



Los incentivos y actores de los Sistemas de Salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador - 2015

Incentives and actors of Health Systems in Costa Rica, The United States of America, Canada, Chile and Ecuador - 2015

Samantha Carolina Camargo-García¹, Aura Maritza Cortés-Bermeo², Andrea Katherine Abreu-Flechas³, Manuel Eliecer Suárez-Rativa⁴, Wilson Giovanni Jiménez-Barbosa⁵

- 1 Enfermera, Estudiante de Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Coordinadora de Estudios Clínicos Endocare Ltda. e-mail: samanthac.camargog@utadeo.edu.co
- 2 Fonoaudióloga, Estudiante de Gerencia y Auditoría de la calidad en salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Fonoaudióloga Gimnasio Campestre. e-mail: auram.cortesb@utadeo.edu.co
- 3 Odontólogo, Estudiante de Gerencia y Auditoría de la calidad en salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Fundación Universitaria San Martín. Auditor de cuentas médicas, CAPRECOM EPS. e-mail: andreak.abreuf@utadeo.edu.co
- 4 Fisioterapeuta, Estudiante de Gerencia y Auditoría de la calidad en salud Universidad Jorge Tadeo Lozano. Fisioterapeuta CIFEL SAS. e-mail: ft.manuelsuarez@gmail.com
- 5 Odontólogo, Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Profesor Titular Universidad Jorge Tadeo Lozano. e-mail: wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

Fecha de recepción: Junio 22 - 2015

Fecha de aceptación: Junio 28 - 2016

Camargo-García SC, Cortés-Bermeo AM, Abreu-Flechas AK, Suárez-Rativa ME, Jiménez-Barbosa WG. Los incentivos y actores de los Sistemas de Salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador - 2015. Rev Univ. salud. 2016;18(2):385-406.

Resumen

Ante los diferentes sistemas de salud propuestos en cada país surge la necesidad de analizar la participación de cada uno de los elementos que lo componen. Este análisis se realiza con el fin de identificar y analizar los actores que intervienen en los sistemas de salud, especialmente, el uso de incentivos y la relación intersectorial que entre estos existe. Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo, mediante una revisión bibliográfica de los sistemas implementados en Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador. Se tuvieron en cuenta dos factores: el sistema de salud, definido por la Organización Mundial de la Salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos empleados, cuyo objetivo consiste en mejorar la salud. El segundo, los incentivos, que brindan una motivación a los trabajadores, mejorando sus expectativas frente al trabajo y la manera de ejecutarlo, favoreciendo el cumplimiento de metas establecidas por las empresas. Como resultado, se encontró que en los sistemas de salud expuestos, si bien existen similitudes en relación con su desarrollo e implementación, también hay profundas diferencias, en especial, en la participación de actores públicos y privados. Conclusión: los incentivos existentes en los sistemas de salud estudiados no tienen un enfoque estratégico que articule a los actores en pro de la salud y el bienestar de la población.

Palabras clave: Sistemas de salud, sistemas de cuidado de la salud; apoyo financiero, motivación; planes de incentivos; atención en salud. (Fuente: DeCS, Bireme).

Abstract

Before the different systems of health proposed in every country there arises the need to analyze the participation of each one of the elements that compose it. This analysis is realized in order identify and to analyze the actors who intervene in the systems of health, especially, the use of incentives and the intersectorial relation that between these exists. For it, there was carried out a qualitative descriptive study, by means of a bibliographical review of the systems implemented in Costa Rica, The United States, Canada, Chile and Ecuador. Two factors were born in mind: the system of health, defined by the World Health Organization (WHO) like the sum of all the organizations, institutions and used resources, which aim consists of improving the health. The second one, the incentives, that offer a motivation to the workers, improving his expectations opposite to the work and the way of executing it, favoring the fulfillment of goals established by the companies. As result, one found that, in the systems of health exposed, though similarities exist in relation with his development and implementation, also there are deep differences, especially, in the participation of public and private actors. Conclusion, incentives in health care systems do not have strategic perspective so that there are many problems to obtain wellbeing for all citizens.

Keywords: Health systems; health care systems, financial support, employee incentive plans; incentives, motivation; health care. (Source: DeCS, Bireme).

Introducción

Sistemas de salud e incentivos

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) definió los sistemas de salud como el conjunto de instituciones encargadas de proporcionar adecuados programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamientos curativos y paliativos². A nivel mundial, los sistemas de salud cuentan con características similares, las cuales están determinadas por factores sociales, económicos y culturales, que inciden en el establecimiento de políticas públicas a nivel gubernamental para la organización de dichos sistemas³.

Por la naturaleza intersectorial de los sistemas de salud, se identifican en ellos diferentes actores, como los articuladores, usuarios, prestadores y proveedores³. Esta diversa procedencia de los actores permite que cada uno de ellos, invierta sus recursos de manera equitativa de acuerdo a la idiosincrasia de cada país, en pro del bienestar integral de la población que en él habita, mejorando considerablemente las condiciones físicas, sociales y del medio ambiente, supliendo las necesidades y expectativas de los usuarios. Por esta misma razón, para evaluar el desempeño de un sistema de salud es necesario considerar la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias¹, así como el apoyo estatal a estas instituciones.

Dentro de este marco, cabe considerar que, el creciente desfase entre la oferta de profesionales en los sistemas de salud y la demanda de sus servicios, es un problema esencial de salud y de desarrollo en todo el mundo y es por ello que, a nivel político, de gestión administrativa y desarrollo de los países, se deben buscar medios eficaces que, permitan solventar esta problemática. Un modo de conseguirlo, consiste en crear y desarrollar planes de incentivos eficaces, adecuadamente financiados, efectivamente orientados y que respondan a las necesidades y prioridades de los actores de los sistemas de salud, encaminados a conseguir un recurso humano más motivado, satisfecho y eficiente⁴.

Los incentivos, son definidos como la promesa de compensación por realizar cierta acción que requiere quien lo ofrece⁵. Saltman en el año 2005, definió el término incentivo como una *"recompensa financiera o no financiera, explícita o implícita, por realizar un acto determinado"*^{4,6}, la cual está encaminada a un representante particular, una área específica o un grupo determinado, e incluso puede abarcar al grupo familiar. Tales estrategias son consideradas como estímulos que se brindan a un agente para motivarlo a hacer algo e incrementar su rendimiento, en favor de un tercero.

La discusión sobre los incentivos, fue planteado por Mozi⁵ y la Escuela Legalista, en el siglo V A.C, donde por primera vez se formula el concepto, y a su vez se ofrece una tipología del mismo, resaltando tres tipos principales: primero, el ejemplo del líder como incentivo, puesto que las personas tratarían de imitar sus acciones; segundo, el incentivo como una gama de premios y castigos materiales y sociales, entre los que figuran el castigo divino y premios intangibles como el honor y la reputación; y en tercer lugar la persuasión, en donde la persona se comportaría en la forma correcta si su jefe o su compañero le dan una buena razón.

Por su parte, Frederick W. Taylor, tenía la convicción que los empleados podrían aplicar un mayor esfuerzo si se les pagaba un incentivo financiero, basado en el número de unidades que producían⁷. Por esta razón, Taylor⁷, definió el incentivo como el ofrecimiento de una remuneración mayor de la que se da normalmente en la industria. Para él, el incentivo adoptaba diferentes formas como: la esperanza de un ascenso, un sistema generoso de pago por pieza, primas de diversos tipos por la rapidez y calidad del trabajo, menos horas de trabajo, mejores condiciones laborales que las normales, incluidas la consideración y la amistad entre los trabajadores y la gerencia. Por su parte los contradictores de Taylor, criticaron su teoría, tachándola como un sistema cruel de dominación, explotación y deshumanización de las personas. Pese a las críticas, el sistema de Taylor pronto fue seguido por algunos de los líderes en el campo administrativo como Gantt, Emerson, Halsey, Rowan y Bedaux⁵.

Posteriormente, Abraham Maslow⁸, en el año de 1973, señaló que todo ser humano poseía una tendencia innata a la creatividad, la cual se vinculaba a su propio desarrollo. A partir de este planteamiento, expuso una teoría en la que se mostraba una jerarquía de necesidades. Esta teoría tiene como objetivo, demostrar que a lo largo de la vida el ser humano busca continuamente satisfacer nuevas necesidades¹¹. En su teoría, Maslow^{9,10}, se enfocaba en las necesidades humanas, las cuales organizaba y disponía en dos niveles, según una jerarquía de

importancia e influencia de cinco necesidades humanas visualizadas como una pirámide, explicando de esta manera, que a medida que cada necesidad se satisface la siguiente se vuelve dominante. En el primer nivel, se encuentran las necesidades de orden inferior (base), en donde se ubican: las fisiológicas, relacionadas con el sustento de la vida, como alimento, abrigo, descanso, etc; necesidades de seguridad, que conllevan a asegurar la sobrevivencia, como librarse de riesgos físicos, lograr una estabilidad, etc.

En el segundo nivel, se ubican las necesidades de orden superior, en donde menciona: las de amor y pertinencia (sociales), estas se relacionan con el deseo de recibir el afecto de familiares, amigos y una pareja; las de autoestima, se relaciona con sentirse bien con uno mismo y; las de autorrealización (cima), o de acuerdo con Valdés en el 2005, necesidades de crecimiento, refiriéndose a la autoestima, la independencia y el autocontrol¹⁰.

Chiavenato, en el año 2009, manifestó que *“una recompensa o incentivo es una gratificación, tangible o intangible, a cambio de la cual las personas asumen su membresía en la organización (decisión de participar) y, una vez en ella, aportan su tiempo, esfuerzo y recursos personales (decisión de desempeño)”*¹¹.

Esto, genera entre las partes un sistema de intercambio, en donde, los aportes que hacen las personas a la organización, se ven representadas como inversiones de tipo personal, que deben originar beneficios en forma de incentivos o recompensas; y, desde el punto de vista de la organización, los incentivos, son un tipo de inversión materializado, que producen rendimiento en las personas, incrementando los aportes que estas hacen en la institución¹¹; es por eso que, es necesario remunerar el tiempo que las personas dedican a la organización.

