Candidatura presidencial de Salvador Allende.* Unidad Popular http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0000544.pdf.

Urriola, R. (2006). Chile: protección social de la salud. *Rev Panam Salud Publica vol.20 n.4 Washington* , http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000900013.

Urriola, R. (2011). Financiamiento y desigualdad en Salud. *Colección Ideas. Año 12*, http://www.chile21.cl/7942/.

Uthoff, A., Sánchez, J., & Campusano, R. (2012). El mercado de seguros de salud: Lecciones sobre el conflicto entre equivalencia y solidaridad. *Revista Cepal . Número 108*, 147-169. http://repositorio.cepal.org/handle/11362/11564.

Valdivieso, R., & Juricic, B. (1970). El sistema nacional de Salud en Chile. *Boletín Oficina Sanitatia Panamericana*, 478-485. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/14488/v68n6p478.pdf?sequence=1.

Valdiviezo, M., & Montero, L. (2010). El plan AUGE: 2005 al 2009. *Revista médica de Chile, 138(8)*, 1040-1046. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800015.

Vargas, E., & Becerra, A. (2011). *Estructura y comportamiento del mercado de salud en chile.* Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de Economía y Negocios. http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ec-leon_v/pdfAmont/ec-leon_v.pdf.

Vasallo, C. (2010). *El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica.* Santiago de Chile: Minsal. http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19009es/s19009es.pdf.

Vergara, M. (2013). *Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en la implementación.* http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Reforma+del+sector+de+la+salud+en+Chile+Marcos+Vergara+Expansiva.pdf: Expansiva.

Vergara, M., & Bisama, L. (2009). Autogestión hospitalaria en red I: Competencias esenciales para la gestión. *Revista Chilena de Salud Pública*, http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/661.

Vergara-Iturriaga, M., & Martínez-Gutiérrez, M. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *salud pública de méxico*, 512-522 http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n6/a10v48n6.pdf.

Waissbluth, M., & Inostroza, J. (2007). GLOBALIZACIÓN Y REFORMA DEL ESTADO EN CHILE. *Iberoamericana. Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 285-310 http://www.mariowaissbluth.com/descargas/globalizacion_reforma_estado.pdf.

Walker Errázuriz, F. (1998). Aspectos institucionales basicos del sistema privado de Salud en Chile. *Boletin Oficial. Dirección de trabajo*, http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-62216_recurso_1.pdf.

Zamora Vergara, R. (2012). *Las Isapres en Chile, su institucionalidad juridica y el derecho a la protección de la salud. Aplicación y Eficacia.* Santiago de Chile: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113073/de-zamora_r.pdf?sequence=1.

Zúñiga Fajuri, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta bioethica, 13(2)*, 237-245. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200012.

2.8. Colombia. Otro modelo pro-mercado aún muy excluyente

1. Historia del Sistema de Salud

1.1) Siglo XIX. El sistema de beneficencia

Hay un cierto consenso en abordar los inicios del sistema de salud colombiano a partir de una primera etapa que se desarrolla desde antes de la Constitución de 1886 hasta los años'50. Minsalud y DNP (1990) lo llaman el "modelo higienista" y lo asocian al papel central de la iglesia y a una escasa intervención del Estado.

Era la herencia del sistema de hospitales de beneficencia, nacidos a partir del siglo XIV, de carácter caritativo y cuyas tareas eran realizadas por monjas y miembros cercanos a la iglesia. La Provincia de Bogotá decreta la ley orgánica de 1834 que estableció que los hospitales no eran de la curia y puso a cargo una junta administradora. En los sesenta de ese siglo, casi en paralelo con la fundación de la Universidad, se le anexa a ella un hospital de caridad y una escuela de medicina. En 1869 se creó la Junta de Beneficencia y a ella quedaron integrados los hospitales, muchos de ellos con profesionales formados en Europa (Fajardo, 1994). En la década de 1870 funcionaban tres facultades de medicina con apoyo nacional y provincial.

En las principales ciudades de Colombia funcionaba un cuerpo médico de la ciudad, en muchos casos como apoyo a las municipalidades en asuntos de higiene pública (Marquez Valderrama, García, & Del Valle Montoya, 2012).La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá fue fundada en 1872, la Academia de Medicina de Medellín, en 1887 (Orrego, 2009 en Marquez Valderrama, Garcia, & Del Valle Montoya, 2012).

Luego de la Constitución de 1886, surge la Junta Central de Higiene, compuesta por tres médicos y un secretario, adscrita al Ministerio de Fomento , pero aun no tenía el control de las Juntas, de las que dependían los hospitales donde se atendía el pueblo más necesitado en condiciones muy precarias (Martínez, Meléndez, & Manrique, 2014). Por otro lado existían los consultorios médicos particulares y las primeras clínicas, para los sectores de mayores recursos (Olaya Ruiz, 2013).

En 1913, se crea el Consejo Superior de Sanidad, dependiente del Ministerio de Gobierno, con la asesoría directa de la Academia Nacional de Medicina. Nacen las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad y las Comisiones Sanitarias. En 1918 convierte a la anterior Junta en Dirección Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública (Martínez, Meléndez, & Manrique, 2014). En 1929 se reglamenta la profesión médica y se reconoce oficialmente la Federación Médica Colombiana. Se crea para mantener cierta autonomía, la Junta Central de Títulos Médicos que debe ser integrada por miembros elegidos por el Director Departamental de Higiene y por la Junta Central(Forero Caballero, 2009). En 1932, se dispuso que los establecimientos particulares también debían ser controlados por las Juntas.

En lo que hace al seguro, en 1915 se aprueba la ley de protección al trabajador sobre accidentes de trabajo, llamada Ley Uribe (Lizarazo, Fajardo, Berrioa, & Quintanaa, 2010). Según Hernandez Alvarez (2004), la ley prácticamente no prospero por el rechazo de los empresarios, y los ganadores fueron las aseguradoras privadas que empezaron aparecer por demanda de las grandes empresas (Hernandez, 2004). En 1921 se establecía un seguro de vida colectivo para empleados que incentivó esta actividad, pero que nunca entró en pleno funcionamiento (Isaza, 2011).

La década del ‘30 estuvo plena de actividad. En 1934 se reglamentaba la enfermedad profesional, auxilios de cesantías, vacaciones y contratación laboral, en 1938 se crea el Ministerio de la Protección Social y en 1939 nace el Seguro Obligatorio e indemnizaciones para accidentes de trabajo que intenta cerrar el periodo de incumplimiento de normas anteriores (Lizarazo y otros, 2010).

En la reforma constitucional de 1936 nace el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, recién en 1946 se funda el Ministerio de Higiene (Díaz, 2008).

Durante esos años, hasta el 30, la economía colombiana creció, pero las enfermedades tropicales seguían siendo epidémicas, el aumento del personal dependiente de las Juntas no era suficiente (Forero Caballero, 2009).

1.2) La posguerra: vaivenes del seguro

La posguerra es el periodo de consolidación del sistema de cajas y de debate sobre la trasformación en un seguro. En 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión para los empleados públicos y obreros nacionales y luego el Instituto Colombiano de Seguros Sociales para los

empleados del sector privado formal, con cierta solidaridad intersectorial. Además, las fuerzas armadas y de policía, telecomunicaciones, Congreso, ECOPETROL y cuatro universidades nacionales generaron otras cajas en paralelo. La población no asalariada quedaba sin cobertura, el modelo ya favorecía la segmentación y el desfinanciamiento de las cajas con salarios medios más bajos (PNUD, 1998; Minsalud y DNP, 1990; Slava 2001; Buelvas, 2010; Rofman et al, 2014).

Por entonces, el gobierno presentó un proyecto para ampliar la cobertura mediante un seguro general, que permitiera, incluso, a los trabajadores elegir seguir en la caja patronal o entrar al seguro (Vega Vargas, 2010). El mismo no tuvo apoyo ni sindical ni empresarial (Hernandez Álvarez, 2000). La ley de 1946 fue en otra dirección, generando un sistema de seguridad social con una serie de normas generales que limitaban la discrecionalidad pero con cajas autónomas, financiadas mediante un fondo común de naturaleza pública concentrado en el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), con el aporte de los afiliados del sector privado, autónomo y público. El ICSS cubría los déficits de las cajas, como lo seguiría haciendo muchos años más (Morales Sanchez, 1997).

Los médicos se oponían a este esquema en que el ICSS pasaba a controlar, como un organismo público, a las cajas, lo que desencadenó la más prolongada huelga médica de la historia de Colombia y la creación de la categoría de “empleado de la seguridad social” que duró hasta 1992. (Ruiz Marin, 2008). La cobertura fue aumentando con los años, en 1949 fundamentalmente cubría las enfermedades más comunes (Rodriguez y Arévalo, 1986).

La atención se llevaba a cabo en consultorios y clínicas privadas, con el pago de una tarifa fija solventada por las cajas y una buena cantidad de pagos de bolsillo directamente abonados a los médicos por servicios no cubiertos o pacientes no asegurados. Eso iba generando mucho pluriempleo (Ardila Sierra, 2016). Los centros de salud pública y la red hospitalaria eran administrados por los Servicios Seccionales de Salud, que eran dependencias departamentales, pero fuertemente ligados al Ministerio de Salud debido a que las sostenía con sus aportes. Además se financiaban con las cuotas de recuperación (Rocha Buelvas, 2010). La bibliografía coincide en que resultaba aún insuficiente, la atención era precaria y para colmo un 20% de la población no tenía acceso alguno.

Resultó así un sistema de seguridad social desarticulado, disperso y, sobre todo, sin mecanismos de solidaridad lo cual produjo la combinación de entidades de diversa calidad (Rocha Buelvas, 2010). Se logró cierta coordinación, pero hubo graves problemas

administrativos, la cobertura no aumentó demasiado (Arrieta Mendoza, 2011), en 1951 se intentaron nuevas modificaciones hacia un seguro universal con logros parciales (Isaza, 2011).

Hasta 1960 no hubo grandes cambios, ese año se crea el Ministerio de Salud Pública como ente regulador del sector salud y queda el ICSS dirigido a la cobertura de trabajadores privados.

De 1964 a 1968 aparecen varios decretos que fueron estableciendo las características del seguro social obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y los aportes para ese seguro. El ICSS asume los riesgos derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y luego invalidez, vejez y muerte. Se define el grado de riesgo de la actividad, determinando el aporte correspondiente al seguro (Arango-Soler, Luna-García, Correa-Moreno, & Campos, 2013).

En paralelo, en 1963 nace el Plan Hospitalario Nacional, por el cual el Estado nacional debía contribuir a la construcción de hospitales, centros de salud, orfanatos, etc. y ocuparse de mejorar los ya existentes (Colombia, 1963). Se proponía construir 54 hospitales que serían financiados con el 10% de los ingresos del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, pero en concepto de deuda pública (Ordoñez Plaja, 1969). Los mismos eran entidades de derecho privado, regidos por una Junta Directiva de origen comunitario, construidos sobre lotes donados y con aportes estatales y de variadísimas fuentes. Sólo parte de los trabajadores eran empleados públicos (ZULUAGA, 2004 y 2006).

Durante ese período, además, aparece el Plan Nacional de Alimentos para el Desarrollo (PLANALDE) (DNP, 1969; Restrepo-Yepes, 2011), que luego en los ‘70 y ‘80 se intentaría coordinar con el Programa de Desarrollo Rural Integrado (DRI), dentro del Plan Nacional de Desarrollo (Bienestar Familiar, 2004; Restrepo-Yepes, 2011. Saurith López, 2015).

El decreto 2470 de 1968 crea el Sistema Nacional de Salud (que recién se establece en 1973), con mecanismos de coordinación entre los organismos del sistema; se puso en marcha en 1975 dentro del Plan Nacional de Salud. Se trataba de que este plan sirviese para definir prioridades políticas generales y que el sistema funcionase integrando las instituciones públicas, las privadas, las de los servicios asistenciales y las de la seguridad social; algo así como un sistema de subsistemas. Eso se producía fundamentalmente mediante listados explícitos de servicios: enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo y riesgos (Ramirez-Moreno, 2010). Además,porque el ICSS, luego solo Instituto de Servicios Sociales (ISS), se convirtió en la entidad a la que podían estar afiliados del sector privado, con algo de solidaridad entre las distintas regiones y ramas de la producción industrial, con el 50% de

aportes de los patrones, 25% de los trabajadores y 25% del Estado, pero este último no se produjo (Ruiz Marin, 2008). En la practica el instituto aglutinaba el 77% de la población y las Cajas de Previsión Públicas, el subsistema público dirigido a los no asegurados y las clínicas mantenían su independencia (Morales Sanchez, 1997) lo explica muy bien: el llamado Sistema Nacional de Salud operaba tan sólo de nombre, debido a la existencia autónoma del subsistema de los trabajadores del sector formal de la economía, pertenecientes a los subsectores público y privado, atendidos por el ISS y las Cajas de Previsión Públicas, con una red propia por fuera de la red de hospitales públicos cubriendo al 18% de la población y con el 70% del presupuesto para la salud (Pérez-Valbuena & Silva-Ureñai, 2015); luego estaba el subsistema público de atención dirigido en especial a los no asegurados en el subsistema anterior y constituido básicamente por la red de hospitales públicos; y por último el subsector del seguro y la red de prestadores privados.

La dirección del sistema correspondía al Ministerio de Salud, que establecía las políticas y administraba directamente la mayoría de los recursos en un nivel central. Un nivel inferior era el Seccional, formado por los Servicios Seccionales de Departamento, con sede en la Capital de cada uno de ellos, dirigido por un Jefe de Salud y una Junta Seccional. Éstas agrupaban varios municipios que coincidían con los hospitales de nivel 2 existentes. Por último, estaban las direcciones municipales de salud que funcionaban en los hospitales locales. La dependencia seguía siendo con el gobierno central, el financiamiento hospitalario, en su mayoría, también. (Rodriguez Mesa, 2013).

En lo que hace a los médicos, en 1976 se los incorpora al Estatuto del Empleado Público, motivándose una histórica huelga de 52 días. Además, en los años sucesivos aumentarían los médicos asalariados, pero con más contratos a tiempo parcial (Sánchez 2009; Ardila Sierra, 2016)

En 1977 se promulga el decreto que instituye la universalidad del Seguro Social. Se proponía aumentar la cobertura a todos los habitantes mediante un listado de servicios. El ICSS pasa a llamarse Instituto de Seguros Sociales (ISS), como establecimiento público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; se separan los seguros asistenciales y los seguros de salud (Morales Sanchez, 1997). Y se separa la estructura financiera de la gestión de la salud que pasaría al Estado; se buscó eliminar el doble empleo en el seguro y en el sistema de salud.

Se intentaba la coordinación de los planes y los programas de salud del Gobierno Nacional, sin embargo, el Ministerio tenía poca injerencia tanto en el seguro como en la regulación del sector

privado (Buelvas, 2010). Se crea la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) para controlar al menos lo atiente a servicios y riesgos (Ramirez-Moreno, 2010).

En 1980 el ISS formula un modelo de atención integral “Agualimpia”, que incluía grandes inversiones, pero la situación financiera no lo permitirió (Ramirez-Moreno, 2010).

El sector privado era fuerte, atendía el 31% de las consultas, y a raíz de la reforma surgen con más fuerza los seguros privados de hospitalización y cirugía. En 1983 surgió la primera compañía de medicina prepaga, Salud Colpatria Medicina Prepagada S.A. (Vacha, 2011). La crisis fiscal del 84 explica la reducción del gasto en salud que pasó del 8% del presupuesto nacional – que iba tanto al seguro como a los hospitales que atendían a los no asegurados- a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó estancada en número y en calidad (Ramirez y Perez, 2010; Jaramillo, 1997; Salud Colombia, 2016). El Ministerio de Salud aceptaba que un 20% de la población no tenía acceso a la salud (Luján, 2010).

La idea de la universalidad no lograba plasmarse del todo, además, a fin de afrontar los problemas financieros, en 1985 aumentaron las llamadas cuotas de recuperación, lo que sumaba una nueva barrera de acceso (Viloria de la Hoz, 2005). Para afrontar la situación a finales de los ‘80 surge el manual del ISS, que establecía los precios a los que pagaría los servicios y que servía para negociar descuentos (Bardey & Castaño, 2007).

Como parte del mencionado proceso de ajuste, en 1987 se dio a los municipios la competencia para dotar, construir y administrar los centros de salud y hospitales locales, en 1990 el gobierno central transfirió la totalidad de los servicios de salud a los gobiernos departamentales y municipales.

1.3) La ley 100: aumento de cobertura contra desregulación y segmentación.

En 1993 se promulga la famosa Ley 100. Los objetivos que se explicitaban giraban en torno al aumento de la cobertura y la mejora de la calidad; la estrategia se basaba en generar los cuasi-mercados.

Se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuya autoridad de aplicación es el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). Por ley se garantiza un mínimo de financiamiento público para los habitantes no cubiertos por otro seguro. En paralelo se crean las entidades promotoras de salud (EPS), que son las aseguradoras privadas, las

administradoras (aseguradoras) del régimen subsidiado (ARS), que pueden ser públicas o privadas; las administradoras de riesgos profesionales (ARP), las empresas solidarias de salud (ESS), ONG habilitadas a candidatearse como administradoras preferenciales del Régimen Subsidiado solo con un patrimonio y un número mínimo de afiliados, asociaciones mutuales, cooperativas principalmente (Barona, 2000); las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), de naturaleza privada y las Empresas Sociales del Estado (ESE), que funcionaban como entidades del sector público descentralizadas con personería jurídica, con mayor autonomía de gestión y exposición a la competencia. Constaban de una junta directiva, con participación del sector privado y de la comunidad; en 2011 estas juntas modificaron su conformación y se agregaron causales de incompatibilidades, pero el modelo está vigente.

Todo esto con el propósito de crear un mercado de seguros y de provisión privados. Se instituyen los comités de participación comunitaria (Copacos) y las veedurías ciudadanas. También, se crea el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud (FOSYGA), dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social que debería recibir fondos e impulsar la inversión (Ortiz Riaga,2015). Este modelo, con algunas modificaciones es el que se describirá más adelante.

El modelo funciona con un Plan Obligatorio de Salud (POS) y la definición de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) (Martinez.2014). Estas dos importantes variables son establecidas por el seguro, pero con el asesoramiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, compuesto por representantes de esos actores, incluyendo los gremios (Ortiz Riaga, C. ,2015). Para afrontar la expansión, se subió el aporte de los afiliados al Régimen Contributivo en 0.5% a cargo del empleador.

Como parte de la reforma, las secretarías de salud departamentales y municipales recibieron la propiedad de los hospitales públicos y al mismo tiempo, éstos pasaron a ser empresas sociales estatales (ESE). Los usuarios de esos hospitales eran los seguros, el Estado transfería los fondos del subsidio a estas entidades. Los pagos de las EPS representaban el 40% de los ingresos de los hospitales públicos (Tono, Cueto, Giuffrida, Arango, & López, 2010). Durante 1993 y 1997, la cobertura del aseguramiento pasó del 20 al 57 %, fundamentalmente, debido a los nuevos asegurados en fondos privados y al nuevo subsidio destinado a 7 millones de personas (Hernández, 2000; Reyes et al., 1998). Sin embargo, como sucedió en toda América Latina, el esquema ha sido fuertemente criticado (Ruíz, 2013). La cobertura mostró un techo, la situación de los hospitales empeoró, el proceso contó con el rechazo de un núcleo de los

profesionales de la salud, (Patiño, 1999; Ahumada, 1999; ALAMES, 2000; Franco, 2000; Hernández, 2000). Los fondos eran escasos y muchos gobiernos locales no estaban en condiciones de llevar adelante la tarea.

En lo que hace a la atención primaria, la Ley 100 lanza el Plan Nacional respectivo a través de nuevas unidades con autonomía financiera (Sáenz, 2001). A fin de reforzar la AP, se estableció el PAN-DRI un Programa que preveía asistencia médica, pero con personal auxiliar, suministro de medicamentos, vacunación y vigilancia epidemiológica, y promoción de la inversión social (Ops/Oms, 2002). En 1996, se ampliaron estas acciones con el programa Municipios Saludables por la Paz y de Escuelas Saludables (Vega Romero, Acosta Ramírez, Mosquera Méndez y Restrepo Vélez, 2016). Ese mismo año se lanza el Programa de Atención Básica (PAB), un conjunto de actividades de prevención (Ministerio de la Protección Social, 2007), que luego se municipalizaría quedando en cabeza del alcalde (Rubio, 2005). La separaron de la atención individual (en AP u hospitales) de las acciones en salud pública y la descentralización de éstas, generaron, según Pinedo y Jerez (2014), una segmentación institucional y una fragmentación operativa enorme.

Una queja importante gira en torno a que el gasto total en salud aumentó y tanto la cobertura como el servicio mejoraron escasamente (Céspedes-Londoño, Jaramillo-Pérez y Castaño-Yepes, 2002). Es que una parte de esos fondos se desvió a los sectores medios y a la gestión privada y se iniciaron los rescates; incluso entre 1998 y 2001, se suspendió en parte el modelo.

1.4) El siglo XXI: el aumento del gasto

Desde el año 2000, el gasto total en salud pasó de representar el 5,9% del PBI a 6,5% en 2011, lo cual representa una variación de más del 10%. Pero al mismo tiempo hubo un aumento de los gastos de bolsillo, los copagos y otros no cubiertos por ningún seguro, que pasaron del 59% en 2000 al 64% en 2011; el sector público perdió participación, al pasar del 79,3% en el 2000 al 75,2% en 2011, aunque esto sucedió al mismo tiempo que se daba un aumento del aporte del Estado al régimen subsidiado (Pérez-Valbuena & Silva-Ureñai, 2015). En el medio de este período hubo dos crisis fiscales, los años 2001 y 2009 en las que los principales perjudicados fueron los hospitales.

En 2007 se lleva a cabo una nueva reforma a fin de mostrar una mayor intención de ampliar la cobertura y de controlar al mercado, pero evitando unificar los POS. El Ministerio de la Protección Social se queda con las tareas de planificador y administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía, (FOSYGA) (Martinez E. , 2015). Se crea la Superintendencia Nacional de Salud, y surge la figura del defensor del usuario. Se crea también la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que asume los roles del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de definición del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como un organismo estatal para la toma de decisiones con soporte en un sistema de información propio, contrario al sistema de información privatizado que existía hasta el momento (Martinez, 2015). Sin embargo, su funcionamiento ha estado lejos del ideal (2015), lo que llevó a su disolución.

Por otro lado, se dispone que las EPS no puedan contratar más del 30% con sus propias instituciones prestadoras de servicios (IPS), se intenta evitar así la concentración vertical. Otro aspecto institucional se refiere a ciertas disposiciones relacionadas con hospitales en tanto empresas sociales del estado (ESE), entre las cuales se destacan la homologación del período del gerente con el de los intendentes, y también la posibilidad de fusiones. En 2011 se obligaría a las EPS a aumentar su demanda de servicios al sistema público.

Pero es evidente que además de no ir hacia un POS único, el gobierno nacional estaba retirándose del financiamiento: se establece un aumento al aporte de los departamentos y hay un efecto que es la disminución relativa del aporte del Gobierno Nacional (Tafur, 2007). Al mismo tiempo, se modifica la norma para que las Secretarias Departamentales, municipales y distritales, puedan contratar a las ESE o las IPS, o profesionales independientes. Estos son pasos fundamentales en la construcción del cuasi mercado descentralizado. Claro que el modelo mismo, representa el obstáculo principal para el desarrollo de la red de servicios. Estas reformas intentan fortalecer este nivel de atención a través de fondos públicos, pero el modelo general atenta contra esos objetivos.

La reforma no fue afortunada, la Sentencia de la Corte de 2008 exigió la ampliación y unificación de planes de beneficios en el POS creado en 1993 (Lozano, Jimenez, Lozano Mormolejo y Lozano Gubbay, 2003; Castañeda, Fonseca, Núñez, Ramírez, & Zapata, 2012). El propio Gobierno estableció las “prestaciones excepcionales de salud”. En paralelo se seguía intentando contener el gasto con un conjunto de manuales que contenían los criterios, las normas y los procedimientos, las prestaciones, coberturas y precios para la atención de las

enfermedades. Según Franco (2013), con fuerte influencia de las aseguradoras. En 2011 la legislación autoriza crear un Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud para estimular el uso racional y adecuado de las nuevas tecnologías mediante el uso de protocolos de atención y guías de atención clínica. Finalmente, la Corte declaró nulas estas iniciativas (Franco, 2013).

La CRES realiza en 2012, por primera vez, una ampliación del POS, luego la disuelve (Jimenez & Rodriguez, 2012) y las funciones de la Comisión pasaron al Ministerio de Salud y Protección Social (Vergara Támara, 2012; Franco, 2013); la crisis se diluye al menos coyunturalmente. En 2015 El Gobierno anunció el incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), (dinero que reciben del sistema las EPS por cada afiliado al año) en un 9,45 %, tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo (EL Tiempo, 2012). Sin embargo, con respecto a la cobertura, Esguerra (2013) hace notar que historicamente la cobertura formal y la real no han ido de la mano. En este sentido, existen varias distorsiones, ya sea porque las EPS inflan estas cifras para recibir más recursos; porque los usuarios del régimen subsidiado al subir al contributivo no informan este cambio y quedan afiliados en ambos regímenes; o "por la pérdida de empleo", aunque formalmente siga en el sistema.

Otro de los cambios importantes del período fue la desaparición del histórico ISS (antes ICSS) creado en 1946, esto sucedió en 2012 momento en el cual sólo gestionaba pensiones (Montes, 2015).

En lo que hace a la AP, en 2011, por medio de Ley 1438 se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud orientado a ampliar los beneficios en atención primaria, enfermedades crónicas, etc. Un aspecto trascendente es que la Ley estimula la conformación de redes para las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública. Se establecen, además, "equipos básicos de salud" a los cuales se les debe definir funciones y cumplir los requisitos de calidad para habilitarse (Edgar, 2011).

2. Panorama general de uno de los sistemas más mercantilizados de América Latina

El sistema de salud colombiano se basa en los seguros y prestadores, públicos y privados, que utilizan fondos estatales y de las familias; hay un régimen contributivo y otro subsidiado. Los actores centrales son ,como vimos, las entidades promotoras de salud (EPS), que son las aseguradoras privadas; las administradoras (aseguradoras) del régimen subsidiado (ARS), que pueden ser públicas o privadas; las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), de naturaleza privada y las Empresas Sociales del Estado (ESE), que funcionan como entidades del sector público con personería jurídica.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), obligatorio (aunque la cobertura del sistema aún no llega al 100% de la población), con dos regímenes, el régimen contributivo (RC) que afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, y el régimen subsidiado (RS) para personas sin capacidad de pago. Persisten los Regímenes Especiales que afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.

Las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) administra los fondos y paga a las EPS. Las IPS son las entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud, se encuentran habilitadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. También hay profesionales independientes que actúan de manera autónoma en la prestación del servicio de salud bajo la financiación de las EPS o ARS. De las 424 entidades que prestan este servicio, 417 son de naturaleza privada (Guzman, 2014).

El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aun cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada.

El modelo se sostiene con el 6,5% del PBI en 2011 contra el 5,9% del 2000, el 77% es aporte público (Calderón, Botero, Bolaños, y Martínez, 2011; Pérez Valvuena & Silva Ureña, .2015) Dentro del gasto privado, el 64% correspondía en 2011 al gasto del bolsillo (el 15% del gasto total), el resto al pago de seguros voluntarios. Colombia tiene un gasto total bajo en relación al promedio latinoamericano, pero una participación pública mayor y menos gastos privados y de bolsillo.

El Ministerio de Salud y Protección Social define el valor de los procedimientos (UPC), la cápita cuando corresponde, y el Plan Obligatorio de Salud (POS), también establece los copagos; además tiene entre sus funciones el Plan de Atención Básica (PAB), que incluye actividades de prevención y la atención de accidentes de tránsito e incidentes catastróficos.

Para tener un marco general, el ministerio presenta el Plan Nacional en Salud al Congreso, con objetivos y estrategias. Actualmente está vigente el Plan Decenal 2012- 2020. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que recibe los aportes contributivos y tributarios y los redistribuye a EPS y ARS, es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Cada EPS recauda los aportes y los compara con los ingresos que le corresponden legalmente, 1,5% de dichos aportes se traslada a la subcuenta del FOSYGA para el régimen subsidiado, mientras que el resto vuelve a las EPS para financiar su cápita inscripta según la UPC. Las entidades cuyos recaudos sean mayores a los definidos mediante la fórmula descripta, deben trasladar los excedentes a la subcuenta de compensación, y las EPS con faltantes solicitan el giro de los recursos al FOSYGA (Melo & Ramos, 2010). Por otro lado, cubre accidentes y otras funciones complementarias. Afronta también muchos costos por juicios perdidos por el sistema y educación, información y prevención. Muchos pagos del FOSYGA surgen por coberturas no realizadas por las aseguradoras, por eso aumentaron veinte veces entre 2002 y 2008 (Guzmán, 2010 en Vargas, 2012). Como marca Chichizola (2002), la debilidad del sistema es que los recursos, dependen de los aportes que, a su vez, están subordinados a la formalidad y calidad en el empleo que, consecuentemente, están determinadas por la economía del país.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo encargado de definir las reglas de funcionamiento del sistema y regular a las aseguradoras o administradoras del seguro público (EPS y ARS) y los prestadores de servicios (IPS). Define junto al Ministerio, el Plan Obligatorio de Salud (POS) y la unidad de pago per cápita (UPC), los copagos y ciertas reglas de participación en el mercado. Éste tiene catorce miembros que representan a los actores que intervienen en el sistema de salud –el gobierno, las aseguradoras, los prestadores de servicios, los profesionales del sector, los usuarios y los empleadores– todos con voz y voto en las deliberaciones (Rodriguez, 2007). La Superintendencia Nacional de Salud es encargada de la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud. Desde 2011, sus decisiones sobre coberturas excluidas y otros conflictos tiene fuerza de sentencia, sobre las controversias (Avila, 2012).

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) regula ese mercado, pero con serios problemas y en constante riego de disolución (López, Ramírez, & Iglesias, 2004). Sin embargo, siguió funcionando y según la OPS que realiza un proceso de evaluación, es de Nivel IV, y junto a sus pares de Brasil, Argentina y Cuba es Autoridad de Referencia Regional en medicamentos y productos biológicos (BCN, 2011). El Instituto de Evaluación de Tecnologías (IETS), una institución privada con capital mixto, es la entidad responsable de

realizar la evaluación de tecnologías. Esta institución elabora evaluaciones contratadas por el Ministerio. Sus recomendaciones no son vinculantes. Ha elaborado unos manuales de procedimiento para realizar evaluaciones.

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos integrada por este Ministerio, Hacienda, Presidencia y un grupo técnico asesor, negocia precios con la oferta y la demanda. Desde 2006, la Comisión controla los precios de medicamentos iguales y los compara con otros países, controla los criterios para los aumentos de precios y exige informar las variaciones.

Por otro lado, debemos mencionar el Instituto Nacional de Salud, un instituto científico y tecnológico en el campo de la salud pública que se enmarca dentro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social), el último es del 2013 (Marín, 2015). Entre las funciones están las de la vigilancia epidemiológica, laboratorios, donación y trasplantes. Debería además, crear y articular una red de centros de investigación. Para el desarrollo de estas tareas existe el Fondo de Investigación en Salud, que se nutre del 7 % de lo producido por las loterías departamentales y los juegos de azar. Estos recursos han permitido aumentar el número de proyectos en Salud financiados por año y la diversificación de la investigación (Agudelo, de la Hoz, Mojica, Eslava, Robledo, Cifuentes y Alvis, 2009).

En lo que hace a la cobertura, el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo, debido a una mayor afiliación de los sectores vulnerables y de los habitantes de zonas rurales. Pero como vimos, recién en 2012 se unificaron ambo regímenes, y aún sigue habiendo diferencias en la calidad de las prestaciones sociales (Giedion y Cañón, 2014); los humildes, están muy mal atendidos por la precariedad de los prestadores públicos en términos edilicios y de equipamiento y por la selección adversa de las EPS (Astorga, Cueto y Muñoz, 2015). Un porcentaje de la población no conoce su situación de aseguramiento, no se le entrega la credencial correspondiente y, por lo tanto, no recibe atención cuando la requiere. (OPS/OMS, 2012). Los prestadores privados de mayor nivel atienden en los planes caros, allí la oferta está concentrada, han sido acusadas de sobreprecios debido a que aseguradoras y proveedoras están fuertemente integradas. Las IPS públicas o pequeñas están sujetas a los pagos de éstas, existen retrasos de hasta uno o dos años; nunca tienen fondos suficientes,y menos para realizar inversiones.

Las EPS no han contribuido al desarrollo de APS. Además de todo, se advierten asimetrías regionales importantes, particularmente en el litoral del Pacífico. Los críticos ponen el acento en los problemas de la atención primaria y emergencias, el mal estado de las unidades sanitarias públicas y privadas chicas y la situación salarial del personal (Molina & Ramírez, 2013; El país,

2016). Santa María, García, Prada, Uribe y Vásquez (2010) muestran la leve mejoría en términos de cobertura, pero no en las desigualdades de calidad. Esteban, Amaro y Basallo (2004) y Merlano-Porras y Gorbanev (2013) muestran los elevados indicadores de mortalidad evitable. Salamanca, Quimbaya y Restrepo (2014) muestran las diferencias de cobertura y del impacto en las políticas en diferentes variables socio-sanitarias por región y clase social. INS (2014) llega a conclusiones similares.

2.1) Una Seguridad Social que produce fragmentación

El sistema de salud colombiano como ya mencionamos, gira en torno al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Hay dos clases de seguros, EPS y ARS, las que reciben el aporte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y hacen atender a sus afiliados en las IPS públicas y/o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales, profesionales, según su cartilla. Como vimos, el Ministerio y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definen el valor de la UPC, la unidad de pago de capitación, que se paga a las EPS por cada persona afiliada, cotizante o beneficiaria que tenga, en base a cuatro tipos de zonas: 1) las normales, 2) las especiales, 3) la alejada del continente (San Andres) y 4) ciudades. También definen los alcances del Plan Obligatorio de Salud (POS) y los copagos.

El regimen contributivo (RC) incluye asalariados (con un aporte del 4% por parte de los trabajadores y un 8,5% de empleadores) y autónomos con ingresos superiores al mínimo, que hacen el aporte completo; es operado por las EPS y ofrece una amplia cartilla con diversos precios libres y copagos, muchas veces de sus propias IPS. El regimen subsidiado (RS) cubre a los autónomos de ingreso inferior y a desocupados según los parámetros establecidos en el sistema de programas sociales (SISBEN), se financia con el 1,5% del FOSYGA que se nutre de otras fuentes, aunque éstas sufren continuas modificaciones; cubre una cartilla similar al POS y ha sido operado tradicionalmente por ARS aunque ahora pueden ir a una EPS.

En marzo de 2010, el SGSSS contaba con 42 millones de afiliados (92% de la población), de los cuales el 43% eran al régimen contributivo y el 57% del subsidiado (OPS/OMS, 2012; Riveros-Pérez y Amado-González, 2012). Un 4.9% de la población del país pertenece a regímenes especiales como los del magisterio, las fuerzas armadas, la policía nacional, y Ecopetrol, que no aportan al fondo (Bedoya Ospina, White Londoño, 2012). Del total de afiliados al RC, sólo algunos (el 4,5% de la población) cuentan con algún plan voluntario de salud, el resto está vinculado a su actividad laboral. Según cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en 2011 el

28% de las personas que contaban con alguno de estos productos tenía un ingreso menor a dos salarios mínimos. El 64% de quienes pagan un seguro voluntario pertenece a un segmento medio-bajo (Pinzón, Vargas, Zarruk, 2013) .

En términos de uso de los fondos, el RC representaba a fines de la década de los 2000 el 39,8%, el RS el 24,4%, a lo que debemos sumar a los vinculados, en espera de poder ingresar al RS que gastan un 9,9%, regímenes especiales 6,3%, red pública 5%, otros un 14,6% (Gómez y Gevara,2010 en Calderón, Botero, Cardona, Bolaños, Ortega, & Martínez, 2011). El RC y los regímenes especiales son los que más gastan per cápita.

El POS contributivo (POS-C) ha sido más amplio que subsidiado (el POS-S) pero desde 2010 éste cubre al menos en la norma, cerca de 6 mil intervenciones y 660 medicamentos. Este es un largo proceso que debería generar la unificación de los POS, pero los avances son lentos.

Fuera del POS, existen copagos; están exentos los servicios de promoción de la salud, los de prescripción regular, el tratamiento de la epilepsia, la hipertensión, el asma y la diabetes. Los miembros del RS han sido divididos por categorías y sólo los más pobres están exentos **(**Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio y Vásquez 2011). En el RS, fuera de los indigentes que no pagan, los porcentajes son la mitad de los del RC y los topes algo menores según la categoría. La calidad va a ser necesariamente inferior incluso fuera del POS.

