
Hacer posible la transición al sector formal mediante el acceso a la asistencia médica: Los ejemplos de Tailandia y Ghana

Jennifer de la Rosa
y Xenia Scheil-Adlung

Departamento de Seguridad Social de la OIT

I. Introducción

Unos 1.200 millones de personas en el mundo viven en la pobreza extrema (con menos de un dólar por día). Según las estimaciones, la mayoría de aquellos que carecen de acceso a los servicios de salud viven en países en desarrollo: el 34 por ciento en Asia Meridional, el 27 por ciento en África Subsahariana y el 19 por ciento en Asia Sudoriental y el Pacífico¹. Concretamente, unos 1.300 millones de personas en todo el mundo no pueden acceder a una asistencia médica eficaz y asequible en caso de necesidad, mientras que a 170 millones de personas se les obliga a gastar más del 40 por ciento de sus ingresos domésticos en tratamiento médico². Las enfermedades catastróficas sumen más aún en la pobreza a estas personas como consecuencia de los elevados costos asociados³. Si este vínculo no se atiende debidamente, puede conducir a círculos viciosos de pobreza y mala salud. Mejorar el estado de salud de los pobres es primordial para generar ingresos, lo que se traducirá en el incremento de la productividad y la riqueza.

Las personas que trabajan en la economía informal son un motivo de particular preocupación debido a sus características. La *economía informal* hace referencia a las actividades económicas que no entran en el ámbito de las leyes y normas gubernamentales, incluidas aquellas relativas a la protección de los trabajadores y a la seguridad social. Las empresas de la economía informal suelen realizar sus actividades comerciales con escasos niveles de capital, cualificaciones y tecnología, su acceso a los mercados es limitado, y ofrecen unos ingresos bajos e inestables y unas condiciones de trabajo precarias⁴. La protección social de la salud se considera un medio para llegar a la economía informal con miras a hacer frente a los diversos riesgos financieros y en materia de salud a los que estos trabajadores se exponen.

Sobre la base de valores fundamentales como la equidad, la solidaridad y la justicia social, la OIT define la *protección social de la salud* como una serie de medidas públicas u organizadas públicamente, y privadas autorizadas, contra la penuria social, la pérdida de productividad y la pérdida de ingresos debido a la incapacidad para trabajar o al costo del tratamiento que provoca la mala salud y que se financia a través de ingresos, cotizaciones o primas gubernamentales. La consecución de la cobertura universal de la protección social de la salud — definida como el acceso efectivo a una asistencia médica y a una protección

¹ Informe sobre el Desarrollo Humano, 1997.

² OMS (2004b), pág. 2.

³ «Anuario mundial de estadísticas sanitarias 2007» www.who.int/hdp/database, 25 de septiembre de 2007.

⁴ «ILO Technical note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand», 2004, pág. 1.

financiera accesible y de calidad en caso de enfermedad — es un objetivo central de la OIT ⁵. También es un objetivo central la utilización de mecanismos de financiación de la salud en forma de 1) protección de la salud basada en la tributación (por ejemplo, enfoques del Servicio Nacional de Salud y de asistencia social como cupones y prestaciones en efectivo); 2) seguro nacional de salud, seguro social de salud, seguro basado en la comunidad y microseguro, y 3) seguro privado de salud.

La inclusión de la economía informal en los regímenes de protección social de la salud sigue siendo un desafío. Esto se debe, entre otros motivos, al contacto invariable entre el gobierno y la economía informal, lo que tiene consecuencias en los registros que tiene el gobierno sobre el trabajador de la economía informal; a los problemas que plantea determinar los ingresos del trabajador de la economía informal en comparación con la economía formal, en la que los salarios e ingresos de los trabajadores están documentados; a la gran diversidad de ocupaciones que desempeñan los trabajadores de la economía informal, lo que dificulta que se ofrezcan ciertos tipos de prestaciones, y a la falta de información pertinente sobre los grupos objetivo dentro de la economía informal, lo que hace difícil que se conciban regímenes para ocupaciones y sectores específicos.

Este documento hace referencia a las experiencias nacionales de Tailandia y Ghana en lo que respecta a la mejora del acceso a la asistencia médica para los trabajadores de la economía informal y sus familias. Se centra en la evaluación de la experiencia del mecanismo de financiación de estos dos países y en las enseñanzas que pueden obtenerse de sus experiencias con miras a elaborar recomendaciones.

II. Mecanismos de financiación de la salud para llegar a la economía informal

La OIT apoya la utilización de mecanismos de financiación pluralistas como estrategia para la consecución de una cobertura universal en un plazo de tiempo realista. Los diferentes mecanismos de financiación y de protección social de la salud utilizados en todo el mundo para llegar al sector informal incluyen regímenes como un seguro basado en la tributación, un seguro social de salud, un microseguro, regímenes basados en la comunidad y seguros privados con fines de lucro y sin fines de lucro. Sin embargo, cada régimen tiene sus ventajas e inconvenientes. Salvo el seguro privado con ánimo de lucro, que no es pertinente para el sector informal, el cuadro que figura a continuación proporciona una visión general de estos regímenes.

Cuadro 1. Visión general de las ventajas e inconvenientes de los mecanismos de financiación de la protección social de la salud en la economía informal

Mecanismo de financiación de la salud	Ventajas	Inconvenientes	País
Basado en la tributación a ^{a)}	Distribuye el riesgo entre toda la población	Riesgo de financiación inestable y a menudo financiación insuficiente debido a la competencia del gasto público	Régimen de cobertura universal de 30 baht de Tailandia Malasia Singapur
– Financiado a través de ingresos gubernamentales e impuestos; los miembros incluyen a todos los ciudadanos.	Potencial para la eficiencia administrativa y el control de los gastos	Ineficiente debido a la falta de incentivos y de supervisión pública eficaz	

⁵ «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, págs. 3 y 5.