Aunque se debe considerar que, el tiempo no es el único factor determinante en el desempeño de una persona. Por lo tanto, es preciso incentivarlas continuamente a realizar sus tareas de la mejor manera posible, a superar los índices de

desempeño actual, y motivarlas a alcanzar metas y resultados desafiantes. En este sentido, es necesario mantener la relación de los incentivos y las aportaciones en debida correspondencia, pues cada persona aporta a la organización en la medida en que recibe incentivos, ya sea en forma de salarios, prestaciones, reconocimiento, promociones o premios¹². A partir de ello, se puede pensar los incentivos como motivadores, que pretenden estimular a los trabajadores a mantener una conducta, que generalmente, va encaminada a conseguir los objetivos de mayor calidad, más cantidad, menor costo y mayor satisfacción⁹.

Los incentivos, pueden clasificarse de acuerdo al tipo de recompensa que se pretende entregar. Es por esto, que se pueden dividir en monetarios o financieros (real) y no monetarios o no financieros (simbólico)^{4,13,14}. Los incentivos *financieros* son pagos directos o indirectos del empleador al empleado¹⁵.

Estos a su vez se dividen en tres categorías: aumento del salario por méritos, ofrecidos al personal en relación con el desempeño de la actividad que se encuentre ejerciendo¹⁶; primas o bonificaciones adicionales, relacionadas con la obtención de resultados positivos adicionales a los esperados en el desarrollo ordinario de la actividad, medido con la obtención de resultados en una cantidad superior al estándar establecido y; otros tipos de incentivos financieros, que no se relacionan directamente con los resultados de las actividades realizadas específicas de cada trabajador, son los que se encuentran en acceso a los servicios financieros o a becas, reembolso de servicios médicos y medicinas, entre otros¹⁶. Los incentivos *financieros* se presentan entonces, como un acuerdo entre las partes que se otorga con el objetivo de lograr las metas de la organización.

Por su parte, los incentivos *no financieros*, como los define Hellriegel, Jackson y Slocum, citados por Domínguez¹¹, incluyen diferentes tipos de recompensas sociales y psicológicas como el reconocimiento, el respeto de los demás y la oportunidad de un desarrollo personal.

Independientemente de su clasificación, estos estímulos (financieros y no financieros) buscan motivar el aumento del nivel de desempeño en la actividad que esté realizando el trabajador. Estos incentivos se entregan de acuerdo a la necesidad que tiene cada organización de lograr mejores resultados en cuanto a compromiso, productividad y eficiencia, pues enfoca las actividades realizadas en la obtención de metas específicas, relacionándose directamente con el desempeño de dicha actividad; a la vez que, mejora la relación entre el trabajador y el empleador fortaleciendo el sentido de pertenencia¹⁷.

Cabe considerar que, los incentivos conforman una parte fundamental del sistema de salud. Aunque muchas veces, se encuentran de manera implícita en la relación de los actores del sistema, deben considerarse como un apoyo clave para la consolidación del mismo, pues si están ejecutados de forma adecuada, permiten el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la optimización en la utilización de los recursos y la percepción de bienestar de los usuarios tanto internos como externos.

En este aspecto, se reconocen los incentivos no financieros como los de mayor utilidad para mejorar el desempeño laboral, tales como promociones, capacitaciones permanentes que permitan mejorar sus competencias profesionales, uso potencial de la formación científica y técnica, así como el reconocimiento por la labor desempeñada¹⁸.

Es así que, ya, en el siglo XVIII, Michael Foucault planteó que, debido a que el alma no podía separarse del cuerpo, los bienes en posesión del clérigo debían ser confiscados y dados a la nación, para que fueran divididos entre los curas y los médicos por partes iguales, con el fin de que estos últimos, recibieran un sueldo, lo que llevaría a que no pidieran honorarios a los pacientes que atendían, logrando así, una asistencia gratuita y obligatoria de los enfermos¹⁹. Actualmente, los incentivos están siendo implementados para mejorar la contratación y la motivación con el fin de retener a los profesionales de la atención en salud, mejorar la calidad clínica y la eficiencia.

En la implementación de estos planes se están utilizando incentivos como *pago por calidad* o *pago por objetivos*, los que están siendo incluidos en los nuevos sistemas de retribuciones en salud²⁰.

Algunos países han incorporado determinados sistemas de incentivos, como el Reino Unido, en donde se ha implementado el Quality and Outcomes Framework (QoF: calidad y marco de resultados) para médicos de atención primaria, el cual está definido como *“una recompensa voluntaria anual y un programa de incentivos para todas las consultas de medicina general en Inglaterra, que detalla los resultados y logros en la práctica asistencial. No se trata de la gestión del rendimiento, sino de recursos que recompensen las buenas prácticas”*²¹. Australia, es otro de los países en los que se ha desarrollado el sistema de incentivos financieros el cual se encuentra ligado a objetivos conocido como Practice Incentives Program (programa de incentivos en la práctica), cuyo objetivo es promover de manera constante la mejora en la práctica a través del uso de incentivos financieros para apoyar la atención de calidad, mejorando el acceso y los resultados de la salud de los usuarios²¹.

Muchas veces los programas, como los anteriormente mencionados, no se logran implementar con éxito debido a la falta de atención al recurso humano, la motivación del personal, la falta de incentivos claros, la distribución desigual, la inestabilidad laboral y el comportamiento oportunista que junto a la inadecuada formación. Estos problemas se deben considerar al momento de diseñar un programa de esta naturaleza, pues como resultado del análisis de estos factores se puede llegar a determinar la clase de incentivo a utilizar²⁰, además *“se constituyen en una herramienta fundamental para la gerencia de las organizaciones que valoran el desempeño del recurso humano, aunado a los esfuerzos para la reducción de costos, la reestructuración del método de trabajo y el logro de la calidad”*²².

Por lo anteriormente expuesto, el propósito de este documento, es identificar y analizar los actores que intervienen en los sistemas de salud,

el uso de los incentivos y la relación intersectorial que entre estos existe, en los países de Canadá, Estados Unidos, Costa Rica, Ecuador y Chile.

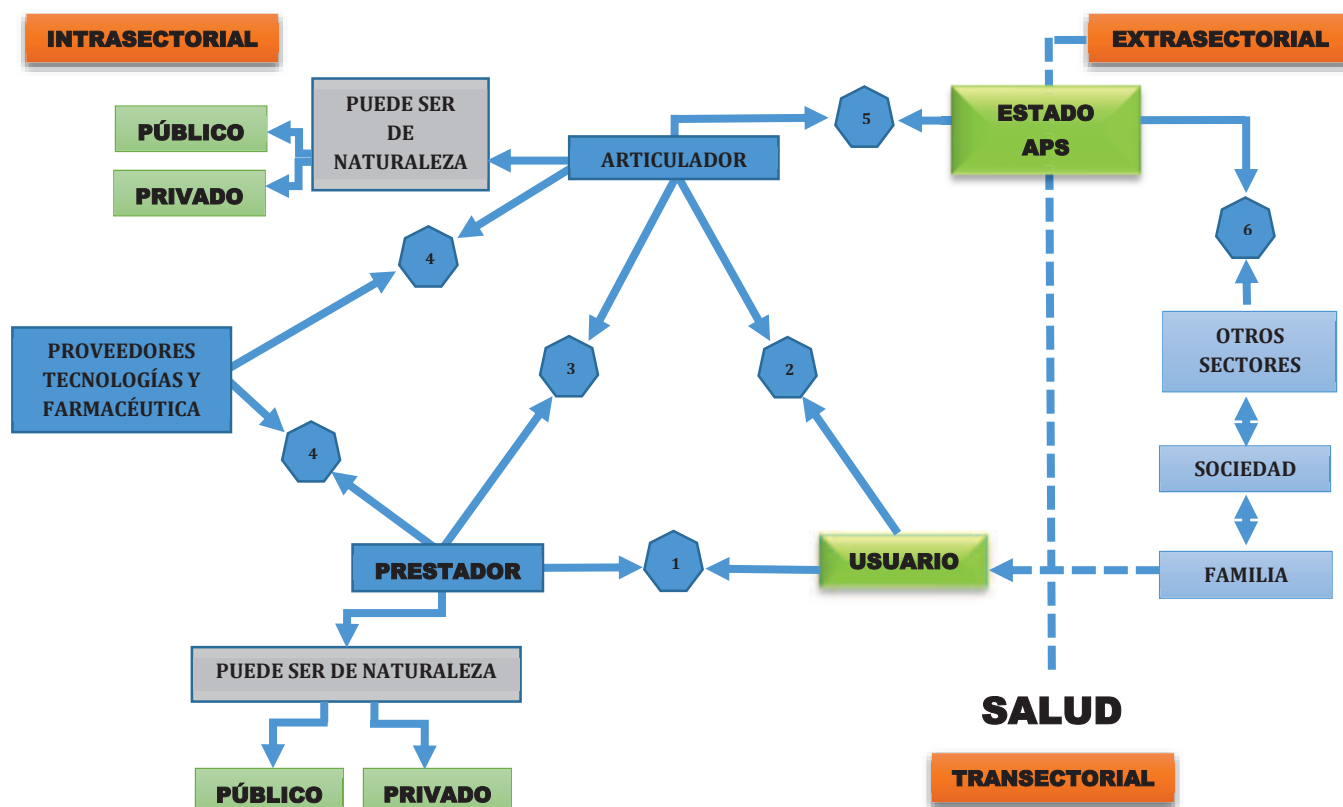
Materiales y métodos

La investigación se realizó: en primer término, tomando como base el artículo “Los relaciones entre los actores de una red de salud”²³, posteriormente, se adelantó una revisión de artículos publicados sobre los sistemas de salud y su relación intersectorial con los diferentes actores públicos y privados involucrados en el proceso de salud de la población en los países de interés, como se detalla en el gráfico 1, se evidencia una cadena de relaciones cíclicas entre diferentes actores, las cuales determinan la condición de salud de la población como el resultado de una política transectorial. En primer lugar, se describe la relación entre el usuario y el prestador que puede ser de naturaleza pública o privada, en donde el usuario tiene plena libertad de decidir con quién y cómo acceder a los servicios de salud; en segundo lugar, está la relación entre el usuario y el articulador (público o privado) mediada por un convenio entre las partes y la obligación del pago mensual de una determinada prima.