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) continúa siendo diferente para los dos sistemas, se han realizado intentos de unificación, por ejemplo, en estos momentos hay una prueba piloto (Villamil, 2016).

En RC, la base de los copagos son las tarifas de la EPS. Quienes ganan menos de dos salarios mínimos, pagan hasta el 10%, sin que el cobro por un mismo evento exceda la cuarta parte del salario mínimo. Hasta cinco salarios mínimos el porcentaje se eleva a 15, sin que exceda a un salario mínimo. Hasta cinco salarios pagan hasta el 20% sin exceder los dos salarios. A veces surgen confusiones sobre la duración del evento. En este régimen los miembros del núcleo familiar debe hacer pagos extras y completar la cobertura mediante los Planes Adicionales de Salud -P.A.S.

Una de las claves del mercado debía ser la competencia, sin embargo, es la concentración. Los afiliados al régimen contributivo como dijimos representan el 43 % de la población y están distribuidos principalmente en 18 EPS, número que en 2004 se estimaba en unas 25 (GES, 2012 en (Guzmán Finol, 2014). Pero las más importantes: Saludcoop, Coomeva S.A, Nueva EPS S.A, Salud Total S.A, Suramericana S.A y Famisanar LTDA, que tienen entre uno y tres millones de afiliados, concentran el 73% de éstos. (Guzmán Finol (2014). Estas EPS privadas

están más concentradas incluso que sus proveedores, además intervienen fuertemente en el mercado de prestadores (la norma les permite hasta el 30% de las compras) y además tiene gran poder de negociación.

En el RS, en el que como se mencionó, está el 52 % de la población, seis entidades concentran la mitad de los afiliados, sólo el 13% son públicas, el 27% son privadas con fines de lucro y el resto estan vinculadas al tercer sector. Hay una opinión difundida que plantea que así, los fondos públicos van a parar al sector privado, mientras el sector público sigue desfinanciándose. Los privados ajustan por calidad, ya que tienen más dificultades para poner sobreprecios (Franco, 2013).

Las aseguradoras están agrupadas en su mayoría en la Asociación Colombiana de Medicina Integral (ACEMI), otro grupo de seguros privados voluntarios están agrupados en FASECOLDA y en.la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud de Colombia (GESTARSALUD)**.** Los prestadores se agrupan en la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales públicos y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Y, naturalmente, influye la Asociación Colombiana de Médicos.

Los mencionados problemas de la escasamente desarrollada AP, la inequidad en el acceso, y los sobreprecios, hacen que haya habido más de un millón de cautelares en un alto porcentaje relacionados con servicios del POS. La sentencia T- 760 de 2008 es la base sobre la cual muchos de los jueces se inspiran para pronunciar sus fallos en el caso de barreras de salud (Valencia & Zuluaga, 2012). El número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios es mayor en el régimen subsidiado. Sin embargo, no está disponible el número de tutelas presentadas a cada EPS o régimen, así que no es posible saber la proporción en que estas tutelas permiten que los servicios sean efectivamente prestados (Guzman, 2014). A eso debemos sumar las deudas de las entidades promotoras de salud con los prestadores. También el FOSYGA tiene un pasivo importante (C. EL COLOMBIANO, 2015)

2.2) La atención primaria en un contexto desregulado

En 2010 había cerca de 10 mil IPS: algo más de 9 mil eran privadas (AP, ambulatorios y hospitales) y mil 100 públicas (de ellas, cerca de 950 eran empresas sociales del Estado, 850 de AP); unas 350 eran de transporte especial (ambulancias) y 700 tenían un objeto social diferente (Giedion y Cañón, 2014). Había además 35 mil profesionales en sus propios

consultorios independientes. Hay unos 30 municipios que no tienen IPS públicas y unos 500 que no tienen privadas. (Guzmán Finol, 2014).

Históricamente la atención primaria se prestaba en centros tradicionales, pero la Ley 1.438 de 2011 impulsó un modelo APS basado en equipos básicos de salud. Las 850 IPS públicas de atención primaria se dividen en 2.879 sedes (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). Las IPS son dependientes de las autoridades locales de salud, cada una con un modelo propio pero con poca coordinación (Esteban, Amaro, & Basallo, 2004). En estos casos, no hay manera en que las EPS contributivas o subsidiadas integren sus acciones con las del territorio, ni les interesa el Plan de Salud Pública, eso sólo sucede en algunos casos por iniciativas de las gestiones municipales.

En lo que hace al personal, en muchos casos sólo hay promotores, auxiliares, y, muy pocos médicos con especialidades afines; los más centrales tienen equipos completos (ISAG, 2014). En algunos casos no hay doctores por motivos presupuestarios, en otros, por el rechazo de los equipos multidisciplinarios a la presencia del médico. (MPS y OPS/OMS. 2012). En los municipios de menos de 20mil habitantes el déficit de profesionales es casi total (Girón, 2015)

Además, a pesar de los esfuerzos formativos (PUJ/UIS, 2011; Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012b; ISAGS.2014) hay menos de 500 médicos de familia, (Observatorio de Talento Humano en Salud, 2014).

La opinión general es que los municipios y los centros existentes no son capaces de sostener la actividad (ISAG, 2014). El propio Ministerio de Salud y Protección Social (2014) atribuye a éstos la imposibilidad de tener otro enfoque centrado en la persona.

Con la ley 100 de 1993 hubo un franco retroceso en la conformación de la APS pues se la redujo a simple atención clínica y a un paquete básico de acciones en Salud Pública. Luego, en 2007, ha habido intentos de articular la APS a partir del Plan Nacional de Salud Pública y los equipos de salud del 2011. La APS sigue dependiendo de los entes territoriales, los casos de mayor compromiso son Medellín y el Valle de Cauca (Molina, 2012; Jerez, 2014)

2.3) Los hospitales en la encrucijada

Gideion y otros (2010) afirman que no se conoce el número de hospitales públicos y privados. LA WHO (2014) tampoco presenta datos de la cantidad de hospitales en Colombia en su informe mundial. Según información de la Asociación de Hospitales (2016), hay mil 60 públicos y 8 mil privados. Hay 66 mil camas habilitadas, lo cual arroja una razón de 1,6 camas

por 1mil habitantes, 44% son públicas. Además hay grandes asimetrías regionales: por ejemplo, en Cundinamarca es 1, en Bogotá es 2 y en Sucre se acerca a 3. El 70% de las salas de partos y servicios de urgencias están ubicadas en instituciones públicas, esa cifra sube al 86% en municipios que no son capitales. Más del 75% de los quirófanos habilitados se encuentran en instituciones privadas, el 68% en capitales (Giovanella, Feo, Faria y Tobar (2012).

Las 41 IPS de alta complejidad existentes están localizadas en 20 municipios, 17 de ellas en Bogotá y 4 en Santander. Una, Hato (Santander), está en uno de los municipios que solo tienen IPS públicas, y siguiendo la tendencia antes mencionada tampoco cuenta con algún prestador de nivel bajo y medio. Finalmente, en 445 entidades territoriales solo hay IPS de baja complejidad (Guzman, 2014)

Los hospitales públicos son empresas sociales del Estado, con personería jurídica, titularidad de activos, autonomía administrativa y con normas de compras y contratos del sector privado. Están sometidas a una fuerte competencia, pero desde 2011 también a un fuerte control político local. Dependen formalmente de las secretarías de salud departamentales y municipales que nombran al director que debe ser médico. Tienen una junta directiva compuesta por representantes del sector público y privado.

Sin embargo, la norma del personal es rígida. El Gobierno Nacional define las escalas salariales. Respetando estos techos, las entidades territoriales de salud pueden establecer variaciones de acuerdo con su propia disponibilidad de fondos (Jaramillo, 2016). El director tiene pocas prerrogativas.

Obviamente no reciben fondos del Estado, sino que éste se los transfiere a las EPS y ARS a modo de subsidio para financiar el POS y éstas hacen los pagos a los proveedores. En su gran mayoría trabajan para las ARS y el RS, sólo el 11% de las unidades públicas son contratadas por las EPS del régimen contributivo (Gomez, 2012). Mientras que los hospitales públicos firman generalmente contratos de pago por evento tanto con ARS como por EPS, los privados con las EPS arreglan cápitas, aunque hay cada vez más pagos por procedimiento. El estudio de Martínez (2007) muestra que un 40% de las ARS sólo incorporan al contrato requisitos esenciales, un 60% incluyen sistema de calidad.

Como ya dijimos, entre 1998 y 2001, la recesión redujo la capacidad del gobierno central de financiar la ampliación del seguro y los hospitales entraron en crisis. Recién a mediados de la década sucesiva se reactivó la inversión y aumentó la cantidad de personas cubiertas por el seguro. La Ley en 2011 amplió la cobertura y el gasto, además se hicieron modificaciones para aumentar el control: se incluye como miembro de la Junta Directiva al gobernador del

departamento o su delegado y el Director pasa a ser elegido por la autoridad, prohibiendose diversas incompatibilidades (Ballesteros, 2013).

A pesar de esas medidas de ajuste, la situación de casi el 60% los hospitales es problemática (Notiamérica.com.2015; Tono, Cueto, Giuffrida, Arango y López, 2010). Según Botero López, Rendón Torres y Herrera Giraldo (2012) llegó a haber 19 EPS del régimen subsidiado, 10 EPS del régimen contributivo y 9 cajas de compensación intervenidas o en un régimen parecido. El 57 % de los hospitales públicos tienen que implementar medidas de ahorro.

Por un lado, el gobierno y las entidades territoriales aportan menos de lo necesario para el RS, los seguros llevan adelante un proceso de negociación de precios durísimo (Patiño, 2013). Además, éstos se abusan de los plazos de pago y tienen deudas enormes con los hospitales públicos (Ferrer, 2014; Bernal y Barbosa, 2015; El Heraldo.2016).

La situación parece además convalidada por los problemas de gerencia de los hospitales públicos (Torres y Paredes, 2005). Es que éstos reciben siempre menos relativamente, mientras se les exige eficiencia, algo casi imposible. Otros aprovechan y dicen que todo es consecuencia de la corrupción y la ineficiencia del Estado (Moreno y López (2009). El camino de los ciudadanos es la cautelar (Semana, 2010).

Por su parte, las IPS privadas incluyen clínicas con o sin internación, además están los médicos que atienden independientes. Representan el 66% de las camas del sistema. Funcionan igual que los hospitales públicos: las EPS o ARS les pagan cuando prestan los servicios y los facturan; en este caso trabajan más con el RC para poder fijar copagos, pero están en negociaciones continuas con los seguros. La Superintendencia Nacional de Salud ha realizado diversos procedimientos en los que detecta irregularidades contables, administrativas, etc.

Muchos de estos hospitales se especializan en alta tecnología y se focalizan en los barrios de mayor poder adquisitivo de los grandes centros urbanos (Martínez, 2013). Además, realizan grandes obras de construcción y se equipan (El Tiempo, 2016). Salvo en lo que hace a la inversión en equipos, no hay evidencia de que la atención sea superior, pero las condiciones son otras. Guzman (2014) recopila los informes de calidad y plantea que la información es poco fiable dado que muchas no lo presentan y además hay datos incongruentes. Sin embargo, marca que en urgencias, por ejemplo, en el 74% de los departamentos, los pacientes esperaron menos minutos en las IPS públicas. La diferencia puede ser hasta de 19 minutos. El mismo autor plantea que según su estudio, en el 65% de los departamentos del país las IPS públicas obtienen mejores resultados que las privadas (Guzman, 2014). Sarmiento y otros

(2006) había llegado a la conclusión que los hospitales de agudos públicos presentaban un buen nivel de eficiencia. Es interesante mostrar, como lo hacen Bonet-Moron & Guzman (2015) que la eficiencia cae en el resto de los hospitales públicos .

En el ranking de América Economía para 2012, la Fundación Valle de Lili (privada) se ubicaba en el puesto número 4 y otras cuatro están en el top 10 (AméricaEconomía Intelligence, 2013). Pero son todos privados y de elite.

2.4) Los médicos reproducen el dualismo

En 2010 había en Colombia alrededor de 226 mil 600 profesionales del sector salud, de esos unos 80 mileran médicos (la gran mayoría generalista), es decir 1,77 cada mil habitantes. Pero hay grandes asimetrías: 3,26 en Bogotá y 0,30 en cuatro de los departamentos más pobres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012c; Giedion & Cañón, 2014).

Hay 58 facultades de medicina, 14 de ellas en Bogotá. El 30% de las carreras se concentran en 6 instituciones privadas con un 57% de los médicos que se han recibido en ellas. Sólo una tercera parte tiene acreditación de alta calidad, cerca de un 20% posee hospital propio. Hay 34 hospitales universitarios, con características similares desde el punto de vista legal que el resto (La Opinión, 2016) y muy pocos acreditados (Ortiz, 2016). Doce facultades están localizadas en Bogotá, Medellín, Cali, y Barranquilla, con el 90% de la oferta de formación en especialidades clínicas, con los consecuentes problemas de distribución y capacidad resolutiva en las distintas zonas geográficas (Cardenas Lopez, 2014). Según Fernández Ávila, Mancipe García, Reyes Sanmiguel, Díaz, Gutiérrez (2011) la mayor calidad educativa se encuentra en las universidades públicas.

Hay 42 mil enfermeras, o sea 0,9 cada mil habitantes, le siguen con cifras similares los terapistas y los odontólogos (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Las principales instituciones representativas son la Federación Médica Colombiana, los Colegios Médicos, y las Agremiaciones médicas de diversas especialidades. Estas organizaciones, se opusieron siempre al modelo del año 93, por haberle dado todo el poder a las aseguradoras (Hernández Cifuentes, 2012). Sin embargo, no hubo gran resistencia.

En relación a la regulación de la actividad profesional, luego de diversos avatares jurídicos, se definió un mecanismo obligatorio de habilitación y recertificación mediante el Sistema de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud, que delegó la tarea en los Colegios Profesionales; también juegan un papel en esos procesos, las sociedades científicas, la Academia Nacional

de Medicina y la asociación *Colombiana* de Facultades de Medicina- ASCOFAME (Acosta, Ruíz Gómez, y Ayala, 2014; ISAGS.2012). Hay además un Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).

Los Médicos de las IPS, tanto de atención primaria como de hospitales públicos, dependen de la carrera administrativa, pero según Giovanella, Feo, Faria, y Tobar (2012), el 31,8% tienen contratos formales a tiempo indeterminado. El resto son contratos flexibles, con pago por servicio, es decir, terciarizados. Obviamente este es el resultado más crítico de la reforma de 1993 y 2003.

Los ingresos medios del personal son bajos. Las agremiaciones no se han puesto a la cabeza de los reclamos, incluso en el último período han recrudecido movimientos locales o luchas individuales. Tal vez la más activa sea la Asociación Colombiana de Medicina General, y en menor medida el Colegio Médico (El Tiempo, 2016). En contrapartida, un médico prestigioso que trabaja en un hospital privado en alta complejidad, puede cobrar unos 5 mil dólares (Informigration 2014 Y 2015).

2.5) La poca cobertura en medicamentos

El gasto farmacéutico total en Colombia en 2010 fue el 12% del gasto total en salud (OPS, OMS, Ministerio De Salud.2012). Coexisten dos mercados: el institucional, para los afiliados al sistema de seguridad social, fundamentalmente en base a genéricos y esenciales entregados por las IPS o por farmacias adscritas a la EPS del afiliado, previa prescripción médica; y el privado, mediante medicamentos de todo tipo vendidos a través droguerías al cliente. El listado de medicamentos al que tienen derecho los afiliados a la seguridad social es limitado (Velásquez, Portilla y Acosta, 2010). A pesar de lo expuesto, los genéricos eran el 17% del total en 2010 (Ministerio de la Protección Social, 2011).

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos es el organismo de referencia científica**.** Los oferentes son unas 130 empresas, 75% filiales de multinacionales y 25% laboratorios nacionales. Como sucede en todo el subcontinente, el mercado está concentrado: entre las principales compañías se destacan: Bayer, Audifarma, Laboratorios Baxter, Productos Roche (Sectorial, 2012). La balanza comercial es deficitaria (Bustamante, 2007)

El ente regulador es el Ministerio de la Protección Social que emite las guías, informa de precios y calidades. Entre los organismos adscritos está la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos integrada por este Ministerio, Hacienda, Presidencia y un grupo técnico asesor,

quien negocia precios con la oferta y la demanda. Desde 2006, la Comisión controla los precios de medicamentos iguales y los compara con otros países, controla los criterios para los aumentos de precios y exige informar las variaciones. El modelo es muy cuestionado, por ejemplo, Gutiérrez y Guzmán (2014) plantean que este mecanismo dio vía libre a los laboratorios para establecer los precios, con la sola condición de informar. Claro que las compras del mercado institucional están más controladas (De Paula Gómez, 2012), pero la influencia de los genéricos aun es baja.

Ante la dinámica del gasto en medicamentos, el Ministerio de Salud impuso precios máximos a los recobros al FOSYGA desde el 2011, y precios de referencia para todos los medicamentos que se transan en el mercado. Sin embargo, aún están pendientes: un documento Conpes sobre medicamentos; un decreto que defina las reglas del juego sobre la competencia y producción de medicamentos biotecnológico como por ejemplo, con precios de referencia internacionales que ayuden a definir la política de precios. Hay consultorías en camino, pero el proceso ha sido demorado (FEDESARROLLO, 2013). Este año, el ministro de salud, alertó, durante la Asamblea Mundial de la Salud que se lleva a cabo en Ginebra (Suiza), sobre el riesgo que corre el desarrollo sostenible en Colombia por los altos precios de los medicamentos que hacen insostenible el sistema de salud en el país. Esto se debe a una pelea con farmacéuticas para habilitar bajas de precios y pasarlos a genéricos; específicamente hay una pelea con la multinacional Novartis por un medicamento contra el cáncer (El Espectador, 2016)

En un informe realizado por la Defensoría del Pueblo en 2011 se ve que la solicitud de medicamentos era el mayor causante de los pedidos de tutela. De estos, el 34,9% de las solicitudes se encuentran incluidas en el POS, y los más reiterados son el oxígeno, el ácido acetilsalicílico (aspirina), el Omeprazol y la Ciclosporina (Martinez F. , 2013).

2.6) Un modelo de investigación en salud con cierto apoyo político y pobres resultados

Colombia invierte en I+D el 0.26% de su PBI. No hemos encontrado el dato sobre la distribución entre gasto público y privado.

Las instituciones rectoras de la investigación son el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNCyT) y COLCIENCAS-Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-, antiguo Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas”.

En cuanto a la investigación en salud, las directivas específicas las da el Ministerio de Salud mediante el Plan Decenal de Salud Pública (Marin, 2015). En 2005 se realizó la I Reunión Nacional de Construcción de una Agenda de Prioridades de Investigación en Salud. Se obtuvieron áreas globales: enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas emergentes, Tuberculosis/Lepra, infección nosocomial e infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA (Agudelo, y otros, 2009).

Naturalmente, incide el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamento (INVIMA) que realiza la evaluación de causalidad, gestión de riesgos, investigación de casos y registra las patentes (Huertas Vega, 2012)

Los principales actores son universidades y centros de investigación, entre estos últimos el histórico Instituto Nacional de Salud, que a partir de los 2000s inició un proceso de redefinición y reorganización, y cambió su naturaleza jurídica para convertirse en un instituto científico y tecnológico. A juzgar por las publicaciones, le sigue el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas (CIDEIM), y el Instituto Colombiano de Medicina Tropical. Debe mencionarse también el Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Los hospitales trabajan en proyectos asociados a estos institutos (Alvis-Guzmán & De La Hoz-Restrepo, 2006). Las Empresas Promotoras de Salud-EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS participan rara vez de proyectos.

En número de patentes registradas y publicaciones en revistas reconocidas, Colombia aparece en sexto lugar después de Brasil, México, Argentina, Chile y Venezuela (Hernández Barbosa, n.d), lo mismo en cuanto a la graduación en doctorado (Delgado-Bravo, Naranjo-Toro, Castillo, Basante, & Rosero-Otero, 2014). De todos modos, Estrada (2012) dice que la labor investigativa de las maestrías y los dos doctorados del país, así como la de los estudiosos de la salud pública, hace presencia en los congresos o en las páginas de memorias o revistas especializadas, con esfuerzos ingentes por alcanzar la visibilidad y el reconocimiento.

El sector farmacéutico tuvo una mayor presencia en el tejido industrial hasta los 80s, con fuerte presencia de multinacionales, pero aún conserva el 2,4% de la producción y el 4% del PBI (Moscoso, 2013). También son importantes los equipos de irradiación y electrónicos de uso médico y terapéutico (Fedesarrollo, 2015). Los laboratorios locales se dedican a genéricos, como es el caso de Genfar, pero este fue adquirido por la multinacional Sanofi Aventis (Moscoso, 2013). Los locales tienen vedada la información de los ensayos clínicos que ha servido a las multinacionales para obtener su registro sanitario. La investigación no parece que vaya a prosperar de este lado.

2.7) La brecha entre los avances institucionales en TICs y su concreción en la práctica

En Colombia está el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones que lidera, junto con diversas entidades públicas y privadas, los llamados «nodos de innovación», que buscan ser el puente entre la oferta y la demanda de TICs para su uso en sectores prioritarios para el Gobierno. De este ente dependen los fondos para proyectos de I+D, servicios estatales en línea, etc.

Los mismos se otorgan según las prioridades de la «Agenda Estratégica de Innovación», muy general. La agenda correspondiente a salud es de 2007 y no escapa tampoco a lo dicho (Castro, 2012). Objetivos similares surgen del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones 2008-2019, del documento Sistema de Información Integrado del Sector Salud en el marco del Ministerio de Comunicaciones, la Ley 1341 de 2009,(que establece que el Ministerio apoyará el desarrollo de la Telesalud en Colombia), y de la Ley 1438 de 2011 en la que se define al Ministerio de la Protección social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones como autoridades (Sanchez, 2015).

Se trata de avanzar en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social (RUAF), el Sistema de Información para la Regulación del Mercado de Medicamentos (SISMED) y otros y un componente de telemedicina que conectó casi 900 instituciones.

El Plan TIC 2008– 2019 y Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 incorpora el fomento de la telemedicina para zonas de difícil acceso. El Ranking de Penetración de Internet, pone en evidencia que la cobertura sigue siendo mayor en los departamentos con menos problemas de acceso a la salud (Avella Martinez & Parra Ruiz, 2013).

En lo que más se avanzó es en el primer objetivo, tener registrados a los afiliados a la protección social. El porcentaje asciende al 87%. En cuanto al porcentaje de entidades del orden nacional que ofrecen información de acuerdo con los estándares establecidos, el declarado es del 69%, las entidades que intercambian información con otras para trámites y/o servicios en línea es pobre: el 19%. Es que los prestadores de servicios, sean estos públicos o privados y los gobiernos locales tienen sus propios sistemas de información (Bernal-Acevedo & Forero-Camacho, 2011).

Por otro lado, la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM) desarrolló con dos centros de referencia para la telemedicina, la Universidad de Caldas y la Universidad Nacional

de Colombia, un paquete básico que incluye consultas externas especializadas, además de consulta de radiología e imágenes diagnósticas (Fernandez, 2010). La universidad de Caldas desde el 2000 realizó más de 2 mil 900 teleconsultas con más de 13 mil imágenes digitalizadas trasmitidas. Además, en el marco de los convenios que se han realizado con el Ministerio de la Protección Social (MPS) y CAPRECOM EPS desde el año 2008, ha prestado servicios de consulta especializada y cuidados intermedios en centros de salud remotos de 43 municipios de 11 departamentos, atendidos desde la unidad localizada en el Hospital Santa Rita.

Si bien diversa normativa puede entenderse como un estímulo a la Historia clinica electronica y e-seguimiento, los avances son pobres. En los estudios sobre uso de TICs en la salud, se ve a Colombia como limitado, con causas como, una segmentación general de la oferta, falta de capacidad de coordinación y falta de recursos (Sanchez, 2015)

Los proyectos que surgen de nuestro relevamiento de medios, en la mayoría son privados. Uno es el de citas médicas a través de internet de Metrosalud, el seguro público de la Alcaldía de Medellín. Desde el municipio dicen que se prestará especial atención a dar turnos en los centros comunales o en las sedes de Metrosalud, sólo a los que no pueden hacerlo telemáticamente.

Otro caso reportado es típico de salud domiciliaria. Se trata de un programa desarrollado por la firma Emermédica, que permite al afiliado solicitar asistencia domiciliaria, trazabilidad en tiempo real de servicios, manejo de urgencias y trámites con especialistas, consultar en el mapa satelital cómo se acerca la tripulación médica al sitio del servicio, además de recibir información permanente sobre las atenciones en curso.

Otro programa típico es la App para camilleros desarrollado para el Centro Médico Imbanaco, Cali, por la empresa Claro; los camilleros pueden reportar el lugar del hospital donde se encuentran y medir así los tiempos de respuesta. En las paredes de los pasillos de Imbanaco fueron instaladas una serie de etiquetas inteligentes que funcionan con la tecnología *Near Field Communication*, NFC, en las cuales los camilleros deben acercar el celular (a 3 centímetros) y automáticamente se transmite su punto de ubicación y cuanto se demora en realizar cada servicio. Es un modo además de controlarlos.

También en Colombia hay proyectos de atención de pacientes con infarto agudo del miocardio mediante la implementación del programa LATIN. Es el caso del proyecto de Barranquilla que instaló este programa, una herramienta de prestación de servicios a distancia que determina el diagnóstico y tratamiento efectivo de la persona en menos de 10 minutos, con apoyo de la IPS

Universitaria y probado en el CAMINO Universitario Adelita de Char, conectado a cardiólogos informados a través de teleconsulta y administración completa de las opciones terapéuticas.

Otro caso mencionado en los medios es el Hospital Digital, incorporado por el Hospital Universitario de Caldas. Se lleva el control del personal, equipos, medicamentos, turnos, uso de las camas, pacientes, historia clínica, referencia y contrareferencia, etc.

Del relevamiento de web surge que como sucede en los PSD, el avance es muy menor. El Ministerio de Salud y Protección Social promociona ClicSalud, un programa en el cual todos los precios de un mismo medicamento, pero de diversos laboratorios. También hay información sobre cuáles son las EPS y las IPS mejor calificadas según los propios pacientes. Se pueden consultar formas de administración, efectos secundarios, incompatibilidades entre medicamentos, etc. POS Pópuli es una herramienta de consulta que permite realizar consultas acerca de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.
En el Departamento de Antioquia se presenta PAISOFT 2, un software que apoya el manejo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), pero no logra ser un historial Individual de Inmunizaciones. El Municipio de Medellín tampoco sobresale, solo vimos LivingLab Telesalud, conformado por un equipo humano interdisciplinario de técnicos, tecnólogos y profesionales que unen esfuerzos para desarrollar innovación on line.

Algo más hemos encontrado en la Gobernación Cundinamarca donde se publicita la Historia Clínica Electrónica Unificada, un proyecto de gran escala, para los 35 Hospitales de la Red pública departamental, incluidos sus unidades funcionales, centros y puestos de salud. Pero no hay progresos visibles. Hay un Aula Virtual y se anuncia un Call Center para realizar las tareas de coordinación entre hospitales.

Lo mismo sucede en Bogotá, que también se propone la unificación de los sistemas de información administrativos y clínico-asistenciales- en las Subredes Centro Oriente y Sur y el fin de la historia clínica en papel y acceso a este documento desde cualquier punto de atención de la subred.

A través de la revisón del uso que le dan los organimos de Colmbia a la web surge que el ministerio utiliza una diversidad de herramientas novedosas para comunicar, y un porcentaje de notas útiles superior a la media. Incluso importante número de links a servicios a través de la ventanilla única. Lo mismo sucede con el Instituto Nacional de Salud (INS), pero este tiene menos servicios on line. A nivel municipal las páginas no son ni muy buenas ni muy útiles, Medellín tiene fuerte el item de links a servicios, pero con problemas técnicos graves.

Bibliografía

Acosta, O.; Ruíz Gómez, F.; y Ayala, U. (2014). Los recursos humanos de la salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Bogotá: Cendex: Fedesarrollo: Family Health Foundation, 2001 en http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf

Agudelo, C., de la Hoz, F., Mojica, M., Eslava, J., Robledo, R., Cifuentes, P., & Avis, N. (2009). Prioridades de Investigación en Salud en Colombia: Perspectiva de los investigadores. Rev. salud pública., 301-309. http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n2/v11n2a14.pdf

Alcaldía Distrital Barranquilla. (2015) en http://www.barranquilla.gov.co/salud/index.php?option=com_content&view=article&id=990:2015-04-08-03-39-58&catid=16:noticias&Itemid=50

Alvis-Guzmán, N., & De La Hoz-Restrepo, F. (2006). Producción Científica en Ciencias de la Salud en Colombia, 1993-2003. Revista de Salud Pública, vol. 8, núm. 1, 25-37. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000100003

AméricaEconomía Intelligence. (2013). E busca del estandar. AmericaEconomía, http://www.procolombia.co/sites/default/files/informe_completo.pdf.

Andrade Pereiro, L. (2013). Responsabilidad del empleador por aportes previsionales cuando el ISS no tenía cobertura de riesgo de vejez. Santiago de Cali: Universidad ICESI.

Arango, M., & Restrepo, J. (2002). Estructura y conducta de la oferta de seguros de Salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antoquia.

Arango Bayer, G. 2015. Conflictos éticos que se presentan a médicos de tres centros hospitalarios de Bogotá, Colombia. Revista Latinoamericana de Bioética, 15(1), 108-119 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022015000100010

Arango-Soler, J. M., Luna-García, J., Correa-Moreno, Y., & Campos, A. (2013). Marco legal de los riesgos profesionales y la salud ocupacional en Colombia, Siglo XX. Rev. salud pública, 354-365. http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n3/v15n3a03.pdf.

Ardila Sierra, A. (2016). Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Arenas Monsalve, G. (2011). El derecho colombiano de la seguridad social en http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202014/ArchivosSEGURIDADSOCIAL/7%20El%20derecho%20colombiano%20de%20la%20seguridad%20social.pdf

Arias Jiménez, F. (2013). “Las cifras de la industria farmacéutica” en C. el Colombiano, publicado el 6 de junio de 2013. Disponible en http://www.elcolombiano.com/historico/las_cifras_de_la_industria_farmaceutica-CBEC_245430

Arley Bolaños, E. (12 de mayo de 2016). Cuidados intensivos para el lavado de dinero. Obtenido de El Espectador: http://www.elespectador.com/noticias/economia/cuidados-intensivos-el-lavado-de-dinero-articulo-632063

Arrieta Mendoza. (2011). Las reformas del sistema pensional colombiano. http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/08859.pdf.

Arroyave Zuluaga, I. (2006). La prestación de servicios de salud en Colombia De la caridad pura a la facturación rasa. El Pulso. Año 7. No 89, http://www.periodicoelpulso.com/html/feb06/debate/debate-01.htm.

Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Morrison, H., Reynaldo, & Suárez Jiménez, J. M. (2011). Redes Integradas de servicios de Salud: el desafio de los hospitales . OPS. http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf.

Ávila Orjuela, P. (2012). La nueva función de la Superintendencia Nacional de Salud: Juez y Conciliador en Derecho. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/nueva-funcion-Superintendencia.pdf: Superintendencia Nacional de Salud.

Avila, P. (2012). La nueva función de la Superintendencia Nacional de Salud: Juez y Conciliador en Derecho. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/nueva-funcion-Superintendencia.pdf: Superintendencia Nacional de Salud.

Avella Martinez, L., & Parra Ruiz, P. (2013). Tecnología de la información y comunicación en salud (Tics) en el sector salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia . http://www.bdigital.unal.edu.co/11172/1/laurayanethavellamartinez.2013.pdf

Arroyave Zuluaga, I. (2004). Hospitales colombianos: Más de 100 años de soledad en http://www.periodicoelpulso.com/html/nov04/debate/debate-01.htm

Arroyave Zuluaga, I. (2006). La prestación de servicios de salud en Colombia. De la caridad pura a la facturación rasa en http://www.periodicoelpulso.com/html/feb06/debate/debate-01.htm

Astorga, Cueto y Muñoz (2015) “Situación de los Hospitales Públicos de Colombia 2013/14”, BID en https://www.sgr.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=oyd1HZQPfWI%3D&tabid=82

América Latina. Una comparación regional en https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf?sequence=4

Banco Mundial. (1982). Colombia. Examen del sector de la salud en http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/03/24/000334955_20100324033532/Rendered/PDF/41410SR0SPANIS101Official0Use0Only1.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo. (2014). Planes de beneficios en salud de

Barbosa, J. y Giovanni, W. (2009). El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. Revista EAN, (67), 107-120 en http://www.redalyc.org/pdf/206/20612971008.pdf

Bardey, D., & Castaño, R. (2007). La regulación de tarifas en el sector salud en Colombia. Revista económica institucional. vol.9 no.17 , http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962007000200014.

Bardey, G.; Zapata, j.; Buitrago, G. y Concha, T. (2013). Mercado de seguros voluntarios de salud en Colombia Informe Final.

Barona, B. (2000). El funcionamiento de las empresas solidarias de Salud (ESS) recomendaciones para mejorar la eficacia y eficiencia y estudio de evaluativo. Estudios Gerenciales, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232000000200005.

BCN. (2011). Agencias Nacionales de Medicamentos: Institucionalidad comparada. Santiago de Chile: Comisión Salud de Cámara de Diputados de Chile.

BDO. (2014). Informe sectorial: Laboratorios e industria farmacéutica. CABA, Argentina: BDO Finanzas Corporativas S.A http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/283461E971984BB605257C2E007D7291/$FILE/BDO_Reporte_Sectorial_Ind_Farmaceutica.pdf.

Bejarano, J. (2011). Historia y desarrollo de la enfermería en colombia. Revista de la Facultad de Medicina. Volumen XVII, NQ 1, Julio, 1948, 1076-1085. http://www.bdigital.unal.edu.co/26951/1/24642-86431-1-PB.PDF.

Bernal, O. y Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. salud pública de méxico, 57(5), 433-440 en http://saludpublica.mx/insp/index.php/spm/article/view/7623/10375

Bernal-Acevedo, O., & Forero-Camacho, J. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud , 85-100. http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a06.pdf

Bonet-Moron, J., & Guzman, K. (2015). Un análisis regional de la salud en colombia. http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf.

Botero López, C.; Rendón Torres, L. y Herrera Giraldo, A. (2012). La salud en Colombia ¿Un sistema de salud o de enfermedad? Revista Médica de Risaralda, 18(2), 183-184 en http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v18n2/v18n2a15.pdf

Bustamante, S. (2007). Sector Farmacéutico Colombiano en http://www.corfivalle.com/WebCorfivalle2/Repositorio/archivos/archivo326.pdf

C. el colombiano. (2015). “A las clínicas y hospitales del país le deben 5.8 billones de pesos según gremio de ips” en C. el colombiano, publicado el 6 de noviembre de 2015. Disponible en http://www.elcolombiano.com/negocios/a-hospitales-les-deben-5-8-billones-gremio-YF3052735

Calderón, C.; Botero, J.; Bolaños, J. y Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2817-2828 en http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/20.pdf

Castaño Castrillón, J. (2013). El sistema de salud colombiano. Archivos de Medicina Volumen 13 Nº 2-Julio-Diciembre de 2013, 115 en http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/218/322

Castro, A. (01 de noviembre de 2012). Las prioridades de la e-salud en Colombia ya están establecidas. Obtenido de El Hospital : http://www.elhospital.com/temas/Las-prioridades-de-la-e-salud-en-Colombia-ya-estan-establecidas+8090301

Céspedes, j.; Jaramillo, I.; Martínez, R.; laya, S., Reynales, J.; Uribe, C.; Castaño, R.; Garzón, E.; Almeida, C.; Travassos, F. y Angarita,J. (2010). Efectos de la reforma de la seguridad social

en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. Revista de Salud Pública, 2(2), 145-164 en http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18934/19843

Cardenas Lopez, H. (2014). La realidad del médico general en Colombia. Revista Salud Bosque ¦ Volumen 4 ¦ Número 2, http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/20/6.

Carrion, G. (2008). Debilidades del nivel regional en el ordenamiento territorial colombiano. Aproximacion desde la normativa política administrativa y usos de lsuelo . ACE© AÑO III, núm.7, junio 2008, http://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/5648/9_GUSTAVO-CARRION.pdf.

Castañeda, C., Fonseca, M., Núñez, J., Ramírez, J., & Zapata, J. G. (2012). La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano -Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogota: Fedesarrollo. http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf.

Chacón Barliza, O. (2005). Roberto Rueda Williamson: su gesta en la enseñanza de la nutrición y la creación del instituto Colombiano de Bienestar familiar. Revista de la Facultad de Medicina. Univ Nac Colombia. Vol. 53 No. 3, http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v53n3/v53n3a02.pdf.

