

SALUD**LA GESTIÓN PRIVADA DENTRO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL COMPLEMENTARIA DE LA SALUD. EXPERIENCIAS A NIVEL MUNDIAL
COMPLEMENTARY SOCIAL PROTECTION SYSTEM AND PRIVATE MANAGEMENT. WORLD EXPERIENCES**

[María Cristina Ruíz Díaz González¹](#)

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Económicas. San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 01/10/2019

Aceptado: 20/05/2021

RESUMEN

La Protección Social Complementaria es una forma de extender la cobertura social pública, que incluye el área de la salud. El estudio se considera pionero en el país, ya que hasta el momento de la investigación, mediante las revisiones bibliográficas consultadas, se evidencia la escasez sobre el tema, con lo cual surge la pregunta de la investigación: ¿Cómo el sector privado puede brindar servicios, dentro del ámbito de la salud, y que se encuadre en la protección social complementaria? surge como objetivo general el demostrar que la gestión privada puede brindar un servicio de salud que complementa a la Protección Pública Social. La modalidad de investigación es exploratoria seguida de la descriptiva y bibliográfica – documental, utilizando los métodos de análisis, síntesis y deductivo, aplicando la técnica de la revisión bibliográfica. Asimismo, el tema se inserta dentro de la línea de investigación de Economía, en el tema de Crecimiento y Desarrollo Económico, teniendo como materia vinculante la de Desarrollo Económico y Social. Los resultados encontrados son la revisión de los modelos de complementariedad, en el área de la salud, presentados a nivel mundial y el análisis comparativo de los mismos que evidencian la heterogeneidad de los mismos en cuanto a aplicación, y al mismo tiempo reflejan la posibilidad de lograr la complementariedad de la gestión privada en los programas de protección social complementaria.

PALABRAS CLAVES: sector privado, salud, protección social complementaria

ABSTRACT

Complementary Social Protection is a way to extend public social coverage, which includes the area of health. The study is considered a pioneer in the country, since up to the moment of the research, through the consulted bibliographic reviews, the scarcity on the subject is evidenced, with which the question of the investigation arises: How the private sector can offer services, within the scope of health, and that is framed in complementary social protection? The general objective is to demonstrate that private management can provide a health service that complements Public Social Protection. The research modality is exploratory followed by the descriptive and bibliographic - documentary, using the methods of analysis, synthesis and deductive, applying the technique of the bibliographic review. Likewise, the subject is inserted within the line of research of Economy, in the topic of Growth and Economic Development, having as a binding subject the Economic and Social Development. The results found are the revision of the models of complementarity, in the area of health, presented at a global level and the comparative analysis of them that show the heterogeneity of the same in terms of application, and at the same time reflect the possibility of achieve the complementarity of private management in complementary social protection programs.

KEY WORDS: private sector, health, complementary social protection

RESUMO

A Proteção Social Complementar é uma forma de ampliar a cobertura social pública, que inclui a área de saúde. O estudo é considerado pioneiro no país, pois até o momento da pesquisa, por meio das revisões bibliográficas consultadas, fica constatada a escassez sobre o tema, com o que se coloca a questão de pesquisa: Como a iniciativa privada pode prestar serviços, no campo da saúde, e isso se enquadra na proteção social complementar? O objetivo geral surge de demonstrar que a gestão privada pode prestar um serviço de saúde complementar à Proteção Social Pública. A modalidade de pesquisa é exploratória seguida da descritiva e bibliográfica - documental, utilizando os métodos de análise, síntese e dedutiva, aplicando-se a técnica de revisão bibliográfica. Da mesma forma, a disciplina está inserida na linha de investigação da Economia, na disciplina de Crescimento e Desenvolvimento Económico, tendo como disciplina vinculativa a de Desenvolvimento Económico e Social. Os resultados encontrados são a revisão dos modelos de complementaridade, na área da saúde, apresentados mundialmente e a análise comparativa dos mesmos que mostram a sua heterogeneidade em termos de aplicação, e ao mesmo tempo

refletem a possibilidade de alcançar a complementaridade da gestão privada na programas complementares de proteção social.

PALAVRAS-CHAVE: setor privado, saúde, proteção social complementar

ÑEMOMBYKY

Avaaty pytyvõ moĩbahárõ ha'e peteĩ teko ohechaukáva mba'éichapa ojepyso jykeko avaatýre ojekuaapáva, jere oñemoingehápe tesãirã. Ñane retãme jehapykueho ha'e ijypyguaite ,ko'aãgaité peve tembikuaareka , jehecha jey rupi kuatione'ẽ oñemoñe'ẽva'ekue, ojehechakuaa sa'i oñeñe'ẽha pe tema rehe, osẽhãgui porandu tembikuaarekarã: Mba'éicha atyvore'i ndaha'éiva tetãkuái oipytyvõ ikatu ome'ẽ techakuaa, tesãirã ryepýpe, ha toñemohenda avaaty moimbahárõ pytyvõrãme?. Heñói jehupytyrãrõ ojehechauka haãua tembiaporã mba'apoharenda ndaha'éiva tetãmba'e ikatuha ojapo pytyvõ tesãirãme omoimbáva avaaty pytyvõ ojekuaapáva. Tembikuaareka reko ha'e tembikuaareka ypy hapykuéri tembikuaareka techaukarã ha kuatione'ẽ - haipy, ojepuruhápe taperekokuéra, ñehesa'yjjo, mombyky, ha kuaa'ypy kuaarã, oiporu aporeko kuatione'ẽ jehechajey. Upéicha avéi pe tema oñemoĩnge tembikuaareka virupurureko rysýipe, tema jekakuaa ha akãrapu'ã virupururekópe, ojeguererekohápe ojuajúva mba'e'aporã kakuaa virupurureko ha avaaty rehegua. Umi mba'e ojejuhúva ha'e umi teko moĩbaharekóva ojehecha jeýva'ekue, tesãirã ryepýpe, ojehechaukáva arapýre ha ñehesa'yjjo mbojojáva hesekuéragua ohechaukáva ikatuha opáicha ojeporu ha avei ohechauka ikatuha ohupyty moimbaharõ Tembiaporã ndaha'éiva tetã mba'e umi apopyrã moimbaha avaatýre oñangarekóva.

ÑE'Ë REKOKATU: Aty ndaha'éiva tetãkuái mba'e , tesãirã, avaaty pytyvõ moĩbahárõ.

