

Sistemas de salud en Latinoamérica: el estado de la industria de salud
latinoamericana y avances basados en operaciones de sistemas de salud extranjeros

Morgan Ward

The University of Tennessee, Knoxville

Chancellor's Honors Program Thesis Project

Fall 2013

Advisor: Luis Cano, PhD.

Abstract:

As Latin America continues to develop its healthcare systems, this region looks to successful models from foreign healthcare systems to advance and increase competence in a global healthcare market. This research is intended to determine the development of Latin American health systems, the influence of foreign investment in this market and to explore and promote proper ways of operating abroad in a Latin American healthcare system.

This exploration of foreign influence in Latin American health care is divided into three distinct parts. Part 1 intends to gain a current idea of the situation of medical care Latin American. Although varied in different countries of the region, it is clear that Latin America as a whole experienced significant health care reform beginning in the late 20th century. An overview of segmented Latin American health systems is provided, and the current situation of the public and private sectors as well as social security is explored. The second segment of Part 1 focuses on the countries of Colombia, Mexico, Peru, Brazil, and Chile in regard to past reform projects and the status of each country's healthcare market, since these countries are particular places of interest in foreign investment. This summary of the situation of healthcare in Latin America is essential in understanding how to approach foreign investment in the health sectors of Latin American countries.

Part 2 focuses on previous and existing international investment in Latin American healthcare systems. First, it defines the channels of globalization through which health care organizations extend their operations to Latin American and other regions. This section then defines the determining factors for investing in foreign markets. Foreign investment in Latin America is also expanded upon by using specific cases of interaction through multinational corporations,

financial institutions, and international health organizations. Through this study of examples of past and current international healthcare endeavors, it is made evident that though many joint efforts have been successful, there is still room for improvement within transnational healthcare operations in Latin America.

In Part 3, the future of transnational healthcare endeavors in Latin America is explored. This final section first highlights the benefits to extending operations in the region for organizations considering future expansion. The options of creating a joint-venture, merging with, or acquiring a Latin American healthcare organization are then presented, along with the benefits and challenges of each, and how these affect both sides of the business agreement. Next, entry strategies of potentially expanding healthcare entities are defined, considering the successes and failures of previous endeavors in Latin American healthcare systems. After covering initial entry into the Latin American healthcare market, this section expands on operational strategies, including distinct strategies to avoid, managing staffing and establishing a strong Human Resources presence, marketing the new organization, working alongside healthcare reform, and establishing and improving communication throughout the firm. Through these past experiences and current strategies, an expanding organization can work alongside Latin American healthcare partners toward the universal goal of quality and service improvement. With these common objectives, organizations throughout the world can continue to work together toward improving global healthcare.

Resumen:

Mientras Latinoamérica continúa el desarrollo de sus sistemas de atención de salud, esta

región mira a los modelos exitosos de estos mismos servicios en el extranjero para avanzar y aumentar la competencia en un mercado de sanidad global. Esta investigación es necesaria para determinar el desarrollo de sistemas de sanidad latinoamericanos y la influencia de inversión extranjera en este mercado, y para explorar y promover maneras correctas para funcionar en el extranjero en un sistema de salud latinoamericano.

Esta exploración en el mercado de salud latinoamericano está dividida en tres partes. La primera pretende obtener una idea de la situación de este mercado. Aunque esto varíe en países diferentes en la región, es claro que Latinoamérica en conjunto experimentó considerables reformas de salud que empezaron al final del siglo XX. Se presenta un resumen de los sistemas segmentados de Latinoamérica, y se explora la situación actual de los sectores públicos y privados así como del sistema de seguridad social. El segundo segmento de la primera parte se enfoca en los países de Colombia, México, Perú, Brasil y Chile con respecto a los proyectos pasados de reforma y el estado actual del mercado de salud de cada país, dado que estos son lugares de interés extranjero. El resumen de la situación actual es esencial para entender cómo acercarse a las operaciones internacionales en los sectores de salud en esta región.