Céspedes-Londoño, J.; Jaramillo-Pérez, I.; y Castaño-Yepes, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia en http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SERVICIOS%20DE%20SALUD.%20COLOMBIA.PDF

Chávez, G.; Sierra, R., Lopera, M. y Montoya, T. (2004). El plan de atención básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. Rev. Fac. Nac. Salud Pública,22(2), 77-89 en https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079686

Chica García, A. 2016. “Gerentes de Hospitales públicos preocupados por falta de pacientes” en El Heraldo. Publicado el 2 de marzo de 2016. Disponible en http://www.elheraldo.co/local/gerentes-de-hospitales-publicos-preocupados-por-falta-de-pacientes-246311

Chichizola, L. (2002). EL MERCADO DE LA SALUD EN COLOMBIA Y LA problematica del alto costo. Problemas del Desarrollo. Vol. 33, no. 131, X-XII.

Colciencias (2008). Colombia construye y siembre futuro. Política Nacional de fomento a la investigación y la innovación en http://www.cna.gov.co/1741/articles-311056_ColombiaConstruyeSiembraFuturo.pdf

Colombia (1963). Ley 12 de 1963 en http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/normatividad/leyes/ley_12_14_05_1963.pdf

De Paula Gómez, F. 2012. “Mercado farmacéutico, descripción y cifras” en Portafolio publicado el 10 de Agosto de 2012. Disponible en http://www.portafolio.co/opinion/redaccion-portafolio/mercado-farmaceutico-descripcion-cifras-94562

Delgado-Bravo, A., Naranjo-Toro, M., Castillo, R., Basante, Y., & Rosero-Otero, M. (2014). Tendencias de investigación en salud. Aquichan, 2014; 14(2):, 237-250. http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2207/htm

Díaz, L. 2008. La seguridad social en salud en Colombia en https://www.princeton.edu/cmd/working-papers/idlac08/wp0805g.pdf

Edgar, C. (2011). La reforma al sistema de salud en Colombia y la calidad de la atención. Revista Normas & Calidad, http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20No%2088.pdf.

El Espectador. (23 de mayo de 2016). Desarrollo sostenible, en riesgo por altos precios de medicamentos: Minsalud. Obtenido de http://www.elespectador.com/noticias/salud/desarrollo-sostenible-riesgo-altos-precios-de-medicamen-articulo-633939

EL Tiempo. (13 de diciembre de 2012). Gobierno liquidó comisión que regulaba la salud. EL Tiempo, págs. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12449605.

El Tiempo. (18 de diciembre de 2015). Gobierno aumenta en 9,45% pago a las EPS por cada afiliado. El Tiempo, págs. http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/aumento-de-la-upc-para-2016/16461891.

Esguerra, N. (2013). Análisis de los Sistemas de Salud Colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública. Bógota: Facultad de Ciencias políticas y gobierno.

Estrada, J. H. (2012). Panorama de la investigación sobre salud pública en Colombia: primeras aproximaciones. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 30 , 82-85. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025811021

Esteban, A., Amaro, J., & Basallo, A. (2004). La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos). Revista de la SEMG. N`º 64, 311-315.

Echeverri, O. (2008). de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev Panam Salud Publica, 24(3), 211 en http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a08v24n3

El Espectador.2016. " El Sistema de Salud en Colombia no es equitativo": Marcela Vélez en El Espectador, publicado el 29 de febrero de 2016. Disponible en http://www.elespectador.com/entretenimiento/unchatcon/el-sistema-de-salud-colombia-no-equitativo-marcela-vele-articulo-619354

El Tiempo. (2012). "Gobierno liquidó comisión que regulaba la salud" en El Tiempo, publicado el 13 de diciembre de 2012. Disponible en http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12449605

El Tiempo.2016. "Devaluación acelera inversión extranjera en los hospitales top" en El Tiempo, publicado el 28 de febrero de 2016. Disponible en http://www.eltiempo.com/economia/sectores/inversion-extranjera-en-hospitales/16523212

Eslava, J. (2002). Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. Gerencia y Políticas de Salud, 1(2) en http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2900

Eslava, J. (1999). Seguridad social en salud: Reforma a la reforma.Revista de Salud Pública, 1(2), 105-116 en http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18954/19873

Esteban, A.; Amaro, J y Basallo, A. (2004). La privatización de la salud en Colombia (una reflexión para todos)." Medicina general 64 (2004): 311-315 en http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_64/pdf/311_315.pdf

Fajardo, H. (1994). Breve historia del Hospital San Juan de Dios y la educacion medica en la Universidad Nacional de Colombia. Revista de la facultad de Medicina. Universidad de Colombia, 166-169. http://www.bdigital.unal.edu.co/31863/1/31148-112785-1-PB.pdf.

FEDESARROLLO. (2013). Política de medicamentos en Colombia y su impacto sobre el sector salud. http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Pol%C3%ADtica-de-medicamentos-en-Colombia-y-su-impacto-sobre-el-sector-salud-Presentaci%C3%B3n-Andi-Cartagena-Leonardo-Villar.pdf.

Fernández Ávila, D.; Mancipe García, L.; Fernández Ávila, D.; Reyes Sanmiguel, E.; Díaz, M y Gutiérrez, J. (2011). Análisis de la oferta de programas de pregrado en medicina en Colombia, durante los últimos 30 años (1980-2010). Revista Colombiana de Reumatología, 18(2), 109-120

Fedesarrollo. (2015). Informe del Sector Farmacéutico. FEDESARROLLO. http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/Informe-Farmac%C3%A9utico-Julio-2015.pdf

Fernando Posada, A. (2016). “En Colombia solo hay 8 mil camas para atención de urgencias” en RCN Radio publicado el 4 de febrero de 2016. Disponible en http://www.rcnradio.com/nacional/colombia-solo-8-mil-camas-atencion-urgencias/

Forero Caballero, H. (2009). Momentos históricos de la medicina colombiana. Bogotá. http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf: Universidad Nacional de Colombia.

Franco, S. (2013). Entre los negocios y los derechos. Rev Cubana Salud Pública, vol.39, n.2 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000200008&script=sci_arttext

Franco-Giraldo, A. (2012). Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol, 30(1) en http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10

Franco-Giraldo, Á. (2012). Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Revista Gerencia y políticas de salud,11(22), 28-42 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000100003&script=sci_abstract

Gañan Echavarría, J. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf

Garay, L. (1998). Colombia: estructura industrial e internacionalización 1967-1996. Santafé de Bogotá.: Biblioteca Virtual del Banco de la República. http://www.banrepcultural.org/sites/default/files/libro.pdf.

Gaviria, J. (2003). Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. Economía y desarrollo, 2(1) en http://admonpublica.org/wp-content/uploads/2015/01/Descentraliazacion_Evalua.pdf

Giedion, U., & Cañón, O. (2014). Colombia: el Plan Obligatorio de Salud. Planes de beneficios en salud de América Latina, 81 en

https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf

Giedion, U., Villar, M., y Ávila, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado, Fundación MAPFRE en http://fundacionmapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf

Giovanella, L.; Feo, O.; Faria, M. y Tobar, S. (2012). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad. ISAGS en http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf

Gomez, L. (2012). La crisis hospitalaria: anñalisis de la producción y el pago por servicios individuales de salud en un hospital de primer nivel de atención de la red de Bogota . Revista Salud Bosque ¦ Volumen 2 ¦ Número 2 , 61-68.

Gorbaneff, Y.; Torres, S y Contreras, N. (2004). Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo en http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v14n23/v14n23a13.pdf

Gorbaneff, Y.; Torres, S y Contreras, N. (2008). Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 7(14), 177-186 en http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v7n14/v7n14a10.pdf

Guerrero, R.; Gallego, A.; Becerril-Montekio, V y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. salud pública de méxico, 53, s144-s155 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010

Gutiérrez Guzmán, O. (2014). Impacto que ha tenido en los últimos cinco años las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para frenar el alto costo de los medicamentos en Colombia en http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/12093/1/ENSAYO%20ALTO%20COSTO%20DE%20LOS%20MEDICAMENTOS%20EN%20COLOMBIA%20%20MARZO%2020014.pdf

Guzman, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en eColombia. e Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la Republica. http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_202.pdf.

Hernandez, C. (2012). “Agremiación médicas insisten en nuevo modelo de salud pública " http://www.ipc.org.co/agenciadeprensa/index.php/2012/07/27/agremiaciones-medicas-insisten-en-nuevo-modelo-de-salud-publica/

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad. saúde pública, 18(4), 991-1001

Hernandez Alvarez, M. (2000). La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia 1910-1946. Bogota. http://www.bdigital.unal.edu.co/20661/1/16847-59251-1-PB.pdf: Anuario Colombiano de Historia Social y la Cultura .

Hernández Álvarez, M. (2010). La fractura originaria en la organización de los servicios de la salud en Colombia 1910-1946. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura, (27), 7-26 en http://www.bdigital.unal.edu.co/20661/1/16847-59251-1-PB.pdf

Hernández Barbosa, R. (s.f.). Algunas consideraciones sobre la investigación científica en Colombia. : Coordinador del Área de Ciencias y Educación Ambiental del Gimnasio Moderno, Bogotá, Colombia http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA7_10_13.pdf.

Hernández Bello, A y Vega Romero, R. (2012). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. Gerencia y Políticas de Salud. en http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_1/salud_espacio_3.pdf

http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v18n4/10181.pdf

Hernández Alvarez, M. (2004). La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolitica, 1880 1950. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.

Huertas Vega, N. (2012). Perfil farmaceútico de la Republica de Colombia . Bogota : Documento técnico elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) . http://www.who.int/medicines/areas/coordination/pscp_colombia.pdf?ua=1

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2014). Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011 en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2016). Objetivos y Funciones en http://www.ins.gov.co/conocenos/Paginas/objeto-funciones.aspx

Isaza, F. (2011). Historia Legal del Seguro en Colombia. Análisis normativo del sector asegurador. http://www.fasecolda.com/files/1913/9101/5728/historia_legal_del_seguro_en_colombia.pdf.

Jaramillo, I. (2002). Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma. Gac Sanit , 48-53. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911102716324.

Jerez, A. (18 de octubre de 2014). Radiografía de la Atención Primaria en Salud muestra importantes desafíos para Colombia. Obtenido de Asi vamos en Salud: http://www.asivamosensalud.org/actualidad/radiografia-de-la-atencion-primaria-en-salud-muestra-importantes-desafios-para-colombia

Jimenez, W., & Rodriguez, F. (2012). Unificación del pos: una tardía solución que afecta la equidad en salud y ahonda la problemática del SGSSS. Odontología colombiana.

Jimenez, W., & Otros. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? Rev Colomb Cir , 81-90

La Opinión. (2016). “El reto para Colombia es acreditar más hospitales universitarios” en La Opinión, publicado el 25 de febrero de 2016. Disponible en http://www.laopinion.com.co/colombia/el-reto-para-colombia-es-acreditar-mas-hospitales-universitarios-107485#ATHS

Le Bonniec, Y. (2002). Sistemas de Protección Social Comparados: Colombia, Brasil y México. Rev. salud pública. 4 (3): , 203-239. http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/18572/19470.

Lizarazo, C., Fajardoa, J., Berrioa, S., & Quintanaa, L. (2010). Breve historia de la salud ocupacional en Colombia. Arch. Prev . Riesgos Lbor, 38-42. https://www.researchgate.net/publication/228637429_Breve_historia_de_la_salud_ocupacional_en_Colombia.

López, U. (2016). “La Salud y el 2016” en El Herlado publicado el 12 de enero de 2016. Disponible en http://www.elheraldo.co/columnas-de-opinion/la-salud-y-el-2016-237966

López, V. (2015). Entre tetas y tetes: Políticas de la lactancia materna en Colombia en http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/17066/1/SaurithLopezValerin2015.pdf

López, E., Ramírez, G., & Iglesias, A. (2004). Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos: una muerte anunciada. NOVA - PUBLICACIÓN CIENTÍFICA ISSN:1794-2370 VOL,

Lozano Jiménez, J.; Lozano Marmolejo, A y Lozano Gubbay, D. (2003). Diferenciación en la prestación de servicios de Medicina Prepagada y Plan Obligatorio de Salud-POS. Estudios Gerenciales, 19(86), 99-151.

Luján, F.; Ramírez, L y Jaramillo Pérez, I. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Assalud.

Luján, F; Ramírez, L y Pérez, I. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Assalud.

Marín, C. (2015). El Instituto Nacional de Salud: situación actual de la investigación y la innovación en salud pública en Colombia. Biomédica,35(1), 5-7 en http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2748/2684

Márquez Valderrama, J. (2014). Relación médico-paciente y mercado de la salud en Colombia. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 18(50) en Marquez Valderrama, J., Garcia, V., & Del Valle Montoya, p. (2012). La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX. Quipu vol. 14, núm. 3, 331-362. https://www.academia.edu/10287250/La_profesi%C3%B3n_m%C3%A9dica_y_el_charlatanismo_en_Colombia_en_el_cambio_del_siglo_XIX_al_XX.

Martínez, A., Meléndez, B., & Manrique, E. (2014). La Junta Central de Higiene en Colombia, otra de las Víctimas de la pandamia de Gripa de 1918-1919. Astrolabio. Numero 13. Ciecs Conicet, https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/viewFile/8672/10715.

Martinez, E. (2015). La Comisión de Regulación en Salud: crónica de un final anunciado. Rev. salud pública, http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v17n4/v17n4a12.pdf.

Martinez, F. (2007). Analisis de contratación en el régimen subsidiado ¿ Ha Mejorado El Acceso A La Salud? . Universidad Nacional de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/VOL.3%20CONTRATACION.pdf.

Martinez, F. (2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos

Ministerio de la Protección Social. (2011). Programa de Reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en

Melo, L., & Ramos, J. (2010). Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. Borradores de Economía.

Merlano-Porras, C. y Gorbanev, L. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 12(24), 74-86 en http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto número 3039 - Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politicas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf.

Ministerio de Salud. (1996). Resolución Numero 4288. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (24 de abril de 2016). Colombia y U. Johns Hopkins fortalecen la investigación en salud pública. Boletin de Prensa No 080 de 2016. Obtenido de Minsal: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-y-U-Johns-Hopkins-fortalecen-la-investigacion-en-salud-publica.aspx

Minsalud. (2013). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Bogota. https://www.minsalud.gov.co/Documentos

Molina, G. y Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. Rev Panam Salud Publica, 33(4), 287 en http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a08v33n4.pdf

Molina, G., & Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia Una perspectiva desde multiples ambitos. Gestión y Política Pública, 171-202. http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/Vol.XVI_No.I_1ersem/Gloria_Molina_y_Peter_Spurgeon.pdf.

Molina, N. (2012). Antecedentes y desarrollos de la APS . En S. Angulo, & Otros, Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad (págs. 39-70). Bogotá: Alcaldia Mayor de Bogotá. http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf.

Montes, M. (16 de julio de 2015). Historial Pensiones Instituto de Seguros Sociales (ISS) . Obtenido de Colconectada: http://www.colconectada.com/historial-pensiones-instituto-de-seguros-sociales-iss/

Mora Ortega, M. (2014). Dificultades financieras en las empresas sociales del estado de Bogotá en http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/11472

Morales Sanchez, L. (1997). El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Santiago de Chile. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5263/S9700142_es.pdf;jsessionid=CADED79F3A7DBBFA0755ADCD64533849?sequence=1: CEPAL.

Moreno, M. y López, M (2009). La salud como derecho en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8(16), 133-152 en http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a08.pdf

Moreno, M. y López, M. (2009). La salud como derecho en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8(16), 133-152 en http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a08.pdf

Moscoso, F. (2013). Oportunidades y Amenazas para el sector farmacéutico con la firma del TLC con los Estados Unidos. Bogotá: Universidad EAN http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/4703/StepanianMichael2013.pdf?sequence=1.

Navarro España, J. y Maza Ávila, F. (2011). La eficiencia de los Hospitales Colombianos en el contexto Latinoamericano. Una aplicación de Análisis Envolvente de Datos (DEA) en un grupo de hospitales de alta complejidad, 2009 en https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974980

Ochoa, D. (1994). La participación social en la reforma de la seguridad social en salud

Oficina Comercial de la Embajada de España y la Cámara de Comercio Hispano. (2005). El sector de productos farmacéuticos para uso humano en Colombia . Oficina Comercial de la Embajada de España y la Cámara de Comercio Hispano. https://bitacorafarmaceutica.files.wordpress.com/2008/08/la-industria-farmaceutica-en-colombia.pdf

Olaya Ruiz, J. (2013). La medicina nortemaericana en Colombia 1945- 1960 : discursos y practicas en la salud pública, la facultad de medicina de la universidad nacional y el Hospital San Juan de Dios. Bogota. https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/14300/OlayaRuizJuanita2013.pdf?sequence=1: Ponticia Universidad Javeriana.

OMS. (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua.

OPS. (2009). Perfil de los Sistemas de Salud. Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma en http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf

OPS. (2011). Residencias médicas en América Latina en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6317%3A2012-residencias-medicas-america-latina&catid=526%3Ahuman-resources-health&Itemid=2054&lang=es

OPS/OMS y Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). El Perfil Farmacéutico de la República de Colombia en http://www.who.int/medicines/areas/coordination/pscp_colombia.pdf

OPS/OMS. (2012). Salud en las Américas. Colombia en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=30%3Acolombia&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=30&lang=es

Ordoñez Plaja, A. (1969). Atención médica en Colombia: Un enfoque ecológico en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/12697/v67n2p128.pdf?sequence=1

Orozco Africano, J. (2006). Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el Régimen Contributivo en Colombia en http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/

Ortiz, J. (2016). Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. Repertorio de medicina y cirugia, http://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirugia-263-articulo-hospitales-universitarios-colombia-desde-flexner-S0121737216000029.

Ortiz Amézquita, E. y Romero Álvarez, J. (2013). Visión y análisis de las propuestas de reforma al Sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia, vigencia 2012-2013 en http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4677/73148278-2013.pdf?sequence=1

Ortiz Riaga, C. y Escobar Osorio, E. (2015). Análisis de la reforma al sistema general de salud en Colombia y su impacto al Fondo de Solidaridad y Garantías–FOSYGA en

Ospina, J.; Manrique-Abril, F. y Martínez-Martin, A. (2012). La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. Revista Colombiana de Anestesiología, 40(2), 124-126 en http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712700254

Páez Salamanca, G.; Jaramillo Quimbaya, L. y Restrepo, C. (2013). Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia en

https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20la%20geograf%C3%ADa%20sanitaria%20de%20Colombia.pdf

Pereira Arana, M. (2007). La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza. Análisis de cómo la reforma estatal al sistema de salud en Colombia en 1993 impone nuevas lógicas en la relación Estado-ciudadano que repercuten en la gobernanza en http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html

Pérez-Valbuena, G., & Silva-Ureñai, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Bogotá: Documento de Trabajo sobre economía regional. Banco de la República de Colombia .

Piedrahita Vargas, C. (2012). Estructura y regulación del sector salud: una perspectiva económica en http://search.proquest.com/openview/f0d4c8824d558ede290c6dfeaaa2f294/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2037662

Pinedo, B., & Jerez, A. (2014). Informe anual 2014. Atención Primaria en Salud: avances y retos en Colombia. http://www.fsfb.org.co/sites/default/files/Tendencias%20de%20la%20salud%20-%20informe%20anual%202014.pdf.

Pinto Barrero, M. y Ruiz Díaz, P. (2012). Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia en http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2032/html

Pinzón, D.; Vargas, M. y Zarruk, A. (2013). Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Rol de los Planes Voluntarios de Salud en http://www.fasecolda.com/files/5313/9101/0382/parte_i.captulo_7_sistema_general_de_seguridad_social_en_salud.pdf

PNUD (1998). Informe de desarrollo humano para Colombia. Bogotá, Departamento Nacional de Planeación-DNP-, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD en http://hdr.undp.org/sites/default/files/colombia_1999_sp.pdf

Quevedo, E. (1990). La Salud en Colombia. Análisis Sociohistórico. Colombia. Ministerio de Salud. http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/informe.htm.

Ramirez-Moreno, J. (2010). El Plan Obligatorio de Salud (POS) colombiano: entre el cambio y la continuidad. Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.9 no.18, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000100002.

Redacción Salud. (2016). “Por problemas en planes de salud, 5 de cada 10 niños con cáncer mueren” en Redacción Salud, publicado el 15 de febrero de 2016. Disponible en http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/cifras-de-cancer-en-ninos-de-colombia-segun-la-oici/16511209

Rivera, A. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las e. Gestión & Desarrollo, 10 (1, 103-116. http://www.usbcali.edu.co/sites/default/files/gyd10-cap5.pdf.

Restrepo Villa, R. (2007). A propósito de la Ley 1122 del 2007. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 25(1), 90-105 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2007000100012&script=sci_arttext&tlng=pt

Restrepo Zea, J. (2002). El seguro de salud en Colombia: ¿cobertura universal?. Gerencia y Políticas de Salud, 1(2) en http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2896

Restrepo Zea, J. y Rodríguez Acosta, S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Revista de Economía Institucional, 7(12), 165-190 en http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v7n12/v7n12a8.pdf

Restrepo, J.; Lopera, J. y Rodríguez, S. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano en http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v9n17/v9n17a11.pdf

Restrepo-Yepes, O. (2011). La protección del derecho alimentario en Colombia: descripción y análisis de las políticas públicas sobre alimentación y nutrición desde 1967 a 2008. Opinión Jurídica, 10(20), 47-64 en http://www.scielo.org.co/pdf/ojum/v10n20/v10n20a04.pdf

Riveros-Pérez, E. y Amado-González, L. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿Financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 11(23), 111-120 en http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200007&script=sci_arttext

Roca, J. (2016). Síntesis histórica de la Medicina en Colombia. Academia Nacional de Medicina de Colombia en http://anmdecolombia.net/index.php/52-de-la-literatura/297-sintesis-historica-de-la-medicina-en-colombia

Rocha Buelvas, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. CES Odontología,23(1) en http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649/755

Rocha Buelvas, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. REvista CES de odeontología, http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649.

Rodriguez Mesa, R. (2013). Estudios sobre seguridad social. Barranquilla: Universidad del Norte.

Rodriguez, M. (2011). La medicina familiar en colombia: experiencia en la Universidad del Bosque. Bogotá. : Universidad del Bosque. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/UNIV/medicina-familiar-colombia-unibosque.pdf.

Rodriguez, O., & Arévalo, D. (1986). estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. http://www.cid.unal.edu.co/cidactual/index.php?option=com_publicaciones&op=view&Itemid=417&adressid=842.

Rodriguez, S. (2007). El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud . Revista de Economía Institucional, vol. 9, n.º 16,, 223-253.

Rojas-Rojas, A. (2012). Servicios de medicina alternativa en Colombia. Rev. salud pública. 14 (3): , 468-477. http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n3/v14n3a10.pdf.

Rubio, G. (2005). Una perspectiva del Plan de Atencion Básica (P.A.B.). Ciencia y Tecnología para la salud Visual y Ocular No 4: 53-58 / Junio 2005, http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/1673/1549.

Ruíz Gómez, F. (2013). Mercados y sistemas de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste en http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09582-20130201.pdf

Ruiz Marin. (2008). Seguro Social, ¿para siempre? Medellin. http://hectorabadgomez.org/archivos/pdf/u-235-2.pdf: Universidad de Antoquia.

Salud Colombia. (2016). La Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia. Link: http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm

Salud Pública y Social. (2016) en http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf

Sánchez Castillo, J. (2014). La formación médica en Colombia en http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/reds/article/view/302/108

Sanchez, J. (2015). *Panorama de la e-Salud en Colombia .* Universidad del Rosario. https://www.redclara.net/news/DV/DV_Salud14/4Colombia.pdf

Santa María S, García, A, Prada L, Uribe, T, Vásquez B. (2010). El Sector Salud en Colombia: Impacto del SGSSS después de más de una década de reforma en http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap2.pdf

Sarmiento Gómez, A., Castellanos Aranguren, W., Nieto Rocha, A., & Malaver, A. (2006). Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios. Dentro del sistema general. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 5, núm. 11,, 70-95. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 5, núm. 11,.

Savia Salud Eps. (2016) en http://saviasaludeps.com/?page_id=11

Sectorial. (2012). "El Crecimiento del Sector Farmacéutico ha Propiciado la Dinámica de Compra y Venta de Compañías" en Sectorial, publicado el 21 de diciembre de 2012. Disponible en https://www.sectorial.co/articulos-especiales/item/50615

Semana. (2015). "La inoperancia del Sistema de Salud está matando a los niños" en Semana, publicado el 10 de octubre de 2015. Disponible en http://www.semana.com/nacion/articulo/sociedad-de-pediatria-responde-por-medico-que-no-atendio-paciente-que-llego-tarde/445623-3

Solanilla, J y Puerto, D. (2012). Análisis financiero de la empresa Novartis de Colombia y el sector farmacéutico en Colombia en http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3652/1130678734-2012.pdf?sequence=2

Suárez, R.; Zamora, S.; Conte, G. y Olarte, M. (2012). Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS en https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistematizaci%C3%B3n%20experiencias%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud.pdf

Tafur Calderón, L. (1996). El Sistema de Salud de Colombia después de la Ley 100

Tafur Calderón, L. (2007). Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Revista Colombia Medica , 107-112.

Toro Jiménez, E. y Espinosa Rodríguez, G. (2009). Acceso al Sistema de Salud del Régimen Subsidiado y los determinantes que generan inequidad en la cobertura del aseguramiento para la ciudad de Bogotá 1994-2006 en http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/12515/T10.09%20T634a.pdf?sequence=1

Universidad de los Andes. (2016). La salud en Colombia en http://www.boletinesp-univalle.info/files/esss/la_salud_en_colombia_Uniandes.pdf

Universidad Nacional de Colombia. (2016) en http://www.bdigital.unal.edu.co/624/6/118_-_5_Capi_4.pdf

Vacha, J. (2011). La salud y su aseguramiento en Argentina, Chile, Colombia y España. Madrid: MAPFRE.

Valencia, E., & Zuluaga, L. (2012). Asistencia integral en cuidados paliativos de pacientes en estado terminal en Colombia . Santiago . https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/76559/1/asistencia_integral_cuidados.pdf.

Vanguardia.com (2014) “La Tecnología en una de las claves para mejorar las IPS” en Vanguardia.com, publicado el 5 de octubre de 2014. Disponible en http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/281615-la-tecnologia-es-una-de-las-claves-para-mejorar-servicios-de-las-ips-en-c

Vásquez Velásquez, J.; Gómez Portilla, K. y Rodríguez Acosta, S. (2010). Regulación en el mercado farmacéutico colombiano. Revista de Ciencias Sociales, 16(2), 197-209 en http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/view/13744/13727

Vásquez Velásquez, J.; Gómez Portilla, K. y Rodríguez Acosta, S. (2010). Regulación en el mercado farmacéutico colombiano. Revista de Ciencias Sociales, 16(2) en http://www.redalyc.org/pdf/280/28016298002.pdf

Vasquez Velasquez, J.; Gómez Portilla, K.; Castaño Vélez, E.; Cadavid Herrera, J. y Ramirez Hassan, A. (2012). Elasticidad de La demanda por medicamentos en el mercado farmacéutico privado en Colombia. Documentos de trabajo Economía y Finanzas, (12-26) en http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=329028110007

Vega Vargas, W. (2010). Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993 - See more at: http://www.bdigital.unal.edu.co/4507/#sthash.8y926aIp.dpuf. http://www.bdigital.unal.edu.co/4507/5/04468337_Parte5.pdf: Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia.

Velandia, D., Restrepo, J., & Acosta, S. (2002). Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformacion, funcionamiento y resposabilidades. Medellin. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/857/1/borradorescie_1.pdf: MPRA Paper No. 857, posted 17

Vega Romero, R. y Acosta Ramírez, R. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en salud en los países de América del Sur en http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb%5B160%5Dling%5B2%5Danx%5B521%5D.pdf

Villamil, J. (2016). La Salud en Colombia. Referente de clase social y fuente de financiación de grupos armados ilegales a través de mercados privados.

Viloria de la Hoz, J. (2005). Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena en http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/DTSER-65-(VE).pdf

Zambrano, A.; Ramírez, M.; Yepes, F.; Guerra, J, y Rivera, D. (2008). ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? Cad. Saúde Pública, 24(1), 122-130

2.9. México. Un sistema caótico de seguros

1. Grandes hitos del Sistema de Salud

1.1) De Porfirio a la revolución mexicana y Lazaro Cárdenas

A lo largo del siglo XIX empiezan a establecerse algunos parámetros del sistema de salud mexicanos. Se elimina el colonial Protomedicato que desde el 1600 vigilaba la enseñanza y el ejercicio de la medicina (Monasteio, 2016) y se crea el Consejo Superior de Salubridad, la Academia Nacional de Medicina y la Escuela Nacional de Medicina (Hernández, 2014). Las facultades ya existían en varios departamentos como el DF, Oaxaca, Monterrey, Michoacán, Yucatán, Guadalajara, etc. Y la Escuela Médico Militar.

En la ciudad de México había 7 hospitales con mil 539 camas de carácter filantrópico. Existía una estructura y los municipios realizaban campañas de vacunación, la inspección de los mercados, etc. Existían en varios lugares, Juntas de carácter consultivo (Ríos, 2002).

En 1876 asume Porfirio Díaz, quien duraría 30 años en el poder. Se destinan los impuestos a los juegos de azar y las multas, al Consejo Superior de Salubridad que fue reorganizado. En paralelo, se creó una Dirección General de Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación, para incluir los establecimientos de esa área. En ese período proliferaron los puestos de socorro en la ciudad de México para enfrentar pestes y enfermedades, este proceso seguiría en los años sucesivos (Secretaría de Salud, 2016a).

También existía el TECPAM de Santiago inicialmente concebido como una institución de beneficencia pública pero conflictiva por ser semejante a una cárcel (Diaz Galvan, 1993). En 1876 luego de la proclama de Tuxtepec, se fundaron varias instituciones: el Instituto Oftalmológico Valdivieso, diversas sociedades científicas y se consolidan diversos organismos coordinados por médicos, también el Instituto Médico Nacional. En 1891, fue promulgado el primer Código Sanitario que permitía al Estado nacional vigilar la higiene privada y pública, sobre todo en el caso de epidemias (Carrillo, 2002). En 1895 comienza el proyecto de construcción del Hospital General, que se terminó en 1905 (Hernández, 2014).

En la primera parte del siglo XX se produce la revolución mexicana, la seguridad social pasa a ser un derecho de la Constitución de 1917. Se promulgó la Ley Federal del Trabajo y el reglamento de higiene del trabajo (Cárdenas de la Peña, 1976). Se establece la generalización de la contratación colectiva y las debidas condiciones del espacio de trabajo, así como el cuidado de la salud de los empleados por parte del patrón (Peláez Ramos, 2007). La exigencia de crear un régimen de seguridad social recién da su fruto en el año 1943 (Arreola, Sánchez, & Mendoza, 2012).

En esa etapa se crea el Consejo de Salubridad General (1917), y la Escuela de Salubridad (1922) que es la primera de América Latina, formadora de profesionales de la medicina (Hoy Escuela de Salud Pública). En 1928, se crea el Departamento de Salubridad Pública, la provisión era municipal (Arredondo, 2001).

En los años 30s, bajo el gobierno de Lázaro Cárdenas, surge el Plan Sexenal, que se propuso aumentar paulatinamente el presupuesto en salud. En ese contexto, se crean los servicios de sanidad de los Estados (Bustamante y otros, 1982) y la Coordinación de Servicios Sanitarios; luego se crea la secretaría de Asistencia Pública (Asistencia, 1945).

En ese período, el Departamento de Salubridad aumenta las campañas de vacunación y hay una fuerte lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades (Castillejos de Salazar, 2011); también estableció 50 centros y brigadas ambulantes de higiene rural. Se funda el Hospital Huipulco de enfermedades respiratorias y el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) (Rodríguez de Romo, & Rodríguez Pérez, 1998). Se ampliaron los laboratorios del Instituto de Higiene, y aumentó el rol de la Escuela de Salubridad.

De a poco se va delineando el funcionamiento simultáneo de las autoridades sanitarias federales, estatales y municipales, pero aun con preeminencia federal (Carrillo ,2004). La Secretaría de Asistencia Pública nace en 1937 (Rodríguez de Romo & Rodríguez Pérez, 1998).

1.2) De los esfuerzos de la posguerra para aumentar la cobertura al ajuste de la crisis de la deuda

En 1943 dio inició la primera reforma sanitaria del país con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cubría a los trabajadores de la industria, y la unión de la Secretaría de Asistencia pública con el Departamento de Salubridad para dar origen a la Secretaría de

Salubridad y Asistencia (SAA). Por entonces, se consolidaron los servicios de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos (PEMEX). El modelo nunca incluyó un seguro de desempleo (Méndez, 2010). Al mismo tiempo, se crearon los Institutos Nacionales de Salud, entre ellos el Hospital Infantil de Cardiología y de Nutrición (Soberón.2001).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia construyó hospitales en varios Estados, aun cuando en muchos de ellos había dependencias de la beneficencia pública. Se mantenía una red de hospitales privados que era financiado por pacientes a través de gasto de bolsillo, seguros privados y la seguridad social (Loyo-Varela & Díaz-Chazaro, 2009).

Los seguros institucionales fueron creciendo, pero la cobertura era escasa, las poblaciones pobres, sobre todo rurales, que debían ser atendidas por la SSA y sus Servicios Coordinados con base en los Estados, no estaban bien atendidos. Los centros de salud de la SSA aumentaban, pero no era suficiente (Tamez, Eibenschutz, Camacho. & Hernández, 2011). En los 40s, la creación de la asociación Pro Nutrición Infantil representa un paliativo importante.

Entre 1953 y 1958 hay un salto cuantitativo importante debido a la duplicación de la cobertura debido al desarrollo económico; para 1960 cubría a más de 3 millones de personas. Por entonces, se produce la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sin embargo, la SSA mantenía aún la mayor carga de atención con 23 millones de mexicanos (Federal, 1995).

En relación a la infraestructura, entre finales de la década de los 50s y principios de los 60s se produjo un crecimiento explosivo de las unidades hospitalarias, casi duplicándose. El ISSSTE construyó 33 hospitales, el Departamento del Distrito Federal creó una red de 12 hospitales pediátricos y 4 hospitales de urgencias generales. La SSA construyó casi 500 unidades hospitalarias, la mayoría hospitales de 8 a 16 camas, aunque no descuidó la atención ambulatoria: entre 1958 y 1964 incrementó el número de centros de salud de 90 a casi 500 (Observatorio de desempeño ambulatorio, 2010).

Este proceso dura incluso durante los años 70s (Moguel Ancheita, & otros, 2013). En 1977 se crea el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR). En 1979 se suscribe el convenio de coordinación IMSS-Coplamar (IMSS, 2016). Se trataba de un plan de solidaridad social por cooperación comunitaria, a COPLAMAR le correspondía canalizar los recursos necesarios para la salud de los sectores involucrados con oficinas descentralizadas que decidían los destinos de ese dinero, y al IMSS administrar y contabilizar los fondos y proporcionar servicios de salud (Fajardo Ortiz, 2004; Barajas, 2002)

El diagnóstico del sistema de salud mexicano a fines de los 70s se caracteriza por depender de un mosaico muy diverso de ofertas públicas o privadas: un grupo formado por los organismos que otorgaban servicios a la población marginada, alrededor de 60% del total de la población dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el programa de solidaridad del Instituto Mexicano del Seguro Social, COPLAMAR, y los servicios de salud de cada uno de los gobiernos de los estados y los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal como los actores claves. Un segundo grupo estaba conformado por las instituciones de seguridad social, para el 35% de la población, sus principales organismos eran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); las Fuerzas Armadas (ISSSFAM), como los trabajadores de la empresa de Petróleos Mexicanos y con el personal de los Ferrocarriles Nacionales de México tenían seguros propios. El tercer grupo prestador era el privado, tenía dos modalidades: el lucrativo y el no lucrativo (asistencia privada); este grupo era el más pequeño, sus integrantes: médicos, clínicas, hospitales, gabinetes de diagnóstico, etc., no estaban articulados, no conformaban una red (Fajardo Ortiz, 2004). Se brindaba fundamentalmente atención curativa, con cobertura incompleta, excesivamente centralizado y con serios problemas organizativos (Tamez, Eibenschutz, Camacho, & Hernández, 2012; Arredondo, 2001). Se estima que para fines de los 70s, 18 millones de habitantes estaban carentes de servicios médicos (IMSS, 1979).

El gasto público en salud alcanzaba los 3,4 puntos del PIB entre 1980 y 1982 para llegar, este año un pico de 3,6 y luego bajar a lo largo de la década a un promedio de 2,8. (Tamez González & Valle Arcos, 2005). Según Menendez (2005) comenzaba la política neoliberal.

De 1983 a 1988 se produce el llamado “cambio estructural de la salud”. Primero, en 1983, se incluyó en la Constitución el derecho a la protección de la salud; al año siguiente se aprueba la Ley General de Salud que reglamenta ese derecho, define las modalidades para el acceso a los servicios priorizando la atención materno infantil, salud mental, y estableciendo la descentralización para la población no asegurada (Uribe Gómez & Abrantes Pêgo, 2013). Para eso la Ley reconoce prestadores públicos y privados y se abre la posibilidad de cuotas de recupero (Ley General de Salud, 1984).