AUTOR CORRESPONDIENTE: María Cristina Ruíz Díaz González. Economista. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Económicas. San Lorenzo, Paraguay. Email: ruizdiaz.cristina@gmail.com

INTRODUCCION

La Protección Social Complementaria (PSC) forma parte de un fenómeno económico actual, que empezaron a aplicar países como España y Francia, y se caracteriza por

estar unido al Sistema Social de Protección Pública (SSPP). Su principal función es complementar a este último, en cuanto a las necesidades no satisfechas al ciudadano – trabajador como ser las contingencias por enfermedades, invalidez, fallecimiento prematuro y la jubilación.

La importancia que presenta la protección social a las personas es innegable, y más aún cuando se enfoca hacia el ámbito de salud, derecho esencial de todo ser humano. En ese contexto, los organismos internacionales han manifestado su preocupación, que ha sido plasmada y firmada en el documento denominado Declaración de Guatemala en el año 2009 publicado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS, 2009).

El CIESS con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la participación de varios organismos internacionales, a partir de la Declaración de Guatemala de 2009, ha puesto en ejecución la denominada Estrategia Regional de Seguridad Social para Todos, con el objetivo central de promover la generación de una cultura consciente de los valores y los principios de la seguridad social en el contexto de los países participantes del Programa.

La citada estrategia conocida como “*Seguridad Social para todos*” constituye el programa social y educativo más importante de la región y está dedicado a construir los cimientos de una cultura en seguridad social que, poco a poco, sensibilice a la población en general acerca de los valores y principios que la sustentan, poniendo a disposición de todas las personas, sin importar edad o situación económica, y del conjunto de las jurisdicciones educativas, herramientas informativas amenas sobre temáticas relacionadas con la materia (CIESS, 2009).

En este sentido, el tema principal de este trabajo se centra en la PSC, considerada en la acción de atender las contingencias o necesidades previsibles del conjunto de individuos, complementaria al sistema de previsión social público, caracterizada por ser libre, voluntaria y privada. Puede ser individual o colectiva, llamada también empresarial.

La Protección Social Complementaria surge como una forma de extender la cobertura social pública, sobre este caso, los servicios de salud que brindan el sector privado a la población trabajadora de un país. Esto, atendiendo que estudios realizados sobre la Cobertura de salud en algunos países en América Latina evidencian que: 86% al 100% de cobertura se logra en Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica y Brasil; de 63% al 73% en Colombia, Perú, Ecuador, México; mientras que del 45% al 55% en Haití, Bolivia y El Salvador; citando los resultados obtenidos en el estudio realizado por Alcaraz, Cardona y Bermúdez (sf).

En ese sentido, la complementariedad privada en la salud podría permitir brindar una mayor prestación en servicios que se adaptan mejor a las necesidades del ciudadano medio. Complementa al SSPP, mediante la asistencia de la gestión privada a las prestaciones en los servicios de salud y logra el aumento de los individuos aportantes (Euskadis, sf).

Por ello, ante lo expuesto, esta investigación está orientada por la siguiente pregunta principal: ¿Cómo el sector privado puede brindar servicios dentro del ámbito de la salud, y que se encuadre en la protección social complementaria? Al mismo tiempo, surgen preguntas complementarias como las siguientes: ¿Cuál es la situación actual del Sistema de la Protección Social?; ¿Cómo surge la gestión privada en los sistemas de protección complementarias de la salud a nivel Mundial?, ¿Cuáles son las características y métodos de protección social complementaria, en el ámbito de la salud, que brinda la gestión privada a nivel mundial? y, ¿Cuáles son los principales resultados obtenidos de la gestión privada en la protección social complementaria de la salud a nivel mundial?

Para responder a estas preguntas a través del objetivo principal se pretende demostrar que la gestión privada puede brindar un servicio de salud que complementa a la Protección Pública Social. Asimismo, se han trazado los siguientes objetivos específicos: describir la situación del sistema de protección social pública y la participación privada en los servicios de salud, como parte de la complementariedad, a nivel mundial, identificar cuáles son los modelos que brindan la gestión privada como protección social complementaria de la salud y explicar los principales resultados obtenidos de la gestión privada dentro del modelo de protección social complementaria de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se ha iniciado en la modalidad exploratoria debido a la escasez de trabajos encontrados sobre el tema a nivel país, por lo cual puede considerarse la investigación como una de las primeras escritas en Paraguay.

Es descriptiva, porque parte de una situación de la Protección Social Pública a un interés para el sector privado en brindar el servicio complementario a dicho sistema, dentro del ámbito de la salud. Al describir esta forma de complementariedad se pretende dar una opción interesante a los individuos aportantes.

Este trabajo se basa en la descripción de los principales modelos de Protección Social Complementaria, que se registraron a nivel mundial en los últimos años, y pretende servir de base para futuros estudios a nivel país.

Se recurrió a una modalidad de investigación bibliográfica – documental, realizando la búsqueda sobre temas relacionados a la Protección Social Complementaria, desarrolladas en diversos países a nivel mundial, mediante consultas de documentos, artículos, y, publicaciones en la web disponibles, para posteriormente, realizar una recopilación de los puntos principales.

Los métodos utilizados en este estudio son los de análisis, síntesis y el deductivo. El método analítico utilizado es en base a la extracción de los principales puntos centrales de cada documento, artículos, revistas o sitios web, consultados, sobre la PSC a nivel mundial, donde se hace un compendio de los casos exitosos, de la gestión privada en la complementariedad sobre servicios de salud.

El método de síntesis permite construir las conclusiones de los puntos extraídos. Con el método deductivo se demuestra que los diferentes modelos planteados en la complementariedad social a nivel mundial se presentan como una interesante opción para la participación privada.

La técnica de revisión bibliográfica para la obtención de los datos se realizó mediante la lectura de documentos y artículos relacionados al tema y seleccionando los puntos claves, para armar este trabajo. Se optó por esta metodología debido a que hay un escaso registro de publicaciones sobre el tema a nivel país, por lo cual se recurrió a la experiencia a nivel mundial.

Se citan los documentos, artículos y sitios web: Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Internacional de Protección Social (ISSA) que cuentan con datos e informaciones en su Banco de Información sobre los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) dentro del programa Seguridad Social para todos, Comisión Europea, y específicamente en la Dirección General de Asuntos Sociales e Inclusión, a través del Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC) y el Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud.

Complementando lo anterior, se ha recopilado estudios e informes elaborados por destacados expertos en el tema como Abrutzky, Bramuglia y Godio; Gabriel García Becedas; J.E. Devesa-Carpio y C. Vidal-Melia; Ligia Giovanella; Alcaraz, Cardona y Bermúdez, Izurieta; López Cumbre; entre otros; cuyas obras se citan en la parte de referencias bibliográficas de este trabajo.