Mecanismo de financiación de la salud	Ventajas	Inconvenientes	País
Ejemplos: ■ Servicio Nacional de Salud – Prestación de servicios organizados públicamente ■ Transferencias en efectivo condicionadas (TEC) y cupones – programas públicos que proporcionan efectivo a los necesitados para cambios de comportamiento verificables (Blomquist, 2004) ^(b)	Redistribuye entre el riesgo elevado y el riesgo bajo, y entre los grupos de ingresos altos y bajos de la población cubierta Presta apoyo a los pobres Puede promover el desarrollo del capital humano	Costos ligados al cumplimiento Problemas asociados con las transferencias en efectivo	México – PROGRESA/Oportunidades Brasil – PETI Columbia – FA Jamaica – PATH
Seguro social de salud obligatorio ^{a)} – Financiado a través de impuestos sobre la nómina, la afiliación es obligatoria y la cobertura está definida legalmente – Suelen concederse subvenciones a los pobres y la prestación de servicios tiene lugar a menudo a través del sector privado/la contratación La organización tiene lugar a través de un fondo independiente. El Seguro Nacional de Salud es una variante de esta categoría	Genera ingresos estables A menudo cuenta con gran apoyo de la población Brinda acceso a una amplia gama de servicios Participación de los interlocutores sociales Redistribuye entre el riesgo elevado y el riesgo bajo, y entre los grupos de ingresos altos y bajos de la población cubierta	Los pobres son excluidos, salvo que sean subvencionados por el gobierno Las cotizaciones basadas en la nómina pueden reducir la competitividad y conducir a un desempleo más elevado Complejo para su administración. La gobernanza y la rendición de cuentas pueden ser problemáticas Puede conducir a una escalada de gastos, salvo que se instauren unos mecanismos de contratación eficaces	Ghana – NHIS Filipinas – PHIC Viet Nam – SHI Corea – NHI Kenya – NSHIF
Regímenes de microseguro y basados en la comunidad ^{a)} Están financiados a través de primas y la afiliación es voluntaria. La prestación de servicios tiene lugar a menudo a través del sector privado/la contratación. Estos suelen ser de pequeña escala o en la comunidad	Pueden llegar al sector informal Puede llegar a los segmentos de la población cercanos a la pobreza Un sólido control social limita el abuso y el fraude, y contribuye a la confianza en el régimen	Los pobres pueden ser excluidos, salvo que sean subvencionados Pueden ser financieramente vulnerables, si no están apoyados por subvenciones nacionales En general, la cobertura sigue siendo un pequeño porcentaje de la población Fuerte incentivo para la selección adversa (las personas que creen que tienen más oportunidades de recibir prestaciones están más motivadas que otras para afiliarse al régimen)	Bangladesh – Grameen Bank, India – SEWA Tanzania- fondo comunitario de salud para los pequeños cultivadores de té

Mecanismo de financiación de la salud	Ventajas	Inconvenientes	País
	Presta apoyo a los pobres	Puede asociarse con la falta de profesionalidad en la gobernanza y la administración	
	Puede promover el desarrollo del capital humano	Existen importantes costos y costos ligados al cumplimiento	
		Problemas asociados con las transferencias en efectivo	
Fuentes: ^{a)} Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica, 2007. ^{b)} http://info.worldbank.org/tools/docs/library/70042/spring 2004/pdf/eng/blomquist.pdf .			

Habida cuenta de los diferentes regímenes, es necesario sopesar sus ventajas e inconvenientes. La OIT señala que la mejora y la vinculación de los enfoques a través de la elaboración de un plan de cobertura pueden ayudar a superar las diferencias. La realización de estudios de evaluación permite identificar qué mecanismos son apropiados para segmentos específicos de la población en un país determinado, con miras a alcanzar el objetivo de aumentar los ingresos suficientes y sostenibles de un modo equitativo para ofrecer una protección financiera y una serie de prestaciones adecuadas a toda la población ⁶.

III. La experiencia de Tailandia y Ghana

La experiencia y las pruebas a escala mundial demuestran que no existe un único modelo apropiado para el otorgamiento de la protección social de la salud. La estrategia de la OIT sobre la racionalización de la utilización de mecanismos de financiación pluralistas propone la extensión de los medios existentes para la financiación de la asistencia médica en lugar de la creación de nuevas estructuras para lograr el acceso universal. Esto se demostró en Tailandia y Ghana, donde se utilizaron varios regímenes para mejorar el acceso de la población a la atención de salud.

Tailandia

Tailandia es un país en desarrollo situado en Asia Sudoriental. Fue fundamentalmente agrario, pero más tarde se convirtió en un país considerablemente industrial. De mediados del decenio de 1980 a mediados del decenio de 1990, su economía fue una de las que experimentó un crecimiento más rápido en la región, al registrar una tasa de crecimiento promedio de 8,4 por ciento. Su economía se vio muy afectada por la crisis económica de 1997, que dio lugar a que la tasa de crecimiento del PIB cayera a — 10 por ciento, lo que se tradujo en una ralentización de la actividad económica. Sin embargo, logró recuperarse de la crisis y, entre 2003 y 2004, su tasa de crecimiento anual superó el 6 por ciento. Según los datos demográficos, la tasa de crecimiento de la población ha disminuido y la esperanza de vida ha aumentado. La tasa de mortalidad infantil (TMI) en Tailandia ha mejorado desde el decenio de 1990, época en que ésta se estimaba en 26 muertes por

⁶ «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, pág. 38.

1.000 nacidos vivos ⁷. La TMI es uno de los principales indicadores de la salud infantil y del desarrollo general en los países. Con respecto al gasto en salud, en 2004, Tailandia destinó el 3,5 por ciento de su PIB a la salud; el 64,7 por ciento de esta cifra se destinó al gasto general del gobierno en salud (GGGS) y el resto al gasto privado (35,3 por ciento). El 10 por ciento del GGGS se destinó a la seguridad social en salud. Los gastos de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) representan el 28,7 por ciento del gasto total en salud, lo que puede reflejar una mayor cobertura de protección social de la salud del país. Esta cifra es baja comparada con los OOP registrados en los países de bajos ingresos en África y Asia, que representan el 50-80 por ciento del gasto total en salud ⁸. Con respecto a los datos sobre el déficit en el acceso, éstos son fundamentales a la hora de elaborar y promover estrategias para lograr la cobertura universal, dado el fuerte vínculo que existe entre el acceso a los servicios de salud y la falta de cobertura en materia de protección social de la salud ⁹. Tailandia tiene un déficit en el acceso muy bajo en términos de nacimientos atendidos por profesionales de la salud. Sólo tiene un porcentaje de los nacidos vivos cuyo nacimiento fue atendido por profesionales en un período de tiempo determinado (cuadro 2).