El elemento central de la reforma fue la descentralización y racionalización de los servicios de salud (que por la crisis sólo se llevó a cabo en 14 Estados). El proceso significó transferir responsabilidades financieras y organizacionales a los niveles regionales. (Jaramillo Cardona, 2007). Por un lado, con la conformación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y los Sistemas Estatales de Salud. El nivel nacional se queda con el rol de

programación, supervisión y evaluación (Espinoza, 1986). Para la ejecución y operación del proceso de descentralización y la participación formal de los gobiernos federal y estatales, se firmaron entre 1983 y 1984 convenios (en el marco del Convenio Unico de Desarrollo) donde se precisan las responsabilidades y recursos que atañen a cada gobierno estatal y al Gobierno Federal en la consecución de objetivos comunes. Sus cláusulas convenían ampliar la cobertura e ir a un servicio integrado bajo rectoría nacional. Se cedieron en comodato las instalaciones federales y se transfirió la tutela de los empleados federales al gobierno estatal. En el año 1986 se crea el Consejo Nacional de Salud, integrado por el Secretario de Salud del Gobierno Federal y los Secretarios de los SESa. (Soberón-Acevedo & Martínez-Narváez, 1995)

También se transfieren a los Estados los programas verticales de control de enfermedades, pero sin la debida transferencia de recursos generando así su desmantelamiento. Esto fue serio, porque al mismo tiempo aumenta la incidencia de paludismo, dengue y tuberculosis, hay una epidemia de sarampión en 1989-90 y un incremento de la mortalidad en preescolares (Blanco & López, 1990; López-Arellano, Oliva, & Blanco-Gil, 2001).

Al mismo tiempo se intenta disminuir la capacidad de negociación de los sindicatos nacionales (Barba, 1997) y se establecieron programas de modernización administrativa que duran hasta 1994; el último en aplicarse en esa etapa fue el Programa General de Simplificación de la Administración Pública Federal (Sanchez Gonzalez, 2009). Según Ornealas (1998) se estimuló el debilitamiento del Estado.

El contexto incluye una insuficiente disponibilidad de recursos, lo que genera falta de insumos y de equipo. Surgen en paralelo problemas laborales por la resistencia de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) (López, 1990). Muchos opinan que las medidas -con el supuesto propósito de lograr que el SNS tienda a una cobertura mínima- estaban destinadas al ajuste (Soberón & Kumate, 1988; Uribe Gómez & Abrantes Pêgo, 2013). Es que el auge petrolero ya había terminado (Observatorio de la Salud Publica en México, 2010).

1.3) El nuevo ciclo de ajuste del gobierno de Salinas de Gortari y sus efectos

La situación de desmantelamiento de los servicios es tan grave y la oposición de algunos Estados tan fuerte que, en 1988, se suspende la descentralización por falta de acuerdo con el resto de los Estados (Nigenda, 2005). En cuanto a las evaluaciones, los más críticos plantean

que los Estados más descentralizados requerían aún más apoyo central, es decir, que la responsabilidad local era imposible (Cardozo Brum, 1993).

Esto derivó en la posterior creación del programa Solidaridad de la Secretaría de Desarrollo Social, para lo cual el gobierno federal centralizó aún más los recursos. Entonces, el Programa IMSS- Solidaridad (1988-1994) parece cubrir el espacio dejado por COPLAMAR pero en el contexto de la descentralización, con recursos federales, pero administrado en forma desconcentrada por IMSS. Se mantenía el esquema de equipo de APS multidisciplinaria.

Operaba en 17 Estados, con 2 mil666 unidades de primer nivel (UMR), y 52 hospitales rurales para 11 millones de personas sin cobertura (IMSS-Solidaridad, 1990a; Fajardo Ortiz, 2004). En el discurso del gobierno la focalización permite una mejor selección de los beneficiarios (Poder Ejecutivo Federal, 1990) y estimula el autocuidado (Kumate, 1989). Además, prometía inversiones e incorporaba los típicos proyectos productivos de la época, sobre todo en regiones específicas de los Estados (Mena, 2004).

En paralelo, se produce la cancelación de programas dirigidos a combatir la pobreza: el SAM (Sistema Alimentario Mexicano) y el PIDER (Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural). El primero, surgido en 1980 para lograr la autosuficiencia en granos básicos y alcanzar mínimos nutricionales, y el segundo, tenía como objetivo fundamental lograr un desarrollo rural integral que permitiera el aprovechamiento racional de recursos naturales y el arraigo de la población en sus lugares de origen (León & Hurtado.2011). Se crea el centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social (CEDESS), que planteaba profundizar la desregulación, pero no se avanzó en ese camino (Uribe Gómez & Abrantes Pêgo, 2013). Más bien, el gobierno federal centralizó aún más todos los recursos (Lopez Garcia, 2012).

Al final del gobierno de Gortari, el gasto en salud no superaba el 3% del PBI y se verificaba un endeudamiento descomunal del 4.2% del PBI. La bibliografía no acuerda sobre el funcionamiento del Solidaridad; de las lecturas parece desprenderse que el programa funcionaba mejor que COPLANAR pero en un contexto más difícil. La encuesta Nacional de salud de 1994, muestra un fuerte descontento respecto al sistema (Ramírez, Nájera, & Nigenda, 1996; Ruelas, 2002).

La administración federal iniciada a fines de 1994, profundizó las políticas con más disciplina fiscal extrema (Perez Torres & Gonzalez Hernandez, 1996). En lo que hace al sistema de salud, se implementó lo que se llamo “ la descentralización de facto” (Cabrero Mendoza, 2000). Se crearon como responsables de la provisión los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en cada Estado, la Secretaría de Salud deja de gestionar servicios (Jaimes, 2001).

Estos organismos se conformaban con personalidad jurídica y patrimonio propio y debían operar los establecimientos transferidos por la SSA a los gobiernos estatales, con los recursos asignados pero dotados de mayor autonomía; estaban comandados por un comité con representantes públicos de los Estados y con participación del IMSS (Fajardo Ortiz, 2004). Este proceso se hace en medio del ajuste. En paralelo hay una crisis del IMSS con una fuerte caída en el gasto con lo cual se perjudica la cobertura y la calidad (Moreno Jaimes, 2001). En diciembre de 1995 se habilita la posibilidad de aportar al sistema privado de pensiones dejando al IMSS con menos capacidad para financiar el seguro (Uribe Gómez & Abrantes Pêgo, 2013; IIJ UNAM, 2008, pp.. 31) Otro cambio negativo fue la sustitución de los aportes patronales por una prima única por trabajador (Laurell, 2010). Según Knaul y otros (2013) los impuestos generales que se cobraban a todos los mexicanos se dirigieron hacia la fuerza laboral asalariada.

En 1997 se sigue con la reforma creándose el Fondo Federal de Aportes para los Servicios de Salud (FASS), por el que se unifican las fuentes y se canalizan los fondos con una fórmula en la que se pondera mortalidad, niveles de marginación y población sin cobertura por Estado. Pero la gran novedad es que se creó el Seguro Familiar voluntario (SFS), dentro del IMSS, voluntario y pago, y un paquete básico de servicios que se brindaba en los mismos centros de salud financiado por el fondo mencionado y con dinero federal (Maceira, 2007) . Esto redujo el gasto de bolsillo de los nuevos beneficiarios y los gastos catastróficos por motivos de salud (Gomez -Dantes, Gómez-Jáuregui, & Inclán, 2004). Sólo que en el año 2000, eran pocos los cubiertos; otro problema fue el limite de ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos. Hay limites, además, para pacientes con enfermedades preexistentes (OPS, 2002). El seguro tuvo que reformarse en 2001 para evitar el descreme de afiliados por parte del instituto, sin embargo, para 2003 el número de afiliados seguía siendo bajo, con tan solo 360 mil afiliados (OECD, 2005) contra unos 10 millones que quedaban sin seguro. Se crea el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), con 12 tratamientos entre 1996 y 2000 para esos excluidos. Hoy, el Régimen Voluntario, el Regimen de Familia más el Seguro Facultativo suman los 7 millones de asegurados, 30% de los asegurados del IMSS (IMSS, 2013a).

En ese mismo período, ya en el año 2000 se avanza en la desconcentración del aseguramiento: el IMSS crea 139 Áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD), definidas como organizaciones económicamente autosuficientes que compiten entre ellas por los pacientes, organizan la atención y prestan o contratan servicios a los OPD (De la Garza Toledo & Páez, 2003)

Un año más tarde se lanza el Plan Nacional de Salud que profundiza estas políticas sobre todo sumando el Seguro Popular de Salud (SPS) para los no cubiertos (Comisión Nacional de Protección social en Salud, Comunicación y Participación Social, 2016).

En 2003 el modelo pasa a llamarse Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), recibiendo el financiamiento del gobierno federal (el 15% del salario mínimo por familia) y los gobiernos estatales y familias en proporciones variables. Esta nueva estructura de financiamiento busca unificar los esquemas de beneficios del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y el ISSSTE (El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) con el del SSA (Secretaría de Salud); es decir, entre los afiliados a la seguridad social y la población sin seguro, incluso los del seguro familiar voluntario. La cuota es progresiva según el nivel de ingreso de cada familia y es complementada por el subsidio federal para cubrir el costo de la prima. De todos modos, la mayoría de los fondos son del presupuesto federal, es decir que sólo fragmenta la oferta por tener fragmentada la demanda. Tamez, Eibenschutz, Camacho, & Hernández (2012) dicen que no hay manera de evaluar el impacto del seguro porque los datos oficiales son poco confiables. Además se formuló un nuevo listado de servicios más completo (Knaul, González-Pier, Gómez-Dantés y otros, 2012), aunque hay quien plantea que sigue siendo un paquete limitado.

En ese marco, se crea el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) consultivo del SPSS y se intenta volver a dar poder a la Secretaría de Salud Federal, para que la SSA no funcionase independientemente. La idea rectora era que una red de prestadores competitiva se integre a los centros de salud y hospitales de los servicios estatales. Ambas cuestiones siguen siendo temas pendientes.

Paralelamente, se incorpora el Programa del Hospital Universal que dota a estas instituciones de personalidad jurídica y administrativa, permite integrar aportes públicos con donaciones, fondos propios y créditos. Se transforman en los sujetos de la prestación y se les exige la autosustentabilidad. En el programa se proponen procedimientos de referencia y contrarreferencia (Secretaría de Salud, 2002). Se reemplaza el sistema de presupuesto fijo por otro de DRG (Maceira, 2007).

Durante los años posteriores las políticas son similares, se suma el seguro "Embarazo Saludable" y otro para niños recién nacidos (Valencia, 2010). Se elabora el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y con una visión prospectiva hacia el 2030, a través de Foros de Consulta Ciudadana y de las comisiones de salud y seguridad social de ambas cámaras del Congreso de la Unión (Secretaría de Salud, 2007).

En los últimos años se debe incluir la “Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes” y se insiste con los programas productivos anteriormente citados. Según el Observatorio de política Social y Derechos Humanos (2014) entre 2013 y 2014 se produce una reducción en el número de programas.

A pesar de los esfuerzos, actualmente, se sigue gastando poco desde el Estado y la cobertura es parcial: 22 millones de personas carecen de servicios (Grupo Fórmula, 2014). Desde 2004 se ha impulsado el aumento de la cobertura con el Seguro Popular, y aumentó la participación pública en el financiamiento en alrededor de 10% pero sólo para situarse en 50% en el 2012 (por ejemplo, en la OCDE el promedio es del 72%). La mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes (OCDE, 2014). El sistema vive sometido continuamente a ajustes, por ejemplo, últimamente, el secretario de Hacienda y Crédito Público anunció un nuevo recorte en programas como “Seguro Médico Siglo XXI” destinado para niños y que incluyen vacunas, y en el Programa de Atención a la Salud (Muciño, 2016).

Buena parte de la literatura y los mismos documentos oficiales lo consideran un sistema altamente segmentado (Mesa Lago, 2005; Plan Nacional de Desarrollo de Presidencia de la República ,2007a; Tetreault Weber, Valencia Lomelí y Foust Rodríguez ,2012; OCDE, 2015; Zamboni, 2016). El problema de fondo en los debates gira en torno al hecho de que desde su nacimiento, ha sido un sistema que diferenció nítidamente a los trabajadores formales del resto que recibían la cobertura de la Secretaria de Salud (OCDE, 2016).

Los indicadores de CAPS y hospitales, como veremos luego, son preocupantes. Al mismo tiempo, la atención primaria no está tan desarrollada como debería y se observa una gran maraña de burocracia que genera muchos gastos administrativos.

2. Panorama general de un modelo de un (casi) único pagador

Como vimos, de acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, el sistema brinda diversos beneficios según la población de que se trate.

El modelo es regulado por la Ley General de Salud (LGS) de 1984, según ella la Secretaría de Salud es responsable de la definición de las políticas generales, la formación, y acreditación de centros de enseñanza (Secretaría de Salud, 2001b). También influye en la certificación de hospitales, a través del Consejo de Salubridad General (CSG) presidido por el Secretario de Salud.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud tiene como objetivo desarrollar políticas y estrategias dirigidas a coordinar el sistema, implementar programas específicos, como el Programa de Calidad Técnica (Diario Oficial de la Federación, 2016), o el Programa de Telemedicina en Unidades Médicas Móviles, reconocido por la OPS.

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) se creó con un enfoque similar al del *National Institute for Clinical Excellence* de Reino Unido, y con el fin de consolidar la ETES (Evaluación de Tecnologías para la Salud); cuenta con la asesoría del Comité Interinstitucional de Evaluación de Tecnologías, hoy llamado Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica y conformado por representantes de la Secretaría de Salud, directivos de las diferentes instituciones, por los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, así como por representantes de asociaciones civiles previamente aceptadas (Sosa-García & Otros, 2016). El CENETEC tiene como personal estable a 16 personas (Hernández San Román, 2016).

Este organismo ha desarrollado el "PAE Integración", una Guía de práctica clínica que tiene el Catálogo Maestro Sectorial de más de 600 Guías de práctica clínica (GPC) con el consenso de todas las instituciones públicas prestadoras. También hay "PAE Gestión de Equipo Médico y Telesalud", que realiza recomendaciones sobre estructuras estatales de gestión (Secretaría de Salud, 2016). México es publicitado como el primer modelo estandarizado con procesos de validación comunes, aunque los mismos documentos oficiales reconocen falencias relativas a la implementación práctica por la mayoría de los profesionales (Sosa-García & Otros, 2016).

El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos se superpone de alguna manera con el mencionado centro ya que su tarea es definir procedimientos de diagnóstico y referencia de diversas enfermedades. Tiene diversos departamentos, incluyendo el de Control de Muestras y Servicios de los laboratorios. Además, coordina las actividades de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y se vincula con otras instituciones como: Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPEEU), etc.

Se debe mencionar además, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) que es la entidad que coordina estas unidades y es encargada de promover la investigación científica en salud (OPS/OMS, 2009).

Por otro lado, existen los Comités Estatales de Calidad que deben poner en marcha la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica. Está también el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

La acreditación de los especialistas se encuentra en manos de consejos ligados a la Academia Nacional de Medicina y la Academia Nacional de Cirugía. Desde 1996 funciona la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que interviene en conflictos entre prestadores y pacientes, aunque con escasas facultades (Robles & Zepeda Tena, 2012). El ente regulador de medicamentos y otros es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

El modelo se basa en un pagador que es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y otros de menor importancia como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR). Los seguros existentes son el Programa IMSS Prospera, ex-Oportunidades (IMSS-O), ex solidaridad; el Seguro Popular de Salud (SPS) y los Servicios Estatales de Salud (SESA) y otros particulares, aunque hay un paquete mínimo; el diferencial de acceso de cada seguro es evidente.

Las autoridades de los gobiernos estatales y locales establecen los objetivos en ese nivel y son responsables de la gestión de los servicios. Operan a través de los Servicios Estatales de Salud pero con el financiamiento de los seguros.Cada uno tiene su plan de desarrollo de salud y administran los centros y demás instituciones públicas, y el personal de los mismos divididos en jurisdicciones sanitarias que son unidades técnicas desconcentradas de los servicios de salud estatales (Díaz de León, 2012).

Como veremos luego, tanto la APS como hospitales de los propios seguros y de los Estados, se organizan de un modo similar, siguiendo los planes de los seguros y financiándose de ellos; y en el caso de los estatales, cubriendo a los desprotegidos.

Para sostener el modelo, el gasto total en salud era en 2013 del 6.2% del PBI a la salud, menos que el promedio de la OCDE de 8.9%, lo que equivale a 1. 048 dólares per cápita por año (el promedio de la OCDE es 3453 dólares). La participación pública en el financiamiento está en el 47% (OCDE, 2014).

El CONEVAL, en su reporte “Medición de la pobreza 2010” expone que casi 36 millones de mexicanos, - 32% de la población - carece de acceso a los servicios de salud (Santamaría, 2012)

En lo que hace a la gestión, hacen falta médicos (aunque no está entre los peores promedios de América Latina), salas, y equipos. Como consecuencia, la gente hace largas horas de espera para la consulta y más para una cirugía. Eso hace que un porcentaje cercano al 40% de la población utilice la salud privada, con un alto gasto de bolsillo (OCDE, 2015). Muchos

opinan que la estrategia actual sirve para dar paso al sector privado (Lastiri, 2015). La calidad de la asistencia es baja. Según el Instituto Nacional de Salud Pública (2013), el 69% de los pacientes considera demasiado el tiempo de espera y el 38% califica desde regulares a muy malas, las condiciones de los establecimientos.

2.1) El conjunto de seguros como consecuencia de un cambio errático hacia la cobertura

El actor central del modelo es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organismo que reporta al Ministerio de Trabajo y cubre, en el régimen obligatorio, a los empleados en relación de dependencia, a trabajadores de cooperativas, trabajadores domésticos y trabajadores de empresas familiares, éstas dos categorías mediante convenios. Tiene el seguro de enfermedades, riesgos de trabajo, vida, jubilación (Patiño y Torres, 2014)

Este seguro tuvo un gran crecimiento entre los años 1960 y 1980, sobre todo desde que en 1973 se amplía la cobertura con los llamados "servicios de solidaridad social"; en 1977 recordemos, se crea el COPLAMAR. Actualmente cubre a 52 millones de personas, menos de la mitad del total de los mexicanos. Lo hace a partir del paquete Prospera (ex Solidariad) y otros paquetes de diversas prestaciones. Para 2013, el 87% de los ingresos fueron de aportes patronales y personales (CEFP.2013). Estos últimos dependen del salario, pero en promedio es el 7%, con un mínimo no imponible de 3 salarios mínimos. Desde 2009, se estipula un pago diario para los trabajadores que ganen hasta 15 veces el salario mínimo. (IMSS, 2013a) El 13% restante proviene de aportes del gobierno federal.

En este modelo no hay copagos, pero cambia la cartera de servicios, el Prospera tiene una cobertura menor (DOF, 2006).

La cobertura es realizada en sus propias unidades, otros centros públicos y sólo un 5% en privados (Laurell, 2010). El IMSS tiene más de 5 mil CAPs y 386 hospitales propios, con 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (IMSS, 2013b).

La administración se realiza con esta estructura: la asamblea general, conformada por 30 representantes del poder ejecutivo, organizaciones patronales y sindicatos que eligen al director general postulado por el ejecutivo nacional. Hay un consejo técnico compuesto por representantes públicos de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Salud y Trabajo y Previsión Social y comisiones de vigilancia formada por representantes de las 3 partes. A nivel territorial hay 35 delegaciones desconcentradas (IMSS, 2016). En su interior, el IMSS creó 139

Áreas médicas de gestión desconcentrada (AMGD) (Tamez González y Valle Arcos, 2005; IMSS, 2016).

Hay una opinión general de que actualmente el sistema se encuentra rebasado, con gran exceso de demanda. Por otro lado, se lo acusa de ser muy burocrático. Los precios no son muy distantes a los cobrados por el mismo servicio en hospitales privados (Zenyazen Flores, 2016; Informador.mx, 2015), por eso, según Tetreault Weber, Valencia Lomelí y Foust Rodríguez (2012) una cuarta parte de sus asegurados se atienden privadamente. En los dos deciles de mayores ingresos el porcentaje alcanza casi al 50%.

En 2004 se crea el Seguro Popular, que cubre a 50 millones de personas, al menos según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), aunque el 18% de la población dice no tener seguro de salud, lo que indica una falta de conciencia que es probable que se traduzca en problemas de acceso (OCDE, 2016).

Este seguro cubre un paquete llamado CAUSES, que cubre supuestamente 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades públicas estatales. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas (Dantez y otros, 2011).

Este seguro es financiado con aportes federales (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2008):

a. La Cuota Social por cada familia beneficiaria que equivale a 15% de un salario mínimo general vigente en la capital, actualizado (en 2008 era de 210 dólares). La exención de pago sólo se realiza en los dos primeros deciles, el gasto resulta mucho más oneroso para las familias que en la SSA.

b. Aporte Solidario Federal por cada familia afiliada que es en promedio 1,5 veces el monto de la cuota social (neto de otros recursos federales remitidos dentro de varios programas). Esta suma aumenta relativamente en los estados más pobres en función de número de familias afiliadas, necesidades de salud, el desempeño de los servicios de salud, etc. (este aporte fue de un promedio de 315 dólares).

Estos aportes representan el 83%.

El aporte estatal es igual en todos los Estados y se fijó en la mitad de la cuota social (105 dólares). Representa el 16% del total.

Por último, la cuota familiar proviene de los afiliados al régimen contributivo, es anual y progresiva según el nivel de ingreso. Representan el 1% del total. El régimen no contributivo lo constituyen las familias que por su situación socioeconómica no aportan.

El 89% se destina al CAUSES; el 8% se destina al FPGC (Fondo de protección contra gastos catastróficos) y el resto (3%) al financiamiento de un fondo de infraestructura para atención primaria y de especialidades básicas en zonas marginadas. Como plantean Giedion, Panopoulou & Gómez-Fraga (2009), el mecanismo es complicado porque se quiso combinar viejas y nuevas fuentes de financiamiento, pero al mismo tiempo, lo consideran una buena base para realizar mejoras. OCDE (2016) plantea que la mayor parte del peso de la fórmula de financiamiento se da al componente per cápita y poco al desempeño; este enfoque de asignación de recursos incentiva a los Estados a afiliar a más personas, pero no a atenderlos eficientemente (Neri, Oleas, Torrado, Vargas, Perticara, Lomelí, Trujillo, 2016).

Los recursos de Seguro Popular se asignan principalmente a través de transferencias a los Estados, éstos ofrecen las unidades de atención ambulatoria y hospitales generales (Tamez González & Eibenschutz, 2008) y, como en los casos anteriores, garantiza la atención en unidades propias y de terceros. Tiene una infraestructura más precaria que el IMSS. No tiene copagos (The World Bank, 2015)

Hay algunos parámetros para el uso de los fondos: no se puede usar más del 40% en recursos humanos, y del 30% en medicamentos y un mínimo del 20% debería ir a actividades preventivas (OCDE, 2016). Muchas veces, se ha cuestionado que se gasta más en personal y que este está mal preparado y que se excede el límite de medicamentos por el problema del exceso de recetas (Revolución 3.0, 2016).

En las evaluaciones sobre el funcionamiento surge que aún hay padecimientos muy comunes que no son cubiertos y deben ser pagados por los asegurados (Laurell, 2010). Además, hay diferencias entre lo que aparece en la cartera de servicios y las verdaderas experiencias de los pacientes (OECD, 2016). También tiene una desventaja estructural enorme por su escasa infraestructura y por tener un personal en formación, que recibe un salario insuficiente (Duran Arenas, Salinas-Escudero, Granados-García, & Martínez-Valverde, 2012). Otro problema de cobertura está en los medicamentos, ya que el número de recetas que no pudo ser totalmente dispensados debido a la falta de existencias es de 33% dentro de la SAA en comparación con el 14% dentro del IMSS (OECD, 2016). Pero tal vez lo más grave es que si bien con el SPS el porcentaje de gasto de bolsillo disminuyó de 53.2% en 2002 al 49% en 2010, las cuotas son mayores y las exenciones menores. Además, hay diferencias regionales notables.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cubre a los trabajadores del sector público de los tres niveles de gobierno y en los tres poderes, con prestaciones similares a las del IMSS con proveedores propios y de terceros. Tiene casi mil200 unidades médicas distribuidas entre 35 delegaciones regionales (OCDE, 2013).

También se debe mencionar el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, el Contrato Colectivo de Trabajo PEMEX-Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (STPRM) y otros esquemas menores.

La cobertura sin el SP en 2010 era de 59,5%, algo superior a los años anteriores (Tetreault Weber, Valencia Lomelí, y Foust Rodríguez, 2012). Muchos autores como Narro Robles, Moctezuma Navarro y Orozco Hernández (2010) plantean que el actual sistema de seguridad social es incompleto, en cuanto a la cobertura, fragmentado y duplicado, ya que existen individuos que tienen doble y hasta triple cobertura; además tiene problemas de financiamiento y de administración.

2.2) Los seguros privados como alternativa complementaria

En 2013, los seguros privados cubrieron con pólizas de salud de diversos tipos a 9,1 millones de personas, es decir, al 7.6% de la población. Son llamadas Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES) y funcionan como seguro complementario (González Block & Martínez González, 2015) ,

El mercado es regulado desde 1999. Se modificó la legislación para que sea exigible un capital mínimo, reservas para garantizar la solvencia y liquidez, la obligación de mostrar las redes médicas con que cuentan y su certificación (Diario Oficial de la Federación, 1999).

En el año 2000 se reglamentan estas ISES como empresas de "*Managed Care*", o prepagas, a partir de la publicación de las "Reglas de Operación del Ramo de Salud" que habilitaba su servicio como duplicación de servicios al sistema público para mejorar la red de infraestructura en Salud (Duran Arenas, Aldaz Rodriduez, Hernandez Ramirez y García Valladarez, 2010).

En 2008 existían 10 empresas de seguros privados que representaban el 89% del mercado asegurador. Entre las más importantes están Grupo Nacional Provincial, AXA Seguros, Metlife México, Seguros Monterrey New York Life, Seguros Inbursa, Seguros Atlas, Allianz México, Seguros Banorti Generali, Mapfre Tepeyac, y Plan Seguro (Giedion, Ávila y Villar, 2010). La mayoría son de origen transnacional, tienen centros propios, algunos muy lujosos. Una de las principales instituciones representativas es la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros

(AMIS). Según Forbes (2016b) se trata de un mercado aun con grandes posibilidades de expansión.

Los debates sobre el funcionamiento de los seguros es el mismo que en toda AL, se basa en el concepto de preexistencia de una enfermedad, la libertad de elección del médico, la calidad de la atención, etc. La normativa es muy general y las aseguradoras trabajan a su manera. Hay siempre una fuerte puja con los profesionales y presión para lograr deducciones impositivas (Albarrán, 2015). De todos modos, su incidencia en el modelo general es inferior a otros países, pero han contribuido a la fragmentación; el problema es de acceso a calidades diferentes. De todos modos, no logran ser eficientes en la gestión de riesgos porque se han concentrado en la indemnización de los riesgos económicos, avanzando menos en la gestión clínica de enfermedades y de casos de alto costo (González Block & Martínez González, 2015).

2.3) La atención primaria fragmentada como la seguridad social

La atención primaria se organiza para atender asegurados y cobrar de los seguros. Por un lado están las del IMSS-Oportunidades, que representan un porcentaje importante (19.3%); seguidas por las restantes del IMSS (5.5%) e ISSSTE (5.1%). Hasta julio de 2012 había registro de unas 27mil unidades (Burr, Piñó, Quiroz& Matín Lunas, 2011; Observatorio de los Servicios de Atención Primaria, 2012 y Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2013).

También debemos mencionar las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME), que deberían funcionar como intermediarios entre la atención primaria y el hospital, en enfermedades crónicas. Representan 4% del total (Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012 y Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2013). Hay además en México, casi 150 casas de salud (53 en el Estado de México). Estas y otras similares representan 7,4% del total. Y con el objetivo de cubrir los déficits de infraestructura física, a partir de 2007 se puso en marcha el Programa Caravanas de la Salud, en los 125 municipios más vulnerables, pero con sólo 4 unidades móviles (Garrido y Puentes (2008).

El resto son los mayoritarios centros de salud dependientes de los Estados, que para eso han establecido diversas formas jurídicas autónomas como los OPD (Fajardo, Ortiz, 2004). Son las UAPs que dirigen sus servicios a población del seguro social. El 65% son rurales. La mayor concentración está en el Estado de México, le siguen los Estados de Guerrero y Chiapas. Las más escasas son Aguascalientes y Baja California Sur. Según el Subsistema de Información de

Equipamiento (2011) en ese año sólo 321 UAPs contaban con servicio de laboratorio clínico o de imagen.. Tres de cada diez UAPs adolecen de cloacas (Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012; México, 2013).

En cuanto al recurso humano, la misma fuente mostraba que en 2011 había en estas UAP 31mil médicos, o sea 3,3 médicos por unidad y 0,54 médicos por cada milhabitantes sin otra seguridad social, una cifra baja. En los centros más equipados la cifra sube a 10 y en los centros de salud con hospitalización alcanza su punto máximo con 12. Los pasantes –ubicados sobre todo en zonas rurales- representan 21% del total, la cifra sube en Sonora, Colima y Nuevo León a más del 40%. En algunas UAPs hay sólo pasantes. El 24% de los pasantes no recibió capacitación previa, igualmente, dicho proceso de aprendizaje suele ser considerado insuficiente y la atención limitada (López Iñigo, 2015).

El número de enfermeras en UAP es ligeramente menor que el de médicos: 29 mil, lo que genera una razón de 0.9 enfermeras por cada médico y 2.8 enfermeras por unidad, o 0.5 enfermeras por mil habitantes sin seguridad social. Las asimetrías son similares a las de los médicos (Garrido Latorre, 2008 y 2009)

Todo este andamiaje, para muchos, está desfinanciado los servicios de urgencia que a consecuencia son deficientes por la excesiva demanda y la falta de infraestructura (Borbolla.2014; Investigación y Desarrollo, 2014).

En el IMSS, las cosas parecen ser distintas. Para la atención no especializada, el 90% de los pacientes están adscritos a consultorios de medicina familiar(Suárez Bustamante, 2010). De todos modos hay múltiples cuestionamientos, la OECD (2016) dice que los recursos son insuficientes y mal distribuidos, las horas de apertura son limitadas, y la infraestructura pobre (Ramírez-Tirado, Tirado-Gómez y López-Cervantes, 2014).

2.4) Los hospitales y el alto peso del sector privado

Según la Fundación Mexicana para la salud (2016) hay en México 4 mil 500 hospitales, el 30% del sector público y el 70% del sector privado. La Secretaría de Salud informaba en 2007, que el 54% pertenecían a esa Secretaría (719 hospitales), el 24,6% al IMSS; 6,4% al IMSS-Oportunidades; el 9,8% al ISSSTE; la SEMAR contaba con el 3,1% y PEMEX con el 2,1%. En el caso particular de los de la SESA, 42% corresponden a hospitales generales, 39% son hospitales integrales comunitarios, 15% especializados y el resto son hospitales psiquiátricos (Secretaría de Salud, 2011). En los últimos años, la Secretaría de Salud (2016) intenta

impulsar especialmente los seis hospitales federales de referencia (HFR) de alta complejidad que funcionan como unidades de concentración nacional, con alto nivel de recursos humanos calificados e investigación. En la misma línea están los Institutos Nacionales de Salud, actualmente trece, que tienen como objetivo principal la investigación, con personalidad jurídica y patrimonio propio, bajo la órbita de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Ofrecen atención del más alto nivel, dan formación y hay investigación biomédica y clínica.

En cuanto a camas, había según la Fundación Mexicana para la salud (2016), 121mil en ese año; 70% del sector público, con un promedio de 65 camas por hospital y 30% del sector privado, con un promedio que baja a 11. Entre 2000 y 2012, producto de la instalación del Seguro Popular, el número de hospitales públicos se incrementó un 32%, los quirófanos 64%, aunque las camas sólo el 11%. El sector privado, no tuvo casi cambios, salvo en el caso de los quirófanos y las intervenciones quirúrgicas. La falta de camas es notable, sobre todo en este último caso. SEMAR tiene 6,4 camas cada mil habitantes; el ISSSTE, IMSS, IMSS-Oportunidades no alcanzó la cama (0,87). La SS aun tienen un promedio menor 0,63 (Aguilar, 2013).

La acreditación de los hospitales está a cargo del Consejo de Salubridad General desde 1999, pero pocos hospitales tienen el certificado vigente. La acreditación de las unidades del SESA sí ha avanzado, ya que la ley General de Salud exige ciertos criterios de calidad, capacidad y seguridad. Según Gómez Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, Frenk (2011) hay 265 hospitales y 6 mil 612 unidades de atención ambulatoria acreditadas, más del 37% del total de las unidades de este seguro.

Los hospitales de la SS tienen un presupuesto global que se establece sobre una base anual, con base histórica. En el caso del IMSS, un 20 % del presupuesto se asigna con base en la actividad, a partir de un sistema de grupos de diagnóstico relacionado (GRD). La mayor parte del presupuesto de cada hospital es absorbida por los costos de personal y los directores, que en general tienen poca posibilidad para tener una política de RRHH ya que los contratos son rígidos y hay una fuerte intervención de los sindicatos de nivel nacional. Además tienen poca autonomía financiera (OCDE, 2013 y 2016).

El Observatorio del Desempeño Hospitalario 2009, indica que, en términos generales, las instituciones públicas de salud de México cuentan con recursos insuficientes y mal distribuidos y la atención brindada en el seguro social es deficitaria. Según OECD (2015) las cortas estancias afectan la calidad de atención y genera permanentes reingresos, no se ha logrado

vencer barreras burócratas y culturales, ni mejorar la integración del personal hospitalario y no hospitalario (Artaza Barrios, Méndez, Morrison, Reynaldo, & Suárez Jiménez, 2011).

En el caso de las clínicas privadas, éstas están fuertemente vinculadas a los seguros privados, llegan a tener un 50% de pacientes asegurados de ese modo, en muchos casos son propiedad de los seguros privados y atienden casi con exclusividad. También reciben pacientes de los seguros públicos, una mínima cantidad derivados por los seguros, pero el resto a modo de doble cobertura. En promedio general, solo alrededor de 65% de los usuarios de atención ambulatoria demanda los servicios de las instituciones a las que pertenece (Bautista-Arredondo, y otros, 2013).

Los honorarios por consulta que cobran los médicos no están regulados y se negocian directamente con la clínica, en general cobran en efectivo. Los médicos alquilan o compran espacio en estos hospitales para su trabajo autónomo (OCDE, 2005; La Jornada 2015).

No hay muchas evaluaciones en lo que hace a servicios, pero por ejemplo, un estudio del 2003 planteaba que sólo el 32% de la población mayor de 18 años se sentía satisfecha (Zurita Y Ramírez, 2003). El informe de evaluación de rendimientos hospitalarios de 2011, muestra que el tiempo promedio de espera entre el primer contacto con el médico general y la emisión de la referencia fue de 7,1 semanas. Las infecciones intrahospitalarias han crecido del 2006 al 2010 de modo alarmante. La autoridad reconoce falta de información de los hospitales, a pesar de su obligación formal a presentar dichos datos (Secretaría de Salud, 2012).

2.5) Los médicos y el multiempleo

Al cierre de 2010, las fuentes oficiales tenían registro de 96 mil 242 médicos en contacto con el paciente en las tres principales instituciones públicas, lo que denota una relación de 1,1 médico por mil habitantes. El 42,2% en las secretarias de salud, el 41,4% en el IMSS y el resto en el ISSSTE. La relación médico - paciente no cambia demasiado entre los seguros estatales, aunque los mejores promedios se encontraban en Aguascalientes, seguido por Campeche y Baja California Sur. En el extremo opuesto, están el Estado de México, Baja California Norte, Nuevo León, Oaxaca, Puebla y Chiapas (Secretaría de Salud, 2011).

En 2012, la tasa de enfermeras era de 2.2 cada mil habitantes y la razón enfermera/medico apenas llega a 1,4; muy por debajo del promedio de los países de la OCDE (OPS, 2012.)

Las instituciones representativas de los médicos son el Colegio Médico de México y la Federación Nacional de Colegios Médicos (Fenacome) así como las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía. Además está el Sindicato Nacional del Sector Salud (Secretaría Federal y los SESA), el Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS y su similar del ISSSTE. Existe además como ya dijimos, el Comité Normativo Nacional de Medicina General, formado por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), el Consejo Nacional de Certificación en Medicina General, que participa del proceso de certificación de los médicos generales en ejercicio (OPS/OMS. 2014). Desde 2011 los procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad deben realizarse con una certificación emitida por los Consejos de Especialidades, que a la vez hayan obtenido la declaratoria de idoneidad por parte del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (Dávila Rodriguez, 2015). Es evidente que se busca que los profesionales de la salud tengan mayor vigilancia, pero en los procedimientos tienen mucha injerencia sus propias asociaciones (Vela, 2016). Estas instituciones han formado parte generalmente de las reformas.