Como se mencionó al inicio de este trabajo, se considera el mismo, pionero en el país, ya que, hasta la fecha, siguiendo la revisión de la bibliográfica consultada, evidencia la escasez sobre el tema en el Paraguay, por lo cual se recurrió las experiencias a Nivel Mundial.

Se considera la PSC como una alternativa de servicio interesante para el sector privado como forma de descomprimir la saturación de los servicios de SSPP y gestionar una mayor accesibilidad a los servicios de salud en la población trabajadora de un país.

Por lo tanto, tras el desarrollo del tema investigado, los siguientes resultados esperados son: El análisis de la situación de la Protección Social Pública que permite que el sector Privado pueda brindar un servicio en el marco de la complementariedad social, más específicamente en sector de la salud; Demostrar que existen distintos modelos que el sector privado puede brindar como PSC dentro del ámbito de la salud a nivel mundial; La descripción de los resultados exitosos a nivel mundial sobre la PSC servirá como un aporte para incentivar a que el sector privado se adentre a brindar un servicio de complementariedad social en el Paraguay, y especialmente, en el ámbito de la salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

PILARES DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL

La primera evidencia de un sistema de protección social surgió en Reino Unido en el año 1.834 denominada “*New Poor Law*” donde se estructuró un sistema de ayuda a los pobres que antes dependían de la caridad y beneficencia (Euskadis, sf).

La PSC forma parte del Estado de Bienestar¹ surge en el periodo comprendido a la Pos-Guerra de la Segunda Guerra Mundial, inicialmente en el Reino Unido, para luego ir extendiéndose los programas de protección social en varios países de Europa como España y Francia.

Los Sistemas de Protección Social forman parte del Estado de Bienestar como un conjunto de instituciones públicas y privadas que se integran con el objeto de brindar

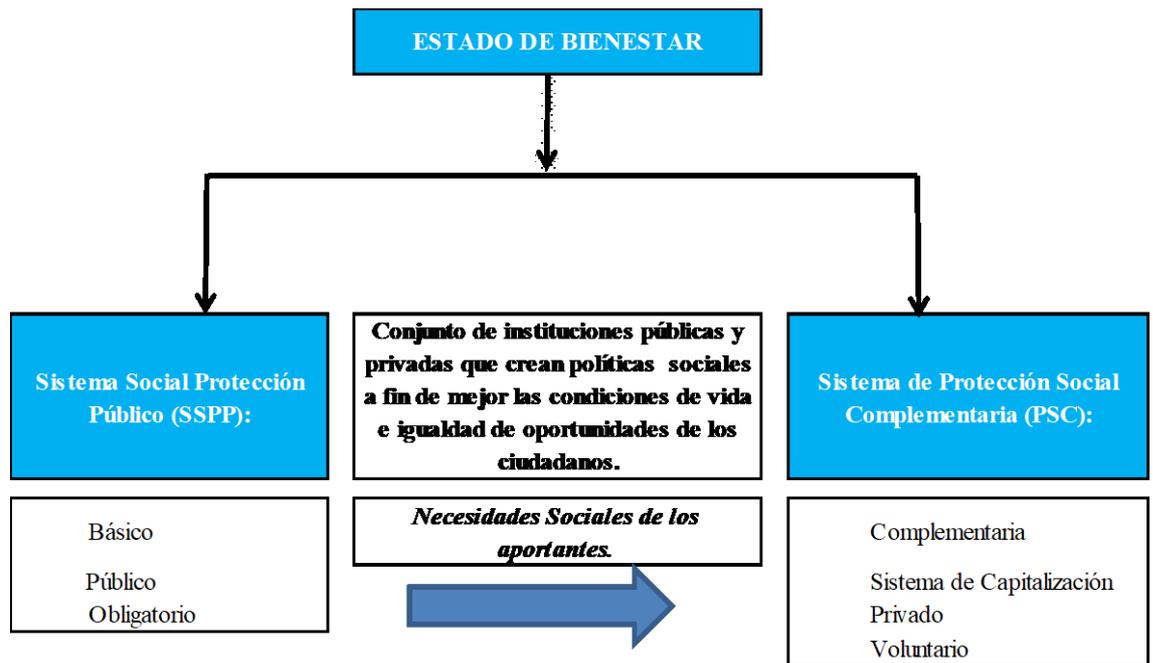
¹Estado de Bienestar es el conjunto de instituciones Públicas y Privadas que brindan una serie de políticas sociales con el fin de dar las condiciones de vida mejorables e igualdad de oportunidades a la población de una nación. (euskadis, sf)

una mejora en las condiciones de vida y de brindar mayores servicios de accesibilidad a los ciudadanos de una nación.

Comprende aspectos asistenciales con cuestiones aseguradoras y figuras de protección universal, financiadas con impuestos y otros sistemas de carácter profesional, financiadas con los aportes de los afiliados tanto de entidades públicas y privadas.

Surgen en la mayor parte de los países a causa de un aumento de envejecimiento demográfico con descenso de la natalidad y a la vez un aumento de la esperanza de la vida donde se plantea la necesidad de complementar la protección social con la Gestión Privada.

Figura 1. Esquema del Estado de Bienestar



Fuente: Extraído del Manual de Previsión Social Complementaria. Gobierno Vasco, 2008. Pág. 11.

La Figura 1 presenta el esquema del Estado de Bienestar, donde se constituyen el SSPP y el PSC. El SSPP se presenta como básico, público y obligatorio; mientras que el PSC es un sistema privado, voluntario, complementario y utiliza un sistema de capitalización.

En la tabla 1 se presenta una comparación entre la Protección Pública y la Protección Social Complementaria, de acuerdo a 4 criterios: naturaleza, obligatoriedad, cobertura y financiación.

Tabla 1: Diferencias entre SSPP y la PSC

Cráterios	Sistema de Protección Pública	Protección Social Complementaria
Naturaleza	Pública	Privada
Obligatoriedad	Si	No
Cobertura	Básica	Complementaria
Financiación	Reparto	Capitalización

Fuente: Elaboración Propia en base a (Gobierno Vasco, 2008) *Pág. 20*

Los criterios de naturaleza y obligatoriedad ya fueron explicados anteriormente. Con respecto al criterio de cobertura, éste abarca la asistencia primaria a la salud para el caso de SSPS; y los servicios que brindan la PSC de manera complementaria son los que conlleva por ejemplo las enfermedades de alta complejidad.