Cuadro 2. Estadísticas de referencia (Tailandia)

Estadísticas	2000	2005	2006
Población, total (millones) ^{a)}	61,4	64,2	64,7
Crecimiento de la población (% anual) ^{a)}	1,0	0,8	0,8
Esperanza de vida al nacer, total (años) ^{a)}	69,5	70,9	
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) ^{a)}	19,0	18,0	
INB per cápita, método Atlas (dólares de EE.UU.) ^{a)}	1.990,0	2.720,0	2.990,0
PIB (dólares de EE.UU.) (miles de millones) ^{a)}	122,7	176,2	206,2
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2004) ^{b)}		3,5	
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud (2004) ^{b)}		64,7	
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud (2004) ^{b)}		35,3	
Gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto general del gobierno en salud (2003, 2004) ^{d), b)}		32,0 ^(d) 10,2 ^(b)	
Gastos de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud (2004) ^{b)}		74,7	
Gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ^{c)}		28,7	
Estimación del déficit en el acceso a personal de salud (nacimientos atendidos por profesionales de la salud) (%) ^{c)}		1,0	

Fuente: ^{a)} Base de datos de Indicadores de desarrollo mundial, abril de 2007; ^{b)} www.who.int/whosis/whostat/2007_6healthsystems_nha.pdf; ^{c)} «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007; ^{d)} <http://www.who.int/whr/2006/annex/annex2.xls>.

⁷ «Trends in infant mortality in the SEA Region, by country, 1960-1999». www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1382/Section1386/Section1898_9256.htm, 25 septiembre de 2007.

⁸ «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, pág. 8.

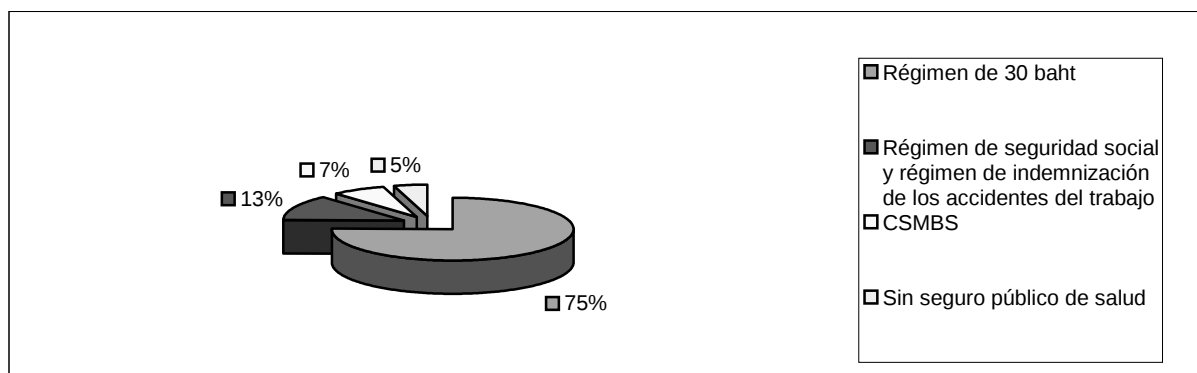
⁹ «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, pág.21.

Una característica clave de la situación socioeconómica en Tailandia es su economía informal, que proporciona empleo e ingresos a la gran mayoría de la población tailandesa en edad de trabajar. De los 34 millones de personas que integran la fuerza de trabajo, 20 millones trabajan en la economía informal. Este grupo, que carece de una seguridad social formal, está compuesto por trabajadores agrícolas, trabajadores a domicilio, trabajadores ocasionales de la construcción, vendedores ambulantes y callejeros, trabajadores de lugares de esparcimiento, personal doméstico y otros tipos de trabajadores por cuenta propia¹⁰.

Visión general de la financiación de la protección de salud en Tailandia

Antes de la introducción del régimen de cobertura universal de salud (o UC, por sus siglas en inglés), existían en Tailandia una serie de regímenes de financiación, a saber, el régimen de asistencia médica, el régimen de prestaciones de salud de los empleados públicos, el régimen de seguridad social y la tarjeta de salud. La mayoría de los regímenes eran ineficientes por varios motivos, incluidos la selección adversa, el peligro moral y la ineficiencia en la asignación. Se introdujeron cambios en los diferentes regímenes con miras a extender la cobertura; sin embargo, el 30 por ciento de las personas seguían sin estar aseguradas¹¹. En 2001, el Gobierno de Tailandia introdujo el UC o el «régimen de 30 baht», que fue una amalgama de regímenes financiados públicamente — el régimen de asistencia médica y el plan voluntario de tarjeta de salud. Los beneficiarios del UC son los que no pertenecen al régimen del Seguro de Salud de la Seguridad Social (SSO) (orientado a los trabajadores del sector privado formal) o al Régimen de Prestaciones Médicas de los Empleados Públicos (CSMBS) (destinado a los funcionarios jubilados y a las personas a su cargo). El UC cubre al 75 por ciento de la población (véase el gráfico 1) y su aplicación del UC constituyó un paso histórico hacia la consecución de la cobertura universal para la población del país.

Gráfico 1. Cobertura de los regímenes públicos de seguro de salud en Tailandia, 2004



Fuente: Hughes y Lethongdee, *Universal Coverage in the Land of Smiles: Lessons from Thailand's 30 Baht Reforms*, *Health Affairs* 26, núm. 4 (2007) pág.1001.

Concretamente, la financiación del UC proviene de los ingresos tributarios con un copago (o pago complementario) mínimo de 30 baht. El CSMBS también se financia mediante impuestos generales, mientras que el régimen SSO se financia a través de

¹⁰ «ILO Technical note on the extension of social security to the informal economy in Thailand», 2004, pág. 1.

¹¹ Hanvoravongchai y Hsiao, citados en «Social Health Insurance for Developing Nations», Banco Mundial, pág.145.

cotizaciones repartidas equitativamente entre los asegurados (1,5 por ciento del salario), el empleador y el Gobierno. El UC y el SSO son regímenes obligatorios (véase el cuadro 3). Todas las empresas están sujetas al SSO, salvo que puedan demostrar que pueden ofrecer a sus trabajadores mejores prestaciones médicas por conducto de otro régimen de salud. Con respecto al presupuesto para la salud en Tailandia, la OIT y el Programa Internacional de Políticas de Salud en Tailandia realizaron un ejercicio de presupuesto en 2004 para producir un modelo de presupuesto para la salud basado en la filosofía pragmática de los modelos de presupuesto social de la OIT. Proporcionó proyecciones pragmáticas «si-entonces» y permitió documentar los efectos de los cambios del sistema de dispensación de los servicios de salud y del sistema de financiación en el gasto nacional general en salud y en el equilibrio presupuestario del Gobierno ¹².