En tercer lugar, está la relación entre el articulador y el prestador, donde el articulador es quien ejerce la función de comprar los servicios de salud que serán utilizados por los usuarios y el prestador los organiza de acuerdo a las necesidades de los usuarios. En cuarto lugar se encuentra la relación entre el prestador, el proveedor de tecnologías - farmacéutica y el articulador, en la que intervienen factores económicos y políticos de acuerdo al contexto en el que se desarrolla.

En quinto lugar, se encuentra el articulador y su relación con el Estado, en la que, éste último garantiza el acceso a los servicios de salud de los usuarios por medio de un contrato con el articulador; y por último, está la relación extrasectorial que establece el Estado con otros sectores públicos y/o privados, la sociedad, el usuario y su núcleo familiar²³.

Gráfico 1. Relaciones entre los actores de los Sistemas de Salud



Fuente: Esta Investigación

Posteriormente, se procedió a revisar artículos, libros y páginas de internet publicados durante el periodo comprendido entre 2000 y 2014, tanto nacionales como internacionales; para ello, se tomaron como palabras claves las que se relacionan a continuación: sistema, salud, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos, Ecuador, intersectorialidad e incentivo y sus traducciones al idioma inglés. La búsqueda fue realizada en las bases de datos: Medline, Pubmed, Proquest, Ovid y SciELO; y en las páginas electrónicas correspondientes a la entidad de salud de cada uno de los países estudiados. Identificados los artículos preliminares que incluían las palabras y términos de interés iniciales, se realizó una selección en éstos incluyendo los términos: educación, tecnología, farmacéuticas, política, servicios públicos y economía; con el fin de filtrar la información obtenida y orientarla de manera exclusiva a los sistemas de salud de los países de interés, la relación intersectorial con la sociedad y los incentivos.

Como resultado se identificaron 60 artículos que incluían los términos de búsqueda, los cuales fueron leídos en su totalidad y a partir de los cuales se procedió a hacer los análisis descriptivos de cada uno de los sistemas de salud.

Resultados del análisis de los Sistemas de Salud de Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile y Ecuador

Se determinan a continuación los actores que participan en cada uno de los sistemas de salud de los países estudiados, la manera como interviene la intersectorialidad y el uso de los incentivos:

Sistema de Salud en Costa Rica

Se caracteriza por presentar las siguientes relaciones entre sus actores:

Relación entre el usuario y el prestador: Costa Rica, aunque tiene como uno de sus principios la universalidad de la seguridad social, el 14,4% de

la población no está cubierta con alguna de las modalidades del Seguro Social”²⁴.

En el sector público, la red de salud se encuentra conformada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la encargada de recaudar y distribuir los recursos de salud y pensiones, de la ampliación de la afiliación y disminución de la evasión a la misma y de la financiación. Para ello, parte de objetivos y metas de producción y calidad, y opera mediante la contribución de afiliados, de empleadores y del Estado al seguro social²⁵.

Por su parte, el usuario puede acceder al sector privado, que ofrece servicios de salud con fines lucrativos y está financiado por aportes del usuario y pólizas de seguro. Este está constituido por: servicios médicos privados, cinco compañías aseguradoras (medicina prepagada), las cooperativas Coopesain, Coopesalud, Coopesiba, Coopesana (las cuales son organizaciones sin ánimo de lucro, contratados por CCSS), la Asociación ASEMECO y la Universidad de Costa Rica, los cuales brindan los servicios en empresas de autogestión, clínicas y hospitales privados²⁶.

Relación entre el usuario y el articulador: Teniendo en cuenta sus propias características, las de su familia y su entorno social, el usuario puede asegurarse en alguna de las siguientes categorías²⁷:

1. Aseguramiento directo: orientado para asalariados, pensionados y jubilados, personas acogidas al sistema voluntario, trabajadores independientes que cotizan, población en condición de pobreza aseguradas por el Estado.
2. Aseguramiento indirecto: para familiares y dependientes de los aseguradores directos sin beneficio familiar.
3. No asegurados: entre los que se encuentran las personas con capacidad contributiva que no aportan al sistema, es decir, que evaden su afiliación al sistema y, los migrantes indocumentados.
4. Alto comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados: creado para que los trabajadores informales, migrantes

indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas, población en condición de pobreza, población agrícola y migrantes legales coticen en el CCSS.

5. Asegurados a cargo del Estado: encargado de la población menor de 18 años, mujeres embarazadas que no estén protegidas por el beneficio familiar, pensionados del régimen no contributivo e indigentes identificados.
6. La niñez es afiliada directamente al CCSS, mediante el seguro estudiantil que cubre a los niños en edad escolar y preescolar que se encuentran en instituciones educativas y mediante el régimen especial, como complemento a la cobertura que tienen los hijos de asalariados menores de 18 años o menores de 25 años que se encuentren estudiando o tengan algún tipo de discapacidad.

Relación entre el articulador y el prestador: La CCSS se encarga de la compra y prestación de los servicios de salud, los cuales brinda en sus propias instalaciones, mediante una red propia organizada en tres niveles diferenciados por su capacidad resolutoria. El primer nivel, está encargado de brindar la Atención Primaria en Salud. El segundo nivel, se encuentra conformado por una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y regionales, que suministran servicios de urgencias, apoyo diagnóstico, consulta especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos e intermedios. El tercer nivel, cuenta con servicios de hospitalización y médico – quirúrgicos de alta complejidad, los cuales son proporcionados en hospitales nacionales y especializados. Todos los niveles cuentan con su propio personal de salud²⁷ o realiza las respectivas contrataciones con el sector privado en transacciones denominadas Compromisos de Gestión, *“los cuales se definen como la asignación de recursos financieros a los hospitales y áreas de la salud que son firmados anualmente por estos proveedores con una Dirección central de compra de servicios de la CCSS y en los cuales se establecen metas negociadas con resultados concretos”*²⁵, con el fin de proveer los servicios de salud a la población ubicada en áreas geográficas apartadas.

Estos servicios están organizados en tres regímenes: en primer lugar, se encuentra el régimen de Enfermedad general y maternidad (SEM), que incluye la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia ambulatoria, hospitalaria, especializada y quirúrgica, farmacia y laboratorio clínico, para el usuario y su familia; en segundo lugar, está el régimen de invalidez, vejez y muerte (SIVM), en el cual se encuentran contempladas la pensión por vejez, por invalidez, por orfandad o viudez; por último, está el régimen no contributivo a cargo del CCSS, que brinda el *“aseguramiento para las personas y sus familiares que no cotizan al sistema por su condición de pobreza y discapacidad ofreciendo las prestaciones ordinarias del paquete de atención integral del SEM y prestaciones monetarias para las familias con casos de parálisis cerebral profunda”*²⁷.

Adicionalmente cuenta con el Centro de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)²⁶.

Relación entre articulador, prestador, proveedor de tecnologías y medicamentos: El Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones, mediante inversiones, tanto del sector privado como el público, genera y patrocina investigaciones que brindan alternativas innovadoras para el manejo integral de la salud de toda la población²⁷. Por su parte, el CCSS establece una lista oficial (de uso obligatorio) de 500 medicamentos esenciales para la cobertura del 95% de la población y contempla la compra de medicamentos excepcionales para las patologías menos frecuentes. El Estado, ejerce un control parcial al precio de los medicamentos, mejorando el acceso por parte del consumidor. A su vez, el Ministerio de Salud, regula el registro y la venta de medicamentos, importación y consumo de medicamentos psicotrópicos. Adicionalmente, el sistema de salud, provee un equipamiento básico que cuenta con equipos y dispositivos médicos, a todos los niveles de atención para brindar los servicios de salud con oportunidad, calidad y eficiencia²⁷.

Relación entre el Estado y el articulador: El Ministerio de Salud (MS), es el encargado de ejercer la rectoría sobre los actores que intervienen en el sistema, estimulando su participación activa, orientando las acciones hacia el desarrollo y mejoramiento constante de la salud de la población²⁸. Por su parte, el Instituto Nacional de Seguros (INS), el cual es mixto con un componente público y uno privado, se encarga de brindar los servicios de salud requeridos en los riesgos laborales y los accidentes de tránsito, los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación traumatológica²⁷.

Relación entre el Estado y otros sectores diferentes al sector salud: El Instituto Costarricense de Acueducto y Alcantarillado, en cabeza de la autoridad regulatoria de servicios públicos (ARESEP), se encarga de suministrar el agua adecuada para el consumo humano; así, como también, se encarga de la recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos y de establecer las normas para el alcantarillado en las áreas urbanas, las cuales, son determinantes ambientales fundamentales de la salud²⁷.

Del mismo modo, el Ministerio de Salud, trabaja conjuntamente con los Ministerios de Trabajo y de Seguridad Social, con el fin de brindar cubrimiento y atención integral a los trabajadores²⁹. De igual manera, existe una estrecha relación del Ministerio de Salud con el Consejo Nacional de Educación Superior y los Colegios Profesionales que permite establecer lineamientos educativos, tanto para las universidades privadas como públicas, con el fin de formar a los profesionales de la salud y realizar procesos de investigación y desarrollo social en salud³⁰.