El criterio de financiación corresponde a la forma de cálculo de la protección que puede ser en forma de reparto para el SSPS y de capitalización para PSC. El Sistema de Reparto se forma a través de un fondo económico con aportes obligatorios, realizados por los trabajadores en actividad y cubre las asistencias médicas y de jubilación.

En tanto, el Sistema de Capitalización consiste en un sistema de ahorro individual con aportes voluntarios y se diferencia con el de Reparto, en que este último, los trabajadores activos financian a los pasivos mientras que el sistema de capitalización está sustentado en un mecanismo de ahorro en cuentas individuales para la protección de la salud, incapacidad laboral y jubilatorio del aportante.

Ambos sistemas se basan en tres pilares:

- a) **Primer Pilar**, abarca el Sistema de Protección Pública, con carácter universal y obligatorio en cuanto a las aportaciones de los ciudadanos garantizada por el Estado cuyos principios son la universalidad y la solidaridad.
- b) **Segundo y Tercer Pilar**, están constituidos por los regímenes privados y son de carácter complementario al Sistema Público (1er Pilar) y surgen por un lado, a través de las empresas y/o asociaciones privadas mediante acuerdos laborales con sus empleados (carácter colectivo) y mediante las aportaciones de sus trabajadores construyen sus propios seguros antes las contingencias médicas o su pensión jubilatoria. Esto se ha desarrollado en la mayoría de los países

utilizando sistemas de capitalización en sus aportaciones. Por otro lado, el tercer pilar está conformado en forma individual como un ahorro a largo plazo que apoya a los otros dos pilares y se puede definir básicamente como una cuenta individual de ahorro previsional y que genera un derecho de pensión individual sin comunicación con otros sujetos. Entre las ventajas más destacables de esta forma de complementariedad se encuentra la flexibilidad de las aportaciones.

SITUACION MUNDIAL SOBRE LA PROTECCION SOCIAL PUBLICA

La Protección Social Pública consiste en una serie de acciones provenientes del sector Público que buscan disminuir los riesgos de una población y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza, como lo especifica (Guerrero, 2006).

Los regímenes de prestaciones de enfermedades o de accidentes relacionados con el trabajo conceden prestaciones monetarias o en especie por estas contingencias; en muchos países constituyen la rama más antigua de la seguridad social (Organización Internacional del Trabajo, OIT, 2017, pág. 62).

La SSPP consiste en proteger a los trabajadores frente a las consecuencias económicas adversas de eventos asociados a la salud, el empleo y la vejez que constituyen el factor común, que afecta al asegurado en la pérdida de sus ingresos.

En la mayoría de los países, el Estado interviene en la Seguridad Social a fin de actuar en los dos puntos claves:

- a. Fallas de Mercados, debido a que el mercado de los seguros no funciona perfectamente, es decir de manera abierta, transparente y eficiente pero se asociada, principalmente, a los defectos de información al asegurado.
- b. Obligatoriedad del aseguramiento, la mayoría de países del mundo no se conforma con que se ofrezcan los seguros sociales sino que obliga a trabajadores y empleadores a tomarlos y financiarlos. Las personas que no se aseguran frente a los riesgos salud, vejez y desempleo, posteriormente, terminan en una carga para el Estado, que debe asistir mediante el dinero de los contribuyentes, por esa razón es obligatoria en casi todos los países.

Actualmente, los principales desafíos que enfrenta la Protección Social Pública a nivel mundial son cambios demográficos, el escaso crecimiento económico, las migraciones, los conflictos y las cuestiones ambientales. Asimismo, en términos laborales, las nuevas modalidades de empleo, la disponibilidad de puestos de trabajo

formales y la seguridad de los ingresos son muy limitadas lo cual crea que la protección social sea insuficiente.

En lo referente al ámbito de la salud, el principal inconveniente que presenta la Protección Social Pública en varios países es la saturación de los servicios asistenciales y la falta de medicamentos. A fin de aliviar la concentración asistencial de la Protección Social Pública aparece la Protección Complementaria que surge de manera individual y voluntaria. Ambos sistemas con la combinación de los tres pilares y se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Sistemas de Protección Social en diferentes países. Año 2015

Nro.	Países	Primer Pilar		Segundo Pilar		Tercer Pilar	
		Obligatorio	Voluntario	Obligatorio	Voluntario	Obligatorio	Voluntario
1	Italia	✓			✓		✓
2	Portugal	✓			✓		✓
3	Alemania	✓			✓		✓
4	Francia	✓		✓			✓
5	Holanda	✓		✓			✓
6	Bélgica	✓			✓		✓
7	Finlandia	✓		✓			✓
8	Luxemburgo	✓			✓		✓
9	Reino Unido	✓			✓		✓
10	Suecia	✓			✓		✓
11	España	✓			✓		✓

Fuente: Extraído de La Previsión Social Complementaria en el Marco de las Relaciones Laborales: El caso de Maier- Ahumada e Ispizua. Año 2015. Pág. 89.

En la tabla 2 se observa la participación de la SSPP y PSC en algunos países de Europa, donde el primer pilar es obligatorio en todos los casos y corresponde a la SSPP. Mientras que el segundo pilar, que está constituido por empresas y/o asociaciones privadas, se presenta en estos países como una combinación de obligatorio en algunos, y en otros de manera voluntaria. Por otro lado, el tercer pilar, conformado como un ahorro individual a largo plazo, se presenta de manera voluntaria en todos los países analizados.

MODELOS DE INSTRUMENTOS QUE CUENTAN LA PSC

Los modelos instrumentales con que cuenta la PSC para hacer frente a los diferentes tipos de situaciones hacen referencia al tipo de aportación, por obligaciones asumidas y la modalidad de cobro de las prestaciones. Se describen seguidamente:

- a) **Por tipo de Aportación:** se refiere a la forma que los sujetos contribuyentes aportan al sistema. Se clasifican en tres grandes grupos:
- i. **Individuales:** participa solamente las personas físicas que se adhieren voluntariamente a un plan de protección complementaria. En este caso los promotores de este tipo de plan pueden ser una o varias entidades financieras o aseguradoras.
 - ii. **Colectivos:** abarca la participación de los funcionarios de una entidad, empresas o corporación donde estos últimos son los promotores de un Plan Colectivo.
 - iii. **Asociados:** corresponde a la participación de cualquier agrupación, cooperativas o asociación como promotores del plan y los socios serán los beneficiarios de la protección complementaria.

En la tabla 3 se resumen las características por tipo de aportación según Gobierno Vasco (2008).