Cuadro 3. Resumen de la financiación de la protección de salud en Tailandia

Características	Régimen de seguridad social	CSMBS	UC/ régimen de 30 baht
<i>Afiliación</i>	Trabajadores del sector privado	Empleados del gobierno, trabajadores del sector público y personas a su cargo, incluidos padres, cónyuges e hijos	Trabajadores por cuenta propia y aquellos que no están cubiertos por el CSMBS y el SSS
<i>Tipo</i>	Obligatorio	Beneficios adicionales	Obligatorio
<i>Financiación</i>			
Fuente	Cotizaciones de los trabajadores, los empleadores y el gobierno; 1,5 por ciento de la nómina cada uno (reducida al 1 por ciento desde 2004)	Impuestos generales	Impuestos generales
Autoridad	Oficina de la Seguridad Social	Ministerio de Finanzas	Sistema Nacional de Salud (NHSO)
<i>Método de pago a los proveedores</i>	Capitación (probando el pago por Grupo Relacionado por Diagnóstico para la asistencia a pacientes internos)	Pago de honorarios (probando el pago por Grupo Relacionado por Diagnóstico para la asistencia a pacientes internos)	Presupuesto global y capitación
<i>Prestaciones</i>	Conjunto de servicios integrales: servicios prestados a pacientes externos e internos en establecimientos públicos y privados; prestaciones de maternidad; inmunización y educación en salud; con prestaciones en efectivo	Conjunto de servicios integrales: servicios prestados a pacientes externos en establecimientos públicos; servicios prestados a pacientes internos en establecimientos públicos y privados (sólo casos de emergencia); prestaciones de maternidad; control anual de salud	Conjunto de servicios integrales: servicios prestados a pacientes externos e internos en establecimientos públicos y privados; prestaciones de maternidad; inmunización y educación en salud;
<i>Acceso a un proveedor</i>	A través de un hospital contratado o de su red; con requisito de inscripción	El miembro puede elegir a su propio proveedor	A través de un hospital contratado o de su red; con requisito de inscripción

Con respecto al acceso a los servicios de salud, los miembros del CSMBS pueden elegir a su propio proveedor. Sin embargo, para el UC y el SSO, el acceso tiene lugar a través de un hospital contratado o de su red. El acceso, a través del UC, comienza con la

¹² «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, pág. 33.

inscripción de las personas elegibles en una red encargada de prestar servicios de atención primaria a las personas inscritas. Existen redes municipales de proveedores designadas integradas por centros de salud, hospitales municipales y hospitales provinciales cooperantes. Los miembros pueden obtener tarjetas de seguro gratuitas y pagar una suma adicional (copago o derecho de usuario) de 30 baht por cada consulta ambulatoria o ingreso hospitalario. Al hospital se le paga una tasa de capitación por cada persona inscrita. Como mecanismo de contención de los costos, la tasa de capitación se utiliza para ofrecer un conjunto de prestaciones integrales, salvo en unos pocos casos caros identificados a los que se aplica un programa de «pago especial». Los servicios personales de prevención y de promoción de la salud están incluidos en el conjunto de prestaciones. Los medicamentos prescritos son gratuitos.

El Sistema Nacional de Salud (NHSO) es el comprador nacional, y el hospital (unidad contratada para la prestación de asistencia primaria — CUP) es el principal contratista de servicios de salud. Esto describe el modelo dual «comprador-proveedor». Como contratista, el hospital debería tener capacidad para 100 camas como mínimo. Además de ser una unidad para la inscripción de los beneficiarios, actúa como mecanismo de control del acceso de pacientes y de casos. También se permite que estos hospitales subcontraten servicios a proveedores más pequeños y rentables, como las policlínicas.

¿Está Tailandia logrando sus objetivos?

Aunque no se ha documentado, el objetivo implícito de la política de salud de Tailandia es mejorar el estado de salud de la población a través de la promoción de políticas orientadas a la salud, la prestación de servicios eficaces de salud pública y la garantía del acceso a una asistencia médica curativa cuya calidad sea adecuada para todos ¹³. Proporcionar una cobertura universal es fundamental para lograr la política implícita. Por lo tanto, este impulso a través del UC redundará en beneficio de la economía informal que no está cubierta por los regímenes SSO y CSMBS. Sobre la base de la conferencia concluida sobre la extensión del seguro social de salud a los trabajadores de la economía informal, organizada conjuntamente por la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GTZ), la OIT, la OMS y el Banco Asiático de Desarrollo (ADB), se señaló que, en 2006, la cobertura total del seguro de salud en Tailandia ascendía al 97,8 por ciento. El 75,3 por ciento de este porcentaje lo representaba la cobertura del UC, y el 22,5 por ciento la cobertura del SSO y el CSMBS. También se documentó que, a partir de 2002-2005, las tasas de consultas ambulatorias y de hospitalización experimentaron un crecimiento anual del 4,3 por ciento y del 2,2 por ciento, respectivamente. Según los datos del NHSO, los pobres pudieron acceder a los servicios básicos con más frecuencia que los ricos ¹⁴.

¿Qué podemos aprender de la experiencia de Tailandia?

La experiencia demuestra que un país en desarrollo puede lograr el acceso a la asistencia médica básica para todos, como en el caso de Tailandia, incluidos los

¹³ Citado en «ILO Technical Note to Government: Financing Universal Health Care in Thailand» pág. 7.

¹⁴ P. Jongudomsuk, citado en «Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn?», Conferencia sobre la extensión del seguro social de salud a los trabajadores de la economía informal, octubre de 2006.

trabajadores de la economía informal. Algunas de las enseñanzas que pueden obtenerse de la experiencia de este país son las siguientes ^{15, 16}:

- Unos mecanismos pluralistas de financiación de la salud coordinados pueden lograr el acceso universal a los servicios de salud en un plazo de tiempo realista.
- La financiación y la prestación de servicios de salud deberían prepararse y concebirse cuidadosamente antes de su puesta en práctica.
- Es fundamental establecer:
 - Mecanismos eficaces de gestión de conocimientos y una inversión suficiente a largo plazo en recursos humanos (creación de capacidad e investigación) para la elaboración y gestión de sistemas.
 - Mecanismos eficaces de toma de decisiones en los que participen los ministerios gubernamentales y se tengan en cuenta las voces de los interlocutores sociales, los pobres y otras partes interesadas.
 - Una comunicación eficaz de las políticas, por ejemplo, a través de los medios de comunicación de masas.
 - Un apoyo y un compromiso políticos firmes.
- Es importante asegurar una buena gestión y un suministro adecuado de recursos para favorecer el cambio.
- Es necesario el incremento del gasto gubernamental en salud.
- Es preciso lograr el aumento del espacio fiscal para la sostenibilidad, como la introducción de una fuente adicional de financiación: se destacó el porcentaje de los impuestos sobre el tabaco y el alcohol para salvaguardar los recursos destinados a la salud de los grupos de la población más débiles económicamente en épocas de dificultades fiscales.
- Es fundamental asegurar una buena gestión, incluidos los mecanismos de toma de decisiones y la elaboración de políticas de comunicación y para la creación de capacidad orientadas a los asegurados como condición *sine qua non* para el éxito.