En lo que hace a la formación, actualmente en México existen alrededor de 130 escuelas y facultades de medicina, la mayor parte de ellas públicas, pero con un incremento de las instituciones privadas (Lopez-Barcena y otros, 2015). De éstas, 88 están afiliadas a la mencionada AMFEM que se constituye en un interlocutor fuerte. En el caso de enfermería, había en el 2012 723 escuelas, pero el 77 % seguía formando técnicos, y el 48.5% eran privadas. La literatura cuestiona el hecho de que se trata de un negocio desregulado que no siempre permite la inserción laboral y tampoco la mejora la atención (OPS/OMS, 2014; Nigenda, Magaña-Valladares, & Ortega-Altamirano, 2013; Hernández Torres, Cáliz Morales, & Santos García, 2012)

La mayor parte de los médicos y personal de enfermería de los servicios estatales, del Seguro Popular o de los seguros no privados, están empleados en relación de dependencia con contratos a tiempo indeterminado.

Sólo el IMSS ha impuesto otros criterios. Parte de la fuerza de trabajo de IMSS ya se contrata con condiciones más flexibles. Además, algunos Estados como Nuevo León, se han aprovechado de la posibilidad de utilizar los contratos temporales para contratar a algunos médicos especialistas pagados sobre una base de pago por servicios (OCDE, 2016).

En relación al tema salarial, un médico, con un trabajo de 8 horas mínimo, en el IMSS, ISSSTE, SSAs , ISEM e ISSEMyM gana al mes unos mil dólares (Medicasos, 2015). Por eso, los médicos trabajan siempre una parte del día en los consultorios privados, en los que la actividad

está escasamente regulada. Hay una figura precaria que es el médico de farmacia (El siglo de Torreón, 2015) y también es normal depender de un residente (Casas, Rodríguez, Casas, & Galeana, 2013). La bibliografía plantea como preocupante el ausentismo y la baja motivación de los médicos (Cercone y otros, 2001). Lo mismo sucede en el caso del personal de enfermería (Aguilar, 2003).

En el caso de las clínicas privadas, los honorarios están desregulados y dependen de la clínica o del seguro privado. Sólo cobran bien los profesionales prestigiosos (Cruz Martínez, 2015). También se alquilan espacios para médicos independientes. Los niveles de satisfacción son, igualmente, bajos.

2.6) Proveedores de medicamentos y poder de compra estatal

México es el segundo mercado más grande de América Latina en la industria farmacéutica, 14 de las 15 principales empresas a nivel internacional operan allí, ubicadas principalmente en el Distrito Federal Los laboratorios nacionales son Liomont, Sanfer, Laboratorios Armstrong, Laboratorios Hormona, Rimsa, Silanes, Arlex, Probiomed, Landsteineficr Scientific, tienen una baja participación en el mercado total , pero fuerte influencia en el mercado de genéricos; forman parte de ANAFAM (Asociación Nacional de Fabricantes de medicamentos) y producen 60**%** de los medicamentos para instituciones del sector salud y 16,5% para el sector privado(Anafam, 2016). El crecimiento es importante y hoy representa el 7% del PBI industrial, además es un exportador neto con un destino principal que es Estados Unidos, pero la balanza comercial es deficitaria, el 90 % de los insumos es importado, luego de la apertura del 2008 (Esquivel, 2013). El sistema regulatorio mexicano depende de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), esta entidad fue renuente a la aprobación de genéricos, pero su estrategia ha ido cambiando (Proceso.com.mx, 2013).

En lo que se refiere a la distribución, las compañías de mayor tamaño comercializan y distribuyen los fármacos por medio de tres mayoristas que controlan cerca de 70 % de este mercado. El resto del mismo depende de distribuidores más reducidos que se especializan en el nivel local.

El gobierno y la seguridad social garantizan el catálogo de medicamentos que contiene unos 800 productos genéricos fabricados por empresas nacionales, lo que hace que el sistema tenga problemas con medicamentos más caros y complejos. Los remedios representan el 6,8% del gasto total en salud (OECD, 2014).Los genéricos sin marca y los genéricos de marca

representan 34,4% y 19,6% respectivamente del volumen del mercado, y el 11,4% y 17,9% del valor de ventas totales de medicamentos (González-Pier & Barraza-Lloréns, 2011). Se estima que las compras del IMSS representaron el 47% del total de compras del gobierno, las de la Secretaría de Salud (incluyendo el SPS) el 23% y las del ISSSTE el 19%. El 11% restante correspondieron a otras instituciones públicas (Grupo Fórmula, 2014).

En la actualidad, los laboratorios que operan en el mercado privado de salud están sujetos a un mecanismo de control directo de precios ejercido por la Secretaría de Economía, los precios están limitados a un umbral en base a ciertas variables macroeconómicas. Este mecanismo opera mediante un convenio en la materia con las empresas, pero alrededor del 40 % del mercado no los respeta. (OCDE, 2013)

Existen alrededor de 20 mil farmacias privadas, que atienden sólo a los pacientes privados que pagan de su bolsillo por los medicamentos o con un seguro privado. La regulación es deficiente y los controles escasos.

Los fármacos que adquiere el sector público se distribuyen entre los pacientes en los establecimientos del gobierno y la seguridad social. En la actualidad, no es posible que un paciente con una receta de alguna institución del sector público obtenga el reembolso por un medicamento adquirido en una farmacia privada (OCDE, 2005). De cada cien pesos gastados en medicamentos, 79 se financian con recursos privados. Dentro del sector privado, la compra por parte de hospitales y aseguradores representa sólo 3% del valor y 2% del volumen, por lo que la mayor parte del gasto privado en medicamentos se efectúa a través del gasto de bolsillo de los hogares (González-Pier & Barraza-Lloréns, 2011).

En el sector de la SS, hay una lista básica para los asegurados (el formulario básico de medicamentos). A pesar de que las instituciones de salud del sector público deben comprar sólo lo que se incluye en el Formulario Básico y el Catálogo de entradas, muchas veces algunas organizaciones de seguridad social optaron por no comprarlos por los altos precios. Además, la lista de cobertura es variable (Moïse & Docteur, 2007).

México no cuenta con una cobertura universal con aseguramiento público de salud, esto ocasiona que casi la mitad de la población desamparada tenga que financiar de su bolsillo los servicios de salud. La cobertura pública es mínima y los precios se encuentran entre los más altos de la OECD.

La protección contra gastos catastróficos por medicamentos a través del SP, todavía no parece suficiente para mostrar una diferencia significativa en la cobertura de medicamentos del sector público con precios de medicamentos en el sector privado en México más elevados que en

otros países de la región cuando se ajusta por ingresos (Wirtz, Dreser, & Heredia-Pi, 2013). Sucede que la cobertura pública solo abarca 300 medicamentos.

2.7) Un Sistema nacional de innovación fuerte pero un sistema industrial subalterno

México invierte en I+D el 0,43% de su PBI. El gasto privado de I+D ha sido dos veces menor al realizado por el sector público, es de los países de AL con mayor influencia privada. Este último sector raras veces concursa por fondos federales para desarrollar la investigación necesaria para incrementar la competitividad de la industria nacional y prefiere comprar tecnología del exterior (Secretaría de Salud, 2001).

Los órganos rectores de la investigación y la tecnología son la Secretaria de educación pública y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT. Los principales actores publicos que reciben fondos son la UNAM y el resto de las universidades estatales, (Jasso & Marquina, 2011), los centros del Sistema SEP-CONACyT; el IPN (particularmente el CINVESTAV), etc. Los hospitales se asocian al sistema, pero eso ocurre raramente. El gobierno ha tenido en los últimos años diversas iniciativas para aumentar el número de puestos de investigación y la proporción de jóvenes investigadores (Ramos & Yermo, 2015).

La investigación en salud depende de la Secretaría de Salud, de la que dependen a la vez, 12 Institutos Nacionales; hay además, centros que desarrollan proyectos del ISSSTE y el IMSS (Dantes y Otros, 2011). El organismo de evaluación de tecnologías de la salud es, como se mencionó, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) que no tiene una política muy activa relacionada a nuevos fármacos o guías clínicas (Forde, 2016).

Se mencionan como antecedentes el documento elaborado en los 2000 por la Comisión de Investigaciones y la Academia Nacional de Medicina «La investigación en salud en México. Un esbozo de agenda», y la agenda de la Dirección General de Políticas de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud, del año 2007, realizada con la colaboración de los institutos nacionales de salud con líneas de acción como mejorar la investigación básica y aplicada y la transferencia tecnológica.El documento de planificación es el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) y en lo que hace a la salud, el Programa de Acción Específico Investigación para la Salud 2007-2012, actualmente rige el Plan Nacional de Desarrollo (2013-18). Estos documentos trazan líneas de acción, pero muy generales (Cano Jiménez, 2008).

En este contexto, parece haber consenso en que se ha avanzado en los vínculos regulares entre las empresas, las instituciones de salud y universitarias (Jasso & Calderón, 2013), pero a pesar de los mencionados esfuerzos, muchos como Martínez-Palomo (2012) coinciden en afirmar que existe un caos en término de líneas de investigación en los centros estatales y universtarios y los pobres resultados obtenidos. Comparado con otros países, México patenta poco, y quienes más patentan son empresas extranjeras, un 25% farmacéuticas. Solo 22 empresas de las poco más de 200 que hay en el sector, han patentado. Son muy pocas las patentes de empresas o investigadores mexicanos, destacándose en salud los Institutos Nacionales, pero con 15 patentes en veinte años (Jasso & Marquina, 2011).

Como vimos, la industria farmacéutica mexicana, junto con Brasil, está dentro de los 10 principales mercados del mundo, pero con una fuerte influencia extranjera, estas firmas hacen poca I+D en México (Guzmán & Guzmán, 2009); son contadas las empresas nacionales que invierten en I+D, además, aún no cuentan con la capacidad suficiente, no hay complementariedad entre empresas nacionales y extranjeras (KPMG, 2006). Dos de las 22 empresas que han patentado (Laboratorios Senosian y Silanes) representan el 53% del patentamiento. Ambas realizan grandes esfuerzos para avanzar en la búsqueda y protección de principios activos que son la base de la elaboración de medicamentos, o también en la búsqueda de nuevas vacunas.

El sector de dispositivos es el segundo más importante productor en Latinoamérica, detrás de Brasil. Es un sector atractivo al capital extranjero por su bajo costo de producción y ventajas arancelarias, pero poco innovador, fundamentalmente con perfil de maquila (Solares, 2012). En el clúster de Baja California, por ejemplo, algunos de los principales productos fabricados incluyen: respiradores artificiales, nebulizadores, conectores, aparatos ortopédicos, tubos endotraqueales, guantes de látex, partes dentales de acero, circuitos de anestesia, equipo quirúrgico y de diagnóstico, sistemas de suministro de medicamentos, suturas sin agujas, lentes oftálmicos, tubos para hemodiálisis, entre otros (Castro, 2011).

2.8) Los intentos de imponer Tics en contextos regionales con problemas serios de infraestructura

El primer Programa Nacional de Telesalud funcionó durante la vigencia del IMSS COPLAMAR desde 1978, como apoyo a las comunidades rurales, haciendo radioenlaces en banda civil. En los 90s hay diversos esfuerzos, sobre todo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de

los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para realizar enlaces (Fernandez, 2010). En 1995 el IMSS implantó su Sistema de Información Médica Familiar enlazado con casi 900 unidades de medicina familiar. Hasta 2006, un total de 16 millones de usuarios contaban con el Expediente Clínico Electrónico, casi la mitad de la población adscrita a un médico familiar (Avilés, Gil-García, & Ramirez-Hernández, 2012). El Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006 habían establecido la importancia y necesidad de utilizar TICs creando un fondo para eso.

El programa de telemedicina pasó a ser el Programa de Acción e-Salud, el cual se compone de dos sistemas básicos: la Telemedicina/Telesalud y el Portal e-Salud y va más allá de los enlaces del programa de medicina familiar. El primero busca acercar los tratamientos médicos y la educación a las zonas más remotas mediante oficinas fijas y móviles y enlaces; el portal tiene como objetivo facilitar los trámites y brindar información. A través de este programa se ha fomentado la creación de bibliotecas virtuales que permiten a médicos y enfermeras acceder vía internet a la información médica actualizada de las principales instituciones del mundo. También cuenta con Tele-enseñanza (Avella Martinez & Parra Ruiz, 2013). En estos desarrollos han participado actores públicos y privados.

La adhesión de los Estados fue errática, en 2007 eran 21 estados los que adherían. Datos de la encuesta nacional BGC (2008) mostraba que solo el 10% de la población nacional sabía que podía programar citas médicas por medio de Internet, y el servicio era utilizado sólo por el 3% de los ciudadanos (Avella Martinez & Parra Ruiz, 2013). Sólo el 21% de los médicos entrevistados habían visitado el portal e-Mexico, en promedio, 10 veces al año. El 66% desconocía su existencia (Avilés, Gil-García, & Ramirez-Hernández, 2012). El país tiene que hacer frente a una situación compleja con una baja penetración de la banda ancha y una baja proporción de adultos que utilizan Internet (Ramos & Yermo, 2015).

En concreto, en lo referido a Historia clínica electrónica y e-seguimiento, los avances habían sido tenues, el Certificado Electrónico de Nacimiento que debía estar listo en 2014, según la Estrategia Digital Nacional, ha tenido resultados parciales (vigente en diez Estados), lo mismo con el uso de la firma electrónica. Otro proyecto en fase piloto es la Cartilla Electrónica de vacunación y Prospera Digital, un canal de comunicación automatizado (Notimex, 2016).

En los estudios sobre uso de TICs en la salud, se ve a México como un país retrasado en esta materia, con proyectos individuales y relativamente aislados (Avilés, Gil-García, & Ramirez-Hernández, 2012).

En las páginas web consultadas, hemos detectado diversas experiencias publicitadas, obviamente de un tono menor a las de los paisesdesarrollados, por ejemplo, la APP desarrollada por la empresa Hoope que realiza una prueba de sangre inmediata para poder detectar enfermedades de transmisión sexual. Los resultados se muestran automáticamente en los celulares junto a información valiosa y recomendaciones a los resultados de la prueba.

En lo que hace al apoyo a la red, la Subdirección de Educación Médica e Investigación en Salud tiene conectados los hospitales públicos de Guerrero y se realizan consultas on- line, procesos de referencia y contra referencia, videoconferencias, cursos de actualización, etc. Algo similar hacen en Nuevo León: se instaló una Sala de Telecomando para la coordinación del Programa, situada en el Hospital Metropolitano, en donde se reciben consultas en tiempo real, así como electrocardiogramas (ECG) y electroencefalogramas (EEG) para su interpretación. Cuenta con 3 unidades móviles con conexión satelital que se han integrado a las caravanas o ferias de la salud del estado. La oferta de Teleconsultas pasó de 3 a 21 especialidades.

En las webs, tanto nacionales como estaduales, hay una pobreza llamativa. Sólo hemos reconocido el programa Medicina a Distancia de la Ciudad de México, sin muchas aclaraciones el respecto.

Siguiendo con el análisis y la comporación del uso que hacen los organimos de las webs, surge que las páginas son de las más cuidadas estéticamente, pero más pobres en cuanto a contenido, y en primer lugar se observa la del ministerio. La del Seguro intenta proveer una dosis mayor de servicios. Lo mismo los encuestados de Puebla y Chiapas. La web de Ciudad de México es pobre de todo punto de vista.

Bibliografía

Abrantes Pêgo, R., & Arjonilla Alday, S. (2002). Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México. *Rev. Saúde Pública*, http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300011.

Aguilar, A. (2013). "Cantidad y calidad de la atención médica. En cuanto a la mejoría del servicio clínico aún queda un tramo largo que recorrer". Excelsior. Publicado el 17 de febrero de 2013. Disponible en http://www.excelsior.com.mx/opinion/alfonso-aguilar/2013/02/17/884671

Altamirano & Macedo de la Concha (2016). Políticas de investigación en salud: Su congruencia con las prioridades en salud. Link: http://www.cife.unam.mx/Programa/D16/02Medicin-%20B/FMM29.pdf

Amador (2009). Publicado por La Jornada el 10 de Mayo de 2009. Disponible en http://www.jornada.unam.mx/2009/05/10/economia/028n1eco

Anafam (2016). Link: http://www.anafam.org.mx/

Ángulo7.2015. "79% de médicos en México trabajaba en la zona urbana" Publucado el 20 de octubre de 2015. Disponible en http://angulo7.com.mx/salud/item/5534-82-de-cada-100-mexicanos-econ%C3%B3micamente-activos-son-m%C3%A9dicos.html

Animal Político (2011). "94% de hospitales públicos y privados no cuentan con certificado". Publicado el 22 de febrero de 2011. Disponible en http://www.animalpolitico.com/2011/02/94-de-hospitales-publicos-y-privados-no-cuentan-con-certificado/

Arteaga, J. (2016). "Grupo Gigante confirma interés en negocio de hospitales" en Forbes publicado el 22 de abril de 2016. Disponible en:http://www.forbes.com.mx/grupo-gigante-confirma-interes-en-negocio-de-hospitales/

Ávalos R. (2015). "Médicos denuncian grave crisis en servicios del Hospital México" en La Nación Nacional publicado el 21 de agosto de 2015. Disponible en. http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Hospital_Mexico-CCSS-denuncias-listas_de_espera_0_1507249335.html

Ávila. M.(2013). Universalidad de los Servicios de Salud. Link: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55nspe/v55nspe.pdf

Arredondo, A. (2001). *Federalismo y Salud: estudio de caso sobre el sistema de salud en México.* : Forum of Federations. http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE110-mx-arredondo-s.pdf.

Arreola, R., Sánchez, R., & Mendoza, S. (2012). Seguridad e higiene industrial. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2012/seguridad-higiene-industrial-mexico.html.

Artaza Barrios, O., Méndez, C. A., Morrison, H., Reynaldo, & Suárez Jiménez, J. M. (2011). *Redes integradas de servicios de Salud: el desafio de los hospitales.* Santiago de Chile: OPS/ OMS.

Ávalos R. (2015). "Médicos denuncian grave crisis en servicios del Hospital México" en La Nación Nacional publicado el 21 de agosto de 2015. Disponible en. http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Hospital_Mexico-CCSS-denuncias-listas_de_espera_0_1507249335.html

Avella Martinez, L., & Parra Ruiz, P. (2013). Tecnología de la información y comunicación en salud (Tics) en el sector salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia . http://www.bdigital.unal.edu.co/11172/1/laurayanethavellamartinez.2013.pdf

Ávila, M (2013). Universalidad de los Servicios de Salud. Link: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55nspe/v55nspe.pdf

Avilés, J., Gil-García, J. R., & Ramirez-Hernández, F. (2012). e-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. Espacios Públicos, vol. 15, núm. 34, mayo-agosto, 65-94. http://www.redalyc.org/pdf/676/67623463015.pdf

Barajas, G. (2002). La política de administración de la pobreza en México: ayer y hoy. *Foro Internacional. Vol. 42, No. 1*, 63-98 http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/LBGJ5NUYTYQQ1JC9T6A9EKXUELQ93T.pdf

Barrera, Z. (2015). Factores de creación y cambio en las instituciones porfirianas de salud pública en Jalisco. Letras Históricas, (13). Link: http://revistascientificas.udg.mx/index.php/LH/article/view/3369

Bastida A.(2011). En México, los servicios de Salud discriminan a 40.7% de la población. NotieSe. Agencia especializada de noticias. Disponible en http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=4591

Bautista-Arredondo, S., Serván-Mori, E., Colchero, M. A., Ramírez-Rodríguez, B., & Sosa-Rubí, S. G. (2014). Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. salud pública de méxico, 56(1), 18-31.

Baz, G. (2005). Secretaría de salud. Subsecretaría de innovación y calidad. Dirección general de planeación y desarrollo en salud. Coordinación de micromidas. Redes locales de servicios de salud. Link: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7755.pdf

BCS Noticias. Secretaría de Salud y Colegio de Médicos dicen "no" a la carrera de Medicina en BCS. Publicado el 8 de noviembre de 2015. Disponible en http://www.bcsnoticias.mx/secretaria-de-salud-y-colegio-de-medicos-dicen-no-a-la-carrera-de-medicina-en-bcs/

Borbolla, C (2014). Hospitales públicos, "calvario" para los familiares de pacientes pobres. Publicado por Contralínea el 13 de mazo de 2014. Disponible en http://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/index.php/2014/03/13/hospitales-publicos-calvario-para-los-familiares-de-pacientes-pobres/

Burr, Piñó , Quiroz &Martín-Lunas (2011) Por los caminos del Sistema Nacional de Salud. Link: https://reddeacceso.files.wordpress.com/2011/05/guia-pfizerfinal3.pdf

Bastida Aguilar, N (2011). En México, los servicios de Salud discriminan a 40.7% de la población. NotieSe. Agencia especializada de noticias. Disponible en http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=4591

Bautista-Arredondo, S., Serván-Mori, E., Ávila-Burgos, L., Colchero, A., Wirtz, V., & Sosa- Rubi, S. (2013). *Demanda y utilización de servicios de salud ambulatorios en el contexto de la cobertura universal.* ENSALUT http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Utilizacion.pdf.

Baz, G. (2005). Secretaría de salud. Subsecretaría de innovación y calidad. Dirección general de planeación y desarrollo en salud. Coordinación de micromidas. Redes locales de servicios de salud. Link: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7755.pdf

BID (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. *Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo*. Link: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf

Bonilla, J. (2007). *Perspectivas de la descentralización en México con énfasis en el sector salud.* http://www2.inecc.gob.mx/publicaciones/libros/403/bonilla.html.

Cabrera, C. (2015). TIC en la mejora del sector salud de México y del mundo. Disponible en http://ticmejoradesaludmexico.blogspot.com.ar/

Cabrero Mendoza, E. (2000). Los dilemas de la descentralización en Mexico. O &S. http://www.scielo.br/pdf/osoc/v7n19/09.pdf.

Camara de Diputados de Mexico. (21 de marzo de 2010). *Instituto Mexicano del Seguro Social.* Obtenido de Diario oficial: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n277.pdf

Cano Jiménez, R. (2008). Estudio de caso de México. Informe de la 1ª Conferencia Latinoamericana, (págs. 19-20). http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vF-buV9iy8sJ:www.paho.org/hq/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D17307%26Itemid%3D270%26lang%3Des+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar

Canto L. & López, R. (2011). Estudio de una red regional de servicios de salud en México. (Una perspectiva sistémica), *Projectics / Proyéctica / Projectique* 2/2011 (n°8-9) , p. 169-183. https://www.cairn.info/revue-projectique-2011-2-page-169.htm

Cardoso.(2015). "Baja, la calidad de atención médica en México: OCDE" Publicado por La Jornada en Línea el 4 de noviembre de 2015. Disponible en http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2015/11/04/baja-la-calidad-de-atencion-medica-en-mexico-ocde-2094.html

Cardozo Brum, M. (1993). La descentralización de servicios de salud en México: hacía la amnesia total o hacía la resurrección de la política. Gestión y políticas públicas , 365-384 http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/Vol.II_No.II_2dosem/CBM_Vol.II_No.II_2dosem.pdf.

Carr, D., Vidal, L., & Soto, R. C. (2007). La memoria histórica de los pueblos subordinados. Eumed. net.

Carreón Rodríguez, Guijarro Arrilaga & Ibarra Olivo (2012). Infreaestructura y cobertura universal en salud. Link: http://libreriacide.com/librospdf/DTE-548.pdf

Carrillo, A. (2002). Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 9(Supl.), 67-87.

Carrillo, C.(2004). Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940. Link: http://www.ugr.es/~dynamis/english/completo25/PDF/Dyna-7.pdf

Casas, D., Rodríguez, A., Casas, I., & Galeana, C. (2013). Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave 13(7)*, http://www.gnosis.com.mx/pdf/medicos%20residentes%20en%20mexico.pdf.

Castillejos Salazar (2011). Endemias y epidemias, una constante en el México de los siglos XIX y XX. Pensar el futuro de México. Colección conmemorativa de las Revoluciones Centenarias. La Salud en México. Link: http://dcsh.xoc.uam.mx/pensarelfuturodemexico/libros/La_Salud.pdf

Castro, A. (01 de diciembre de 2011). El sector de dispositivos médicos en México. Obtenido de El Hospital : http://www.elhospital.com/temas/El-sector-de-dispositivos-medicos-en-Mexico+8085911

CEFP (2013). Indicadores sobre Seguridad Social en México. Link: http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0152013.porbesdf

Ceja Mena, F. (2004)La política social mexicana de cara a la pobreza. Revista Electrónica de Ciencias Sociales. Vol. VIII, núm. 176

Chavez Menedez, M & Otros (2010) El Programa IMSS Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, 2010, vol. 16, no 31. Link: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/311_el_programa_imss.pdf

CNN Expansión (2014) “Peña Nieto transforma el programa Oportunidades en Prospera” Publicado el 2 de septiembre de 2014. Disponible en http://www.cnnexpansion.com/economia/2014/09/02/pena-nieto-transforma-oportunidades

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. Link: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf

Cruz Martínez, Á. (2016). “La OCDE instó al gobierno mexicano a acelerar la creación de un organismo de supervisión y mejora de la calidad en el sistema sanitario nacional” en La Jornada publicado el 7 de enero de 2016. Disponible en http://www.jornada.unam.mx/2016/01/07/sociedad/037n1soc

Cuevas, J. H. (2007). Salud y Autonomía: el caso Chiapas. report for the Health Systems Knowledge Network, World Health Organization. Link: http://cdrwww.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/autonomy_mexico_2007_es.pdf

Dantez, O., & Otros. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex*, 220-232 http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf.

Dantéz, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. salud pública de méxico, 53, s220-s232. Link: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf

Dávila, E., & Guijarro, M. (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. CEPAL. Link: http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/D%E1vila%20y%20Guijarro.%20Evoluci%F3n%20y%20reforma%20del%20sistema%20de%20slaud%20en%20M%E9xico.pdf

Dávila Rodríguez, E.(2015). ¿Qué es la Ley CONACEM?. Link: http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2015/ot151a.pdf

De la Garza Toledo, E., & Páez, C. S. (2003). *La situación del trabajo en México, 2003*. Plaza y Valdes.

Diario Oficial de la Federación. (10 de octubre de 2016). *CONVENIO Específico de Colaboración para la transferencia de recursos presupuestarios federales con el carácter de subsidios, para la ejecución de proyectos y/o reconocimientos cuyo propósito es contribuir a desarrollar el Programa Calidad en la Atención .* Obtenido de Diario Oficial de la Federación: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5456122&fecha=10/10/2016

Díaz de León, F. (2012). Políticas Públicas en una región sanitaria de Sinaloa, México. *TEACS, AÑO 5, NUMERO*, http://www.ucla.edu.ve/dac/revistateacs/articulos/Rev10-Art4-Izaguirre.pdf.

Diaz Galvan, R. (1993). *El Tecpan de Santiago. Vicisitudes de una institución educativa, 1841-1937.* Mèxico : Escuela Nacional de Antropología e Historia https://www.academia.edu/4463210/Tecpan_de_Santiago.

Dirección General de Evaluación del Desempeño bajo la coordinación de Francisco Garrido Latorre con la colaboración de Esteban Puentes, Marlenne Salgado, Ricardo Orozco, Dayana Pineda, Arturo Revuelta y Adrian Dávila. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008.

DOF. (30 de noviembre de 2006). *REGLAMENTO de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.* Obtenido de Diario Oficial de la Federación: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4939079&fecha=30/11/2006

Duran Arenas, L., Aldaz Rodriduez, V., Hernandez Ramirez, L., & García Valladarez, L. (2010). *Los seguros médicos privados en Mexico: su contribución al sistema de salud.* Mexico D.F : UNAM http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2010/03_mar_2k10.pdf.

Duran Arenas, L., Salinas-Escudero, G., Granados-García, V., & Martínez-Valverde, S. (2012). La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. *Gaceta Médica de México*, http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_552-557.pdf.

El Universo (2014). “Somos médicos, no dioses ni criminales", grito de protesta en México” Publicado el 22 de junio de 2014. Disponible en http://www.eluniverso.com/noticias/2014/06/22/nota/3140421/somos-medicos-no-dioses-ni-criminales-grito-protesta-mexico

Esquivel, E. (2013). *La industria farmacéutica en México: un jugoso negocio con la salud” Publicado por SDP Noticoas.com el 27 de Mayo de 2013.* Disponible en http://www.sdpnoticias.com/columnas/2013/05/27/la-industria-farmaceutica-en-mexico-un-jugoso-negocio-con-la-salud

Fajardo Ortiz, G. (2004). La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000). *Elementos No. 53, Vol. 11,*, http://www.elementos.buap.mx/num53/htm/45.htm.

Federal, M. (1995). *Programa de Reforma del Sector Salud: 1995-2000*. Poder Judicial Federal. Link: http://www.centerfortraditionalmedicine.org/uploads/2/3/7/5/23750643/mexico_programa_reforma_sector_salud_1995_2000.pdf

Fernandez, A. (2010). TIC y salud: promesas y desafíos para la inclusión social. Cepal. Newsletter 12: Salud y TIC, 1-10. http://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter12.pdf

Fundación Mexicana para la Salud (2016). Análisis Comparativo del Desempeño Hospitalario.

García-Junco Machado, D. (2012). La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular. *Gaceta Médica de Mexico*, 518-24 http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_518-524.pdf.

Garrido Latorre, F. (2009). *Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008.* Mexico D.F http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/upna_sesas_2008.pdf: Secretaría de Salud.

Garrido Latorre, F. (2013). *Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012.* http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/upn/OSAP_2012.pdf: Secretaria de salud.

Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2009). *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México*. CEPAL. Link: http://repositorio.cepal.org/handle/11362/5201

Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Fundación Mapfre.

Gobierno de Nueva Leon . (s.f.). *Responsabilidades de la dependencia*. Obtenido de http://www.nl.gob.mx/dependencias/salud/responsabilidades

Gobierno del Estado de Jalisco. (2015). *Estructura*. Obtenido de Gobierno del Estado de Jalisco: http://www.jalisco.gob.mx/es/organigrama/consulta/826?dentro=si&&portal=true

Gomez -Dantes, O., Gómez-Jáuregui, J., & Inclán, C. (2004). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública Méx* , 399-416 http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000098.

González Block, M. A., & Martínez González, G. (2015). *Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la Salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada.* Mexico, D.F: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.

González-Pier, E., & Barraza-Lloréns, M. (2011). *Trabajando por la salud de la población: Propuestas de política para el sector farmacéutico.* México, DF: Funsalud. http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/Doc-PolPublSFarm-vFDigital-060511.pdf.

Grupo Fórmula (2014). “Publica Funsalud composición del mercado de medicamentos alopáticos”. Publicado el 4 de febrero de 2014. Disponible en http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=388491

Guerra, F. J. S., González, H. F., Padilla, R. P., Díaz, M. P., Iñarritu, A., & Hidalgo, H. F. (2003). Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México. *Ene*, *48*(1), 68-75. Link: http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2003/bc031l.pdf

Guzmán, A., & Guzmán, M. (2009). ¿Poseen capacidades de innovación las empresas farmacéuticas de América Latina? La evidencia de Argentina, Brasil, Cuba y México. Econ: teor. práct no.spe1 México , 131-175. http://www.scielo.org.mx/pdf/etp/nspe1/nspe1a6.pdf.

Hernández, A. F. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México*, *150*, 195-9.

Hernández San Román, E. (2016). *CENETEC – Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud*. Obtenido de Inhata: http://www.inahta.org/members/cenetec/

Hernández Torres, F., Cáliz Morales, A., & Santos García, J. (2012). *Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México.* http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01K.pdf.

Hicks Gómez, J. J. (2014). La investigación para la salud ante los ojos de la sociedad. *Evidencia médica e investigación en Salud Vol. 7, Núm. 4*, 155-156 http://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo144a.pdf.

ID. (15 de noviembre de 2016). Mexicanos innovan y buscan patente en preservación de piel humana en laboratorio. Obtenido de Investigación y Desarrollo: http://www.invdes.com.mx/salud/3935-mexicanos-innovan-y-buscan-patente-en-preservacion-de-piel-humana-en-laboratorio.html

IIJ UNAM. (2008). *La atención de lo social en México: un modelo entre seguridad social y protección social.* http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/5.pdf.

IMSS. (1979). *Qué es IMSS Coplamar.* http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/4407/Capitulo1.pdf.

IMSS. (2002). *Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Solidaridad.* http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=735251&fecha=15/03/2002.

IMSS. (2013a). *Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS.* http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20122013/anexoA.pdf.

IMSS. (2013b). *Programa institucional del instituto Mexicano del Seguro Social 2014 -2018.* http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf.

IMSS. (2016a). *Estructura Orgánica*. Obtenido de IMSS: http://www.imss.gob.mx/estructura

IMSS. (2016b). *Manual de organización de las unidades medicas de alta especialidad.* http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/manualesynormas/0500-002-001.pdf.

IMSS(2016c). IMSS Oportunidades. *IMSS. México D.F*

Informador. Mx (2015a). "Destinan mil 700 MDP para infraestructura médica en Oaxaca" en Informador. Mx publicado el 24 de octubre de 2015. Disponible en

Informador. Mx (2015b). "Piden a América Latina destinar porcentaje del PIB a la salud" en Informador. Mx. Publicado el 7 de diciembre de 2015. Disponible en http://www.informador.com.mx/economia/2015/631089/6/piden-a-america-latina-destinar-porcentaje-del-pib-a-la-salud.htm

Investigación y Desarrollo (2014) "insuficiente la atención atención primaria a la salud en México. INSUFICIENTE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN MÉXICO" Publicado el 22 de septiembre de 2014. Disponible en http://invdes.com.mx/salud-mobil/5354-insuficiente-la-atencion-primaria-a-la-salud-en-mexico

Jaimes, C. (2002). La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación. Centro de Investigación y Docencia Económicas. http://aleph.academica.mx/jspui/handle/56789/5329

Jaramillo Cardona, M. (2007). La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200006.

Jasso, S., & Marquina, L. (2011). Servicios e Innovación: Reflexiones y retos en el sector salud en México. México D.F: Proyecto Conacyt 19337 "Innovación Tecnológica y Redes de Conocimiento. http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/xvi/docs/2K.pdf

Knaul, F., & Otros. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *salud pública de méxico* , http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n2/v55n2a13.pdf.

KPMG. (2006). La Industria Farmacéutica en México. México D.F: KPMG. https://bitacorafarmaceutica.files.wordpress.com/2008/08/la-industria-farmaceutica-en-mexico.pdf

La Jornada. (15 de abril de 2015). *Servicios médicos privados, un gran negocio que nadie regula*. Obtenido de La Vanguardia: http://www.vanguardia.com.mx/serviciosmedicosprivadosungrannegocioquenadieregula-2297676.html

Laurell, A. (2010). *Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta.* http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/18.pdf.

Ley General de Salud. (1984). Ley General de Salud. http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2006/CDMigracion/pdf/F16.pdf.

León & Hurtado (2011). El programa para el desarrollo de zonas prioritarias: evolución y evaluación. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Documento de Trabajo núm. 117

Lizbeth Pasillas, J. y Zacarías Zamírez, T. (2016).” La verdadera enfermedad del sistema de salud mexicano” en Forbes publicado el 4 de febrero de 2016. Disponible en http://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/

López-Arellano, O., & Blanco-Gil, J. (2001). La polarización de la política de salud en México Health policy polarisation in Mexico. *Cad. Saúde Pública*, *17*(1), 43-54. Link: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n1/4059.pdf

Law Library of Congress. (2014). Approval of Medical Devices. The Law Library of Congress, Global Legal Research Center. https://www.loc.gov/law/help/medical-devices/foreign.php

Loyo-Varela, M., & Díaz-Chazaro, H. (2009). Hospitales en México. *Cir Ciruj*, *77*, 497-504. Link: http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc096o.pdf

Lopez Arellano, O. (2013). *Atención primaria a la salud en México.* http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/APS-en-M%C3%A9xico.-OLA-11.pdf: oiapss.

Lopez- Barcena, J. y otros 2015). Evaluación integral de competencias en la formación de médicos en México: estudio interinstitucional. FEM (Ed. Impresa) Link: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322015000100009

Lopez Garcia, E. (2012). *La Descentralización de los servicios de Salud.* México D.F : Facultad De Derecho http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000100003

López Iñigo (2015). “El camino hacia una cobertura universal en México”. Publicado por Revista Harvard Review of Latin América. Disponible en http://revista.drclas.harvard.edu/book/el-camino-hacia-una-cobertura-universal-en-m%C3%A9xico

López Levi, L. (1999). Reseña de "Decentralization in Mexico", en Reforma Municipal to Solidaridad to Nuevo Federalismo" de Victoria E. Rodríguez. Política y Cultura, 245-249. http://www.redalyc.org/pdf/267/26701213.pdf.