Tabla 3. Características de la PSC por tipo de Aportación

Tipo de Aportación	Características
Individual	a) No existe aportación empresarial. b) Acceso de manera a la cobertura de manera individual. c) Presenta una mayor flexibilidad y se adapta mejor a las diferentes contingencias personales. d) Es una forma de acogerse a un sistema sin necesidad de estar en un sistema de empleo. e) El aportante asume sólo el riesgo y las decisiones para la efectividad de su cobertura. f) Presenta altos costos administrativos, lo cual limita el acceso a individuos de ingresos medios y bajos.
Colectivo o Sistema de Empleo	a) Surgen mediante un acuerdo entre la empresa y los trabajadores. b) La aportación se comparte entre el empleador y trabajador. c) Los costos y el nivel de aportaciones son reducidos. d) Cubren de manera colectiva las contingencias. e) Pueden ingresar trabajadores de ingresos medias y bajas.
Sistemas Asociados	La principal características es que está dirigido a alguna agrupación, asociación, colegio, etc, donde los socios son los principales afiliados.

Fuente: Elaboración propia en base al Manual de Previsión Social Complementaria. Gobierno Vasco, Año 2008.

b) **Por obligaciones asumidas:** son los tipos de servicios a que acceden los beneficiarios de acuerdo a las aportaciones realizadas. Se clasifican en las siguientes formas:

- i. **Por prestaciones definidas:** es cuando la protección que recibirán los aportantes se definirán en base a su salario y los años cotizados (parecido a la Protección Social Pública) Los cálculos se determinarán en base al monto de las aportaciones para cubrir las obligaciones. Tiene la particularidad de que los riesgos financieros lo asume la entidad previsor.
- ii. **Por aportaciones definidas:** en este caso se establece de acuerdo a las aportaciones en un plan de Protección. El derecho a prestaciones se define por el monto de las aportaciones, es decir, mediante los fondos acumulados en la cuenta personal de cada aportante. Los riesgos financieros y lo ligado a la esperanza de vida asume la persona asociada.
- iii. **Mixtas:** comprende la unión de los dos tipos mencionados anteriormente (Prestación y Aportaciones Definidas) y se presentan cuando las obligaciones son asumidas en conjunto entre los beneficiarios y la empresa, a fin repartir los riesgos entre las partes y de garantizar las prestaciones de protección ante determinadas variables como la económica.

c) **Modalidad por Cobro de las Prestaciones:** la mayoría de las prestaciones que otorgan los PSC son de carácter monetario, pudiendo existir las siguientes modalidades de cobro:

- i. **En forma de capital:** se realiza pagos sin periodicidad alguna, y la cobertura son inmediatas en el momento de la contingencia.
- ii. **En forma de renta:** son pagos sucesivos con periodicidad regular. Los pagos podrían ser anuales. El Plan podrá ser de carácter vitalicia o temporales.

ALCANCES DEL SISTEMA DE PROTECCION SOCIAL COMPLEMENTARIA

La PSC debe abarcar a la mayoría de aportantes de un país. El principal acceso se realiza mediante el sistema de empleo, de manera sectorial, o través de una negociación colectiva (Segundo Pilar) y son la manera de incorporar a los trabajadores al sistema de complementariedad y, así, iniciar sus las aportaciones a las prestaciones que se adapten a las necesidades del mismo que en este caso en un sistema de salud.

En Europa, la PSC se origina entre un acuerdo unilateral por parte de los empleadores en beneficio de sus trabajadores. Es gestionada en forma privada con la participación de organismos independientes o compañías de seguros con en forma de capitalización, como es el caso de Finlandia, otros poseen un modelo complementario basado en un principio de reparto (Francia), mientras Reino Unido, Alemania, Austria, Luxemburgo y Suecia, la complementariedad se considera como obligatorio, y se financia con fondos no capitalizados dentro de las previsiones de los balances en las empresas (López Cumbre, 2010 sf)

Las financiaciones en la Unión Europea se logran en torno a las cuotas de empresarios y trabajadores y las transferencias del Estado (60% cuotas, 40% transferencias, aproximadamente). Así Bélgica, Francia, España, Países Bajos y Alemania están por encima del 65% de las cuotas mientras que Dinamarca e Irlanda las mismas no superan el 30% ó 40%, por lo que en ambos países la principal fuente son los impuestos. (López Cumbre, 2010 sf)

En Francia, el modelo de cobertura complementaria consiste en que el aportante tiene derecho a contratar un seguro con una mutualidad (instituto de seguros y previsiones) para cubrir el porcentaje de los gastos de asistencia sanitaria que no cubre el sistema obligatorio. En caso que el interesado dispone es de escasos recursos, se beneficia gratuitamente, con una cobertura universal de enfermedad complementaria denominada Couverture Maladie Universelle Complémentaire que permite estar totalmente cubierto sin necesidad de realizar pagos anticipados (Comisión Europea, 2012, sf)

Expuesto lo anterior, la complementariedad en el ámbito de la salud debe crear las condiciones y los mecanismos para alcanzar la definición inscrita en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “salud es el completo estado de bienestar físico y mental y no sólo la ausencia de la enfermedad” (Guerra, 2001, Pág. 2)

Finalmente, para que el rol de la PSC pueda ser óptimo dentro de un país, primero se debe adaptar a un marco regulador Estatal que permita las condiciones sociales y económicas para lograr los objetivos de la PSC a la población aportante porque una ausencia de un marco regulatorio apropiado, los mecanismos de aseguramiento solamente tiende a la selección de riesgos, es decir, tratan de cobrar cuotas elevadas según el riesgo del individuo o grupos de individuos lo cual afecta la equidad y

eficiencia del sistema que debe determinarse sobre la base del riesgo de la población y no del riesgo de los individuos por separado.

LA PROTECCION SOCIAL COMPLEMENTARIA A NIVEL MUNDIAL

En Europa: para lo cual se ha accedido a informaciones disponibles en el sitio web MISSOC, siglas en inglés de Sistema de Información Mutua sobre Protección Social, que brinda información accesible sobre los sistemas nacionales de protección social de dicho continente. Entre ellos, se han destacado los siguientes:

- a) **En España,** el Modelo del Estado de Euskadi, el cual es implementado en El País Vasco o Euskadi, denominada frecuentemente Comunidad Autónoma Vasca; que es una comunidad autónoma española situada en el extremo oriental de la costa del mar Cantábrico, limítrofe con Francia. En este contexto, se especifica que Euskadi posee una protección social complementaria a través de las Entidades de Previsión Social Voluntaria (EPSV). Las EPSV pueden definirse como aquellas entidades o instituciones independientes domiciliadas en Euskadi que, con carácter mutualista, se constituyen con el fin de ofertar, sin ánimo de lucro, una fórmula de protección de naturaleza social y voluntaria, distinta de los sistemas de protección pública, encaminada a proteger a los miembros que la integren o sus bienes, contra circunstancias o acontecimientos fortuitos y/o previsibles (Gobierno Vasco, sf)
- b) **En Francia,** se destaca en que el sistema de la Seguridad Social consta de cinco grandes apartados: el régimen general, los regímenes; el régimen agrícola; los regímenes de trabajadores autónomos no agrícolas y un régimen del seguro de enfermedad; además de los regímenes del desempleo y los regímenes obligatorios de las pensiones complementarias (Comisión Europea, 2012)

Tanto en España como en Francia se han desarrollado sistemas de capitalización de forma individual o colectiva, lo que significa que cada trabajador mediante sus aportaciones y/o contribuciones construye su propia pensión de jubilación o su seguro contra contingencias de salud.