Ghana

Situada en Africa Occidental, Ghana es una economía agraria de bajos ingresos dotada de recursos naturales. Su producción per cápita es dos veces superior a la de otros países de Africa Occidental. Sin embargo, Ghana depende sobremanera de la asistencia financiera y técnica internacional. Sus ingresos per cápita están aumentando y superan el promedio registrado en el Africa Subsahariana. Según los datos disponibles, la tasa de crecimiento de la población está disminuyendo y la esperanza de vida está aumentando. La tasa de mortalidad infantil (TMI) de Ghana es más baja que la TMI del Africa

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, págs. 59-60.

Subsahariana (2004-2005), estimada en 100 muertes por 1.000 nacidos vivos ¹⁷. Con respecto al gasto en salud, el gasto total en salud en Ghana, como porcentaje del PIB, fue del 6,7 en 2004. El 42,2 por ciento de esta cifra representa el gasto general del gobierno en salud, y el 57,8 por ciento el gasto privado. Los OOP, como porcentaje del gasto total en salud, ascienden al 68,2 por ciento. Con respecto al déficit en el acceso en términos de nacimientos atendidos por profesionales de la salud, este personal cualificado no pudo atender la mitad de ellos (53 por ciento) en un período de tiempo determinado. El déficit en el acceso al personal de salud a nivel nacional se estima en el 66 por ciento, lo que significa que 66 de cada 100 ghaneses no tienen acceso a un profesional de la salud.

Cuadro 4. Estadísticas de referencia (Ghana)

Estadísticas	2000	2005	2006
Población, total (millones) ^{a)}	19,9	22,1	22,5
Crecimiento de la población (porcentaje anual) ^{a)}	2,2	2,0	1,9
Esperanza de vida al nacer, total (años) ^{a)}	56,7	57,5	..
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) ^{a)}	68,0	68,0	..
INB per cápita, método Atlas (dólares de EE.UU.) ^{a)}	320	450	520
PIB (dólares de EE.UU.) (miles de millones) ^{a)}	5	10,7	12,9
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2004) ^{b)}		6,7	
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud (2004) ^{b)}		42,2	
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud (2004) ^{b)}		57,8	
Gastos de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud (2004) ^{b)}		78,2	
Gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud ^{c)}		68,2	
Estimación del déficit en el acceso a personal de salud (nacimientos atendidos por profesionales de la salud) (%)		53,0	
Estimación del déficit nacional en el acceso a personal de salud (porcentaje de la población)		66,0	

Fuente: ^{a)} Base de datos de Indicadores del desarrollo mundial, abril de 2007, ^{b)} www.who.int/whosis/whostat2007_6healthsystems_nha.pdf; ^{b)} «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007.

El porcentaje de la población que vive por debajo del umbral de la pobreza (39,5 por ciento) ¹⁸ y el porcentaje de la población que vive con menos de 2 dólares al día y de un dólar al día (el 75 por ciento y el 45,1 por ciento, respectivamente) ¹⁹ ponen de relieve que los miembros más vulnerables de la sociedad ghanesa necesitan una protección social de la salud. Asimismo, el empleo informal representa más del 90 por ciento del empleo total en Ghana. Este sector incluye, entre otros, diferentes tipos de vendedores, agricultores, trabajadores de pequeños talleres/fábricas y agricultores.

¹⁷ Citado en «IMR for sub-Saharan Africa», El pequeño libro de datos sobre Africa, Banco Mundial, 2006.

¹⁸ CIA (estimaciones de 1999), 2006.

¹⁹ Banco Mundial, 2006.

Visión general de la financiación de la protección de salud en Ghana

El Servicio Nacional de Salud en Ghana, basado en el sistema británico, se introdujo en 1957. El derecho a una asistencia médica y a unos servicios de salud gratuitos prestados por establecimientos estatales fue concedido a todos los ciudadanos; sin embargo, este derecho demostró ser insostenible cuando se ralentizó la actividad económica del país. En 1985 se introdujeron los copagos para evitar la desaparición de los servicios financiados públicamente, seguidos del sistema «autoservicio» (financiación mediante pagos de derecho de usuario), en 1992. Por lo general, el empleo de los derechos de usuario limitó el acceso, desalentó la utilización de los establecimientos de asistencia médica y excluyó a los más pobres. Las mutualidades (MHO) voluntarias/regímenes de seguro de salud basados en la comunidad (CBHI) se establecieron a principios del decenio de 1990 con ayuda de donantes y organismos internacionales con miras a proporcionar acceso y protección financiera a todos aquellos que no estaban cubiertos por los regímenes formales y a aquellos afectados por la aplicación de cargas a los usuarios. Después de casi un decenio, las MHO y los CBHI han proliferado y han cubierto a segmentos más amplios de la población.

El descontento con el sistema de financiación «autoservicio» impulsó a los partidos políticos de Ghana a emprender reformas. Estas se tradujeron en la creación del Sistema Nacional de Seguro de Salud (NHIS), que fue aprobado por el Parlamento de Ghana en 2003 y se implantó en noviembre de 2004. El propósito de la política es *asegurar la prestación de servicios de asistencia médica básica a las personas residentes en el país a través de mutualidades o de regímenes privados de seguro de salud; establecer un órgano para la inscripción, concesión de licencias y reglamentación de los regímenes de seguro de salud, y acreditar y supervisar a los proveedores de servicios de salud cuya actividad se desarrolla en el marco de regímenes de seguro de salud; establecer un Fondo Nacional de Seguro de Salud que proporcione subvenciones a las mutualidades de salud municipales; establecer un impuesto sobre el seguro para prever objetivos asociados con las mismas*²⁰.

El NHIS es un sistema nacional de seguro de salud descentralizado que utiliza un modelo municipal. Incluye varios regímenes de salud, a saber, mutualidades de salud municipales (basadas en un municipio y patrocinadas por el Estado), regímenes privados de seguro de salud comerciales (regímenes privados con ánimo de lucro) y mutualidades privadas de salud (regímenes basados en la comunidad y sin ánimo de lucro). La política del NHIS exigió el establecimiento de dos instituciones nacionales, a saber, el Consejo Nacional del Seguro de Salud (NHIC) y el Fondo Nacional de Seguro de Salud (NHIF). El NHIC, junto con el Ministerio de Salud, determina el conjunto nacional de prestaciones mínimas; acredita a los proveedores de asistencia médica en el régimen de seguro de salud; aprueba y supervisa las operaciones de las mutualidades de salud municipales (DMHIS), las MHO sin fines de lucro y las aseguradoras privadas, y determina las primas requeridas. Las DMHIS, las MHO y las aseguradoras privadas son responsables de la inscripción de los residentes, la recaudación de primas, el pago de las facturas y la negociación con los proveedores/prestatarios de los servicios.