Incentivos: Debido a una serie de negociaciones que giraron en torno a la problemática salarial de los profesionales de las ciencias de la salud, en el año 1982, fue emitida la Ley de Incentivos a los Profesionales en Ciencias Médicas, N° 6836, del 22 de diciembre de 1982³¹, la cual establece el régimen jurídico de los diferentes factores económicos y administrativos, que integran los componentes salariales de dichos profesionales,

mediante la creación de “una escala de salarios con once categorías, representadas por niveles de grados que van del G-1 al G-11, donde en cada nivel o grado tendrá un salario base, un salario de contratación que incluye los sobresueldos, y un incremento anual de un 5.5% sobre el salario base, los cuales formarán los salarios intermedios o pasos hasta un máximo de treinta anualidades”³².

Sistema de Salud de Estados Unidos

Estados Unidos cuenta con 316.128.839 habitantes, entre ellos se encuentran los refugiados, inmigrantes y personas con asilo político³³. El 50.8% de la base total de la población son mujeres y el 49.2% son hombres. La población se encuentra clasificada por edades: de 0-14 años representa el 20,1% y entre los 15-64 años un 66,8%. El porcentaje de la población afiliada al sistema de salud es de 96%, de las cuales, el 52% de estas afiliaciones se encuentran a nivel rural y estatal y el 48% se encuentra distribuido en las áreas estatales³⁴. El sistema de salud de Estados Unidos, se caracteriza por presentar las siguientes relaciones entre sus actores:

Relación entre el usuario y el prestador: Con la reforma Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA: Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible) u Obama Care, la red de salud se encuentra organizada del siguiente modo: Se continúa con la Administración del Seguro Social (SSA), la cual se encarga de que todos los ciudadanos estadounidenses cuenten con una tarjeta de seguro social. De igual forma, también estará a cargo de la asignación a cada uno de los sistemas de aseguramiento como: sistema de salud público Medicaid, sistema de salud público Medicare realizando un pago mensual al Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), brindando seguros fiscales para aquellas personas que no alcancen a comprar su seguro médico³⁵. Junto con el programa de salud estatal para el niño, el CMS, es el encargado de realizar el recaudo y distribución de los recursos en salud, actuando en conjunto con el Consejo Nacional de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Pública, relacionándose de igual manera, con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC:

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)³³.

Por otra parte, se puede acceder a las bolsas de aseguramiento Medicare cuando se tiene un empleo y el empleador realiza la afiliación a las entidades reguladoras del sistema de salud CMS³⁴.

Relación entre el usuario y el articulador: Con la reforma de Obama Care a la red de salud, el usuario puede realizar su aseguramiento, teniendo en cuenta sus propias características, las de su familia, su entorno social y laboral³⁵.

1. Aseguramiento por Medicare: para personas mayores de 65 años jubilados, quienes hayan cotizado en el seguro social y, para empleados de empresas, sin límite de número de afiliados, siempre y cuando corresponda al núcleo familiar³⁴.
2. Aseguramiento por Medicaid: para las personas en pobreza extrema, beneficiarias y discapacitadas. Seguro estatal para niños y jóvenes hasta los 26 años de edad³⁴.
3. Aseguramiento privado: lo realizan las personas con sus bolsas de seguro privado, las cuales son reguladas por el Medicare y SSA³⁴.
4. No asegurados: se encuentran las personas que lleguen al país en situación de inmigrantes indocumentados, siempre y cuando, cuenten con un registro y un pequeño pago para su inscripción³⁴.
5. Aseguramiento pagado por el empleador a compañías que cuenten con más de cincuenta empleados, para las pequeñas empresas con menos número de trabajadores se les dará subsidio a cargo de las SSA, para incentivar el aseguramiento en salud³⁴.

Aquellos, a quienes el gobierno considera incapaces de costear su propia cobertura médica, tendrán la oportunidad de recibirla directamente del Estado o a través de un seguro privado subsidiado. Estados Unidos ya no les negará atención médica a las personas enfermas, las aseguradoras, cubrirán a cualquier persona de determinada edad, sin importar su estado de salud. Se realizará la creación de fondos de

aseguramiento para la población de los Estados Unidos con un sistema de atención público y privado. Dicho sistema, se encargará de proveer subsidios y préstamos para los gastos médicos de la población. Además, serán las encargadas de la administración y distribución de provincias estatales y federales, coordinando los esfuerzos federales, relacionados a la salud pública facilitando la promoción y prevención (P y P) en salud estatal, realizando la integración de los sistemas de aprobación de Medicare y Medicaid a aquellas personas que no cuentan con sistemas de seguridad social, contribuyendo al perfeccionamiento de un seguro público, que iguale los servicios prestados por los aseguradores privados, mejorando la cobertura estatal con subsidios, redistribución de primas y copagos de manera equitativa³⁴⁻³⁶.

Relación entre el articulador y el prestador: La SSA, se encarga de la administración y prestación de los servicios de salud, los cuales brindan sus propias instalaciones mediante una red propia organizada en niveles. En un primer nivel, se encuentra la atención primaria en salud, tanto en áreas estatales como rurales. El segundo nivel, se encuentra conformado por una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y regionales que suministran servicios de urgencias, apoyo diagnóstico, consulta especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos e intermedios³⁵. Y, el tercer nivel, cuenta con servicios de hospitalización y quirúrgicos de alta complejidad, los cuales son proporcionados en hospitales centralizados para cada estado. Cada estado debe contar como mínimo con un hospital especializado de tercer nivel de complejidad, brindando atención a todos los pacientes inscritos ante la SSA³⁴.

Relación entre articulador, prestador, proveedor de tecnologías y medicamentos: La SSA, vigila de cerca las empresas y entidades que se dedican a prestar servicios de salud. Hospitales, clínicas, escuelas médicas y compañías farmacéuticas, deben cumplir con las regulaciones gubernamentales elaboradas por dicho organismo. Médicos, enfermeras y cualquier otro personal médico, tienen que ser licenciados y llegar a ser especialistas médicos,

además, deben generar y patrocinar investigaciones que brinden alternativas innovadoras para el manejo integral de la salud de toda la población³³.

La SSA, se encarga de regular la distribución de medicamentos, dictando las normas que rigen los estándares de verificación y aprobación de los mismos. También regula las tecnologías vigentes por las compañías que proveen estos servicios, fijando el costo de los dispositivos³⁴.

La Food and Drug Administration (FDA: Administración de Medicamentos y Alimentos), los CDC, el HHS y el Servicio de Seguridad e Inspección de los Alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, junto con la SSA, analizan y dan disposiciones para mitigar los factores de riesgo que son causantes de enfermedades transmitidas por los alimentos, además, se encargan de verificar la buena utilización y práctica de los medicamentos³⁴.

Relación entre el Estado y el articulador: La SSA es la encargada de la verificación del Consejo Nacional de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Pública y del Departamento de Servicios de Salud y Cuidados Humanos. Además, verifica los componentes de cumplimiento de cobertura en las provincias y estados y, de los sistemas de aseguramiento de los ciudadanos^{33,35}.

Relación entre el Estado y otros sectores diferentes al sector salud: Toda la población de los Estados Unidos cuenta con el acceso a servicios de saneamiento, a través de diferentes tecnologías como manejo de agua potable tratada en represas, alcantarillado. El 83% de los hogares cuentan con el sistema de alcantarillado (95% en las zonas urbanas y el 33% en zonas rurales). Los sistemas de saneamiento en el sitio, tales como fosas sépticas, están regulados por el Estado a través de comisiones reguladoras y la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA)³⁴.

Incentivos: La atención de la salud ha sido en gran medida una actividad básicamente nacional y, en consecuencia, no ha sido propensa a la expansión de dependencias que son tan comunes

en el sector privado, sobre todo a nivel global. El sistema nacional de salud gestionado por el gobierno puede considerarse una organización única que, a diferencia del sector privado, no tiene incentivos para extenderse más allá de las fronteras nacionales y participar en alianzas estratégicas transfronterizas³⁶.

En Estados Unidos ha habido una tendencia creciente a fusiones de hospitales, por razones de racionalización y consolidación, lo que puede ser un anticipo de futuras tendencias en cuanto a la propiedad y el funcionamiento de servicios de salud privados³⁶⁻³⁸.

Sistemas de Salud en Canadá

Canadá cuenta con una población de 35.706.146 personas, donde el 50,37%, son mujeres y el 49,63% son hombres³⁹. Esta población se encuentra distribuida según la edad, así: 0-14 años 15,7%, entre 15-64 años 68,5% y, entre 65 años y más 15,9%³⁹. El sistema de salud de Canadá, se caracteriza por presentar las siguientes relaciones entre sus actores:

Relación entre el usuario y el prestador: La red de servicios de salud en Canadá, se encuentra conformada por el Ministerio de Salud de Canadá (MSC), en el sector público por las compañías de seguros privadas (CSP), sistemas de aseguramiento público Medicare, Health Care y asociaciones médicas provinciales y rurales. Las cuales, son las encargadas de recaudar y distribuir los recursos de salud y pensiones, realizando las distribuciones en los puntos de atención a los centros de atención provinciales y estatales⁴⁰.

Por otra parte, se organizan sistemas de salud pública en casa, ofreciendo servicios de promoción y prevención, prestando servicios de vigilancia en casa, en las áreas rurales, estatales y federales³⁸.

Relación entre el usuario y el articulador: El usuario puede realizar su aseguramiento, teniendo en cuenta sus propias características, las de su familia y su entorno social, en una de las siguientes categorías:

1. Aseguramiento directo: las personas cuentan con cobertura laboral, independientes que cotizan, población en condición de pobreza aseguradas por el Estado⁴⁰.
2. Aseguramiento indirectos: se caracteriza por cubrir a la población con trabajos independientes, para personas que se encuentran en las provincias y zonas rurales de Canadá⁴⁰.
3. No asegurados: inmigrantes con problemas en su condición de nacionalización, pero aun así tienen derecho a los sistemas de urgencias⁴⁰.

Relación entre el articulador y el prestador: El MSC, se encarga de la compra y prestación de los servicios de salud, realizando una red integrada, con instituciones propias, las cuales son cercanas a las áreas rurales, estatales y federales. Cada institución presta servicios de primer, segundo y tercer nivel, según el grado de complejidad⁴⁰.