En América Latina: se ha accedido a informaciones disponibles en el sitio web del CIESS, cuyo informe sobre América y los sistemas de seguridad social ha permitido visibilizar, como lo señala Giovanella (2013) que en todo el continente americano se presentan diversos regímenes de seguridad social con características particulares, dado que pueden ser públicos, privados o mixtos así como también se pueden diferenciar por el tipo de prestaciones que otorgan.

Es por ello que para el presente trabajo se han seleccionado algunos países cuyos sistemas han incluido la complementariedad. En la región Latinoamericana, hay países con características de complementariedad y que son brindadas por entidades privadas.

Las características de estos modelos evidencian que existen distintos tipos de vinculación entre Sistema de Protección Público y Privado cuyos estudios se encuentran disponibles en el Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos, Edición 2007 y 2012, conforme se analiza en documentos de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 2007 y 2012).

LA GESTION PRIVADA COMO PARTE DE LA PROTECCION SOCIAL COMPLEMENTARIA DENTRO DE LA SALUD A NIVEL MUNDIAL

La PSC en el ámbito de la salud, se presenta de dos maneras, por un lado mediante un sistema empresarial (segundo pilar) con participación de los empleados como aportantes y se financia a través de la capitalización. El sistema empresarial está basado en el sistema de empleo. Por ejemplo, en la Unión Europea han utilizado la participación empresarial a en los diferentes planes de salud, que beneficia a un gran número de aportantes (empleados)

La otra forma de complementariedad es través del ahorro individual que es considerado de carácter privado y voluntario con una flexibilidad en cuanto a las aportaciones (Tercer Pilar).

La PSC en la salud busca establecer las condiciones de seguridad a las personas con el fin de minimizar los riesgos y mejorando la gestión de la salud de los aportantes con diversas patologías priorizadas.

La PSC se basa en la protección, curación y rehabilitación de las enfermedades patológicas, los accidentes de trabajo y las enfermedades provenientes del ámbito laboral incluyendo los accidentes escolares y que se mencionan a continuación:

1. Asistencia Médica, incluye la atención médica, quirúrgica. Farmacéutica y hospitalaria necesaria en la prevención, promoción y recuperación de la salud (tratamiento y rehabilitación)
2. Prestaciones Económicas de enfermedad: bienes y servicios aportados en especies y dinero que se aplican a casos como ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

3. Prestaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional: su objetivo es la protección del trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que esta expuesto por sus condiciones de trabajo, incluyendo la atención médica necesaria y la protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.
4. Prestaciones por maternidad, incluye al conjunto de prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.

Con esto la PSC busca reducir la incertidumbre de los aportantes ante el riesgo de incurrir en elevados gastos para la atención de contingencias en la salud. Esto se logra a través de mecanismos para satisfacer la demanda de los aportantes que tienen para disponer de un ingreso como protección ante una contingencia asociada a su estado de salud.

Con el financiamiento del seguro y que en el caso de la PSC se caracteriza en que los pagos de los aportantes y el ofrecimiento de los planes de protección por parte de la empresa aseguradora resulten atractivas para ambas partes.

Con este sistema se evita que los oferentes de los servicios de salud no se presenten en forma dispersa sino deberá estar compuesto por una variedad de instituciones con mecanismos de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de manera diferenciada y segmentada.

También se busca una articulación a través del sistema público con el sector privado en las prestaciones de salud que permita un servicio de protección unificado para los aportantes.

Con esto se reducirá la inequidad inherente al elevado gasto que deben incurrir para acceder a las prestaciones de salud porque tiene un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares, en términos de gastos extraordinariamente elevados que deben realizarse ante situaciones adversas como la adquisición de medicamentos y tratamientos específicos costosos.

La PSC abarca tres ejes principales de acción en materia de salud y son:

- a) **Cobertura:** con esto se busca mejorar el acceso a la equidad en el acceso a sus prestaciones y reducir el nivel de exclusión de los sistemas de salud consecuencia de la escasez de recursos y deficiencias propias del sector lo que genera que los seguros médicos presentan contratos “a la medida”, donde la prima iguala a la pérdida esperada por los gastos en salud, y tiende a sacar a los de menores ingresos y los de mayores riesgos.

- b) **Organización:** con la PSC se busca disminuir la segmentación de los servicios en salud que se caracteriza por ejemplo en los sistemas de salud latinoamericanos, donde esta compuestos por un gran número de instituciones en forma aislada donde ofrecen cada uno sus mecanismos de financiamiento y prestación de servicios. Con la PSC permitirá articular el SSPP con un sistema de protección en la salud con el sector privado.
- c) **Gastos y Financiamientos:** la PSC forma parte de un sistema que permitirá reducir la desigualdad en los altos costos para los beneficiarios en materia de prestaciones de salud.

A continuación, en la tabla 4 se presenta los tipos de financiamientos que integran el Sistema de Seguridad Social, con participación del Sector Público y Privado en América.

Tabla 4. Financiamiento Público y Privado dentro del sistema de Seguridad Social en América Latina y el Caribe

Características de Países que integran cada tipo de financiamiento		TIPO I	TIPO II			TIPO III
			TIPO II A	TIPO II B	TIPO II C	
Con Participación Pública y Privada	Formas de financiamiento	A través de rentas generales, mediante un sistema integrado de financiamiento contributivo.	Integración de Rentas Generales y Cotizaciones en el Sistema de Seguridad Social			Baja o Nula Integración de rentas generales y cotizaciones de Seguridad Social
	Características	La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados.	En todos los casos hay algún grado de separación explícita en las funciones entre financiamiento y prestación.			La estructura de la prestación pública es heterogénea y existen distintos tipos de vinculación entre sector público y privado
	Países que presentan el tipo de financiamiento	Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad, Tobago y Venezuela.	Integrado por financiamiento contributivo de nivel único de cobertura y cargo de la seguridad social: COSTA RICA	Integrado con coberturas diferenciadas entre financiamientos contributivos y no contributivos: COLOMBIA, BOLIVIA, ECUADOR, PERU, URUGUAY, ANTIGUA, BARBUDA, REPUBLICA DOMINICANA, URUGUAY	Modelo Dual con Integración Parcial: CHILE	ARGENTINA, EL SALVADOR, GUATEMALA, HONDURAS, MÉXICO, NICARAGUA, PANAMÁ y PARAGUAY
Únicamente Participación Pública		CUBA				

Fuente: Elaboración Propia en base a las Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina. Andras Uthoff. 2014. Pág.