Loyo-Varela, M., & Díaz-Chazaro, H. (2009). Hospitales en México. *Circulo cirujano, Volumen 77, No. 6,*, 497-504 http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc096o.pdf.

Maceira, D. (2007). Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa. Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector, *EUROsocial, IRD, Buenos Aires*. Link: http://v8000313.ferozo.com/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Eurosocial-ExperCompRefFin-mayo07-Versi%C3%B3n-Final.pdf

Maceira, D. (2012). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. Draft manuscript, UNICEF, Buenos Aires. Link: http://v8000313.ferozo.com/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Unicef-LAC.pdf

Manzano, A. (2015). Entrada de TIC en infraestructura de salud para mejora de la atención. Obtenido de Pwc : http://www.pwc.com/mx/es/industrias/articulos-salud/entrada-tic-en-infraestructura-salud_.html

Martínez-Palomo, A. (2012). La investigación en salud. Gaceta Médica de México, 580-585. http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_580-585.pdf

Medicasos (2015). “ Médicos que ganan más de 100.000 pesos al mes” Publicado el 2 de Mayo de 2015. Disponible en http://www.medicasos.com/opinion/406-medicos-que-ganan-mas-de-100-000-pesos-mexicanos-al-mes

Méndez, J. L. (2010). Los grandes problemas de México. XII Políticas Públicas, 13. Link: https://www.colmex.mx/gpm/images/PDF/II_SOCIEDAD.pdf

Memoria para el plano de la Ciudad de México, formada de órden del Ministerio de Fomento. Por el Ingeniero Topógrafo Manuel Orozco y Berra. México, Imprenta de Santiago White, Callejón de Santa Clara No. 9, 1867. (Páginas 188-189). Link: https://tiemposdetlatelolco.wordpress.com/2012/01/28/el-tecpan-de-santiago-sucursal-de-la-prision/

Meza Orozco, Nayeli. 2014. “TICs, oportunidad de desarrollo para México” en Forbes

Menendez, E. (2005). Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales. Salud colectiva v.1 n.2 Lanús, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000200005#notas.

Moïse, P., & Docteur, E. (2007). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico.* OECD Health Working Papers. https://www.oecd.org/mexico/38097348.pdf.

Montejo Gómez, I. (22 de octubre de 2015). *Fuentes de financiamiento del sistema público de salud en México.* Obtenido de geopolis: http://www.gestiopolis.com/fuentes-de-financiamiento-del-sistema-publico-de-salud-en-mexico/

Moreno Jaimes, J. (2001). *La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación.* http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/29_Gob_Fed/Decentr_GSM.pdf.

Narro Robles, J., Moctezuma Navarro, D., & Orozco Hernández, L. (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *Economía Unam*, *7*(20), 7-33. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-952X2010000200001

Neri, M., Oleas, S., Torrado, M. P., Vargas, C. P., Perticara, M., Lomelí, L. I. R., ... & Trujillo, J. D. Relevado 2016. Pobreza, Desigualdad de Oportunidades y Políticas Públicas en América Latina. http://www.kas.de/wf/doc/kas_32590-1522-4-30.pdf

Nigenda, G. (2005). *El seguro popular de salud en México Desarrollo y retos para el futuro.* BID http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/1485608.pdf.

Nigenda, G., Magaña-Valladares, L., & Ortega-Altamirano, D. (2013). Recursos humanos para la salud en México en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*, 555-561 http://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_555-561.pdf.

Notimex. (30 de junio de 2016). Certificado electrónico de nacimiento ya es expedido en 10 estados. Obtenido de Cronica: http://www.cronica.com.mx/notas/2016/969919.html

Obsevatorio de Salud Pública de México (2010). Link: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.2014. Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación. Link: http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf

Observatorio de Política Social y Derechos Humanos (2014). Balance de de los programas sociales en dos años de Gobierno de Enrique Peña Nieto. Link: http://observatoriopoliticasocial.org/balance-de-los-programas-sociales-en-dos-anos-de-gobierno-de-enrique-pena-nieto/

OECD. (2005). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud Mexico: Mexico.* OECD Publishing .

OCDE (2011). Combate a la colusión en los procedimientos de compras públicas en México. Informe del Secretariado sobre las reglas y prácticas de compras públicas del IMSS Link: http://www.oecd.org/mexico/IMSS%20Report_Spanish_FINAL.pdf

OCDE (2013a). Estudio sobre la contratación pública del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado en México. Link: http://www.oecd.org/gov/ethics/ISSSTE%20Highlights%20Spanish%20Merged.pdf

OCDE (2013b). Estudios económicos de la OCDE. México.

OECD. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación .* http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf.

OECD. (2015). *Health at Glance.* http://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf.

OECD. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico.* Paris: OECD Publishing https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-English.pdf.

OPS. (2002). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Mexico.*ORganización Panamericana de la Salud.

Ornelas, C. (1998). La descentralización de los servicios de educación y salud en México. En E. Di Gropello, & R. Cominetti, *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana* (págs. 187-207). Santiago de chile: Cepal.

OPS &OMS (2011). Redes integradas de servicios de salud. El desafío de los hospitales. Link: http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf

OPS/ OMS. (2011b). 51.º Consejo Directivo. 63.a sesión del Comité regional . Washington, D.C.,: OPS/ OMS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20497&Itemid=270

OPS (2002). Perfil del sistema de servicios de salud México. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Link: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf

OPS (2012). Salud en las Américas. Link: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=214&Itemid=

Peláez Ramos, G. (2007). *Evolución de la legislación laboral en México.* http://www.lahaine.org/b2-img10/pelaez_leg.pdf.

Perez Torres, J., & Gonzalez Hernandez, I. (1996). *La descentralización Fiscal en México.* CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7441/1/S9800079_es.pdf.

Pymempresario (2011). “Consumidores de servicios de salud en México hacen uso de redes sociales para obtener información sobre costos y opciones para tratamientos médicos” publicado el 7 de noviembre de 2011. Disponible en http://www.pymempresario.com/2011/11/consumidores-de-servicios-de-salud-en-mexico-hacen-uso-de-redes-sociales-para-obtener-informacion-sobre-costos-y-opciones-para-tratamientos-medicos/

Ramírez, T. d., Nájera, P., & Nigenda, G. (1996). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México, vol. 40, núm. 1,*, http://www.redalyc.org/pdf/106/10640102.pdf.

Ramírez-Tirado, L. A., Tirado-Góme, L. L., & López-Cervantes, M. (2014). Desigualdad en intervenciones de atención primaria para el cuidado de la salud maternoinfantil en México. *Rev Panam Salud Publica*, 235-242 http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/01.pdf.

Ramos, G., & Yermo, J. (2015). Better Policies Series s - Mexico . Policy priorities to upgrade the skills and knowledge of Mexicans for greater productivity and innovation. OECD https://www.oecd.org/mexico/mexico-policy-priorities-to-upgrade-skills-and-knowledge-of-mexicans.pdf.

Ríos, R. (2002). Temas médicos y sanitarios en el Porfiriato. Bol Mex His Fil Med, 5(2), 2. Link: http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2002/hf022c.pdf

Ríos Cortázar, V., Gasca García, A., & Franco Martínez, M. (2009). Crisis y salud. Crisis y salud. Crisis y salud. Una relación compleja de der elación compleja de der elación compleja de derechos negados. *Salud Urbana*, 103-109 http://www.uam.mx/cdi/pdf/s_doc/crisis_salud.pdf.

Rodríguez de Romo, A., y Rodríguez Pérez, M.(1998). Historia de la salud publica en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 5(2), 293-310.*

Ruelas, E. (2002). Health care quality improvement in Mexico: challenges, opportunities, and progress. *BUMC PROCEEDINGS*, 319–322. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1276627/pdf/bumc0015-0319.pdf.

Ruiz Medina, M. (2011). *Tesis doctoral: Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México.* Culiacán: http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/sistema_nacional.html.

Salgado-de Snyder, V., & Guerra-y Guerra, G. (2014). Un primer análisis de la investigación en México sobre los determinantes sociales de la salud: 2005-2012. *Salud Publica Mexico*, 393-401 http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n4/v56n4a14.pdf.

Sanchez Gonzalez, J. (2009). El cambio institucional en la reforma y modernización de la administración pública mexicana. *Gest. polít. pública*, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792009000100003.

Santamaría, J. (2012). La Atención Primaria de Salud como estrategia de combate a la pobreza.

Secretaría de Salud México (2007a). Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Link: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Politicas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf

Secretaría de Salud (2007b). Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Link: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/sm2006.pdf

Secretaría de Salud (2013a) Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2013.

Secretaría de Economía (2013b). Industria farmacéutica. Link: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://mim.promexico.gob.mx/JS/MIM/PerfilDelSector/ /020914_DS_Farmaceutica_ES.pdf&gws_rd=cr&ei=ibfmVsTXF8iHwgSfr7ioDw

Secretaría de Salud (2016a). Caravanas de la Salud. Link. http://www.saludbcs.gob.mx/Caravanas.html

Secretaría de Salud (2016b). Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud. Link: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/PAE_2013-2018_CENETEC_13mayo2015_v31.pdf

Secretaría de Salud. (2012). *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011.* MéxicoSecretaría de Salud: Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/58337/ODH_2011.pdf.

Secretaria de Salud de México. (2011). *El Seguro popular en México hace posible el tratamiento de enfermedades de alto costo.* http://consulmex.sre.gob.mx/detroit/images/Comunicados_SRE/2014/20140707_03_el_tratamiento_de_enfermedades_costosas_es_posible_en_mexico.pdf.

Secretaría de Salud. (2001). Investigación en Salud. México D.F: Secretaría de Salud http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/invest_salud.pdf.

Sipse. (26 de julio de 2013). *Sería ilegal esquema de 'copago' en el Seguro Social*. Obtenido de Sipse: http://sipse.com/mexico/seria-ilegal-esquema-de-copago-en-el-seguro-social-43617.html

Soberón-Acevedo, G., & Martínez-Narváez, G. (1995). La descentralización de los servicios de salud en MExicoen la década de los 80. *Conferencia Magistral presentada con motivo del X Aniversario de la Descentralización de los Servicios de Salud en el Municipio de Acapulco, Guerrero, México* (págs. 371-378). Acapulco: Salud Pública México.

Soberó-Acevedo, G. (2001). La reforma de la salud en México. http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2001-137-5-419-443.pdf.

Solares, E. (2012). Oportunidades de TI en Manufactura. Select https://prosoft.economia.gob.mx/Imagenes/ImagenesMaster/Estudios%20Prosoft/GREF_04.pdf .

Sosa-García, J., & Otros. (2016). Experiencia del Sistema Nacional de Salud Mexicano en el desarrollo de guías de práctica clínica. *Cirugía y Cirujanos*, 173-179

Tarride Fernández MI, Vásquez OC, González Martinic J. Modelamiento y simulación computacional de la red de consultas médicas de un servicio público de salud chileno. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(3):203–10. Link: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n3/a07v27n3

Tamez González, S., & Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Rev. salud pública. 10* , 133-145 http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf.

Tamez González, S., & Valle Arcos, R. (2005). Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Rev. Mex. Sociol vol.67 no.2 México abr./jun.* , http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032005000200003.

Tamez, S., Eibenschutz, C., Camacho, I., & Hernández, E. (2012). Neoliberalismo y política sanitaria en México. http://www.fsms.org.br/arquivos/neoliberalismo1.pdf.

Tetreault Weber, D., Valencia Lomelí, E., & Foust Rodríguez, D. (2012). Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI. Link: http://repositorio.cepal.org/handle/11362/3979

The World Bank. (26 de febrero de 2015). Seguro Popular: Health Coverage For All in Mexico. *The World Bank*, págs. http://www.worldbank.org/en/results/2015/02/26/health-coverage-for-all-in-mexico.

Toribio., L.(2016). “OCDE urge a México implementar reforma en materia de salud. El organismo propone la creación de una nueva autoridad de supervisión y mejora de calidad, independiente a la Secretaría de Salud e institutos de seguridad social” en Excelsior publicado el 7 de enero de 2016. Disponible en http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/01/07/1067302

Torres Molina, J. C. (2010). *Modelo Financiero para la apertura de una clíncia-hospital privada en Queretano.* Queretano: http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/2203/1/RI001705.pdf.

Ugalde, A., & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Public*, http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf.

Uribe Gómez, M., & Abrantes Pêgo, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? *Perf. latinoam. vol.21 no.42 México*, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006.

Vela (2016). " Colegio de médicos buscan la certificación " . Publicado por Xeu.com.mx el 18 de febrero de 2016. Disponible en http://www.xeu.com.mx/nota.cfm?id=796541

Velázquez, G. (1992). Organización y funcionamiento de los servicios de salud del programa IMSS-Solidaridad. *Salud Pública de México*, http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634612.

Wirtz, V., Dreser, A., & Heredia-Pi, I. (2013). Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Publica Mex 2013;55* , 329-336. http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n3/a11v55n3.pdf.

Wirtz, V., Russo, G., & Kageyama-Escobar, M. d. (2010). Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006 . *Salud Publica Mex*, http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n1/v52n1a05.pdf.

Zamboni, L. El Seguro Social como instrumento para la equidad en el acceso a la Salud: El caso de México. Link: http://www.asociacionag.org.ar/pdfcap/4/Zamboni,%20Luc%C3%ADa.pdf

Zurita, B., & Ramírez, T. (2003). Desempeño del sector privado de la salud en México. Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México.

2.10. Brasil. El gran proyecto universal, estancado.

1. Grandes Hitos del Sistema de Salud

1.1) El sistema de salud desde el siglo XIX, hasta la posguerra. De las mutuales al desarrollo del Estado benefactor de Getulio Vargas.

En el siglo XIX la protección de la salud se organizaba a través de las asociaciones de ayuda mutua principalmente por hospitales filantrópicos religiosos y las Santas Casas de Misericordia de la Iglesia Católica. Las juntas municipales realizaban acciones contra las epidemias (Polignano 2015). Las clases altas tenían acceso a los profesionales médicos legales que fueron traídos de Portugal (Bertolozzi y Greco 1996). La Constitución de 1824 garantizaba un dispositivo de "ayudas públicas" (Nolasco 2012). Ya existían desde antes varias facultades de medicina en Salvador y Río de Janeiro (Polignano 2015).

Desde mediados de siglo el Estado Imperial abrió los primeros hospitales y salas de aislamiento (Farias de Moraes 2005), se llevan adelante las primeras campañas contra epidemias como la de la fiebre amarilla, viruela, y de exterminio de las ratas. Primero en las zonas urbanas, y luego en los años 1920, en las rurales. En 1918 es creado en San Pablo el Instituto de Higiene mediante un pacto con la fundación Rockefeller, como primer centro de investigación y formación bacteriológica (Rodriguez, 1999; Correira, 2011). En esta década creó el Instituto Butantan de Sao Paulo, el Benjamin Constant en Río de Janeiro (Marinho Da Silva 1996).

En 1921 se creó el Departamento Nacional de Salud Pública aunque con escasos recursos y poco poder de decisión para actuar (Marinho Da Silva 1996). Durante esos años se reconfigura en San Pablo, el Instituto de Higiene, para la formación sanitaria. En 1924 se funda el Centro experimental de Lepra y luego, varios otros centros de similares características (Ferreira Candeias 1984).

En ese período se instituyen también por ley las primeras Cajas de Jubilaciones y Pensiones, entidades de derecho privado organizadas por empresas (fundamentalmente del ferrocarril y

marítimos), con la función de garantizar jubilaciones, pensiones y asistencia médica a sus trabajadores (Giovanella, 2013). En 1933 se crea el Instituto de Jubilaciones y Pensiones Marítimo (IAPM) y en 1934 el IAPC, de comercio (CPDOC, 2015). Además existían mutuales financiadas con el aporte de los empleadores y empleados; los afiliados se atendían en centros llamados CAP (Batich, 2004).

Durante el gobierno de Getulio Vargas, de 1930 a 1945 se producen grandes cambios en la estructura del Estado con la finalidad de promover lo que en el mundo empezaba a plantearse como un estado social. En este contexto, se crea el Ministerio de Educación y Salud Pública (MESP), es fundamental en este período la figura del ministro Capanema. En ese período, el organismo consolida su estructura administrativa para adecuarse a lo que ellos llamaban la política social del *Estado Novo* (Hochman, 2005).

Los viejos CAP se sustituyen definitivamente generalizándose el modelo de los institutos de categorías profesionales: los más importantes eran el ya mencionado IAPC, IAPM y el de la Banca (IAPB), el de los Trabajadores Industriales (IAPI), y los cargadores de muelle y Transportadores de Cargas (IAPETEL). Si bien estos Institutos han sido fundamentales para el sistema brasilero, algunos opinan que fueron un mecanismo importante de control social y de captura de ahorro forzoso (Nicz, 1982 y Poligano, 2015).

En 1941 se produce la reforma de Barros Barreto, quien creó el Departamento Nacional de Salud (DNS). Estableció los Servicios Nacionales, los cuales tenían una estructura vertical y centralizada y estaban compuestos por agencias especializadas en combatir y prevenir enfermedades específicas; entre ellos el Servicio Especial de Salud Pública (SESP), con fuerte influencia en zonas productoras de materias primas, donde construyó redes de unidades locales de salud, centrándose tanto en la medicina preventiva como curativa. Para eso creó y condujo mediante representantes federales las Delegaciones Federales de Salud en cada una de las ocho regiones en las cuales fue dividido el territorio (Dias Renovato y Salgado Bagnato 2010).

A su vez, se crean en 1941 las Conferencias Nacionales de Salud, en las cuales se deberían reunir periódicamente delegaciones de todos los Estados en un foro nacional y de carácter oficial, para discutir los temas de salud pública (Medici, 1990).

Según el Censo de Los Establecimientos en actividad de 1946, había 541 establecimientos con unidades de internación, el 23 % eran estatales, el 18 % federales, 5 % municipales y 58% privados (IBGE 1948). La cobertura social crecía: entre 1930-1945 el número de personas cubiertas aumentó, para pasar de los 140 mil en 1930 a los casi 3 millones de miembros en 1945(Fidelis Ponte, 2010).

Para Voilaca (2014) éste modelo fue pionero en APS, aunque solo en el campo de las enfermedades infecciosas y vinculadas a los sectores vulnerables, pero resultó un instrumento fundamental en la construcción de una red horizontal y permanente de unidades sanitarias, sobre todo para poblaciones rurales (Vieira de Campos, 2005). El formato institucional elegido fue la verticalidad de las acciones especializadas según la enfermedad afrontada, coordinadas por un núcleo central que residiría en el Ministerio e implementadas de un modo jerárquico en los estados y los municipios (Hochman 2005). El contexto político general era el del "Nuevo Estado", para algunas opiniones de corte autoritario y populista (Marinho Da Silva 1996), que fue interrumpido por el proceso liberal democrático de 1946.

Después de 1946, los Institutos de Jubilaciones y Pensiones expandieron sus áreas de operación a los servicios de alimentación, vivienda y salud. En 1949 se creó el Servicio de Asistencia Médica, Domiciliar y de Urgencia (SAMDU) mantenida por todos los institutos y cajas todavía existentes.

1.2) Del segundo Vargas a Goulart

En 1953, con Getulio nuevamente en el poder, se crea el Ministerio de Salud separado de Educación y Cultura, que reemplaza en las funciones al Departamento Nacional de Salud (DNS), manteniendo la misma estructura. En 1956 se crea el Departamento Nacional de Enfermedades Endémicas Rurales que incorpora los antiguos servicios nacionales de fiebre amarilla, la malaria, etc. (Ministério da Saúde 2016). Según Figueiredo Neto y Otros (2010) la política siguió fuertemente basada en la lucha contra las enfermedades endémicas, fundamentalmente rurales. La inestabilidad política y los cambios de gobierno no ayudaban. Luego, nace el Consejo Nacional de Salud con el objeto de generar un ámbito de participación de los principales actores (Sartori, y otros, 2013).

En 1960, después de 14 años de debate, el Congreso promulgó la Ley Orgánica de Seguridad Social mediante la introducción de un solo régimen de pensiones para todos los trabajadores

en el sector privado, a través de la unificación de la legislación que regía sobre las IAP y la eliminación de disparidades en la cantidad y tipos de beneficios entre ellos. En este cambio, ciertas categorías profesionales sufrieron disminuciones de la cantidad y valor de las prestaciones de seguridad social, pero otros mejoraron.

En todo este periodo hay un fuerte debate sobre la organización vertical de los servicios de salud pública, y se intenta poner el eje en la importancia del municipio y la atención primaria. En la Tercera Conferencia Nacional de Salud, celebrada en 1963 estaba expuesto este ideario (Fonseca 2013) y en 1964, João Goulart avanza en dos temas: la planificación de la acción mediante el Plan Nacional de Salud que enfatizaba el rol de los municipios y la unificación de los servicios médicos y de salud a partir de la noción de atención básica, acompañadas de un aumento de los recursos en las regiones menos desarrolladas del país (Prato 2015). Fue en esta época que se registró la mayor participación del Ministerio de Salud en el presupuesto general de la Unión (Bertolozzi y Greco 1996).

También se avanza en el control de los precios de los medicamentos. En 1963, un decreto presidencial limitó la transferencia de divisas de las farmacéuticas y el Ministerio empezó a estudiar casos de sobrefacturación.

1.3) La salud en el milagro brasilero

En 1966 se creó el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), que absorbió todos los institutos e incluyó la asistencia médica de todos los empleados, empleadores y trabajadores independientes que aportaban al sistema, consolidando así el modelo (Batich 2004).

En todos estos años, hasta mediados de los 60 se planearon varios hospitales públicos, algunos se terminaron en los 70. Se pueden citar como ejemplos la Maternidade Universitária de São Paulo, Hospital da Lagoa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Sul América (Costeira, 2014). También hay un fuerte desarrollo del sector privado que intenta aprovechar el nuevo nicho de mercado creado por el crecimiento de la clase media (Romero 2008). Este fenómeno se profundiza en los años del milagro brasilero (1968- 1974) en los que se avanza en la construcción de numerosas clínicas y hospitales privados, incluso con financiamiento de la Seguridad Social. Hay una multiplicación de las escuelas de medicina privadas, en general a expensas de los servicios públicos (Therezinha Luz 1991). Las reformas del gobierno impulsaron la expansión de la cobertura, pero junto a la expansión de la oferta privada (Paim, y otros 2011); Texiera, 2006). En 1967 se funda la cooperativa Unimed, de origen sindical (Duarte, 2001;Departamento de Ciência e Tecnología ,2008)

En 1974 se debe decir que empieza el ajuste, el régimen militar crea el Ministerio de Previsión y Asistencia Social y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (INAMPS), destinado a la administración del sistema de previsión en salud, y el Fondo de Apoyo al Desarrollo Social, con un modelo normativo centrado en el control del gasto, incluyendo fuertes restricciones en cuanto a procedimientos cubiertos (Santos y Merhy 2006).
Por otro lado, se amplía la asignación de fondos para la compra de servicios de salud al sector privado (Romero, 2008).

En 1976 hay un nuevo cambio, se creó el Ministerio de Sanidad, el Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (SINPAS), que incluía el viejo INAMPS y la Central de Medicamentos (CEME), además se creó el Fondo de Previsión y Asistencia Social (FPAS), con el propósito de ejercer una coordinación y control más estrictos y para limitar la autonomía del sistema previsional (Neto y Otros, 2010; Batich 2004; Giedion, Villar y Ávila 2010)

Debe mencionarse también, la creación en 1976 del Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), que destinaba recursos tanto a la construcción de unidades básicas de salud como a convenios entre el Ministerio de Salud y el de Seguridad Social, en el ámbito federal, y las secretarías municipales de salud, con el objetivo de implementar servicios de primer nivel en ciudades pequeñas (Giovanella y Magalhães 2008). A pesar de las dificultades, de algún modo se consolida la atención primaria y el rol de los estados y municipios. El número de unidades de APS pasó de mil122 en 1975 a 13 mil 739 en 1984 (Vilaca Mendez, 2014). Aprovechando la prioridad dada al "campo social" y gracias a los espacios institucionales abiertos por el Plan Nacional de Desarrollo Segundo (PND II) (1975), surge un conjunto de proyectos municipales con las ideas del movimiento sanitario. Romero (2008) menciona las experiencias de servicios básicos de salud de Montes Claros, Niteroi, Campinas Londrina.

De todos modos, aun hay poca claridad sobre los roles de cada nivel de gobierno, sobre todo en cuanto a la gestión, ya que los fondos siempre fueron federales, y por ejemplo, los grandes hospitales eran federales en Río de Janeiro y estaduales en San Pablo. Todo en un contexto de desfinanciamiento y crisis (Camacho 2013).

A mediados de la década del ‘80 se elimina el Carnet del Asegurado para el ingreso en los hospitales propios y públicos dependientes de las Secretarías de Salud de los Estados y Municipios, el SINPAS (que ya incluía a los trabajadores rurales) cubre estos gastos al menos

para sus afiliados; era una forma de aproximarse a la idea de la cobertura universal. En la Constitución de 1988 se explicita este derecho con el impulso del Partido Comunista, el Partido de los Trabajadores y los movimientos eclesiásticos de base (Cohn, 2008; Farfán Mendoza, 2014). Ese año comienza la política de Acciones Integradas de Salud (AIS), que financiaba la creación de centros de salud en estados y municipios a cambio de la atención primaria universal en el nivel local.

1.4) Los 90s y los 2000. El sistema Único de Salud. Los intentos de un "National Health Service" en el contexto latinoamericano

Formalmente, el SUS (Sistema Único de Salud) nace en 1990, aunque en realidad, el anterior INAMPS sólo fue disuelto en 1993, tres años después, por eso siguió siendo el encargado de distribuir los fondos, lo que generó una fuerte reacción de los estados más ricos (Ministerio de la salud Brasil, 2002).

Se elimina la estructura de salud de la seguridad social, la que se incorpora al Ministerio de Salud, se avanza con el proceso de descentralización para que sean los municipios los responsables de la gestión plena del sistema, dándoles más poder a las Secretarias de Salud Estatales y Municipales. Así se produce la municipalización de las unidades de APS de los estados; también se argumentaba la necesidad de intensificar los procesos de participación social. En cada caso se usó otro modelo organizativo : Vilaca Mendez (2014) menciona entre los principales la Medicina General y Comunitaria en Porto Alegre; la Acción Programática en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (USP), el Médico de Familia de la Secretaría Municipal de Salud de Niterói y el Modelo de Defensa de la Vida de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas.

Casi en paralelo, aparece el Programa de Salud de la Familia (PSF), con el que se garantiza la atención primaria mediante un equipo multidisciplinario a población definida; se crea también en el Ministerio de Salud (MS) el programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) para aumentar la inversión en médicos de familia (Levy, Souza Matos y Tomita 2004). Para el 2005, el PSF se implementaba en casi 5 mil municipios, con algo menos que 25 mil equipos atendiendo al 50% de la población del país (Maceira, 2012). El programa preveía el aumento del número de miembros del equipo, en el intento de dejar de ser un programa de atención primaria selectiva, objetivo nunca logrado completamente.

En cuanto a los establecimientos hospitalarios, también éstos pasaron a los municipios, aunque a finales de los ’90 todavía 16 Estados se encargaban del servicio (Cipriano, Maia,2004).

Para la gobernanza se crearon Consejos de Salud en cada nivel del sistema, en los cuales el 50% de sus integrantes representaban al gobierno y el otro 50% representaba a la sociedad, y la Conferencia de Salud para establecer la agenda cuatrianual. En cada Estado se creó una Comisión Bipartita de intergestores, integrada por representantes de las secretarías estatales y municipales de salud.

En los años 90, se realizaron esfuerzos significativos para consolidar el Sistema de Información en Salud, tales como la creación de la Red Nacional de Información sobre la Salud (RNIS), y la creación de la Red de Información para la Salud (RIPSA), como una estrategia para aumentar y mejorar la información difundida por medios electrónicos, sobre la base de los sistemas nacionales de información (Marinho Da Silva, 1996).

Un avance muy importante en relación a la cobertura fue una enmienda de 1998 que impedía la exclusión de personas con enfermedades preexistentes y a los ancianos, prohibía limtiar patologías y los topes número de días de hospitalización (Gama y Otros, 2002). A nivel de la formalidad, este proceso –muy condicionado por el ajuste y la crisis- permitió la cobertura para los segmentos más pobres, pero en cuanto a la calidad de la atención, la literatura es muy crítica. No se debe olvidar que el gasto público en salud per cápita, cayó de 81,43 dólares en 1989 a 54,43 dólares en 1991 y sólo presentó una recuperación después de 1995, alcanzando los 100,5 dólares. El objetivo central era el ajuste. Este es uno de los períodos de mayor migración al sector privado, el gran ganador de la reforma, tanto en términos de aseguradores como prestadores (Olesker, 2001).

Lo presupuestario siguió siendo eje del debate, en 1999 se crea la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y por entonces, gracias a la Ley de Patentes de 1996, comienza la política de genéricos (Teixeira, 2014). En el año 2000 se aprobó una enmienda constitucional que determinó que el gasto federal sea similar al del año anterior, corregido por la variación nominal del PBI, y se fijó un cronograma para la vinculación creciente de los impuestos estaduales y de los municipales, hasta alcanzar el 12% y 15%, respectivamente, a partir de 2004 (Afonso, 2004.**).** La ley de "responsabilidad fiscal" imponía un límite a los gastos

de personal y obligaba a la subcontratación de cooperativas o empresas privadas (Nyman, 2005 no está).

En la misma línea, en el año 2007 se firma el Pacto por la Salud, que generó cambios importantes en las transferencias de fondos a Estados y municipios. El esquema depende de un piso de atención básica (PAB): dividido en PAB fijo, cápita mensual por población automática realizada a cada Fondo de Estado desde el Fondo Nacional de Salud (FNS); y PAB variable, vinculado a objetivos estaduales. Luego se suma un monto por atención ambulatoria y de media y alta complejidad, vigilancia epidemiológica, asistencia farmacéutica, y apoyo a la gestión. Para muchos teóricos representa un paso esencial para definir las responsabilidades de gestión de cada entidad federal, y evidentemente, tiene un objetivo de seguimiento y control. Los fondos federales para las acciones y servicios de salud se organizaron y se transfirieron en forma de seis bloques de financiación: Atención básica; Atención de mediana y alta complejidad; Vigilancia en Salud ; Asistencia Farmaceutica; para Gestión del SUS; por inversiones en Red de Servicios de Salud(Weizenmann, Oliveira, & Wichrowski, 2012). Cada bloque tiene una cuenta específica. Según Ramos y otros (2009) lo que cambia radicalmente es la manera de pactar los objetivos del SUS, ya que rompe con los convenios que se hacían a través de estándares de operación.

De este modo se intenta garantizar la ampliación de derechos y la eficiencia (Felipe, Pestana, & Ferenandez, 2006). Tal vez el problema principal sea la falta de capacidad de gestión a nivel descentralizado, especialmente en pequeños municipios (Weizenmann, Oliveira, & Wichrowski, 2012).Tambien se cuestiona el nivel de participación sobre todo del personal (Silva, Silveira, Dias, Braga y Ione, 2014).

En 2011 se produce otro giro en la organización de la atención primaria, partir del Programa Nacional para mejorar el acceso y calidad (PMAQ), que condiciona el 15% (en 2013) de las transferencias de fondos a la efectivización de la mejora de las condiciones de trabajo y de la calidad de la atención (Pinto, Souza y Florêncio, 2011).

En cuanto a cobertura, en 2011 se define un menú prestacional para el SUS (RENASES) y se lanza el programa "Salud no tiene precio", que proporciona 11 medicamentos gratuitos para la hipertensión y la diabetes y 3 medicamentos para el asma (Teixiera, 2014). En 2012, aparece la Tabla de Precios de Procedimientos, Órtesis, Prótesis y Medicamentos, que agrupa a los

ítems en cinco categorías: atención primaria; urgencia y emergencia; atención psicosocial; especializada y hospitalaria (Labra y Giovanella, 2007).

Como se verá luego, el gasto total en salud y el estatal han crecido en los últimos años debido a las exigencias del SUS. Los datos sobre resultados, como la mortalidad materna han mostrado fuertes avances, desde 220 muertes cada 100 mil nacimientos vivos en 1990, a 60 en 2010, pero la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es de las tasas más alta del subcontinente, aunque hay una leve mejoría (Gattini y Ruiz 2012).

2. Un modelo basado en el SUS

La Constitución Federal de 1988, garantiza acceso universal y equitativo a la salud. Para cumplir con este objetivo, Brasil cuenta con un Sistema Único de Salud (SUS) que da cobertura, en teoría a toda la población, pero que en la práctica cubre al 75%. El seguro financia el acceso a la salud a través de servicios del Estado o de instituciones privadas, con o sin fines de lucro. La provisión pública está centrada fundamentalmente en el nivel municipal, sobre todo en la atención básica y en hospitales de baja o media complejidad, la misma es pagada por el seguro. El 25% restante se atiende mediante el pago de bolsillo o a través de aseguradores privados, mediante proveedores privados (Acuña, 2001). Existe una deducción en el pago de impuestos por las cuotas de los seguros privados, lo que significa un subsidio importante.

El Ministerio de Salud de Brasil es el órgano que formula las políticas y financia buena parte de sus objetivos mediante el SUS. De este ministerio depende la Secretaria de Vigilancia de la Salud y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, autoridad de aplicación de los seguros privados. Una parte de esta tarea se podría llevar a cabo con el Sistema de Informaciones de Media y Alta Complejidad (SIMAC) -que sustituyó intentos similares como el SIA y el SIH-, pero hasta ahora esto no ha sucedido (OPS, Ministerio de Salud Brasil, 2006).

El Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC) es la autoridad de aplicación de los diversos proveedores de atención a la salud desde el nivel federal hasta los niveles estatal y municipal, bajo la órbita de la Política Nacional de Regulación del MS y es responsable del Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios, de la Encuesta de Satisfacción y del Premio de Calidad Hospitalaria (Montekio, Medina, y Aquino (2011).

Para apoyar su tarea desde el punto de vista político, está la Comisión Intergestores Tripartita (CIT), en el nivel nacional, y bipartitas (CIB) en los estados; algo similar (las CIR) trabajan en el nivel local. Esas comisiones tienen la función de establecer pactos para la formulación de políticas de salud y para la organización de las redes de servicios para la atención a la salud (García Subirats, 2015). Las CIB están compuestas por 3 representantes de los estados y 6 gestores municipales (Cogemas Paraná, 2016)

También depende del Ministerio, pero sin dejar de generar superposiciones, el Consejo Nacional de Salud; y conectados en red con este Consejo funcionan 27 Consejos Estatales y más de 5 mil Consejos Municipales, formados por un 50% de representantes comunitarios, un 25% del gobierno, proveedores y administradores de servicios de atención a la salud y un 25% por trabajadores de la salud. Su presidente es elegido en asamblea plenaria y tienen más de 100 mil voluntarios.Esta red participa de la formulación de estrategias, opina sobre las decisiones sobre la asignación de recursos, inversiones, cambios en el SUS, etc. Lo hacen a través de las Conferencias Nacionales de Salud, que reúnen a cientos de miles de personas en eventos municipales y estatales (Montekio, Becerril, Medina y Aquino, 2011). La literatura es contradictoria respecto a este rol, Wendhausen (2006) plantea que no son una buena experiencia.

Coelho (2005) a través de un relevamiento de diversos autores, encuentra, que los consejos de salud han contribuido de forma bastante modesta, ya sea para la incorporación de las demandas de la sociedad civil en la política de salud o para ampliar el control social sobre esa política. Según estos autores, la tradición autoritaria y la propia resistencia de los actores sociales y estatales obturan los progresos.

La Agencia Nacional de Salud (ANS) es la agencia reguladora vinculada al Ministerio, responsable del sector de los planes de salud complementarios en Brasil. La Agencia ha lanzado el D-TISS que brinda datos sobre el número de procedimientos realizados por los médicos, laboratorios, clínicas y hospitales privados en convenio con planes de salud (Leal, 2015).

La Red Brasileña de Evaluación de Tecnologías en Salud (REBRATS) realiza evaluaciones en base a las prescripciones de los Comités de Ética en Investigación. Además, busca elaborar y difundir estudios prioritarios, y establecer mecanismos para el seguimiento de tecnologías

nuevas (Departamento de Ciência e Tecnologia ,2008;Bermúdez, 2013). Por otro lado, está la ya mencionada Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.

La gestión de la investigación en salud dentro del SUS, es responsabilidad de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos. El Ministerio de Salud, participa a través de la acción de los Departamentos de Ciencia y Tecnología y el Complejo Industrial e Innovación en Salud (Departamento de Ciência e Tecnologia 2008). La política depende de la Conferencia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, que elabora la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación a fin de orientar los fondos sectoriales de la Secretaria mencionada; pero los fondos no han sido cuantiosos y sobre esta política hay muchas quejas (Vacca González, Fitzgerald y Bermúdez, 2006). También se asumen las dificultades de un país como Brasil para avanzar en este campo (D'Ávila, y otros 2011).