El primer nivel, está encargado de brindar la Atención Primaria en Salud y cada estado cuenta con este nivel. El segundo nivel, se encuentra conformado por una red de clínicas mayores, hospitales periféricos y regionales, que suministran servicios de urgencias y apoyo diagnóstico, permitiendo el traslado, si es necesario, a entidades de mayor complejidad. Y, el tercer nivel, cuenta con servicios de hospitalización y médico – quirúrgicos de alta complejidad, los cuales son proporcionados en hospitales nacionales y especializados⁴¹.

Relación entre articulador, prestador, proveedor de tecnologías y medicamentos: El MSC, brinda la oportunidad de atención al ciudadano y dispone de nuevas tecnologías para ello. Mantiene el uso de alternativas innovadoras para el manejo integral de la salud de toda la población rural⁴². Por otra parte, no se generan costos adicionales a los medicamentos que se distribuyan en las provincias. Ningún paciente, sin importar su patología, esta privado de los medicamentos esenciales. El estado ejerce un control al costo de los medicamentos, mejorando el acceso por parte del paciente. Adicionalmente, el sistema de salud, provee un equipamiento básico que cuenta con equipos y dispositivos médicos de acuerdo a las necesidades de cada estado y provincia⁴².

Relación entre el Estado y el articulador: El MSC se encarga de velar por la satisfacción de las necesidades de los usuarios, mediante la distribución de redes de salud y el cumplimiento de los planes de salud pública. Por otro lado, el estado no permite recobros a ningún afiliado, ya que este hace parte del pago que el usuario hace directamente a las entidades. Convirtiendo esto a Canadá en un país con el 100% de su población asegurada, ya sea a través del sector público o privado³⁹.

El sistema de salud médico es financiado principalmente por el estado y, en un porcentaje, por las bolsas creadas en cada provincia, las cuales son las encargadas de la administración y de los pagos por recobro al sistema de salud. Esto se debe a que el sistema tiene divisiones, de modo que un grupo de ciudadanos es administrado por médicos que manejan sus propias provincias; a su vez, estos son pagados por las provincias que se encuentran dentro de la financiación pública, aun cuando los médicos son privados. Esto permite ofrecer al ciudadano una red de apoyo en salud, adecuada y sin mayores costos. Por otra parte, los recobros adicionales por prestación de servicios no cubiertos, son realizados por los empleadores a través de paquetes de beneficios adicionales, que son administrados y cubiertos por cada provincia. Con tan solo el carnet se puede acceder a la base de datos del sistema de salud del paciente, lo cual facilita la comunicación entre las provincias y el sistema general de salud³⁹.

En los casos en los que no se presten los servicios administrados por los seguros públicos, los pacientes tendrán la opción de ser cubiertos por los seguros privados, los cuales son adquiridos por cada familia. Así se constituye un sistema en donde el estado y las provincias, son los principales financiadores de los servicios médicos, brindando una cobertura y aseguramiento adecuados a toda la población. Por otro parte, este esquema permite realizar planes y programas de salud pública, acompañados de promoción y prevención, en cada provincia⁴¹.

Relación entre el Estado y otros sectores diferentes al sector salud: En Canadá, los programas de salud pública son los encargados de

regular las entidades de tratamiento de aguas y aguas negras para cada provincia, poniendo al 100%, el funcionamiento de estos. Esto programas regulan los servicios públicos, encargándose del suministro de estos en todas las provincias y estados³⁹.

El sistema de salud sanitaria en Canadá incorpora los conceptos de integración y atención integrada, buscando superar barreras y reuniendo diferentes organizaciones de salud dedicadas a la atención, prestación, integración clínica y prestación sanitaria. Agregando valores como la coordinación e iguales niveles de atención en los diferentes territorios, se continúa con la interrelación de los diferentes niveles de atención y se genera el menor costo de pago por servicio. Todo esto tiene como principales órganos de relación el Medicare y Medicaid, los cuales son la base fundamental de los niveles de atención y prestación de los servicios de salud³⁹.

Incentivos: Sabiendo que el estado cuenta con un sistema de apoyo financiero para que los hospitales realicen su trabajo en las provincias y pueda regular su estado de gastos, se brindan incentivos al hospital por la prestación de servicios en las provincias. Además, existe apoyo a las iniciativas orientadas a incorporar nuevo personal, que quiera pertenecer a programas técnicos y que permita cambiar la organización, mejorando las capacidades de las entidades provinciales, estatales y federales⁴³.

Esta iniciativa se aplica principalmente a las enfermeras de más de 55 años, permitiéndoles dedicar algunas de sus horas de trabajo a funciones menos exigentes físicamente, como enseñar a los pacientes e instruir al personal. En ocasiones, es posible conseguir financiamiento suplementario para programas especializados, brindando incentivos a los hospitales que adopten mecanismos de control de costos, como el ahorro y las retenciones a otras áreas hospitalarias, como fruto de la gestión⁴⁴.

Sistema de Salud de Chile

Chile cuenta con una población mayor de 17 millones de habitantes, los cuales se dividen en 50,5% mujeres y 49,5% hombres. Los menores de

15 años, representan aproximadamente el 25% de la población y los adultos mayores de 60 años, sobrepasan el 11%⁴⁵.

El esquema de aseguramiento de Chile, es definido como un sistema de salud mixto segmentado regulado^{46,47}. Del total de la población, aproximadamente, entre el 70% al 80%, se encuentra cubierta por el sistema de salud incluyendo a los pobres del campo y las ciudades y, a la clase media, entre ellos profesionales y técnicos de mayores ingresos y jubilados^{45,48}. Un grupo de trabajadores independientes (7%), que no se encuentran afiliados a los mutuales, tiene cobertura de una entidad estatal llamada Instituto de Normalización Estatal (INP)⁴⁵. Adicionalmente, se incluye a los miembros de las fuerzas armadas (10%)⁴⁸ y a una pequeña parte de la población perteneciente a la clase alta, quienes adquieren los servicios de salud a proveedores privados mediante pagos de bolsillo⁴⁵.

El sistema de salud de Chile, se caracteriza por presentar las siguientes relaciones entre sus actores:

Relación entre el prestador y el usuario: En Chile, todo trabajador dependiente está obligado por ley a afiliarse a un seguro de salud y debe cotizar el 7%⁴⁹, ya sea en el sector público (FONASA) o en el sector privado (ISAPRE)⁴⁹⁻⁵².

Los servicios de salud públicos, se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados del FONASA⁵⁰. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados de ISAPRE y de los pagos de servicios de los afiliados privados⁴⁵.

Existe una división de la población en cuatro grupos por nivel socioeconómico, el A, B, C y D. El grupo A, recibe atención gratuita y usa, junto al grupo B, la infraestructura del sistema público. Los grupos C y D tienen copagos y, en el área de atención ambulatoria, usan el sistema de libre elección; según lo requieran, pueden utilizar el

sistema PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) para hospitalizaciones^{51,52}.

En el sector público, los usuarios son atendidos en la “Red institucional”, la cual se encuentra conformada por establecimientos que pertenecen al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Este, a través de los servicios regionales, provee los servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA; dando acceso a dos modalidades de atención⁴⁵.

La primera, la Modalidad de Atención Institucional (MAI), que comprende la atención limitada en la capacidad de elección del prestador, quienes aportan copagos entre el 10% a 20% del precio del servicio fijado por el FONASA de acuerdo con su nivel de ingreso. Esta modalidad, generalmente, afilia ciudadanos de menores recursos y a aquellas personas que se acogen al plan de beneficios del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)⁴⁴, el cual, se encarga de garantizar el *“acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA y diabetes”*⁴⁵. Para acceder a este servicio, los beneficiarios deben inscribirse en los establecimientos de atención primaria más cercanos a su domicilio o lugar de trabajo. Este servicio pueden recibirlo todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud⁵².

La segunda, es la Modalidad de Libre Elección (MLE), en donde el copago equivalente entre el precio fijado por los prestadores para cada prestación y la cantidad fija aportada por FONASA, varía entre el 25% y 50% del valor establecido por el FONASA para el servicio prestado⁴⁵. Cuando se escoge el sistema de libre elección, los beneficiarios reciben el servicio de un prestador privado registrado en el FONASA, cancelando copagos más altos, pues estos dependen del precio asignado por el prestador del servicio⁴⁹. En la MLE, el beneficiario elige libremente tanto al profesional como a la institución donde desee ser atendido u hospitalizado. Podrán acceder a esta modalidad los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud clasificados en los tramos de ingreso B, C y D⁵².

El sector privado, está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entidades aseguradoras privadas, quienes reciben las cuotas obligatorias de los trabajadores para administrar los planes de salud⁵⁰. Los sectores de mayores ingresos, de manera colectiva con las empresas que laboran (17.5%), están afiliados a alguna ISAPRE. Existen 16 ISAPRE⁴⁷, las cuales ofrecen diferentes planes para el trabajador y para sus familias⁴⁵.

Relación entre el articulador y el usuario: El sistema de salud de Chile, está conformado por el sector público, regulado por el Fondo Nacional de salud (FONASA); el sector privado, regulado por las Instituciones de salud previsional (ISAPRE); y, fuerzas armadas y fundaciones, mediados por el FONASA⁵². Este último, se hace responsable del cumplimiento del AUGE, al igual que de las ISAPRE⁵¹.

Las ISAPRE, están basadas en contratos individuales, estipulados libremente entre los asegurados y las instituciones de salud previsional. Los beneficios conciernen a los comprendidos por la GES, permitiendo llegar a acuerdos voluntarios como los beneficios adicionales (Plan Complementario). Cuando algún trabajador pertenece a una ISAPRE, puede cotizar un monto adicional al 7% básico, aumentando la variedad de servicios a la que tienen acceso o bien disminuyendo los copagos por los servicios contratados⁵¹. Estos beneficios incrementan a medida que baja el riesgo y el aporte de los cotizantes incrementa, financiándose a través de una prima universal única para todos los beneficiarios de cada ISAPRE⁵².