En la tabla 4 se indican los tres tipos de cobertura en el sistema de salud, principalmente en los países de América Latina y el Caribe:

- i. **Tipo 1:** el financiamiento en el sistema de salud, se logra exclusivamente de los recursos de rentas generales, caracterizada en que los servicios de salud es pública y gratuita para la población y es financiada mediante impuestos contemplados en el Presupuesto de una nación.
- ii. **Tipo 2:** el financiamiento se logra mediante una combinación entre el financiamiento contributivo y no contributivo que proviene del presupuesto de una nación.
- iii. **Tipo 3:** baja o casi nula articulación entre el financiamiento público y el privado. Es un sistema con bastante fragmentación con una variedad de instituciones sin mecanismos de coordinación. El Sector público brinda coberturas con diverso grado de accesibilidad y calidad.

Con lo mencionado anteriormente, el criterio que definen las diferentes prestaciones en cada país se basa en el tipo de instrumento que debe responder a las necesidades de protección sanitaria de su población.

La descentralización de las prestaciones pública de salud ha formado en los últimos tiempo parte de un papel central en algunos países de América Latina y el Caribe (Argentina, Brasil, México, Colombia y Chile).

Para lograr buenos resultados en la complementariedad se debe orientar a mejorar la organización del sector de la salud, incluyendo su regulación con el fin de aumentar su eficiencia. Se debe separar las funciones de financiamiento y prestación de modo que los seguros no sean sistemas pagadores sino administradores de riesgos de salud y ejercer una función activa en los servicios brindados a sus afiliados. También se debe reducir los problemas de asimetrías de información entre los proveedores del servicios y asegurados.

Con la aplicación de los programas de complementariedad y las reformas de salud se busca impulsar el consumo por parte de toda la población en este ámbito y que con ellos reduzcan la carga en el Sistema de Seguridad Pública.

Finalmente, con la PSC a través del Sector privado se pretende lograr:

- a. Reducir los gastos de los aportantes que muchas veces son discriminados en los servicios de salud por su capacidad de pago, es decir, excluyen a los pobres y aquellos de mayor riesgo en salud.

- b. Permite la orientación del gasto según el perfil de riesgo de la población.
- c. Permite la reducción de la asimetría de la información entre los aseguradores y aportantes.
- d. Se crea una red pública y privada con una amplia gama de servicios ofertados en materia de salud y que abarcan a un gran número de la población aportante en un país.

CONCLUSIONES

El Sistema de Protección Social forma parte de un estado social a las personas y se considera como innegable, y más aún cuando se enfoca hacia el ámbito de salud, derecho esencial de todo ser humano.

En este contexto, la Protección Social Complementaria consiste en la acción para atender las contingencias o necesidades previsibles de los ciudadanos, complementando al Sistema de Protección Social Pública. La complementariedad se caracteriza por ser libre, voluntaria y privada. Puede ser por contrato individual o colectivo y de forma profesional o empresarial.

La gestión privada, lo constituyen entidades o instituciones independientes, con carácter mutualista, que brindan un servicio, dentro del ámbito de la salud (uno de los pilares del Sistema de Protección Social) y determinan una protección con características, social y voluntaria; cuyo principal objetivo es brindar a sus miembros, protección contra circunstancias o acontecimientos fortuitos y /o previsibles en el ámbito de la salud.

La intención de la PSC no debe beneficiar sólo a una minoría, sino debe abarcar a gran parte de la población trabajadora, y en términos de salud, debe enmarcarse en una red eficiente que cuente con los recursos humanos, medicamentos y tecnologías de salud.

La complementariedad se encuentra dentro de la Economía de Bienestar, que componen varias instituciones públicas y privadas donde se desarrollan políticas sociales que van dirigidas a brindar una mejor condición de vida e igualdad de oportunidades para los ciudadanos.

En el ámbito de la salud, la complementariedad busca establecer las condiciones de seguridad a las personas con el fin de minimizar los riesgos y mejorando la gestión de la salud de los aportantes con diversas patologías priorizadas. Se basa en la protección, curación y rehabilitación de las enfermedades patológicas, los accidentes de trabajo y las enfermedades provenientes del ámbito laboral. Se aclara que no

intenta sustituir al Sistema de Protección Pública sino de complementarlo a fin de que llegue a más personas aportantes y también para descomprimirlo.

Para que funcione la complementariedad se necesita que los sistemas públicos y privados (complementarios), diseñen una cobertura que incluyan patologías caras y complejas (evitar excluir a las personas de alto riesgo), tener cobertura a los diferentes sectores sociales que presentan inequidades en materia de salud, es decir, incluir a las personas económicamente vulnerables y que son marginadas en una atención a la salud adecuada, también incluir los avances científicos y tecnológicos (adaptarse al avance de la medicina) en los servicios prestados.

Esto permitirá el fortalecimiento y la universalidad de los sistemas (público y complementarios) en lo referente a la cobertura de los riesgos y evitará que no sea un obstáculo al beneficiario ante la necesidad de realizar gastos elevados para el acceso de los servicios en salud que necesita. Con esto también se logrará la expansión en el aseguramiento con mayores coberturas y el descongestionamiento del Sistema Público.

Mediante este sistema también se evitará que las aseguradoras seleccionen a sus beneficiarios de acuerdo a sus ingresos y riesgos en salud.

Finalmente, con la realización de este trabajo consistió en la descripción de los principales modelos de Protección Social Complementaria, que se registraron a nivel mundial en los últimos años, y pretende incentivar a los futuros investigadores a realizar estudios más profundos sobre la Protección Social Complementaria.