También existe una extensa red universitaria de telemedicina, conocida como RUTE que avanza al menos formalmente (Santos, 2010; Oviedo y Fernández, 2010). La fase inicial de RUTE (2006-2008) se compuso de proyectos de 12 universidades federales, tres estatales (Universidad de Sao Paulo, con dos proyectos), una organización sin fines de lucro, un hospital estatal y una fundación pública federal, con un grupo de docentes universitarios en 13 Estados. Participan también 19 instituciones como centros de referencia para la atención clínica. Silva & Sozzi (2012) encuentran que los proyectos avanzan aunque con sus limitaciones. Actualmente, La Red Universitaria de Telemedicina (Rute) cuenta con 115 unidades en pleno funcionamiento, ubicados en los hospitales universitarios y de enseñanza, en todos los estados de Brasil; el programa ha ido en expansión (Portal Brasil 2015).

El financiamiento corresponde a los tres niveles de gobierno. Desde el año 2000 y con modificaciones en 2012, el gobierno federal debe destinar la cantidad de recursos gastados en el año anterior, ajustada por la tasa de variación del PBI, un incremento del gasto muy bajo en los últimos años (CEPAL, 2014) Los mismos surgen de la Contribución al Financiamiento de la Seguridad Social (COFINS) sobre los ingresos brutos de las empresas, y algo menos de la Contribución Social sobre el Lucro Neto (CSL) de las empresas (Ministério da Fazenda, 2015). En 2011, el 52% de los recursos del Ministerio de Salud fueron provenientes de la Contribución al Financiamiento de la Seguridad Social (COFINS) y el 38% del CLS. El resto de la financiación (10%), proviene de otros recursos estatales (Piola, y otros 2013; Giovanella, 2013).

Los estados destinan el 12 % y los municipios el 15% de sus recursos. En el año 2010 el gasto publico fue financiado un 47,5% por el gobierno federal, 25% a los estados y 27,5% a los municipios (Giovanella , 2013; Merchán-Hamann et al, 2013). Esta distribución ha sufrido modificaciones y es consecuencia del Pacto por la Salud del 2007, que ata las transferencias a población y a acciones específicas y que define montos para diversos tipos de atención.

El esquema esta basado en el SUS, que compra la provisión principalmente al sector público y al privado. La AP pública es mayoritaria y depende de los centros del programa respectivo; el modelo se sostiene a partir del PSF que garantiza el financiamiento a los municipios. El sector público realiza la mayor parte de las hospitalizaciones en el país y es también responsable de una cuarta parte de las consultas ambulatorias y casi el 80 % de las consultas en las salas de emergencia (Azevedo, y otros 2015). Hay consenso en que el sistema se encuentra desfinanciado y eso relativiza el universalismo (Laurel e Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012; Fleury 2003; Montekio, Medina & Aquino, 2011). Leão Siqueira (2011) muestra que las categorías “indigentes” y “agrícolas” tienen los índices más bajos de acceso. El gradiente de acceso no se presenta solamente entre aquellos con o sin la posesión de al menos un plan de salud, sino también en la calidad y el acceso a los servicios de salud que cada plan ofrece.

Para esta última década, Brasil amplio considerablemente su gasto en salud, llegando a ser 8,9% del PBI, contra el 7,2 % del año 2000, pero muy inferior al de Chile y Argentina. El porcentaje se explica en parte importante por el crecimiento de la financiación del gobierno nacional, que paso de aportar el 40,3% en el 2000 a casi el 46% en 2011, mientras que el aporte privado cayó de 55% al 50% en el mismo periodo (OMS, 2014). De ese financiamiento privado, los planes de salud representan el 40%; el resto es gasto de bolsillo (Ocké-Reis 2015; CEPAL, 2013). Por ejemplo, Argentina destina un 26% a seguros, Chile 38%, Colombia 39% y Costa Rica un 5% .Un 80% de la población está cubierta por el SUS y el 20% tiene seguro suplementario. El gasto total en salud por habitante fue en 2012 de 1.383 dólares, contra los 1.610 de Chile y 1.550 de Argentina (WHO 2015)

Los pasos más importantes se han dado en cobertura primaria: Gatiini y Ruiz (2012) muestran que Brasil es líder con un alcance de 97,4% contra la media en Sudamérica de 84,3%; pero, hay varios problemas ligados a la descentralización a nivel municipal. Aunque los municipios grandes tienen menos dificultades para funcionar, se enfrentan con demandas enormes, los medianos o pequeños no logran sostener el sistema fácilmente (Cohn, 2008). Es que la

descentralización de los servicios impide al nivel federal desarrollar un control eficiente. El escenario dominante fue la autonomía de cada una de esas instancias, derivando en la realización de acciones fragmentadas y desarticuladas, muchas veces en abierta competencia (OPS, Ministerio de Salud Brasil, 2006)

En relación a la calidad, en 2003, el Consejo Nacional de Secretarios de Salud publicó los resultados de la segunda encuesta sobre conocimiento, evaluación y opinión de los brasileños respecto de los servicios del SUS. Para el 24.2% de los encuestados, el principal problema que enfrentaban en su vida diaria era la salud. La encuesta realizada por Datafolha Instituto, a solicitud del Consejo Federal de Medicina (CFM) en el cuidado de la salud, concluye que los servicios de salud en Brasil son pobres, regulares o malos para el 93% de los brasileños. Entre los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS), el 87% de los encuestados tienen una valoración negativa de los servicios ofrecidos. Es que 2 de cada 10 brasileños atribuyen calificación de cero puntos para ambos (la salud en general y el SUS). Es importante aclarar que la investigación se llevó a cabo en todo el país, incluyendo las áreas metropolitanas y las ciudades interiores (Saúde 247, 2015).

Como fallas del sistema, pusieron de relieve la carencia de médicos y personal de enfermería; la falta de medicamentos; los largos tiempos de espera para recibir atención y el plazo de los turnos, sobre todo a medida que la complejidad aumenta (Montekio, Víctor Becerril, Guadalupe Medina y Aquino, 2011).
Los seguros privados no parecen garantizar más calidad, la concentración es alta y hay fuerte descreme, lo que llevó a crear la *Agência Nacional de Saúde Suplementar* (Montone 2001) pero aún no está claro el poder de regulación que puede ejercerse (Gerschman, y otros 2012).

Si bien hay progresos en algunos indicadores de salud, Estevez (2016) plantea que la esperanza de vida en Brasil es menor que en países como Argentina, Chile y Uruguay y además, hay grandes diferencias regionales. Who (2015) muestra que desde 2000, bajó la muerte al nacer pero creció la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

2.1) La lógica del SUS y el mercado de seguros privados que crece

Como ya se dijo, el sector público cubre alrededor del 80% de la población, unos aproximadamente 144 millones de brasileños son usuarios exclusivos del SUS. El modelo funciona financiado por PAB dividido en bloques. Su componente fijo es una transferencia per cápita para la cobertura de atención básica por los municipios, un valor fijo por habitante al año.

El PAB variable está compuesto por incentivos financieros para la adopción de programas estratégicos como salud bucal, asistencia farmacéutica básica, lucha contra las deficiencias nutricionales, la lucha contra las endemias y la vigilancia sanitaria.

El SUS trabaja con los 38 mil centros públicos y –en algunos casos privados- de AP. La mayoría (79%) de los establecimientos ambulatorios del país integra la red SUS, lo que incluye todos los establecimientos públicos, 39% de los filantrópicos y apenas una pequeña parte de las clínicas privadas (10%). (Giovanella y Magalhães, Atención primaria de Salud 2008).

Hay unos 6500 hospitales públicos y privados. Hay unos 3 mil 400 hospitales públicos, que en su mayoría atienden exclusivamente al SUS, pero 649 informaron también que tenían contratos con los planes de salud. Hay unos mil 700 sin fines de lucro, de los cuales, mil 557 hospitales tenían contratos diversos, con el SUS y con planes .De los casi mil 400 hospitales privados con fines de lucro, 1.300 atendían sólo a planes privados y 1.130 a SUS, planes y privados (Machado, Martins y Leite, 2015).

El SUS opera con un modelo de pago por procedimiento en base a un nomenclador (OPS/Instituto Salud y Futuro/Universidad Andrés Bello, 2009), según el PAB y con una tabla de los precios de los servicios basada en valores medios globales según la Clasificación Internacional de Procedimientos de la Organización Mundial de la Salud.

Si bien el SUS ha sido destacado por analistas de otros países como uno de los principales sistemas unificados de Salud de América Latina (Atún & Otros, 2014) y como una interacción fructífera entre el sistema de oferta de servicios privados y públicos con regulación estatal (Giedion, Villar y Ávila 2010); se plantean dificultades de coordinación, sobre todo en las regiones y la presencia de mecanismos informales (Vasconcelos y Parche, 2012; Bispo Júnior & Cardoso Martins, 2014). Carvalho (2007) planteaba la cuestión de los bajos valores que paga el SUS en relación con los costos. Por eso no hay muchos incentivos para la eficiencia. No cambia según prestador, por eso los privados están sometidos al mismo esquema.

Por otro lado el SUS, desde 1998, tiene el programa de Asistencia Farmacéutica, que contempla todas las etapas de abastecimiento de medicamentos, la atención ambulatoria u hospitalaria y el suministro de medicamentos para el tratamiento prescripto, garantizando el acceso gratuito o a bajos precios de los fármacos, siempre que éste se encuentre en la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (Bocanegra 2012). Sin embargo, hay quien

opina que la desarticulación de la atención farmacéutica en el ámbito de los servicios de la salud, donde los que prescriben no siguen los lineamientos oficiales, complican los principios propuestos (Tolentino, 2009b). El uso de remedios es heterogeneo según los ingresos familiares (Posenetto y otros, 2013)

Mientras, el subsistema privado de seguros representa la alternativa de afiliación voluntaria, no obligatoria, que cubre al 20% de la población. La concentración también es regional, en la región del sudeste se estima que se concentra el 70 % de la población cubierta con seguros de salud privados (Pinto y Soranz, 2004). Un 70% (un 14% de la población total) se financia con recursos de los empleadores y los empleados según los contratos colectivos. Se trata de unos 50 millones de beneficiarios, número que se mantiene constante. Recordemos que más del 60% tiene doble cobertura, no hay datos ciertos de cual usan preferentemente, pero la estrategia parece ser ir eligiendo según el caso.

En 2009 existían mil 444 aseguradoras (Giedion, Villar, & Ávila, 2010) entre cooperativas médicas, planes de autogestión (organizados por empresa para sus empleados) y las aseguradoras propiamente dichas **(**Giovanella, 2013**).**
Los principales operadoras son Unimed, Cassi y GEAP, hay una enorme concentración del mercado y estas firmas ejercen fuerte lobby respecto a regulaciones y control estatal. Unimed, según su página oficial, es la cooperativa de médicos más grande del mundo, con una red de 349 cooperativas médicas, cubre 19 millones de miembros y tiene el 31% de los planes de salud en el 84% del territorio nacional. Prácticamente han desaparecido los seguros pequeños a partir de la regulación de la cartera mínima de lSUS (Gerschman, y otros 2012).

Debido a la Ley de 1998 que ya mencionamos, los planes privados se tuvieron que adaptar a un plan de referencia de la ANS, pero los anteriores a esa fecha no son alcanzados (Pinto y Soranz, 2004). La cobertura mínima incluye: atención mental, cobertura sobre patologías existentes, cobertura por enfermedades transmisibles y crónicas, trasplantes y gastos asociados a la internación en un periodo ajustado al tratamiento sin límite de días (Gama y otros, 2002). El sistema de Salud complementario posee el 30% y el 60% de todos los servicios de apoyo para diagnóstico y la terapia en el país, aunque gran parte del crecimiento desde el 2000, se ha dado en planes de atención odontológica (Diesse 2009).

Las críticas que reciben son las tradicionales, concentrarse en planes básicos, excluir el tratamiento de enfermedades crónicas, poner límites en la extensión máxima de la

hospitalización o el gasto total, así como el cobro de altos costos administrativos (Pires y otros, 2007; Waters y Bós, 2008; Carvalho, Fortes, Garrafa, 2014). Muchos problemas se atribuyen a un permisivo marco regulatorio (Novaes y Neuhauser, 2000). En 2015, la ANS suspendió la venta de 43 planes de salud de 16 prestadores por denegación indebida de la cobertura y el incumplimiento de los plazos máximos de servicio (Globo.com, 2015). Los médicos naturalmente prefieren trabajar en su propio consultorio, un 25% no trabaja para ningún plan, el resto, trabaja en ambos(Bretas 2015)

2.2) Los esfuerzos brasileros por imponer los equipos de medicina familiar

El Departamento de Atención Primaria de Salud (APS) de la Secretaría de Salud define la política a nivel federal, la cual debe ser llevada a cabo fundamentalmente con los municipios (Lermen Junior y Norman, 2013).

La gestión misma se desarrollaba en 2012 en 38 mil unidades. Por un lado, las unidades de salud de la familia (USF), del programa respectivo, que cuentan con un equipo interdisciplinario pero con escasa presencia del médico. Según Vilaca Mendes (2014) en 2011, el Programa funcionaba en 5 mil 284 municipios, con 32 mil100 equipos, 249 mil agentes comunitarios, y 21mil equipos de salud bucal (Vilaça Mendes, 2014), cada equipo está compuesto por al menos un médico (que debería ser generalista), un enfermero, dos auxiliares o técnicos de enfermería y 5 a 6 agentes comunitarios de salud, todos con contratos de trabajo de 40 horas semanales y un máximo de 700 familias a cargo. Este planteo de aumentar la cobertura de la atención primaria de salud tuvo su correlato en el gasto público de este segmento, que creció más que el total, en una tasa superior al 300% en los últimos 10 años (Lermen Junior y Norman 2013). Estas unidades casi replicaron el nivel de atención primaria (Silva y Santos, 2014), sin una organización eficaz de la red, como se pretendía. Se reproducen las salas de emergencia tradicionales (Teixeira Konder y O'Dwyer 2015).

En segundo lugar, están las unidades mixtas que poseen internación y los ambulatorios de los hospitales. También se cuentan las unidades de atención rápida (UPA), que son estructuras de complejidad intermedia también con equipo multidisciplinarios (NASF), funcionan las 24 horas del día y son capaces de resolver la mayoría de las urgencias. Existen tres tipos de UPAS, que varían en cantidad de camas, según la población de referencia que se le asigne: un mínimo de 7 camas para una capacidad de servicio promedio de 150 pacientes por día, para una población en el área de influencia de de 50 mil a 100 mil habitantes; 11 camas para una área

de 100 a 200 mil habitantes y 15 para áreas de 200 a 250 mil, con una capacidad para 350 atenciones al día. Además hay un modelo móvil prehospitalario de Urgencia (Almeida, 2010; Fidelis de Almeida 2012).

En el SUS, en general, no hay libertad de elección del médico por parte del paciente. Cada equipo de Salud de la Familia registra las familias de un área determinada y debe ser responsable por su atención. La admisión a los hospitales públicos requiere de una derivación de la USF, que es coordinada por las centrales de regulación municipales, o estatales, que deben autorizar el ingreso y asignarle un costo de DRG, sino, el SUS no paga (Fidelis de Almeida 2012; Giovanella, L. 2013). Este mecanismo se utiliza para mejorar la eficiencia pero a veces funciona como un paso formal.

El Ministerio de Salud instituyó el Sistema Nacional de Regulación, online, pero hay otros sistemas circulando (Brasil, Ministério da Saúde, 2014c). En la evaluación PMAQ-AB (2012), casi todos los consultados en el nivel hospitalario dijeron usar una central de regulación, pero el porcentaje baja en los equipos de USF.

Formalmente las USF dependen de los municipios, pero como vimos, se financian por el SUS. Los profesionales que trabajan en la atención básica son dependientes de los municipios y tienen vínculos de trabajo diversos. Menos de la mitad son funcionarios de carrera, el resto son contratados a través de ONGs, cooperativas, y/o agencias. Según los relevamientos del Ministerio de Salud (2002), menos de un tercio de los médicos y enfermeras tenían una relación contractual no precaria en 2001 y 2002.

Estudios como el de Minardi y otros (2006) para Minas Gerais encuentra que el contratación pública es para cargos menores como asistente comunitarios y auxiliar mientras que la mayoría de las enfermeras y los médicos fueron contratados por otros medio. Los salarios no son altos y para muchos es la primera experiencia. Otro problema es, la falta de tradición de la formación generalista en las facultades de medicina y la insuficiente valorización de esta especialidad a pesar de los diversos esfuerzos del Ministerio (Giovanella y Magalhães de Mendonça 2012; Vieira y Cervo, 2013,). Escorell y otros (2007) dicen que en 6 municipios, el porcentaje de profesionales de primer nivel en salud familiar era inferior al 30%.

Hay una gran dificultad para conseguir profesionales o bajar el ausentismo en zonas alejadas y desfavorecidas, los aumentos de plazas suelen ser de residencia médica y son pocas; esto genera desigualdades regionales importantes.

La evaluación del modelo, de todos modos, es positiva. Se coincide en los progresos en la manera en que los profesionales encaran la tarea, pero también se mencionan la falta de materiales y recursos humanos, la existencia de procedimientos estandarizados y otros(Nunes de Olivera y otros, 2015). ISAGS (2015) dice que hay una muy baja resolutividad en las unidades. Faustino, Giovanella y Mendonça (2013) muestran que entre el 20% y el 45% de las Unidades Básicas de Atención no tenía algunos de los servicios seleccionados; sólo el 34% de los equipos de APS en municipios con menos de 10 mil habitantes tenía el equipo completo. Las ciudades pequeñas ubicadas en las zonas rurales y remotas son las más perjudicadas.
Para afrontar la falta de médicos se planeó el Programa Más Médicos para Brasil, que impulsó la llegada de 18 mil médicos del exterior, sobre todo cubanos y brasileños formados fuera del país (ISAGS, 2015; OPS/OMS, 2015).El Consejo Federal de Medicina condenó la medida (Martí, 2013), pero con mucho rechazo de la profesión.

Quienes no tienen cobertura del SUS sino de otro plan, van a los centros privados ambulatorios contratados por sus seguros, los mismos serán analizados luego.

2.3) Los hospitales estatales y municipales, entre el poder político y la autonomía

El total de hospitales del país en 2010, según el registro nacional CNES, era de 6 mil 520, unos mil 400 privados con fines de lucro, mil 700 privados sin fines de lucro con diversas exenciones fiscales. Los demás hospitales (3 mil 400) son públicos (Machado, Martins y Leite, 2015). El SUS contrata en ambos sectores, aunque prioriza los hospitales públicos. Los hospitales públicos se dividen en los niveles de gobierno de la siguiente manera: el 66% son hospitales municipales, 25 % son estatales y sólo el 9% son hospitales federales (IESS, 2013). La oferta de camas privadas es de 3,4 camas por cada mil beneficiarios, contra 2,4 camas que ofrece el SUS (Machado, Martins y Leite, 2015)
Los hospitales públicos en general son de dos tipos estándar. Pequeños en municipios de escasa población en zonas pobres, o por el contario, muy grandes con mucha tecnología (Campos Albuquerque y Vilaça Mendes, 2009). Los autores dicen que entre ambos representan casi el 80% del total y que operan con grandes economías de escala. Además,

muy pocos hospitales están acreditados, no se ha podido implementar definitivamente el modelo de registro de pacientes e historia clínica electrónica.

El hospital es una entidad de derecho público, pero dotada de autonomía administrativa, financiera y patrimonial. Al comando de los hospitales públicos hay un Consejo de Administración formado por un presidente y un máximo de cuatro miembros, que ejercen funciones ejecutivas elegidos por el poder político federal. Hay un director clínico y hay un director enfermero, elegidos por el Consejo (Minsiterio de Saúde, 2015). Entre las prerrogativas está la de establecer políticas en materia de recursos humanos, incluida la remuneración de los empleados; pero en la práctica, el margen es estrecho debido al convenio colectivo. La mayor parte de los profesionales son asalariados, más cantidad que en el privado.

El Consejo de los hospitales públicos está vinculado al Departamento de Salud del correspondiente nivel de gobierno, y el cargo de la dirección depende de la autoridad política. En los municipios y Estados hay Consejos de salud, compuestos por representantes de la administración pública, los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio, que toman decisiones sobre la política sanitaria.

Desde 2002, reconocida por ANVISA, la Organización Nacional de Acreditación (ONA) es otra entidad importante, ya que es responsable de la realización del Sistema de Acreditación. Certifica servicios en tres niveles: nivel 1, Acreditado; Nivel 2, acreditación completa ; y acreditado con la excelencia (nivel 3). De los 345 servicios de salud que están acreditados en Brasil por la metodología de los hospitales ONA, sólo el 13,3% son instituciones públicas (Sobrinho, y otros 2015). Sin embargo, esta Organización ha tenido idas y vueltas y muchas críticas (Ribeiro 2013).

Los hospitales usan un presupuesto anual histórico para cubrir sus costos generales, el SUS paga por tratamiento mediante un DGR. Los hospitales universitarios reciben también fondos del Ministerio de Educación y para ellos se crea la figura de empresa pública en la que ya se han enrolado 33 de ellos. Estos hospitales además acuerdan convenios con planes, por eso han dejado de ser exclusivos del SUS, generándose a veces la “doble fila”.

En cuanto a las evaluaciones, La Forgia y Couttolenc, (2009) dicen que no hay mucha planificación ni incentivos a mejorar. Azevedo y otros (2015) dicen que hay graves problemas de administración y corrupción. Según el informe Tribunal de Contas da União (TCU) hay

hacinamiento, instrumentos insuficientes para la prestación de los servicios, problemas para el mantenimiento de equipos, déficit de personal, falta de medicamentos y suministros (Pethechust, y Gonçalves, 2015). Los principales problemas relacionados con la calidad hospitalaria son: atrasos y errores en los diagnósticos y en los tratamientos; fallas en el seguimiento de los procedimientos recomendados, problemas en la profiláxis (KISIL, 2003; SAMPAIO, 2004). Además hay graves diferencias regionales con indicadores muy favorables en el sur y preocupantes en el norte (Viacaba y otros, 2012). El caso de Río de Janeiro merece particular atención, ya que en él se declaró la emergencia del sector salud. El caos involucraba hospitales y centros de atención de urgencia, los cuales no podían funcionar por la falta de pago de salarios, insumos y materiales (Reuters 2015). La respuesta fue la municipalización de dos hospitales.

Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas, consultorios y profesionales que atienden a los usuarios. Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en 2005, se contaron unos 18 milestablecimientos, ya vimos que 3 mil 100 tienen servicios de hospitalización y los restantes 15 mil, son consultorios colectivos de diagnóstico y terapias simples. (Giedion, Villar, y Ávila, 2010). Sólo el 31% de estos establecimientos tiene acuerdos exclusivo con el SUS, el resto se relaciona con las dos clases de seguro.

El sistema de pago por procedimiento a los privados subcontratados por el SUS ha sido fuertemente criticado desde la aplicación del seguro,fundamentalmente, porque genera incentivos a la sobre prestación y sobrefacturación de servicios. Tal vez por esto, es que son hospitales en promedio más grandes que los públicos y de mayor complejidad (Merchán-Hamann et al 2012).

Por su parte, los hospitales sin fines de lucro, en su mayoría, se organizaron a partir de las iniciativas de las comunidades seculares o religiosas. Representan, luego de los hospitales municipales, la mayor cantidad para el sistema SUS, un 33 %, del total, con una media de 87 camas por hospital (Marinho 2004)

Desde la implementación del Nuevo Estado (1988), estas organizaciones comienzan a beneficiarse de una serie de exenciones fiscales. Además, a partir de esta reforma se requiere la prestación de una cartera de servicios, la instalación de mecanismos de control de las juntas directivas y consejos de administración de estos hospitales cuyos miembros pasan, por ley a cumplir con el requisito de no remuneración. Hay un Consejo de administración, compuesto por

personas de la comunidad (Marino 2002). Marinho (2004) muestra que sobre el tarifario aprobado por el SUS, estos hospitales han sido los más caros del sistema en todos los indicadores de estadía diaria.

Para algunos, el modelo permite que los privados reemplacen los déficits del sector público, pero la prioridad muchas veces la tienen los beneficiarios de los seguros privados (Guideón, Villar y Ávila, 2010; Giovanella, 2013; Kaliks y otros, 2013). Si bien no ha aumentado la proporción de los doble asegurados, si se observa el aumento relativo de los ingresos no SUS sobre los ingresos SUS. Los privados sin fines de lucro fueron los más favorecidos: por los beneficios fiscales que obtienen, por el aumento de las derivaciones SUS y por el aumento de los ingresos no SUS (Farias y otros, 2011).

2.4) El panorama de los médicos en un contexto de informalidad creciente

En Brasil hay 2 millones 566 mil 694 empleos en el sector salud: un 56,4% se desempeñan en el sector público y un 43,6% en el sector privado. Hay algo más de 120 mil médicos en el sistema público y otro tanto en el privado, lo que da aproximadamente 1,51 médicos cadamil habitantes, cifra que se eleva en el sur y disminuye al norte (Carvalho, Fortes, Volnei Garrafa, 2014). Recordemos que el indicador es de 1,7 para América Latina (OPS, 2014)

La regulación de la formación es responsabilidad del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud participa de la definición de residencias. El registro profesional y la regulación de la práctica profesional de las diversas carreras están sujetas a los Colegios de profesionales. Por su parte, el Consejo Federal de Medicina y el Consejo Federal de Enfermería participan de la creación de cursos de pregrado y residencia y de la vigilancia de la práctica profesional. También participan las agremiaciones: Federación Nacional de Médicos (FENAM), la Asociación Médica Brasileña (AMA) y la Asociación Nacional de Médicos Residentes (ANMR). Estas instituciones han estado fuertemente enfrentadas al Partido de los Trabajadores (PT) (Globo.com, 2016; Globo.com, 2015, Agencia Brasil, 2015; Suri, 2016). La Asociación Nacional de Expertos Médicos (ANMP) ha sido más proclive al dialogo (Portal Brasil, 2016).
Más allá del salario público, los problemas surgen por la falta de médicos, la sobrecarga, y las estrategias para atraer profesionales del extranjero no han sido bien recibida (Agencia Brasil, 2015).

Los médicos del sector público suelen ser funcionarios estables, y en el privado se paga por servicios. De todos modos, en ambos hay una alta cantidad de médicos con contratos alternativos o incluso informales, pero no hemos encontrado datos fidedignos. Entre las enfermeras la situación es similar. Los salarios medios en cada puesto son bajos y hay una expansión del multiempleo que llega al 75% de los médicos (Agencia Brasil, 2015). Faltan profesionales en algunas regiones (Isags, 2012; Jornal Do Brasil, 2016).

2.5) El problema del acceso a los medicamentos

El gasto en medicamentos representa el 28% del gasto total, pero se eleva al 61% entre los más humildes (Novaes, 2006). Silva y otros (2012) muestra que la prevalencia del consumo de medicamentos es alto, el país se encuentra entre los diez que consumen más medicamentos en el mundo. Lo más consumido son: anticonceptivos, analgésicos, descongestionantes, medicamentos anti-inflamatorios y algunos antibióticos, adquiridos en el mostrador de la farmacia sin ninguna dificultad (Conselho Nacional de Saudé 2005).

Desde el pacto de salud (2006) (Conselho Federal de Farmácia, 2010) hay uno de los cinco bloques de transferencias dedicados a la atención farmacéutica, bajo responsabilidad de los departamentos de salud estatales y locales (F. Vieira 2010). El SUS cubre los medicamentos dentro de los listados positivos. Sin embargo, la cobertura no es completa por lo que se observa, dado que en 2004 se creó el programa “Farmacias populares” con otra lista de casi 60 medicamentos subdisidados Vieira, 2010)

Los medicamentos genéricos representan a alrededor del 13% del consumo y menos del 8% del gasto, las drogas similares representan el 65% del consumo y 44% del gasto, los patentados explican el 0.99 % del consumo y 11 % del gasto (Nurem 2010).

Como ya se mencionara, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) es la autoridad de aplicación. Condesa (2016) plantea la debilidad del ente como organismo regulador y sobre todo por la escasa comunicación con el SUS.

Una de las estrategias para intentar reducir los costos ha sido la de los genéricos, pero de acuerdo a la legislación, en el ámbito privado, el prescriptor puede o no consignar el nombre genérico. Incluso puede requerir que la marca consignada no sea reemplazada. En el ámbito público, en cambio, el prescriptor debe consignar exclusivamente el nombre genérico (no debe consignar una marca). Los mismos han aumentado la participación en el mercado farmacéutico de un 5,8% en el 2002 al 19,2% en 2010, (Ministério da Saúde do Brasil, 2010). También el

gobierno aumentó el gasto en este rubro (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil, 2011).

Existe evidencia de que la práctica de prescripción, sin embargo, no fue alterada, al menos en el ámbito privado (ANVISA, 2002; IPSOS, 2004; Tobar y Sánchez, 2005). Sin embargo, Magarinos-Torres y Otros (2014) muestran que muchos médicos no usan la Lista de Medicamentos Esenciales de Brasil (RENAME) en sus prácticas clínicas, porque no la conocen, porque creen que esa lista es inadecuada o porque no tienen esos remedios a su alcance. Pizzol y otros (2010) muestran que no siempre están los medicamentos del listado en las unidades de salud en los muncipios. Novaretti, Quitério, Piscopo (2014) encuentran el mismo tipo de problema.

La industria farmacéutica es fundamentalmente de origen extranjero, los mismos fabrican fundamentalmente medicamentos de marca, aunque también producen genéricos. Representan el 28,2% del mercado (Teixeira, 2014). En 2011, la EMS Pharma lideró el mercado con una participación del 8%, le sigue Medley con 7%, y Ache con 5%. Las cinco primeras en el mercado farmacéutico brasileño representan el 29% en ventas (Santos y Ferreira, 2012).

La industria farmacéutica brasileña tiene rasgos particulares. La estructura es típica de oligopolio diferenciado, con la presencia de un número considerable de empresas, pero la porción relevante del mercado está en manos de unas pocas empresas que son filiales de compañías multinacionales y que históricamente han controlado alrededor del 70% del mercado brasileño. Vale la pena mencionar también los laboratorios farmacéuticos oficiales, vinculados en su mayor parte, la Asociación de Oficiales Laboratorios Farmacéuticos de Brasil (ALFOB) (Bastos 2005). La industria está en crisis (Abiquifi, 2016), además según Olivera y otros (2006) viene aumentando la dependencia de las materias primas importadas. Este fenómeno también es analizado por Nurem (2010).

En el mercado minorista, Brasil tiene el mayor número de farmacias del mundo, con más de 91 mil establecimientos, 2.088 habitantes por farmacia. Hay políticas agresivas que estimulan el uso de medicamentos (Novaretti, Quitério, Piscopo, 2014). Las Juntas de Farmacia Regional (CRF) son las autoridades federales de supervisión de la profesión farmacéutica y la defensa de la sociedad. Como vimos, el SUS también es responsable de la compra y distribución de medicamentos (Pwc, 2014).

2.6) ¿Brasil país innovador en desarrollo?

Brasil compone junto a China e India el conjunto de "países innovadores en desarrollo" que invierten relativamente más en I+D que otros países similares, en este caso, el 1,24% del PBI, con una mayor participación del sector privado, (pero menor a la de OECD) (Banco Mundial, 2016), en un contexto de una cierta interacción con entidades públicas o empresas privadas y agencias (Correa 2011 2005).

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MCTI), es el órgano central del sistema federal de ciencia y tecnología. Fue creado en 1985 y tiene sus funciones establecidas desde 2006, las típicas de estos organismos: definir la política nacional de investigación, tecnológica e innovación; definición de prioridades sectoriales, la política nacional de bioseguridad, espacial nuclear, etc. Tiene dos secretarias, la Secretaria de Políticas y Programas de Investigación y Desarrollo (SEPED) y la Secretaria de Desarrollo Tecnológico e Innovación (SETEC). En el año 2004, se promulga la Ley de *Incentivo a Inovação* que estimula la investigación y el desarrollo de nuevos procesos y productos, en base a la sinergia entre los diversos actores del sistema. Algunos estados brasileños tienen leyes complementarias (NESsT, 2012).

En 2007 se estableció el Sistema Brasileño de Tecnología (SIBRATEC) dependiente de Ministerio de Ciencia y Tecnología, con fondos para la promoción de la innovación y la transferencia de TICs (NESsT, 2012). Los principales mecanismos de estimulo a la innovación son los fondos de proyectos dependientes de la Agencia Nacional mediante licitaciones públicas organizados por temas. Para garantizar que los recursos se distribuyan equitativamente en todo el país, cada uno de los Estados lanza su propia licitación pública coordinada con el sistema nacional.

Dentro del Ministerio de Salud, las directivas relativas a la planificación de la investigación dependen de la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos, de acuerdo al programa Prioridades de Investigación Nacional.

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), se ocupa de todas las actividades relacionadas con la fiscalización de recursos de salud, incluyendo la habilitación y la bromatología. La evaluación de tecnologías de la salud es llevado a cabo por la Comisión de Incorporación de Tecnologías en Salud (CITEC), vinculada a la misma Secretaría, es autónoma y propone Protocolos Clínicos y Directrices Terapéuticas (PCDT).

Los principales actores públicos que reciben fondos son las Universidades y los institutos de investigación; en la investigación sanitaria los hospitales no aparecen como actores centrales.

La industria farmacéutica y la biotecnología están entre las prioridades de la política, para ello, se crearon dos fondos sectoriales con recursos públicos y privados (Fundação Oswaldo Cruz y otros, 2012). Hubo una política específica en la producción de vacunas y sueros, apoyando los centros estatales y a los productores nacionales, pero no ha habido patentes propias importantes. Los proyectos coordinados con las empresas de medicamentos fueron más difíciles.

En relación a la participación de Brasil en la industria farmacéutica global, Souza (2016) dice que las firmas brasileras tienen un reducido tamaño y no logran sostener procesos de I +D, además les falta experiencia y pericia técnica, dependen del apoyo público, pero este se ha orientado principalmente al mercado de genéricos. Y a pesar de la fuerte presencia de empresas estadounidenses en el mercado brasileño, éstas no ven a Brasil a nivel global como destino de gasto en I+D (Fundação Oswaldo Cruz et Al., 2012). Yamaguishi (2011) valora el esfuerzo del Estado y las empresas nacionales pero reconoce las deficiencias.

Si se analizan los resultados en término de patentes, en el caso de las farmacéuticas la performance, según un trabajo citado por Correa (2011) es pobre, muy inferior a la Argentina. En cuanto a doctores y publicaciones científicas, los promedios son los más altos de América latina. Si bien no hay datos sobre resultados en las investigaciones científicas vinculadas a la salud, sí se pueden describir algunos casos interesantes. Por ejemplo, en Brasil se realizó el Estudio de Salud del Adulto longitudinal (ELSA), el mayor estudio epidemiológico de América Latina creado a partir de una convocatoria pública de los Ministerios de Salud y de Ciencia y Tecnología, de conocimiento sobre la incidencia de enfermedades crónicas, con seis instituciones públicas de educación superior

En el sector de dispositivos Brasil tiene un rol mundial mayor. Después de China y cerca de México, es el segundo mayor productor de tecnología médica de los emergentes, el Ministerio de Salud ve a esta industria como un sector estratégico y ha creado políticas especiales, entre ellas la promoción de la compra de productos y servicios nacionales. Se especializan en diagnóstico y prótesis, según Carlac'h, Grillot, De Keukeleire, & Othman (2011) tienen poca I+D nacional. Una de las más innovadoras es BioArchitects, fundada en 2014, con sede en São Pablo y también presente en los Estados Unidos desde 2015 (E-Health Reporter, 2017)

2.7) Las TICS: entre iniciativas federales y los problemas de la falta de recursos del sistema

El organismo encargado de proponer y implementar acciones de políticas públicas y proyectos nacionales e internacionales para el sector de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) fue, hasta 2015, la Secretaria de Política de Informática (SEPIN) y hoy es la Secretaria de Desarrollo Tecnológico (SETEC), dentro del Ministerio respectivo, pero con un ajuste presupuestario importante (Berbert, 2015). La SEPIN debía estimular toda la cadena, inclusive su uso en gobierno y empresas, además tenía la tarea de seguimiento de las empresas beneficiarias de la Ley de Informática, con fines similares. Los ingresos totales de las empresas beneficiarias casi se cuadruplicaron de 1998 a 2008, aumentó la producción de tecnologías antes no producidas (GEOPI/DPCT, 2010); pero no está claro el destino dado a los consumidores, incluidos los actores de la salud.