La financiación del NHIS proviene fundamentalmente de tres fuentes: 1) el 2,5 por ciento del impuesto sobre el valor añadido (IVA) sobre bienes y servicios, un impuesto para la salud con algunas exenciones, 2) el 2,5 por ciento del impuesto sobre la nómina al que están sujetos los trabajadores del sector formal para apoyar los regímenes de seguridad social y de pensiones, y 3) una prima anual de 72.000 cedis para los adultos afiliados en edad de trabajar (los trabajadores del sector formal que contribuyen a la seguridad social quedan exentos del pago de la prima anual). Asimismo, el fondo se alimenta de

²⁰ Ley del Seguro Nacional de Salud de Ghana (L.1.1809), 2003, pág. 1.

transferencias del presupuesto estatal al fondo realizadas por el Parlamento, de la recuperación de la inversión realizada por el NHIC y de cotizaciones al fondo (por ejemplo, subvenciones, donativos y otras fuentes). El apoyo de los donantes y organismos internacionales ayuda a subvencionar las primas del seguro de salud de indigentes seleccionados o de aquellos que no pueden pagar el monto total de la prima, en su mayoría mujeres embarazadas o mujeres con niños pequeños.

Un miembro adulto de una familia paga una prima de 72.000 cedis para acceder a un conjunto de prestaciones integrales para asistencia ambulatoria y hospitalaria. Para una familia de cinco miembros, el costo total asciende a 144.000 cedis. Los menores de 18 años y los mayores de 70, los indigentes y los pensionistas quedan exentos del pago de las primas. Los trabajadores del sector formal también quedan excluidos porque el 2,5 por ciento de sus salarios se destina al NHIF a través de los regímenes de seguridad social y de pensiones. El conjunto de prestaciones mínimas abarca la mayoría de las enfermedades en Ghana. Las prestaciones adicionales pueden variar dependiendo del régimen, pero normalmente dependen de las primas. El pago a los proveedores de servicios de salud se realiza sobre la base del pago de honorarios por servicios prestados, de conformidad con una estructura de tarifas establecidas.

El acceso a los servicios mediante un régimen de seguro de salud tiene lugar inicialmente a través de un establecimiento de asistencia médica primaria (centros de salud, hospitales municipales, policlínicas, hospitales privados, clínicas, clínicas de maternidad, y hospitales semiprivados). El departamento de atención general de salud de un único hospital regional en el área también se considera un establecimiento de asistencia médica primaria. El pago de los servicios de salud prestados por estos establecimientos, así como los casos mencionados (además de los incluidos en la lista de exenciones), corren a cargo de las DMHIS. Las emergencias se atienden en cualquier establecimiento de salud.

Cuadro 5. Resumen del Sistema Nacional de Seguro de Salud de Ghana

	Fuente de los fondos	Prima	Prestaciones ofrecidas	Forma de pago	Exenciones
Sistema Nacional de Seguro de Salud (NHIS)	2,5 por ciento IVA, impuesto para la salud	72.000 cedis por miembro adulto de una familia	Prestaciones completas para consultas ambulatorias, asistencia hospitalaria, salud bucodental, servicios de oftalmología, servicios de obstetricia y emergencias	Honorarios por servicios prestados	Menores de 18 años
	2,5 por ciento del impuesto sobre la nómina para los trabajadores del sector formal; destinado a los regímenes de seguridad social y de pensiones	144.000 cedis por familia de cinco miembros	Se proporcionó una lista de exenciones para los servicios de salud no cubiertos por las prestaciones mínimas dentro del NHIS		Mayores de 70 años
					Indigentes
					Trabajadores del sector formal
	Prima anual				Pensionistas

Las mutualidades de salud que existían antes del NHIS, como la MHO de Nkoranza, tendrán que adaptarse al conjunto de prestaciones y a la prima del NHIS (72.000 cedis) como sus niveles mínimos.

Los regímenes de financiación de salud en Ghana se crearon en estrecha colaboración con organismos internacionales. La OIT, conocida por su gran experiencia en el ámbito de la cooperación técnica en materia de protección social, ha establecido años de cooperación con el Gobierno de Ghana. El asesoramiento técnico y en materia de política sobre diversos aspectos relativos a la reforma de la seguridad social y al régimen nacional del seguro de salud, incluida la determinación de la viabilidad financiera de extender la cobertura a los pobres, son algunas de las actividades que la OIT ha realizado para apoyar al Gobierno de Ghana. Concretamente, la OIT ha prestado amplio asesoramiento sobre

estructuras institucionales, financiación a medio plazo y aplicación, y ha apoyado el establecimiento del modelo de presupuesto para la salud que está perfeccionándose actualmente. Proporciona proyecciones a medio plazo del gasto en salud, y actúa como instrumento para la planificación de políticas. Asimismo, la OIT ha elaborado un marco conceptual para el Fondo Social de Ghana. Este proyecto tuvo por objeto apoyar el desarrollo de un sistema pluralista de financiación de la asistencia médica y la extensión de las prestaciones de protección social a los miembros excluidos de la sociedad, en particular a los que trabajan en el sector informal. Se creó un mecanismo de subvención destinado a los pobres con miras a garantizar que los mecanismos de gestión general y financiera de las DMHIS son adecuados para asegurar su viabilidad.

¿Está Ghana alcanzando sus objetivos?

En general, el objetivo de política es reducir los riesgos, distribuir la carga individual y obtener mejores tasas de utilización²¹. El Gobierno de Ghana se propone incorporar entre el 50 y el 60 por ciento de los residentes en el NHIS en los próximos 5 a 10 años. Se ha aplicado una política, se han establecido sistemas y se han tomado medidas organizativas para alcanzar este objetivo. Sin embargo, es preciso redoblar los esfuerzos para su consecución. El establecimiento de las DMHIS es una iniciativa que ha contribuido a facilitar el acceso a la asistencia médica. La mayor parte de las DMHIS se crearon en 2004 y 2005. Otras han pasado de las MHO existentes a las DMHI y, a finales de 2006, 139 DMHIS eran operativas y estaban prestando servicios²². Con respecto a la cobertura, en junio de 2007 estaba registrada el 47 por ciento de la población nacional, y más de la mitad (63,7 por ciento) queda exenta del pago de la prima. El 20 por ciento son trabajadores del sector informal y el 9,6 por ciento trabajadores del sector formal (véase el cuadro 6).