Hay dos tipos de ISAPRE: abiertas y cerradas. A las abiertas pertenece toda persona con capacidad de pago y a las cerradas un número limitado de personas trabajadoras de una empresa o sector económico. La ISAPRE opera principalmente con prestadores privados de salud, teniendo la autoridad y escogencia de hacerlo además con entidades públicas para la atención de urgencias, tratamiento intensivo o servicio pensionado. Este último, es un sector especial, atendido en hospitales en donde se atienden pacientes de la

modalidad de libre elección que pagan por prestaciones recibidas, que no ocupan más del 10% de las camas⁴⁵.

Las ISAPRE tienen la obligación legal de cubrir exámenes de medicina preventiva, el seguro de pago del salario del afiliado en caso de enfermedad y la protección para mujeres embarazadas y niños menores de seis años. Estas instituciones, proveen los servicios en sus propias instalaciones o contratando con otros proveedores privados o del sector público. Los servicios de salud pública, son ofrecidos a toda la población sin restricción ni discriminación. Las vacunas son entregadas por el estado y su aplicación es gratuita, aunque en el sector privado puede tener algún costo⁴⁵.

Relación entre el articulador y los prestadores de servicios de salud: La red asistencial está conformada por los establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos de atención primaria de salud y demás establecimientos que cuentan con un convenio suscrito; complementándose entre sí, para dar cumplimiento a las necesidades de la población. Cuentan con 194 hospitales de variada complejidad, 837 consultorios y 1168 postas. La mayoría de los consultorios municipales, prestan atención primaria gratuita, otorgando servicios de acciones curativas, así como acciones de fomento y protección de la salud, constituyéndose de esta manera la modalidad institucional del FONASA⁵².

Los prestadores privados están compuestos por clínicas, centros médicos, consultas privadas y redes de prestadores. Los establecimientos hospitalarios para grupos especiales se encuentran financiados por los programas que tiene el MINSAL, cuyo distribuidor de dinero es el FONASA, además del aporte que pueden realizar las municipalidades, favoreciendo así, la libre elección de los beneficiarios⁵².

Relación entre el articulador, el prestador y los productores y proveedores de tecnologías, medicamentos e insumos en salud: A partir de 1990, Chile tiene leyes de propiedad intelectual e industrial, las cuales brindan protección a las

patentes, durante 20 años, a partir del momento en el que se inicia la investigación. En el momento en el que expira la patente, finalizado el periodo de comercialización exclusiva, pasa a ser lo que se denomina una “patente liberada”, momento en el que puede ser elaborada por otros laboratorios y distribuida con nombre genérico. Este proceso es conocido como acuerdos de propiedad intelectual (ADPICs)⁵¹.

El sector público adquiere medicamentos de manera directa para consumo de hospitales, consultorios y, cuando es necesario, para la entrega directa a los beneficiarios de FONASA⁵¹. Esto se hace a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), la cual trabaja como alternativa para el “*abastecimiento de fármacos e insumos clínicos de bajo costo, para los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud*”⁵². De igual manera, los establecimientos de la red de servicios, pueden adquirir de manera directa los medicamentos que sean necesarios.

Chile cuenta con un laboratorio de referencia nacional, el Instituto de Salud Pública (ISP), el cual se encarga de “*controlar la calidad de las prestaciones de salud pública, fiscalizar a la industria farmacéutica, recopilar y entregar información para vigilancia en salud pública, fomentar la transferencia tecnológica y hace las veces de centro de referencia en salud pública (sic.)*”⁵².

Relación entre el estado y el agente articulador: El Ministerio de Salud (MINSAL) es la autoridad sanitaria nacional. Está se encarga de la dirección y elaboración de políticas nacionales de salud, la definición de objetivos nacionales de salud, el fortalecimiento y desarrollo de acción en el espacio intersectorial, promoviendo y desarrollando políticas públicas basadas en prioridades sanitarias, la definición de normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención y, por último, la definición del plan de salud y el establecimiento de sus garantías⁵².

El MINSAL, está dividido en dos subsecretarías. Por una parte, la subsecretaría de salud pública, denominada autoridad sanitaria, que tiene como

objetivo “*la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, el control y la implementación de políticas sanitarias, alimenticias o de vacunación, entre otras*”. Y por otra, la subsecretaría de redes asistenciales, la cual tiene a su cargo la normatividad para la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema⁵².

Como agente articulador se encuentra el FONASA, que es un servicio público descentralizado y dependiente del MINSAL, encargado de la función de financiamiento del sistema de salud. Tiene dos funciones: la primera, se encarga de administrar y determinar los recursos públicos que provienen del porcentaje de cotización; y la segunda, hace las veces de seguro público que representa a los cotizantes⁵¹.

Relación entre el estado y otros sectores diferentes al sector salud: El sistema intersectorial de protección social y las municipalidades chilenas, está integrado por dos subsistemas: “Chile Solidario” y “Chile Crece Contigo (CHCC)”. Para el desarrollo de ambos subsistemas, se crean redes como dispositivos especiales a nivel comunitario, que son de tipo intersectorial y son coordinadas por las municipalidades; evidenciándose de esta manera, un diseño institucional a nivel local, contemplando un amplio margen de acción y decisión⁵³.

De esta manera, la ley busca institucionalizar un mecanismo de gestión para determinadas acciones dirigidas a un grupo de familias o personas, que requieren la articulación entre variados organismos, conformando de esta manera el sistema de protección social⁵³.

En el CHCC, los sectores y organismos cuentan con un financiamiento propio (por medio de Mideplan, en la actualidad Ministerio de Desarrollo Social), estableciendo anualmente, las actividades que se encuentran a cargo de las municipalidades y dependen de fondos variables. En este caso, para ofrecer prestaciones específicas, las municipalidades y redes, deben presentar proyectos, a fondos concursables para obtener tales fondos. De igual manera, para Chile

Solidario, los municipios deben presentar proyectos y ser elegidos para iniciar un convenio, el cual tiene que ser firmado por el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) y el alcalde⁵³.

El CHCC es definido por Mideplan como *“una política pública comprensiva, intersectorial y de múltiples componentes que consiste en un complejo sistema de intervenciones de carácter integral que brindan protección de acuerdo a las características y necesidades particulares del desarrollo de cada niño, niña y su familia, poniendo a su disposición múltiples servicios de apoyo, beneficios universales y diferenciados garantizados”*⁵³.

Incentivos: Se estableció el Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en Atención Primaria en 1995, en adelante, Fondo de Incentivos, que surgió en el año de 1996 y posee la forma actual de financiamiento desde el año 2000⁵⁴. Para el 2002, la Ley 19.813 establece incentivos económicos relacionados al cumplimiento de metas sanitarias.

El Fondo de Incentivos se enfoca a incentivar el “cumplimiento de elementos de mejoramiento de gestión en establecimientos de atención primaria”⁵⁴.

En el año 2003, éste Fondo señala que *“El elemento central del programa fue la existencia de un sistema de incentivos destinado a estimular el cumplimiento de metas comprometidas por cada prestador local, asociadas a objetivos sanitarios del país. Con la promulgación de la Ley 19.813, que establece incentivos económicos ligados al cumplimiento de metas sanitarias, este programa se destinará fundamentalmente a incentivar el cumplimiento de elementos de mejoramiento de gestión en establecimientos de atención primaria”*⁵⁵.

El programa de reforma del sector salud en Chile, generó nuevos instrumentos para fortalecer la gestión de la Red Asistencial y autorizó e incrementó el número de atribuciones para los directivos de los establecimientos, al mismo tiempo que crearon nuevos incentivos financieros para el personal⁵⁵. Además, realizó cambios

dirigidos al desempeño de los recursos humanos. Los componentes en la reforma de salud relacionados con los recursos humanos que están dirigidos a la inclusión de incentivos al desempeño colectivo, buscan fortalecer la gestión del recurso humano y crear medidas que motiven a los profesionales a permanecer en el sector público⁵⁶.

Para el año 2014, se realizó una propuesta de política de incentivos para los médicos en Atención Primaria en Salud (APS), en donde se pretende, promover la permanencia de los médicos en la atención primaria, proponiendo incentivos económicos, en donde se establece que los sueldos sean más competitivos, apoyando a los estudiantes que se enfoquen a realizar su especialización para trabajar en APS; y sociales, dotando en tecnología, recursos y marketing social, con el fin de incrementar su reputación frente a la comunidad, mejorar su gestión clínica y facilitar el desarrollo de acciones intersectoriales⁵⁷.

Sistema de Salud en Ecuador

Ecuador tiene una población de 15.775.000 habitantes, con 7.869.510 mujeres, lo que supone el 50,00% del total, frente a los 7.868.368 hombres que representan el 50,00%. En este país, el sistema de salud está regido por el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009–2013 que impulsa la protección y seguridad social integral, la inclusión social y económica, atención integral de la salud, así como, el reconocimiento y el respeto a las diversidades socioculturales de las personas y grupos de atención⁵⁸.

Relación entre el usuario y el prestador: El sistema de salud de Ecuador, está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público, comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSFA). El MSP, ofrece servicios de atención de salud a toda la

población. El MIES y las municipalidades, cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada⁵⁸.

El sector privado, comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada, cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen al menos 10.000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención⁵⁸.

Relación entre el usuario y el articulador: La nueva Constitución de 2008, señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional⁵⁸.

Los ecuatorianos que mayores beneficios en salud reciben son aquellos que están cubiertos por alguno de los institutos de seguridad social. Los beneficiarios del IESS están protegidos contra la contingencia de enfermedad por las siguientes prestaciones: asistencia médica, quirúrgica, dental y farmacológica integral⁵⁸.

Relación entre el articulador y el prestador: La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El sistema, establece los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención⁵⁸. El MSP, cuenta con la provisión más amplia de servicios del país, correspondiente al 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias y los hospitales de referencia nacional más grandes del país, cubriendo alrededor del 51% de la población ecuatoriana⁵⁸.

Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS. Este instituto cubre por lo menos al 20% del total de la población ecuatoriana. El ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más de 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la PEA. La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos hasta los 25 años de edad. En resumen, si bien la ley proclama la cobertura universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima⁵⁸.

En 1994, se promulgó la Ley de Maternidad Gratuita (LMG), que se reformó en 1998 constituyéndose en un seguro de salud que garantiza a las mujeres atención a la salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Esta ley también ampara la atención a la salud a los recién nacidos y los menores de cinco años como una acción de salud pública gratuita responsabilidad del Estado. En 2007 el MSP asumió la LMG como un programa regular⁵⁸.

En 2007 surgió el Programa de Cobertura de Enfermedades Catastróficas, ejecutado mediante la Red de Protección Solidaria integrada por el MIES y MSP, que financia todos los costos relacionados con el tratamiento de enfermedades de alto costo en casos seleccionados⁵⁸.

Relación entre articulador, prestador, proveedor de tecnologías y medicamentos: Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.

La Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del Consejo Nacional de Salud (CONASA) actualiza, publica y difunde bianualmente el cuadro nacional de medicamentos básicos. Actualmente se acaba de aprobar la octava revisión publicada, que incluye una lista de medicamentos esenciales de acuerdo con la definición de la OMS. Las medicinas se comercializan en un mercado regulado con un esquema de fijación de precios que incluye diversos rubros que inciden de manera problemática en el costo final del producto⁵⁸.

Desde el 2007, Ecuador ha impulsado medidas para dar cumplimiento al derecho a la salud promoviendo activamente acuerdos en foros internacionales y llevando a cabo negociaciones regionales de precios de los medicamentos antirretrovirales empleados para el tratamiento del VIH/SIDA. También ha establecido acuerdos bilaterales con productores de biológicos como Cuba e impulsado la producción nacional de estos insumos a través de una empresa pública recientemente creada (Enfarma) y de laboratorios radicados en el país. A través de la nueva ley de compras públicas ha promovido subastas voluminosas para abaratar ofertas con miras a un futuro acuerdo de compra global entre las instituciones públicas⁵⁸.

En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) de 2002 se establece que el MSP, con el apoyo del CONASA, es responsable de impulsar una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y al desarrollo y transferencia de tecnología, teniendo en cuenta la realidad del país, para lo cual debe mantener un enfoque pluricultural que incluya la promoción y el desarrollo de la medicina tradicional⁵⁸.

Relación entre el Estado y el articulador: La Constitución enfatiza fuertemente la necesidad de recuperar la regulación para el Estado ecuatoriano y señala que al MSP corresponde el ejercicio de la rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la LOSNS y las normas dictadas para su vigencia⁵⁸.

El MSP tiene una Dirección de Salud en cada provincia y en su interior áreas de salud que son circunscripciones geográfico-poblacionales. Estas áreas funcionan como unidades de desconcentración programática, administrativa y presupuestaria, de las cuales dependen los servicios básicos de salud. El MSP también ejerce la rectoría de las entidades de salud mediante el otorgamiento del permiso de funcionamiento a las empresas de salud, tanto públicas como privadas y de medicina prepagada.

Además del MSP, varias entidades participan en la supervisión y regulación, de acuerdo con su ámbito de competencia, de la actividad de las diferentes instituciones que componen el sistema de salud de Ecuador. La Contraloría General del Estado se encarga, en el ámbito financiero, de controlar los hospitales y las unidades médicas, y examina y evalúa la gestión financiera, administrativa y operativa de entidades donde el Estado tiene participación⁵⁸.

La Superintendencia de Compañías autoriza la constitución de entidades de medicina prepagada y la Superintendencia de Bancos y Seguros (SBS) ejerce el control sobre las unidades médicas del IESS conforme a la Ley de Seguridad Social. La inclusión de la SBS como organismo de control dentro del sistema de salud es producto de la Ley de Seguridad Social de 2001⁵⁸.

Relación entre el Estado y otros sectores diferentes al sector salud: La Subsecretaría de Agua Potable, Saneamiento y Residuos Sólidos (SAPSyRS) del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda (MIDUVI) está legalmente investida con la facultad de establecer políticas sectoriales. No obstante, no existe una definición clara de los roles y responsabilidades de los diferentes actores nacionales y subnacionales.

Tampoco existe un ente autónomo regulador de los servicios de agua y saneamiento. Los actores en el sector incluyen al Fondo de Solidaridad, al Banco del Estado (BdE), al Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE), a las ocho Corporaciones Regionales de Desarrollo (que están focalizadas en el riego), a diversos ministerios del gobierno y gobiernos provinciales y municipales, entre otros⁵⁹.

A pesar que Ecuador cuenta con una Política Nacional de Agua y Saneamiento (Decreto Ejecutivo No. 2766 del 30 de julio de 2002), dicha política está formulada en términos relativamente vagos y evita tomar una posición bien definida en cuanto a temas sensibles, como los subsidios a las inversiones en agua y saneamiento (por los gobiernos nacionales y subnacionales) y a quién debería recibirlos. Se ha preparado un anteproyecto de la Ley del Sector de Agua y Saneamiento, pero aún no ha sido presentada ante el Congreso⁵⁹.

Incentivos: El Ministerio de Salud Pública (MSP), ha puesto en ejecución un plan de fortalecimiento del talento humano para médicos y enfermeros que va desde la formación académica hasta la homologación salarial. El objetivo, es implementar este proceso para mejorar la atención a la ciudadanía en centros de salud y hospitales a escala nacional y además, brindar la oportunidad de capacitación y actualización de conocimientos a los profesionales de enfermería⁶⁰.

El Plan “Ecuador Saludable, Vuelvo por Ti”, responde a un plan integral de fortalecimiento del talento humano que impulsa el gobierno, enfocado en dotar con profesionales de calidad a las unidades operativas del MSP, para ofrecer servicios óptimos a la ciudadanía. Este plan general, logró que unos 20.000 nuevos servidores se vinculen a dar atención directa a la ciudadanía y comprende propuestas de inclusión de personal nacional y extranjero, la especialización de profesionales de la salud, planes de estabilidad laboral, compensaciones económicas e incremento de jornada laboral y el plan de fortalecimiento de talento humano de primer nivel⁶¹.

Discusión

Como resultado de la investigación, se identificaron y analizaron los diferentes actores que intervienen en los sistemas de salud en los países descritos y la relación que entre estos existe. A partir de ello, se puede concluir, que todos los países cuentan con una entidad encargada de la administración de los servicios de salud; la cual, es definida y controlada por el Estado, siendo este último quien garantiza el acceso al sector de la salud. Por otra parte, en algunos casos, intervienen diferentes actores de aseguramiento privado, pagados por los ciudadanos, con diferentes niveles de cobertura, siendo también regulados por entes estatales.

Se evidenció, que la entidad fijada por el Estado, en la mayoría de los casos, tiene como objetivo recaudar y distribuir los recursos financieros, como también definir y estipular la manera como debe funcionar el sistema. Además, se encarga de verificar el cumplimiento de los derechos de la población que se encuentra afiliada y de la que no lo está. Se puede decir, que la mayor parte de los sistemas de salud son administrados y operados por los ministerios de salud; también se halló que, en estos países existe una entidad que regula y verifica: la calidad, la oportunidad, la cobertura, la eficiencia y la garantía de los servicios de salud prestados a la comunidad; tal entidad depende directamente del Estado. Adicionalmente, se encontró que, en cada país, los sistemas cuentan con una división entre sector público y sector privado. Cada sector, ya sea el público o el privado, es supervisado por una o varias organizaciones, las cuales dependen de la entidad encargada y asignada por el Estado.

En cuanto a los incentivos, se encontró que en todos los países estudiados existen diferentes tipos de incentivos que buscan lograr la mayor eficiencia en el sistema; sin embargo, el esquema de incentivos no se corresponde con una visión estratégica que busque el lograr conservar y recuperar la salud en el menor tiempo posible, que redunde en una reducción de los costos. En este sentido, sería deseable que los formuladores de políticas públicas de salud revisaran las experiencias de Inglaterra y Australia, que se

mencionan en la introducción del artículo, las cuales, articulan los incentivos otorgados al personal de salud con metas explícitas que deben alcanzar los usuarios que estén bajo su cuidado.

Es por ello, que resulta fundamental llevar a cabo un análisis de la relación entre los actores, tal y como se realizó en esta investigación, para que sea base para la determinación de dónde ubicar incentivos de forma estratégica, para el logro de una mayor eficiencia de los sistemas de salud y con ello brindar pleno bienestar a los ciudadanos de cada Estado.