En el sistema de salud, la primera norma específica fue la Resolución del 2003 sin muchos elementos operativos; la resolución del 2016 no propone grandes novedades. En 2006 se crea la Red Universitaria de Telemedicina ejecutada por la Red Nacional de Enseñanza e Investigación (RNP), conocida como RUTE, con el objetivo de la implantación de la infraestructura de comunicación en los Hospitales Universitarios y de Enseñanza, el uso de aplicaciones que requieren más recursos de red y el intercambio de datos de servicios, citas, etc. (RUTE, 2011). En 2010 había 158 instituciones integradas, pero no hemos encontrado evaluaciones acerca del uso efectivo. Por entonces se lanzó el proyecto @LIS1, que vinculó algunos municipios con el Ministerio de Salud y el programa de Telesalud. El primero lo hacía a través del Banco de datos del Sistema Único de Salud (DATASUS), un sistema de información (hospitalaria, ambulatoria, de nacidos vivos y mortalidad, entre otros); se proponía avanzar con el registro médico electrónico. El proyecto Telesalud, sumaba un total de 900 municipios que participaban en cursos a distancia, conferencias formativas vía web y segundas opiniones para discutir casos clínicos en el área de medicina, enfermería y odontología (dos Santos, 2010).

En ese contexto surgen casos diversos, podemos mencionar el del Servicio de Salud Indígena en la zona del Amazonas, que trata de instalar unidades de telemedicina en sus centros, o el proyecto de telemedicina, ejecutado por el Laboratorio de Sistemas Integrales de la Escuela Politécnica de la Universidad de San Pablo, para la realización de exámenes, radiografías, ultrasonografías, así como la interacción entre médicos y pacientes en tiempo real; utilizando

equipos de videoconferencia a través de líneas digitales rápidas. Otro proyecto importante se está desarrollando en el Hospital Sirio Libanés, de San Pablo, en que se ofrecen servicios de segunda opinión médica por parte de especialistas localizados en grandes centros norteamericanos (Avella Martinez & Parra Ruiz, 2013); por último, el modelo de robots de tele presencia que se ha instalado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alemán Oswaldo Cruz, en Sao Paulo (E-Health Reporter, 2016).

En conclusión, según el Centro de Estudios sobre las TICS, el 41% de los establecimientos de salud tienen la tecnología de la información (TI), el 26% permite al paciente ver los resultados de los exámenes online, el 17% permite la programación de los exámenes, el 13% de citas y sólo el 6% algún tipo de visualización de registro electrónico (Barbosa & Otros, 2014). Según el informe de Hummel (2016) el uso de TICs en el sistema de salud aun es pobre.

Si vemos el Anexo X Casos publicitados en los medios de comunicación, aparecen infinidad de iniciativas privadas apoyadas públicamente, entre ellas el Laboratorio de Ingeniería de la Universidad Católica de Rio de Janeiro, que ha creado la empresa 4H Tecnologia e Saúde, para desarrollar software. También hay múltiples nuevas aplicaciones para captar imágenes de diversa índole para ser enviadas para el análisis on line de un médico. Del mismo modo, aparecen acuerdos para desarrollar redes telemáticas, como la asociación entre la municipalidad de Belo Horizonte, la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG), el Ministerio de salud y la Unión Europea (UE), con fondos de @LIS1; el proyecto T@lemed Brasil en el que intervienen múltiples entes. Hay ejemplos que intentan acercar la telemedicina a los sectores vulnerables, como el del Hospital Sirio Libanes, que lleva a cabo la capacitación de trabajadores de la salud pública para atender con telemedicina áreas de pobreza de la ciudad de João Pessoa (capital del estado de Paraiba).

El Ministerio de Salud valora su red de telemedicina, con 46 núcleos desplegados en 23 Estados para tele-diagnóstico y tele-educación. También su servicio de 0-800 para los médicos y enfermeras de todo el país. Y siempre ha tenido relevancia el
Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB) cuyo objetivo es almacenar y procesar información, pero se reconoce el poco uso que le dan los médicos. Para apurar la historia clínica electrónica se han dado plazos a los municipios.

En otro orden, debe mencionarse el Regula SUS que trabaja con protocolos de enrutamiento para reducir y calificar las listas de espera para la consulta especializada.

La Secretaría Estatal de Salud de Rio Grande también ofrece el servicio de teleconsulta con un equipo que responde a preguntas de los médicos. Además, el núcleo del Rio Grande del Sur Telesalud ofrece Webpalestras, y cursos gratuitos en línea. También publicita la infraestructura existente para registros médicos electrónicos, pero no queda claro si están disponibles y su se usan. En Porto Alegre no hay grandes novedades, pero se menciona el SISMAMA y SISCOLO, dos programas de administración de proveedores que permiten hacer seguimiento de proveedores y pacientes.

La Secretaría de Salud del Estado de Bahía publicita que su servicio de telesalud llega a los 417 municipios, para apoyar a los profesionales de atención primaria. En la Secretaría Municipal de Salud de la Prefectura de Salvador de Bahía se ofrece acceso a los servicios en línea, en los cuales el paciente debe poner sus datos para obtener información sobre sus estudios, unidades, reimpresión de la tarjeta de salud, u otro tipo de información. Parece una web dedicada al paciente y a ahorrarle trámites.

El relevamiento realizado del uso de webs, ha dado como resultado, que en el caso de los organismo brasileros ninguno tiene una clara orientación ni a pacientes ni a médicos, la página nacional ha tenido un enfoque estético novedoso pero el contenido sigue girando alrededor de las campañas. Los Estados como San Pablo y Rio Grande tiene información muy técnica, abusando de documentación normativa y documentos científicos, lo mismo sucede con Porto Alegre. En todas hay un mínimo uso de links de servicios útiles al ciudadano.

Bibliografía

Abiquifi. 2016. Último acceso: 18 de noviembre de 2016. http://abiquifi.org.br/mercado_/.

Acuña, C. 2001. *Evolución y reforma de los sistemas de protección de la salud: en los países de Mercosur y Chile.* Friedrich Ebert Stiftung. http://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/50163.pdf

Afonso, Jose Roberto Rodriguez. 2004. *Brasil, un caso aparte.* http://www.bivica.org/upload/federalismo-Brasil.pdf.

Almeida, Mariana. 2010. «Estudio de Mercado. Edificación: Instalaciones Sanitarias en Brasil.» https://es.scribd.com/doc/65783033/Estudio-de-mercado-edificacion-e-instalaciones-sanitarias-en-Brasil.

Almeida, Patty, Adriano Santos, Valdomiro da Paixão Santos, y Roberto Moreira Silveira Filho. 2016. «Care integration in a health region: a paradox between regional needs and local interests.» *Saude soc. vol.25 no.2 São Paulo* http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200320&script=sci_arttext&tlng=en#B8.

Alves Costeira, Elza Maria. 2014. «Arquitetura hospitar: historia, evolucao e novas visoes.» www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/.../14127.

Andrade, Egléubia, Maria Labra, y Jorge Bermudez. 2006. «A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral.» *Cad. Saúde Pública* 2379-2389. http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n11/12.pdf.

Azevedo, Marcelo, Lucila Pedroso, Vanessa Chaer, Wilson Modesto, Antônio Onofre, y Bernard Couttolenc. 2015. «Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil.» *Rev Saúde Pública* 43-49. http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005748.pdf.

Banco Mundial . 2016. *Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud).* http://datos.bancomundial.org/indicator/SH.XPD.PUBL.

Bastos, Valeria. 2005. «Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. BNDES Setorial.» *Bndes Setorial* https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/2686/1/BS%2022%20Inova%C3%A7%C3%A3o%20Farmac%C3%AAutica_P.pdf.

Batich, Mariana. 2004. «Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada.» *Sao Paulo Perspec. vol.18 no.3 Sao Paulo* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004.

Bertoldi, Andrea, Aluisío Barros, Pedro Hallal, y Rosengela Lima. 2004. «Análise do perfil de utilização de medicamentos em adultos: prevalecencia e determinantes individuais .» *Revista Saude publica* 228-238. http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31706/33598.

Bertolozzi, Maria Rita, y Rosângela Maria Greco. 1996. «As Políticas de saúde no Brasil reconstrucÃo historica e perspectivas atuais .» *Rev. Esc Enf. USP* 380-398. www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/34936/37672.

Bispo Júnior, José, y Poliana Cardoso Martins. 2014. «Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde.» *SAÚDE DEBATE* 440-450. http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0440.pdf.

Bocanegra, Karen. 2012. «Patentes y medicamentos genéricos en Brasil Generalidades, evolución y actualidad (2001-2010) .» http://omal.info/IMG/pdf/patentes_y_medicamentos_genericos_en_brasil_-_omal.pdf.

Bonder, Ana, Denize Olivera, y Antonio Tosoli. 2012. «Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação.» http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100007.

Bradesco. 2016. *Sistema de Saude Privado.* Departamento de Pesquisas e Estudos Econômicos. https://www.economiaemdia.com.br/EconomiaEmDia/pdf/infset_sistema_de_saude_privado.pdf .

Bretas, Valeria. 2015. «1/4 dos médicos não aceita planos de saúde no Brasil.» *Exame.com.* 28 de diciembre. Último acceso: 07 de julio de 2016. http://exame.abril.com.br/brasil/1-4-dos-medicos-nao-aceita-planos-de-saude-no-brasil/.

Buss, Paulo Marchiori. 1995. «Saúde e Desigualdade: o Caso do Brasil.» En *Sistemas de saúde continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec*, de Paulo Marchiori Buss y María Labra, 61-103. Rio de Janeiro: http://static.scielo.org/scielobooks/zngyg/pdf/buss-9788575414026.pdf.

Camacho, Carlos. 2013. *Sistemas de protección social en salud en América Latina. El caso de Brasil.* Documentos de investigación N°17., Universidad Central.

http://www.ucentral.edu.co/images/documentos/editorial/2015_sistemas_proteccion_social_001.pdf.

Carlac'h, D., Grillot, E., De Keukeleire, B., & Othman, R. (2011). Prospective sur les dispositifs médicaux : diagnostic et potentialités de développement de la filière . Paris: pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME). https://archives.entreprises.gouv.fr/2012/www.industrie.gouv.fr/p3e/seminaires/dispositifs-medicaux/presentation-etude-DC.pdf

Carvalho, Regina, Paulo Fortes, y Volnei Garrafa. 2014. «Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud.» *Salud Pública Méx* 221-225. http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002964.

Castro, A. (2011, agosto 01). El sector de dispositivos médicos en Brasil: una política de gobierno. Tratto da el Hospital : http://www.elhospital.com/temas/El-sector-de-dispositivos-medicos-en-Brasil,-una-politica-de-gobierno+8083893

Cetrángolo, Oscar. 2014. «Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud Argentino.» *REV. DE ECONOMÍA POLÍTICA DE BS. AS.*| *Año 8* | *Vol. 13* 145-183. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf.

Coelho, Vera. 2005. «Los Consejos de Salud en Brasil: ¿cuánto hemos avanzado en la concertación de intereses?» *Publicado en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 32.* http://www.redalyc.org/html/3575/357533664005/.

Cogemas Paraná. 2016. *Comissões Intergestoras.* http://www.cogemas.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=6.

Cohn, Amelia. 2008. «La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. .» *Medicina Social* 83-88.

CONASS. 2009. «O sistema único de Saúde e a Qualificacao do accesso .» Brasilia. http://www.cosemsms.org.br/files/publicacoes/conassdocumenta19.pdf.

CONASS. 2006. «SUS: avanços e desafios.»

Conselho Nacional de Saudé. 2005. *Consumo de medicamentos: um autocuidado perigoso.* Último acceso: 14 de noviembre de 2016. http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/medicamentos.htm.

Conselho Federal de Farmácia. 2010. «A Assistência Farmacêutica no SUS.» http://www.cff.org.br/userfiles/Manual%20SUS_internet.pdf.

Correia, Luciana. 2011. «Instituto de Higiene (1918-1929) no estado de São Paulo – a atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza e Mário da Costa Galvão.» *Cad. Hist. Ciênc. vol.7 no.1 Sao Paulo ene./jun. 2011* http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342011000100005&lng=pt&nrm=iso.

CPDOC. 2015. *Anos de Incerteza (1930 - 1937) > Institutos de Aposentadoria e Pensões.* http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP.

D'Ávila, Ana, Fabiola Lana, Mariana Vercesi, y Aylene Bousquat. 2011. «Saúde, desenvolvimento e inovação tecnológica: nova perspectiva de abordagem e de investigação.» *Lua Nova no.83* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452011000200003.

Departamento de Atenção Básica. 2000. «Programa Saúde da Família.» *Rev. Saúde Pública vol.34 n.3* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018.

Departamento de Ciência e Tecnologia (2008) «Pesquisa em saúde no Brasil.» *Rev Saúde Pública* http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itdecit.pdf.

Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. (2008). Pesquisa em saúde no Brasil. Rev. salud pública vol.42 no.4, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400027.

Dias Renovato, Rogério, y Maria Helena Salgado Bagnato. 2010. «O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960)1.» *Educar em Revista, Curitiba, Brasil* 277-290.

Diesse. 2009. *O trabalhador e a saúde suplementar .* Diesse. http://cnts.net.br/admin/public/arquivos/notatec82saudeComplementar.pdf.

Duarte, Cristina. 2001. «UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil.» *Cad. Saúde Pública vol.17* 999-1008. http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5306.pdf.

Escorell, Sarah, Ligia Giovanella, Maria Magalhães, Mônica Castro, y Maia Senna. 2007. «O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.» *Rev Panam Salud Publica vol.21 n.2-3* http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011.

Estevez, Ricardo. 2016. *O quadro verdadeiro sobre o sistema de saúde no Brasil.* 05 de marzo. Último acceso: 10 de noviembre de 2016. http://br.blastingnews.com/brasil/2016/03/o-quadro-verdadeiro-sobre-o-sistema-de-saude-no-brasil-00823103.html.

Farfán Mendoza, Guillermo. 2014. «Brasil: La constitución de 1988 y las reformas a los sistemas de pensiones.» *Revista Latinoamericana de Derecho Social* 31-62. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870467014706633.

Farias de Moraes, Margarete. 2005. *Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica SãoVicente.* Rio de Janeiro: http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6123.

Felipe, Saraiva, Marcus Pestana, y Silvio Ferenandez. 2006. *Pacto pela saúde 2006. Consolidação do SUS.* http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf.

Fernández, Andrés, y Enrique Oviedo. 2010. *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos.* Santiago de Chile: CEPAL. UE.

Ferreira Candeias, Nelly Martins. 1984. «Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1918 - 1945.» *Rev. salud pública vol.18 tema no.special Sao Paulo* 2-60. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v18nspe/02.pdf.

Fidelis de Almeida, Patty. 2012. «Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil.» En *Atención primaria de salud en Suramérica*, de Ligia Giovanella, 155-195. Rio de Janeiro: ISAGS. http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb%5B319%5Dling%5B2%5Danx%5B1112%5D.pdf.

Fidelis Ponte, Carlos. 2010. «ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E A MEDICINA PREVIDENCIÁRIA.» En *Saude publica e medicina previdenciaria: complementares ou excludentes?*, de Carlos Ponte, Jose Franco Reis y Cristina Fonseca. http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/na%20corda%20bamba/cap_4.pdf.

Fonseca, Cristina. 2013. «Saúde Pública no governo Vargas.» En *Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes?*, de Carlos Fidelis, Jose Franco y Cristina Fonseca, 138- 146. https://www.yumpu.com/pt/document/view/14893161/saude-publica-e-medicina-previdenciaria-complementares-fiocruz.

Fundação Oswaldo Cruz et Al. (2012). A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro :: Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__0_miolo_saude_brasil_2030.pdf.

Gama, Anete, Carlos Reis, Isabela Santos, y Ligia Bahia. 2002. «O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governa mentais e da sociedade civil.» *Revista Saúde em Debate* 71-81. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Artigo_O_espaco_da_regulamentacao_dos_planos_e_seguros_de_saude_no_Brasil.pdf.

Gattini, César, y Patricia Ruiz. 2012. *Salud en Sudamérica. Edición 2012.* Washington: OPS. http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf

Gerschman, Silvia, María Uga, Margareth Portela, y Sheyla Lemos. 2012. «O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.» *Physis vol.22 no.2 abr./jun de Janeiro Río* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200004.

Giedion, Úrsula, Manuela Villar, y Adriana Ávila. 2010. *Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado.* https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf: Fundación Mapfre.

Giovanella, Ligia. 2013b. *Atención Primaria en el Sistema Único de Salud de Brasil.* OIAPSS. http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/APS-Giovanella_es-.pdf.

Giovanella, Ligia. 2013. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada.* Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf.

Giovanella, Ligia, Sarah Escorel, Lenaura Vasconcelos, Jose Carvalho, y Antonio Ivo. 2012. *Politicas e sistema de Saude no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz. https://books.google.com.ar/books?id=Is0VBgAAQBAJ&pg=PA318&lpg=PA318&dq=Jo%C3%A3o+goulart+brasil+sa%C3%BAde&source=bl&ots=BPtbnnvNp8&sig=ym_njhxA0s82pK0yVCDnomfziPA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiXmI7-uaHQAhXDW5AKHcv1A804ChDoAQhrMA0#v=onepage&q=Jo%C3%A3o.

Giovanella, Lígia, y Maria Magalhães. 2008. «Atención primaria de Salud.» En *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, de L Giovanella, S Escorel, L Lobato y JC Noronha. Rio de Janeiro: Fiocruz.

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/eve/evento_maestria/ATENCION%20PRIMARIA%20DE%20SALUD-Traducci%C3%B3n%20al%20espa%C3%B1ol%20REVISADA.pdf.

Giovanella, Lígia, y Maria Magalhães de Mendonça. 2012. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados?* Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de estudios de saude (CEBES).

Globo. 2015. *ANS suspende venda de 43 planos de saúde de 16 operadoras.* 19 de noviembre. Último acceso: 04 de octubre de 2016. http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2015/11/ans-suspende-venda-de-43-planos-de-saude-de-16-operadoras.html.

Goldbaum, M. (2006). Apoyando el desarrollo de sistemas de investigación en salud en. COHRED - Documento de Registro 6. https://www.healthresearchweb.org/files/GuatemalaMeeting_COHREDRP6_LatinAmerica_ES.pdf.

Guimarães, R. (2008). Retos y tendencias en investigación para la salud. Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación en Salud 2008, (p. 13-18)

Hochman, Gilberto. 2005. «Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945).» *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus* 199-226. http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/114018/142478.

IBGE. 1948. *Anuario Estatistico do Brasil.* http://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/saude/1948/saude1948aeb_19.pdf.

IBGE. 2010. *Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária 2009.* http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf: Instituto Brasileiro de Geografi a e Estatística.

Junior, Nulvio, y Armando Norman. 2013. «Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos.» *Medwave* http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5588.

Kaliks, Rafael, Lucíola Pontes, Cinthia Bognar, Kelly Santos, Silvio Bromberg, Paulo Amaral, Theodora Karnakis, Michael Chen, y Auro Giglio. 2013. «Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia.» *Einstein* 216-223. http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_14.pdf.

La Forgia, Gerard M, y Bernard Couttolenc. 2009. *Desempenho hospitalar no Brasil.* São Paulo: The World Bank. IBEDESS. http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/62_Desempenho%20Hospitalar.pdf.

Labra, M. E, y L. Giovanella. 2007. «Estudio de caso: Brasil, construcción del Sistema Único de Salud y participación de la sociedad civil.» Rio de Janeiro. http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-194%232E%23pdf.

Leal, Aline. 2015. «Governo e entidades médicas entram em acordo sobre Cadastro de Especialistas.» *EBC.* 21 de julio. Último acceso: 12 de noviembre de 2016. http://www.ebc.com.br/noticias/2015/08/governo-e-entidades-medicas-entram-em-acordo-sobre-cadastro-de-especialistas.

Leão Siqueira, Natália. 2011. Desigualdade social e aceso a saude no Brasil http://www.ufjf.br/graduacaocienciassociais/files/2010/11/DESIGUALDADE-SOCIAL-E-ACESSO-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL-Nat%C3%A1lia-Le%C3%A3o-Siqueira.pdf: Universidade Federal de Juiz De Fora.

Lermen Junior, Nulvio, y Armando Norman. 2013. «Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos.» *Medwave* http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5588.

Levy, Flavia, Elizabeth de Souza Matos, y Nilce Tomita. 2004. «Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde.» *Cad. Saúde Pública vol.20 no.1 Río de Janeiro* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100036.

Maceira, Daniel. 2012. *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina.* Buenos Aires: UNICEF. http://v8000313.ferozo.com/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Unicef-LAC.pdf.

Marinho Da Silva, Heliana. 1996. *A politica pública de saúde no Brasil: Dilemas e desafios para a Institucionalização do SUS.* Rio de janeiro: FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS. http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf?sequence=1.

Marinho, Alexandre. 2004. *Evidencia e modelos sobre coexistencia de hospitais com finslucrativos e hospitais sen fins lucrativos no Sistema unico de Saúde brasileiro.* texto para

discussao, Rio de Janeiro: Ipeas. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1879/1/TD_1041.pdf.

Marino, Maria. 2002. *Hospitais públicos e privados no sistema de saude único de saúde do Brasil: O mito da Eficiencia privada no Estado de mato grosso em 1998.* Tese de Doutorado, Florianópolis: Universidad federal de Santa Catarina. http://nepas.ufsc.br/files/2012/04/Hospitais-p%C3%BAblicos-e-privados-no-Sistema-%C3%9Anico-de-Sa%C3%BAde-do-Brasil-O-mito-da-efici%C3%AAncia-privada-no-estado-de-Mato-Grosso-em-1998.pdf.

Montekio, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. Salud pública Méx vol.53 , http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf

MDS. 2011. *Comissão Intergestores.* http://www.cogemas.pr.gov.br/arquivos/File/Documento/Noticia113/regimento_interno_cit.pdf.

Merchán-Hamann, Edgar, Helena Shimizu, y Ximena Bermúdez. 2013. *Perfiles descriptivos de los sistemas de salud de los estados parte del Mercosur.* Observatorio Mercosur de Sistema de Salud . http://studylib.es/doc/683298/espa%C3%B1ol---observatorio-mercosur-de-sistemas-de-salud.

Messina, Luiz, y & Otros. 2014. *A Rede Universitária de Telemedicina – RUTE.* http://www.telessaude.uerj.br/resource/goldbook/pdf/4.pdf: Goldbook.

Minardi, Rosângela, Márcia SchottI, Catarina Machado, Sylvia Carmo, Sílvia PrioreI, y Glauce Dias. 2006. «Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde.» *Epidemiol. Serv. Saúde v.15 n.3 Brasília set.* http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002.

Ministério da Fazenda. 2015. *Contribuição Social sobre o Lucro Líquido CSLL.* 30 de julio. http://idg.receita.fazenda.gov.br/acesso-rapido/tributos/CSLL.

Ministério da Saúde. 2016. *Ministério da Saúde.* http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico.

Ministério da Saúde. 2010. «Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: respostas e redução da dependência estrangeira.» *Rev. salud pública* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300024.

Ministerio de Educación y Salud de Brasil. 1941. *Primer Conferencia Nacional de Educación. Primer Conferencia Nacional de Salud.* http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf.

Ministerio de Saude. 2006. *Entendendo o SUS.* Ministerio de Saude.

Montekio, Víctor, Guadalupe Medina, y Rosana Aquino. 2011. «Sistema de salud de Brasil.» *Salud pública Méx vol.53* http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf.

Montone, Januario. 2001. «Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro.» Rio de Janeiro http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_ans_vol_2.pdf.

NESsT. (2012). Sistema Nacional de Innovación en Brasil y Particularidades del Sistema Regional en el Noreste: Oferta y Demanda por Tecnología en ámbitos rurales . Sao Paulo.

Neto, Valente Manoel, Priscyla Silva, Lucia Rosa, Carlos Figueiredo, y Rafael Gaioso. 2010. «O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.» *Ambito Juridico* http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781.

Nolasco, Lincoln. 2012. «Evolução histórica da previdência social no Brasil e no mundo.» *Ambito Juridico* http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,evolucao-historica-da-previdencia-social-no-brasil-e-no-mundo,35915.html.

Novaes, Humberto, y Duncan (2000) Neuhauser. 2000. «Hospital accreditation in Latin America.» *Rev Panam Salud Publica;7(6)* http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8805/2359.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Novaes, M Garbi . 2006. «La farmacia hospitalaria en Brasil: estrategias y desafíos.» *Farmacia Hospitalaria* 265-268.

Nurem. 2010. *Medicamentos com Patentes de Moléculas no Brasil.* Brasilia: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa). http://portal.anvisa.gov.br/documents/374947/411622/Trabalho%2Bde%2BPatentes.pdf/53bbbb6f-80a3-4fdd-97d6-7a67c25c1b5b.

Ocké-Reis, Carlos. 2015. «Private health expenditures in Brazil.» *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(7):1-3* 1-3 http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n7/en_0102-311X-csp-31-7-1351.pdf.

Olesker, Daniel. 2001. «Estudio comparado de los sistemas de salud del MERCOSUR y Chile.» http://white.lim.ilo.org/spanish/260ameri/oitreg/actrid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/anexo2.pdf.

OMS. 2014. *Estadísticas sanitarias mundiales 2014.* Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua.

Paim, Jairnilson, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, y James Macinko. 2011. «O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.» *The Lancet* http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf.

Pethechust, Eloi, y Oksandro Gonçalves. 2015. «Hospitais públicos deficitários e o uso da intervenção judicial. .» *Riedpa: Revista Internacional de Estudios de Derecho Procesal y Arbitraje,* 4-18. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5258505.

Piola, Sérgio, Andrea Barreto, Edvaldo Batista, y Luciana Mendes. 2013. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.* Rio de Janeiro : Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Pires, Antonio. 2003. *GOVERNANÇA CORPORATIVA EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS: Um estudo do perfil de liderança corporativa em onze hospitais brasileiros.* Tesis doctoral. http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/t2.pdf, SÃO PAULO : FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.

Pires, Juliana, Mônica Martins, y Luri Costa. 2015. «O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil.» *Saúde en debate. Vol 39* 39-50. http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00039.pdf.

Polignano, Marcus. 2015. *Historia das políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão.* http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf.

Portal Brasil. 2016. *Portal Brasil.2016. Mais Médicos: 56% dos profissionais brasileiros decidem permanecer no programa.* 25 de enero. Último acceso: 14 de octubre de 2016. http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/mais-medicos-56-dos-profissionais-brasileiros-decidem-permanecer-no-programa.

—. 2015. *Rede Universitária de Telemedicina chega a 115 unidades em todo o País.* 07 de marzo. http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2015/07/rede-universitaria-de-telemedicina-chega-a-115-unidades-em-todo-pais.

Posenato, Leila, Ana Sant'AnnaI, Luís Garcia, Lúcia Rolim, y Adriana PAcheco. 2013. «Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009.» *Cad. Saúde Pública vol.29 no.8* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800013.

Prato, Naira. 2015. *A Saúde no governo João Goulart: aspectos da planificação no campo das políticas sociais.* http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1438786059_ARQUIVO_ASaudenogoverno JoaoGoulart_aspectosdaplanificacaonocampodaspoliticassociais.pdf: XXVIII Simposio nacional de Historia.

Ramos, Rosani, Eliani Costa, Alacoque Lorenzini, y Gelson Luiz. 2009. «Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação.» *Rev. Eletr. Enf* 181-187. https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf.

REBRATS. 2014. *Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde.* http://rebrats.saude.gov.br/quem-somos.

Reuters. 2015. «Río de Janeiro decreta estado de emergencia por crisis en sector salud.» *El Financiero.* 23 de diciembre. Último acceso: 04 de noviembre de 2016. http://www.elfinanciero.com.mx/mundo/rio-de-janeiro-decreta-estado-de-emergencia-por-crisis-en-sector-salud.html.

Ribeiro, Maria. 2013. *Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.* Tesis Doctoral, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7666/2/0000018.pdf.

Rinne, Jeffrey. 2007. «Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales.» *Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 37, febrero-,* 1-24. http://www.redalyc.org/pdf/3575/357533669004.pdf.

Rodrigues dos Santos, Nelson. 2007. «Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.» *Ciênc. Vol.12 no.2 La salud pública de Río de Janeiro* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019.

Rodriguez, Lina. 1999. «O Instituo de higiene: Contribuicao á Historia da Ciencia e da Administracao.» *Physis: rev. Saúde colectiva* 175-208. http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/08.pdf.

Romero, Luis Carlos. 2008. *O Sistema único de Saudé- um capítulo a parte.* https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-

publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte: Senado Federal.

Santos, Alainer. 2010. *Experiencias de incorporación de TIC en el sector salud- la experiencia Brasileña.* CEPAL. http://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2010/1020/TIC-sector-salud-Brasil-AlainerdeFatimadosSantos.pdf.

Santos, Pereira dos Fausto, y Elias Emerson Merhy. 2006. «A regulação pública da saúde no Estado egulação pública da saúde no Estado brasileiro asileiro – uma revisão asileiro.» *Comunic, Saúde, Educ* http://www.scielosp.org/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf.

Sartori, Camila, Michele Thaís, Helena Douat, Fabiane Barbero, Camilo Dallagnol, Guilherme Souza, Paulo Oliveira, y Samya Mehanna. 2013. «Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde.» *Saúde em Debate • Rio de Janeiro* 437-445 .

Saude 247. 2015. *Saúde çe ruim ou regular para 93 % da populacao.* 13 de noviembre. Último acceso: 08 de noviembre de 2016. http://www.brasil247.com/PT/SAUDE247/SAUDE247/200771/SA%C3%BADE-%C3%A9-RUIM-OU-REGULAR-PARA-93-DA-POPULA%C3%A7%C3%A3O.HTM.

Schneider, Alessandra, Jorge A. Gimenez Peralta, Valdevir Both, y Volmir Brutscher. 2009. *Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade? 2ª Edição – Revisada e Atualizada.* Brasília: IFIBE/CEAP. http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. (2008). Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Ministerio de Saude http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/folder%20institucional.pdf.

Shinzato, Karina, Marco Polli, y Geciane Silveira. 2015. «Tendências recentes do setor farmacêutico no Brasil: desempenho financeiro e operacional, fluxos de comércio exterior e atividades desempenhadas em inovação tecnológica.» *Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace* 20-128.

Silva, Anderson, Andréia Ribeiro, Carlos Klein, y Francisco Acurcio. 2012. «Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal.» *Cad. Saúde Pública* http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n6/03.pdf.

Silva, Angélica, y Ilara Sozzi. 2012. «O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira.» *Physis vol.22 no.3 Río de Janeiro* http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300019.

Silva, Katielle, y Solange Santos. 2014. «Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e promoção de saúde: um olhar a partir do " sistema de objetos " e “Sistema de acões ”.» *Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais, Recife, V. 03, N. 02.*

Silva, Rondineli, y Rosangela Caetano. 2015. «Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012.» *Ciência & Saúde Coletiva,* http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2943.pdf.

Silva, Tania, Pedro Silveira, Lucieli Dias, Janise Braga, y Ione Carvalho. 2014. «O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde.» *Saúde debate* 429-439. http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0429.pdf.

Sobrinho, Fernanda, Helen Ribeiro, Marilia Alves, Bruna Manzo, y Sônia Nunes. 2015. «Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência.» *Enfermeria Global. Nª37* http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/189511/169141.

Souza, W. (2016 , junio 28). R&D opportunities and challenges in Brazil. Tratto da Clinical trials Arena: http://www.clinicaltrialsarena.com/news/operations/rd-opportunities-and-challenges-in-brazil-4935576

Teixeira Konder, Mariana, y Gisele O’Dwyer. 2015. «As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências.» *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 525-545. http://www.redalyc.org/pdf/4008/400841526011.pdf.

Therezinha Luz, Madel. 1991. «Notas sobre las politicas de saúde no Brasil de "Transicao Democratica" Anos 80.» *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva* 78-98. http://www.scielosp.org/pdf/physis/v1n1/04.pdf.

Tolentino, Marcus. 2009b. «politica nacional de medicamentos .» *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 544-548 http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a17v26n4.

Tolentino, Marcus. 2009. «Sistema Único de Salud: la experiencia brasileña en la universalización de los servicios de salud .» *Rev Peru Med Exp Salud Publica* (Ministerio de Saúde) 251-257. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a20v26n2.pdf.

Vacca González, Claudia, James Fitzgerald, y Jorge Bermudez. 2006. «Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas. R.» *evista Panamericana de Salud Pública 20(5):* 314–23. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n5/04.pdf.

Vasconcelos, Cipriano, y Dario Pasche. 2012. «O Sistema Unico de Saude.» http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf.

Viacava, Francisco, Maria Ugá, Silvia Porto, Josué Laguardia, y Rodrigo Moreira. 2012. «Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise.» *Ciência & Saúde Coletiva* http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a14.

Vieira, Fabiola. 2010. «Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil.» *Rev Panam Salud Publica* 149-156. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a10v27n2.

Vieira, Roberta, y Luciana Servo. 2013. *Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB).* Brasília: IPEA.

Vilaca Mendez, Eugenio. 2014. *Las condiciones crónicas en la Atención Primaria de la Salud: La necesidad imperiosa de consolidar la Estrategia de Salud de la Familia.* Brasilia, DF: OPS. http://apsredes.org/wp-content/uploads/2014/05/At_Cronicas_APS_Esp_2014.pdf.

Weizenmann, Angela, Nara Oliveira, y Águida Wichrowski. 2012. «Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao Pacto pela Saúde.» *Revista Mineira de enfermagem* 265-274. http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528.

Wendhausen, Águeda. 2006. « Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso.» *Rev. Esp. Salud Publica* http://www.scielosp.org/pdf/resp/v80n6/original4.pdf.

WHO. 2015. *World health statistics .* Luxembourg: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1.

Yamaguishi, S. (2011). gestão da inovação na indústria farmacêutica no brasil: estudo de múltiplos casos. . San Pablo:autarquia associada a Universidade de Sao Paulo www.teses.usp.br/teses/disponiveis/85/85131/tde.../2014YamaguishiGestao.pdf

Conclusiones

Obviamente este trabajo ofrece infinitas reflexiones. Tal vez el elemento central de las mismas es el debate sobre el vinculo entre universalidad- aseguramiento- modelo de gobernanza. En la bibliografía hay una fuerte preocupación sobre la universalidad, es decir, la cobertura real de todos con una calidad aceptable (Medina, 2016). Generalmente este objetivo se ha resuelto con un seguro social universal y obligatorio, pero en estos últimos años aparece la cuestión de los gastos de bolsillo y la posible inequidad generada por los diferenciales de calidad de acceso, especialmente regionales. Un caso paradigmático es Canadá que ha prohibido históricamente los copagos. EEUU parece la contracara. En AL el intento más importante ha sido Brasil y últimamente Chile.

Respecto a la gobernanza, el tema central es la relación entre las instituciones que tienen las competencias relativas a la regulación, el financiamiento, la gestión y el control, que como veremos se han ido modificando. Lo que surge es que los paises tienden a la separación de esos roles mediante la presencia de entes en diversas escalas y con diversa legalidad, pero muchas veces con influencia estatal, incluso de los ministerios de economía y los bancos centrales.

Esta estructura ha debido lidiar además con el proceso de descentralización verificado, que ha permitido resultados interesantes desde el punto de vista de la gestión, pero en algunos casos generando fuertes asimetrías regionales. En aquellos casos, como RU, Francia o Chile y México en que hay parámetros nacionales, el riesgo de asimetrías baja. Este proceso va de la mano de cambios muy importantes en la gestión tanto de la Aps como hospitalaria, con reformas fundamentalmente basadas en la personería legal, el pago por cápita o por servicios y la reducción del empleo público. En este esquema la APS como puerta de entrada juega un papel fundamental en la gobernanza del sistema, sobre todo para los seguros. En muchos paises subsiste el control político, generándose en un tira y afloje difícil. En general, las reformas han funcionado bien donde las cosas ya funcionaban bien, en paises y regiones desarrollados y han contribuido a profundizar los problemas del resto (como vimos en Narodowski, 2008, esa suele ser nuestra crítica al neo-institucionalismo). Claro que allí donde se mantienen los presupuestos históricos (por ejemplo, los hospitales italianos) las cosas no parecen estar mejor.

Naturalmente, todo lo que se ha analizado hasta ahora estuvo atravesado por el rol de los profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras. Los primeros han sido

centrales en la conformación de los sistemas de salud desde el inicio, dándoles en la mayor parte de los casos una impronta marcada por las exigencias del autocontrol y el trabajo individual (a través del consultorio privado y de la contratación en hospitales como autónomos), dos elementos claves al estudiar los modelos, su inserción en ellos, por ende al tratar de entender la cantidad de profesionales y los ingresos. Lo que hemos visto –sobre todo en Europa y Canadá- es que a lo largo de los años estas características resultaron contradictorias con los objetivos del Estado, en su rol de actor predominante, iniciándose en distintos países largas y difíciles pujas con los médicos y con sus agremiaciones que, mientras, lograban un status económico elevado. Muchas reformas tuvieron que ver con resolver la situación, quitarles poder de decisión, incluso –en épocas de ajuste- de reducir su poder de negociación contractual, el número de médicos y bajar sus honorarios, algunos lo lograron. En AL si bien el formato es similar, la falta de fondos y la precariedad –fundamentalmente del sector público- muchas veces atenta contra estas pretensiones.