Cuadro 6. Resumen del estado operativo del NHIS, junio de 2007²³

Variable	Porcentaje		
Inscritos en relación con la población nacional	47,0		
Afiliados en relación con la población nacional	39,4		
Tarjetas de identidad del NHIS expedidas en relación con la población nacional	32.1		
Variable	Porcentaje	Variable	Porcentaje
Menores de 18 años en relación con la población nacional	20,4	Menores de 18 años en relación con la población total registrada	9,5
Contribuyentes del SSNIT en relación con la población nacional	4,5	Contribuyentes del SSNIT en relación con la población total registrada	9,6
Indigentes en relación con la población nacional	0,9	Indigentes en relación con la población total inscrita	1,9
Trabajadores del sector informal en relación con la población nacional	9,5	Trabajadores del sector informal en relación con la población total inscrita	20,2
Población exenta del pago de la prima en relación con la población nacional	29,9	Población exenta del pago de la prima en relación con la población total inscrita	63,7
Fuente: Secretaría Nacional del Seguro de Salud, 2007.			

²¹ «ILO Ghana Social Trust Pre-Pilot project Final report, Improving social protection for the poor: Health Insurance in Ghana», 2005.

²² Grüb, A. «Ghana – Social Security Schemes for Health.», pág. 16.

²³ «Draft Strategic Plan of the National Health Insurance Secretariat», agosto de 2007, pág. 35.

No obstante, la situación también refleja que, si bien el régimen es obligatorio, es preciso asegurar su cumplimiento. Las deficiencias en la capacidad administrativa afectan seriamente a los resultados del régimen, al provocar retrasos en las inscripciones, ralentizar el pago a los proveedores de servicios, y dificultar la comprensión adecuada del régimen por parte de los proveedores de servicios y de los asegurados.

¿Qué podemos aprender de la experiencia de Ghana?

Desde la aplicación de la política del NHIS, algunas enseñanzas que pueden obtenerse son las siguientes:

- El firme compromiso político del Gobierno con el apoyo de los asociados para el desarrollo con miras a la elaboración de políticas orientadas a los pobres. El Ministerio de Salud ha desempeñado un papel fundamental en el establecimiento y la implementación de las mutualidades de salud. El Gobierno actual también desempeñó un papel clave a la hora de eliminar el sistema «autoservicio» y de sustituirlo por un seguro de salud. Más recientemente, este tipo de compromiso también ha dado lugar a la forma actual del Sistema de Seguro de Salud de Ghana. La colaboración con organismos y donantes internacionales ha sido igualmente primordial para la prestación de asistencia técnica y financiera.
- La aprobación del Fondo Nacional de Seguro de Salud en 2005 (el 77 por ciento representa el impuesto nacional para la salud y el 23 por ciento procede del Fondo de la Seguridad Social y del Seguro Nacional) mostró el compromiso para movilizar fondos destinados a la asistencia médica.
- El cumplimiento de la legislación y el desarrollo de las capacidades del personal son componentes importantes para el éxito en la fase de aplicación.

IV. Comparación de Tailandia y Ghana

En el cuadro se muestra que, aun cuando Tailandia y Ghana son países en desarrollo y gran parte de su población pertenece a la economía informal, tienen características diferentes. Aunque la población de Tailandia triplica prácticamente la población de Ghana, los resultados de salud en términos de esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil y déficit en el acceso son mejores. Los resultados económicos de Tailandia parecen más prometedores. En este país, los gastos de bolsillo también son menores, lo que apunta a un régimen de financiación de la salud funcional que, por lo tanto, ofrece protección financiera a sus constituyentes.

Cuadro 7. Estadísticas de Tailandia y Ghana

Estadísticas	Tailandia	En desarrollo
Categoría	En desarrollo	En desarrollo
Economía informal	Aprox. 59 por ciento de la fuerza de trabajo total estimada	Más del 90 por ciento del empleo total
Población, total (millones) (2006) ^{a)}	64,7	22,5
Densidad de la población	Aprox. 117 personas/km ² (Tailandia) Aprox. 5,111 personas/km ² (Bangkok)	Aprox. 79 personas/km ² (Ghana)
Crecimiento de la población (anual %) (2006) ^{a)}	0,8	1,9
Esperanza de vida al nacer, total (años) (2005) ^{a)}	70,9	57,5

Estadísticas	Tailandia	En desarrollo
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) (2005) ^{a)}	18,0	68,0
INB per cápita, método Atlas (dólares de EE.UU.) ^{a)}	2. 990,0	520,0
PIB (dólares de EE.UU.) (miles de millones) ^{a)}	206,2	12,9
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2004) ^{b)}	3,5	6,7
Gasto general del gobierno en salud como porcentaje del gasto total en salud (2004) ^{b)}	64,7	42,2
Gastos de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud (2004) ^{c)}	28,7	68,2
Gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto general del gobierno en salud (2004)	10,2	
Estimación del déficit en el acceso a personal de salud (nacimientos atendidos por profesionales de la salud) (%) ^{c)}	1,0	53,0

Fuente: ^{a)} Base de datos de Indicadores de desarrollo mundial, abril de 2007; ^{b)} www.who.int/whosis/whostat/2007_6healthsystems_nha.pdf; ^{c)} «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007; ^{d)} <http://www.who.int/whr/2006/annex/annex2.xls>.

La voluntad y el compromiso políticos se consideraron necesarios y comunes en ambos países para elaborar y poner en práctica sus políticas de financiación de la salud. Con respecto a sus regímenes de salud, ambos tomaron medidas para mejorar la cobertura o lograr la cobertura universal, elaborando un conjunto de prestaciones integrales y mejorando el acceso a los servicios de salud para llegar a los que no estaban cubiertos formalmente o a los trabajadores de la economía informal. En comparación con Ghana, Tailandia parecía tener más experiencia en materia de pluralismo y de regímenes formales de financiación de la salud (asistencia médica, regímenes de prestaciones médicas para los empleados públicos, y la tarjeta de salud). Sus años de experiencia en financiación de la salud probablemente ayudaron a Tailandia a lograr el objetivo de la cobertura universal. En cambio, la experiencia de Ghana con respecto a la financiación de la salud era diversa y limitada. Los regímenes de financiación abarcaban desde la prestación de servicios sanitarios gratuitos financiados públicamente hasta la utilización de los derechos de usuario. Aunque se iniciaron las mutualidades de salud, éstas sólo empezaron a establecerse a principios del decenio de 1990 y las experiencias variaban de un régimen a otro.