Agradecimientos: Artículo de investigación que presenta los resultados del trabajo de grado del mismo nombre, realizado para optar al título de Especialistas en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud, de la Universidad Jorge Tadeo Lozano-Sede Bogotá, adelantado bajo la coordinación del profesor Wilson Giovanni Jiménez.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. Who.int; 2005. [Citado 12 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
2. Ocampo-Rodríguez M, Betancourt-Urrutia V, Montoya-Rojas J, et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Gerenc. Polit. Salud. 2013;12(24):114-129.
3. Jiménez W, Montenegro G. Las relaciones entre los actores de una red de salud. Cien. Tecnol. Salud. Vis. Ocul. 2014;2(2):107-115.
4. Organización Mundial de la Salud. Directrices: Incentivos para los profesionales de atención de salud. [Internet]. Suiza: who.int.; 2008 [Citado 26 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20SP.pdf
5. Gorbaneff Y, Torres S, Cardona J. El concepto de incentivo en administración. Una revisión de la literatura. Economía Institucional. 2009;11(21):73-91.
6. Guatarama F. Propuesta de un plan de incentivos laborales para el personal docente de la unidad educativa integral "Nuevos Horizontes" periodo 2013. [Trabajo de grado para optar al título de licenciado de gerencia de recursos humanos]. Matuin-Monaga: Universidad de oriente; 2013.
7. Marín A. Taylor y la organización científica del trabajo. En: Marín A. (ed). Sociología de la empresa. 5. Madrid: Ibérico Europea de Ediciones; 1984: 29-36.
8. Cruces M. Implicaciones de la expresión musical para el desarrollo de la creatividad en educación infantil. [Trabajo de grado para optar a una tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2009. [Citado 15 de mayo de 2015] Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17963138.pdf>
9. Navarro E. Aportación al estudio de la satisfacción laboral de los profesionales técnicos del sector de la construcción: una aplicación cualitativa en la Comunidad Valenciana. [Trabajo de grado para optar a una tesis doctoral]. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia; 2008. [Citado 15 de mayo de 2015] Disponible en: <https://riunet.upv.es/handle/10251/2189>
10. Naranjo M. Motivación: Perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. Educación. 2009;33(2):153-170.
11. Domínguez T. Incentivos no monetarios y su influencia en la motivación para el desempeño laboral (Estudio realizado en restaurantes casa museo de la zona 3 de Quetzaltenango). [Grado académico de licenciado Psicólogo Industrial/Organizacional]. Quetzaltenango: Universidad Landívar; 2013.
12. Chiavenato I. Gestión del talento humano. 3th. Ed. México: Mc Graw - Hill Interamericana Editores. S.A; 2009.
13. Definición. de [actualizada en Marzo 2015; Citado: 17 de Mayo de 2015]. Definición de incentivo - Qué es, Significado y Concepto [internet]. Disponible en: <http://definicion.de/incentivo/#ixzz3aPE9EVeB>
14. Espinoza H, Huaita F. Aplicación de incentivos en el sector público [Internet]. Peru: Dirección General de Presupuesto Público; Enero 2012 [acceso 18 de Junio de 2015]. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu.../DGP_incentivos_fusionado.pdf
15. Zurn P, Dolea C, Stilwel B. Contratación y retención. Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos de unos recursos humanos recursos humanos motivados [Internet]. Ginebra: consejogeneralenfermeria.org; 2006 [Citado 20 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/finish/63-cie/1203-29-contratacion-y-retencion-de-las-enfermeras-formacion-de-unos-recursos-humanos-motivados>
16. Ynfante T, Ramon E. Incentivos y la motivación laboral [Internet]. Gestipolis; 2008 [actualizada el 26 de Noviembre de 2008; Citado 19 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.gestipolis.com/los-incentivos-y-la-motivacion-laboral/>
17. Dyzenchautz G. De las Casas A. Bermejo M. Programas de incentivos: ¿Cómo desarrollar una estrategia eficaz? [Internet]. Perú: El Portal del capital humano: 2011 [actualizada el 01 de Junio de 2011; Citado 19 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.infocapitalhumano.pe/informe->

- especial.php?id=19&t=programas-de-incentivos-como-desarrollar-una-estrategia-eficaz
18. Cortez R, García A. Mejoramiento del desempeño laboral de los trabajadores en el sector salud: el caso de Nicaragua. Centro de investigación del Pacífico. 2011;38(69):81-100.
19. Foucault M. El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Madrid: Siglo veintiuno editores; 2007.
20. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Capítulo 3. Gac Sanit. 2008;22(1):143-55.
21. Eiras C, Ortún V. Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):102-106.
22. Aguiar M, Pérez F. Incentivos laborales como aporte a la productividad y a la calidad de servicio en las empresas de rubro farmacias. Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias. 2011;3(9):33-48.
23. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Gestión y Política Pública. 2014;23(1):5-46.
24. Escalante A. Plan Nacional de Desarrollo 2015 - 2018. Ginebra: Suiza [Internet] 2014 [Citado: 02 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.mideplan.go.cr/>
25. Santacruz J, García R, López M, Picado K. Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica. OPS/OMS. 2004;(15):9-32.
26. González R. El sistema nacional de salud de Costa Rica: Generalidades primera unidad modular. En: González R. Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención [Internet] 2004 [Citado 29 de Julio de 2014] Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cursos2004.htm>
27. Sáenz M, Acosta M, Muise J, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. Sistema de Salud de Costa Rica. 2011;53:5156-5167.
28. Chávez B, Montoya Y. Comparación de la reformas de los sistemas de salud en Colombia y Costa Rica en su dimensión política. Rev. Fac. Nac. Salud Publica. 2011;29(1):65-74.
29. Sauma, F. Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: El caso de Costa Rica. [Internet] 2013 [Citado: 14 de Octubre de 2014] 2013, 37. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037_es.pdf?sequence=1
30. Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasi mercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Cepal. 2000;39:53p.
31. Costa Rica. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Interpretación auténtica de los artículos 5 y 13 de la Ley No. 6836 de incentivos a profesionales en ciencias médicas, de 22 de Diciembre de 1982, San José, 28 Noviembre 2012.
32. Costa Rica. Asamblea legislativa de la República de Costa Rica. Ley N° 6836, Incentivos a profesionales en ciencias médicas, San José, 22 de Diciembre de 1982.
33. Kaiser P. Family Foundation. Timeline: History of health reform efforts in the United States. [Internet] 2010. [Citado: 15 de agosto de 2014]. Disponible en: <http://healthreform.kff.org/flash/health-reform-new.html>
34. Glanduglia C. La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2010;70(4):381-385.
35. Smith J, Medalia C. Health Insurance in the United States: 2013. Departament of Commerce. [Internet] 2014 [fecha de consulta: 15 de Mayo de 2014]; 60-250. Disponible en: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p60-250.pdf>
36. Bernal R. La Globalización de la atención en salud. Oportunidades para el Caribe. Revista de la Cepal. 2007;92:83-100.
37. Castañeda T. El Financiamiento de sistemas de salud: Alternativas y dilemas. Cuadernos de economía. 2014; 90:183-197.
38. Marchildon G. Health systems in transition. [Internet] European Observatory on Health Systems and Policies. 2011. [Citado: 15 de Julio de 2014]; 13(1); 1 - 486. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
39. Roos N, Singer S, O'Grady K, et al. Other provinces may follow Ontario's lead in reducing physician fees. In: Roos N, Singer S, O'Grady K, (comp). Canadian Health Policy in the News. Why Evidence Matters. Canada. Chiharu Shiota; 2012; 380-382.
40. Rodríguez L, Rodríguez D. Comparación de los sistemas de salud de Canadá, Costa rica, Chile y Colombia: Origen, evolución y futuro. [Trabajo de grado para optar título de Especialista en Auditoria en Salud]. Bucaramanga: Universidad CES - Universidad Autónoma; 2012. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf
41. Bold A. El Sistema de salud canadiense y su contexto dentro de la sociedad canadiense. 2012;3(1):258-263.
42. Jenna M. Baker G, Berta W, et al. A cognitive perspective on health systems integration: results of a Canadian Delphi study. Ciudad Canadian. BMC Health Services Research. 2014;14(22):1-13.
43. Pink GH, Brown AD, Stutter ML, et al. Pay-for-performance in publicly financed health care: some international experiences and considerations for Canada. Pub Med Abstract. 2006;6(4):8-26.
44. Jaclin M, Dasta F. Scope of international hospital pharmacy practice. The Annals of Pharmacotherapy. 2005;39:183-91.
45. Becerril V, De Dios J, Annick M. Sistema de salud de Chile. Salud Pública de México. 2011;53(2):132-143.
46. Clínicas de Chile AG. El rol de los prestadores de salud privados en Chile [internet]. Santiago: clinicasdechile.cl; 2013 [fecha actualización: Junio de 2013; Citado: 25 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura_62.pdf
47. Vergara-Iturriaga M, Martinez-Gutierrez M. Financiamiento del sistema de salud chileno. Salud Publica Mex. 2006;48(6):512-521.

48. Castro C. Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. Colombia: FESCOL [Internet] 2012 [Citado: 10 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf>
49. Olivarría M. Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica*. 2005;11(1):47-64.
50. Marín C. Impacto económico y social de la autorización de medicamentos no POS en el sistema de salud. [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en alta gerencia]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2014.
51. León E, Martínez A. Estructura y comportamiento del mercado de salud en Chile. [Seminario para optar al título de Ingeniero Comercial]. Santiago: Universidad de Chile; 2011. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ec-leon_v/pdfAmont/ec-leon_v.pdf
52. Propuesta de Agenda Regional de Población y Desarrollo después del 2014 en Ecuador [Internet]. Quito; 2013 [Citado: 02 junio de 2015]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3122/S2013416_es.pdf?sequence=1
53. Bedregal P, Torres A. Chile Crece Contigo: el desafío de crear políticas públicas intersectoriales. Instituto de Políticas Públicas IPP. 2013;19:1-8.
54. Astorga I, Castro P, Concha M, et al. Evaluación en profundidad del Programa de Reforzamiento de la Salud Primaria. [Trabajo final]. Santiago: Universidad de Chile; 2005. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/574/articles-32175_doc_pdf.pdf
55. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín escuela de medicina U.C* 2007;32(2):51-58.
56. Méndez C. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;26(3):276-80.
57. Pontificia Universidad Católica de Chile – Centro de Políticas Públicas. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. [internet] Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2014 [Citado el 11 de mayo de 2015]. 67: 1-20. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/05/Pol%C3%ADticas-P%C3%ABlicas-UC-2014-APS.pdf>
58. Lucio R, Villacrés N, Henríquez R. Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública Mex*. 2011;53(2):177-187.
59. CEPAL. Agua potable y saneamiento en Ecuador [internet] actualizadas 31 de marzo del 2011; [acceso 12 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.cepal.org/deype/noticias/noticias/6/44576/07-EC-agua-potable-saneamiento-Wikipedia.pdf>
60. El Diario. Plan de incentivos para enfermeros [internet]. [Actualizada 12 de mayo del 2014; Citado 23 abril del 2015]. Disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/315596-plan-de-incentivos-para-enfermos/>
61. Agenda Regional de Población y Desarrollo después del 2014 en Ecuador. Quito [internet] 2013 [Citado 02 junio de 2015]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/Agenda-Regional-de-Poblaci%C3%B3n-y-Desarrollo-despu%C3%A9s-del-2014-en-Ecuador.pdf>