El beneficio de este tipo de estudios reside en aportar a la toma de decisiones del Gobierno y al Sector Privado sobre nuevos temas para la tan ansiada reforma de la seguridad social, contribuyendo con un aporte positivo para la mejora del Sistema de Salud en Paraguay y que beneficie a gran parte de su población – aportante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abrutzky, R., Bramuglia, C., Godio, C. (2009). Los Sistemas de salud en los países del Mercosur. Margen revista de trabajo social y ciencias sociales: 54. ISSN-e 0327-7585. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen54/bramuglia.pdf>
- Ahumada Carazo, R. M., Ispizua Dorna, E. (2015) La Previsión Social Complementaria en el marco de las Relaciones Laborales: El caso de MAIER. Revista de Relaciones Laborales: 32. Recuperado:

<https://www.ehu.eus/documents/6902252/7255475/La-prevision-social-complementaria-en-el-marco-de-las-RLL.pdf/ae6d9113-0ab9-48dc-8750-ef21a9774880>

Alcaraz, L., Cardona, M. & Bermúdez, E. (sf). Sistema de Salud en América Latina y el Caribe. Recuperado de: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/24885/mod_folder/content/0/Sistemas_de_Salud_en_AL.ppt?forcedownload=1

Allende, S. (2011). Protección Social en Salud. Escuela de Salud Pública. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). Recuperado: <http://www.ochisap.cl/index.php/protección-social-y-aseguramiento-de-salud/protección-social-en-salud>

Asociación Internacional de Protección Social (ISSA, 2011). Régimen de vejez, invalidez y sobrevivencia. Casos de Costa Rica, Ecuador, Bolivia y Perú. Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos. Recuperado de: <http://www.issa.int/esl/Observatorio/Perfilesnacionales/Regions/Americas>

Casalí, P., Cetrángolo, O., Goldschmit, A. (2017) Paraguay. Protección Social en Salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS, 2009). Estrategia regional para una ciudadanía con cultura en seguridad social. Seguridad Social para todos. Términos de referencia. Recuperado de: http://www.seguridadsocialparatodos.org/sites/default/files/terminos_referencia.pdf

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS, 2009). Declaración de Guatemala. Biblioteca Digital en Seguridad Social BIDISS.

Acervo Digital Institucional en Seguridad Social. Recuperado de: http://biblioteca.ciess.org/adiss/r260/declaracin_de_guatemala

- Comisión Europea (2012). La Seguridad Social en Francia. Dirección General DG Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión, colaboración con los corresponsales nacionales del Sistema de Información Mutua sobre Protección Social (MISSOC). Recuperado de: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_es.pdf
- Cruces, G. (2006). Protección Social y Sistemas de Salud “Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos”. Naciones Unidas – CEPAL. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. Recuperado: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cruces2.pdf>
- García Becedas, G. (1993). La Seguridad Social Complementaria. Revista Actuarios N^o8, Marzo, 1993. Fundación Mapfre. Centro de Documentación. Recuperado de: http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1052532
- Giovanella, L. (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Observatorio MERCOSUR de Sistema de Salud. Rio de Janeiro. Recuperado de: <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/11/final-Giovanella-comparaci%C3%B3n-SSS-Argentina-Brasil-Uruguay-final-15-nov.pdf>
- Gobierno Vasco (2008). Diagnóstico y Plan de Previsión Social Complementaria en EUSKADI. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-765/es/contenidos/documentacion/planprevcomplementeuskadi/es_prev/adjuntos/Plan%20Pre.%20Soc.%20Compl.pdf
- Gobierno Vasco. (2008). Manual de previsión social complementaria. Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social. Servicio Central de Publicación del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. Recuperado: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/manual_formacion_epsv/es_kh/adjuntos/Manual%20Prevision%20Social%20cast.PDF

- Gómez Fernández, R. (2014). La Previsión Social Complementaria. Una Apuesta de futuro. Universitat de Barcelona. Tesis de Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras. Recuperado: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/en/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1081214
- Guerra de Macedo, C. (2001) La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado Latinoamericano. Publicado en la revista del Centro Latinoamericano para el Desarrollo (CLAD) Reforma y Democracia: 19. Caracas. Recuperado: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0039301.pdf>
- Guerrero, R. (2006). El Concepto de la Protección Social. Ministerio de la Protección Social. Viceministerio Técnico. Cuadernos de Protección Social: 3. Bogotá. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUADERNOS%20DE%20PROTECCION%20SOCIAL%203.pdf>
- Gutiérrez, J., Cortes, M., Olivares, C. (2010). Un análisis del Financiamiento público para salud: ¿complementariedad entre Federación y Estados? Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). 15:4. Recuperado: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/288/528>
- Izurieta, Clara (2003). Evolución, retos y futuros de la previsión social complementaria en Euskadi. Euskonews& Media. Recuperado de: <http://www.euskonews.com/0216zbnk/gaia21603es.html>
- López Cumbre, L. (2010). La Participación Privada en el Sistema de Protección Social Español. Resumen Ejecutivo. Gobierno de España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Secretaria de Estado de Seguridad Social. Dirección General de ordenamiento de la seguridad social. Recuperado de: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/a075e15f-211a-487a-a0f0-2ae8718737c8/25PF10_RE.pdf?MOD=AJPERES&CVID=
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2017). Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para

- alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 2007). Banco de Información de los sistemas de seguridad social iberoamericanos. Edición año 2007. Madrid, octubre 2007. Recuperado de: <http://www.oiss.org/IMG/pdf/BISSI2007.pdf>
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 2012). Banco de información de los sistemas de seguridad social Iberoamericanos. Madrid. Recuperado de: http://www.oiss.org/IMG/pdf/bissi_2012.pdf
- Ramírez, J. (2014). Paraguay: Inversión en Protección Social. Centro de Análisis de la Economía Paraguaya (CADEP). Paraguay en Debate. Unión Europea. Recuperado: <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2015/10/Gasto-social-version-web-21oct.pdf>
- Serafini Geoghegan, V. (2015) Paraguay: Inversión en Protección Social no Contributiva. Avances y Desafíos una década después. Centro de Análisis de la Economía Paraguaya (CADEP). Paraguay en Debate. Unión Europea. Recuperado: <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2016/12/proteccion-social-para-WEB.pdf>
- Torres, R. (2010). Cobertura Universal, Protección social en Salud y Financiamiento. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado: https://www.paho.org/resscad/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=presentaciones-694&alias=232-cobertura-universal-proteccion-social-salud-financiamiento-2&Itemid=192
- Uthoff, A. (2014). Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina. Corporación de Estudios para Latinoamérica(CIEPLAN), Santiago de Chile. Recuperado: http://cieplan.org/media/publicaciones/archivos/347/Alternativas_para_abordar_los_desafios_de_la_proteccion_social_en_salud_y_pensiones_en_America_Latina.pdf