V. Conclusión y próximos pasos

La experiencia de ambos países muestra que los países pueden invertir con éxito en una protección social de la salud asequible para la economía informal. Aunque tal vez tengan objetivos comunes en materia de financiación de la salud, sus experiencias varían debido a sus diferentes contextos sociales, económicos, históricos y culturales, lo que demuestra que es prácticamente imposible que las experiencias se repitan. Sin embargo, las enseñanzas que estos países han obtenido en términos del proceso, la participación y los papeles de los agentes clave, y del contenido de las políticas, podrían ser útiles para otros países a la hora de elegir y elaborar mecanismos de financiación de la asistencia médica con miras a lograr la cobertura universal.

Otra conclusión clave es que la utilización de mecanismos pluralistas de financiación coordinados en lugar de un régimen único es importante para lograr la cobertura universal y el acceso a unos servicios de salud asequibles. Asimismo, dado que la orientación de las políticas a los trabajadores de la economía informal crea dificultades en materia de

cumplimiento, es preciso elaborar planes de cobertura relacionados. La necesidad de incrementar los fondos públicos, de invertir en una buena gestión y de crear conciencia pública son desafíos que deben anticiparse. Asimismo, el desarrollo de las capacidades nacionales para la protección social sostenible de la salud es una condición *sine qua non* para asegurar el éxito.

Al lograr la cobertura universal en lo que respecta a la protección social de la salud, la estrategia de la OIT es racionalizar la utilización de mecanismos pluralistas de financiación. En un país coexisten diferentes mecanismos; sin embargo, éstos no están muy bien coordinados, por lo que algunos grupos o subgrupos de la población están cubiertos, no están cubiertos o están parcialmente cubiertos. Para solucionar este problema, la OIT propone que los países elaboren estrategias para la consecución de la cobertura universal tomando las siguientes medidas ²⁴:

1. Evaluar la brecha de la cobertura nacional.
2. Elaborar un plan nacional de cobertura.
3. Desarrollar las capacidades nacionales.

Es necesario documentar los mecanismos de financiación existentes en un país determinado y establecer la brecha de la cobertura con miras a evaluar el déficit en términos del acceso de la población a los servicios de salud. Esto puede realizarse a través de encuestas nacionales y de análisis regionales de la cobertura legal formal de cada régimen de financiación. El siguiente paso es elaborar un plan nacional de cobertura teniendo en cuenta las ventajas e inconvenientes de todos los regímenes de financiación que necesitan incluirse en el plan de cobertura. Deberían establecerse vínculos entre los mecanismos de financiación para reducir las limitaciones, crear sinergias y extender la protección social de la salud. El plan también debería incluir los fondos disponibles para la protección social de la salud, las políticas encaminadas a mejorar los mecanismos de financiación de la salud, conjuntos de prestaciones adecuados y bien concebidos, y mecanismos para lograr la eficiencia institucional y administrativa. El último paso hace referencia a la necesidad de desarrollar las capacidades nacionales tanto administrativas como técnicas a través de la formación; de mejorar las capacidades para la elaboración, puesta en práctica y seguimiento de los regímenes, y de aumentar los conocimientos para lograr una protección social sostenible de la salud.

²⁴ «Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica», 2007, pág. 31.

Referencias

- Agencia Central de Inteligencia (CIA). (2006). «The World Factbook: Ghana», extraído de <https://www.cia.gov/library/publications/>.
- Banco Mundial (2006). «El pequeño libro de datos sobre Africa». Recuperado el 25 de septiembre de 2007 de http://siteresources.worldbank.org/INTSTATINAFR/Resources/little_data_ebook.pdf.
- . (2006). Indicadores de desarrollo mundial, 2006. Washington DC, Banco Mundial.
- . (2007). Indicadores de desarrollo mundial. Recuperado el 20 de septiembre de 2007 de <http://web.worldbank.org/WSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20535285~menuPK:1192694~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>.
- Blomquist, J. (2004). «Cash Transfers». Recuperado el 23 de septiembre de 2007 de <http://info.worldbank.org/tools/docs/library/70042/spring%202004/pdf/eng/blomquist.pdf>.
- Grüb, A. (2007). Ghana – Social Security Schemes for Health. Accra, GNeMHO (inédito).
- Hanvoravongchai, P. y W. Hsiao (2007). «Thailand: Achieving Universal Coverage with Social Health Insurance». *Social Health Insurance for Developing Nations*. Washington DC, Banco Mundial.
- Jongudomsk, P. (2006). Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn? *Conferencia sobre la extensión del seguro social de salud a los trabajadores de la economía informal*. Manila (Filipinas).
- Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental. «Trends in Infant Mortality in the SEA Región, por país, 1960-1999». Recuperado el 25 de septiembre de 2007 de www.searo.who.int/EN/Section382/Section1386/Section1891_9256.htm.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2002). 90.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. *Resolución relativa al trabajo decente y la economía informal*. Ginebra, OIT.
- . (2002). 90.ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. *El trabajo decente y la economía informal*. Ginebra, OIT.
- . (2004). «Thailand Social Security Priority and Needs Survey». Ginebra, OIT.
- . (2004). ILO Technical Note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand. Ginebra, OIT.
- . (2005). The Ghana Social Trust Pre-Pilot Project Final Report. *Improving social protection for the poor: Health insurance in Ghana*. Ginebra, OIT.
- . (2007). Temas de protección social: Documento de discusión 19. *Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica*. Ginebra, OIT.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004b). Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia. *SEA-HSD-274 Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental*. Nueva Delhi.

-
- . (2007) «World Health Statistics 2007». Recuperado el 25 de septiembre de 2007 de www.who.int/whosis/shostat2007_6heathsystems_nha.pdf.
- Parlamento de Ghana (2003). Ley del Seguro Nacional de Salud de Ghana L.1.1809.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1997). Informe sobre el Desarrollo Humano, 1997. *Desarrollo humano para erradicar la pobreza*. Nueva York, PNUD.
- Ramachandra, S. y W. Hsiao (2007). Ghana: Initiating Social Health Insurance. *Social health Insurance for Developing Nations*. Washington DC, Banco Mundial.
- Scheil-Adlung, X. (2006). Social Security Issues for Worker in the Informal Economy. *Conferencia sobre la extensión del seguro social de salud a los trabajadores de la economía informal*. Manila (Filipinas).
- Secretaría del Consejo Nacional del Seguro de Salud (2007). *Draft Strategic Plan*. Ghana.
- van Ginneken, W. (2004). Documento ESS núm. 13 – Extensión de la seguridad social. *Extensión de la seguridad social. Políticas para los países en desarrollo*. Ginebra, OIT.