La segunda parte se enfoca en la inversión pasada y actual en los sistemas de salud en estos países. Primero, define los canales de globalización a través de los cuales las organizaciones sanitarias extienden sus operaciones a Latinoamérica y a otras regiones. Estos organismos deciden invertir en mercados extranjeros usando factores decisivos distintos, los cuales son explorados en esta sección. A continuación, se extiende la idea de inversión extranjera en Latinoamérica usando casos específicos de interacción a través de corporaciones multinacionales, instituciones financieras y organizaciones internacionales de salud. A través de

este foco en ejemplos de esfuerzos pasados y actuales, se hace evidente que a pesar de que muchos esfuerzos conjuntos hayan sido exitosos, todavía hay mucho que mejorar entre operaciones transnacionales de salud en Latinoamérica.

En la tercera parte, se explora el futuro de los esfuerzos transnacionales de salud en Latinoamérica. Esta sección destaca, en primer lugar, los beneficios de expandir operaciones en la región para organizaciones que están considerando extensión en el futuro. Se presentan las opciones de crear una empresa conjunta, fusión con una empresa, o la adquisición de una organización de salud latinoamericana, incluyendo los beneficios y desafíos de cada proyecto, y cómo estos afectan los dos lados del acuerdo comercial. Adicionalmente, se definen las estrategias de entrada para entidades que potencialmente están extendiendo operaciones, con consideración a los éxitos y fracasos de esfuerzos pasados en sistemas de salud regionales. Después de cubrir la entrada en este mercado de salud, esta sección se amplía a otras operaciones, incluyendo las técnicas para evitar en situaciones comerciales, la gerencia del personal y la constitución de una presencia fuerte de recursos humanos, la promoción de la nueva organización, el trabajo al lado de la reforma de salud, y el establecimiento y mejora de comunicación a lo largo de la firma. A través de estas experiencias pasadas y estrategias actuales, una organización que se está extendiendo puede trabajar al lado de socios de salud latinoamericanos hacia la meta universal de mayor calidad y mejora de servicios. Con estos esfuerzos comunes, las organizaciones de sanidad pueden continuar trabajando juntas para mejorar la salud mundial.

Parte 1: La situación actual del mercado de salud latinoamericano

Para completamente entender el beneficio de relaciones entre sistemas de salud latinoamericanos y los internacionales, es imperativo obtener una idea básica de la situación actual de la atención de la salud en Latinoamérica. Es difícil precisar un estado de atención de salud particular, porque esta industria es extremadamente segmentada y varía dependiendo de la clase social de los clientes, la estabilidad económica del país, la cantidad de control estatal y nacional, y otros factores. Por eso, es necesario explorar la situación actual, o la “foto instantánea,” de la industria de salud en esta región.

Al fin del siglo XX, mucha parte de Latinoamérica había empezado la nueva reforma de los sistemas de salud a causa de la crisis económica en los 80 que se centraba en la deuda extranjera. Muchas de estas reformas todavía tienen influencia con los países que intentan mejorar sus sectores de salud y aumentar el acceso a la atención. En este momento, los servicios de salud representan entre 30% y 50% del gasto social en la mayoría de estas regiones. Sin embargo, mucha gente latinoamericana, específicamente los más pobres, no tiene acceso adecuado a la atención de salud (Lloyd-Sherlock 1).

Mientras muchos países del mundo tienen un sector de salud sencillo, las naciones de latinoamericanas tienen tres: salud pública, salud de seguridad social y sistemas privados. La segmentación de estos sectores produce una desigualdad de recursos asignados por cada país para la atención, en la que la gente de las ciudades, la cual tiene más recursos financieros, recibe la mayoría de la atención, mientras la gente pobre del campo tiene menos acceso. Esto produce problemas de calidad y disponibilidad de atención para los clientes. Para entender la necesidad de reforma de la atención de salud, es pertinente percibir cómo funciona cada sector.

El sistema público de salud provee servicios a la mayoría de la población pobre, mientras los

sistemas privados y la seguridad social proporcionan servicios a las clases medias y altas en las sociedades de la región (Ewig, 16-17). Hay una gran desigualdad en los tres sectores de salud, con la mayoría de los recursos atribuida al sector privado y el sector de seguridad social. En el sector público, el ministerio de salud provee mucha parte del servicio. Los latinoamericanos de clase baja no reúnen los requisitos para recibir seguridad social, ni tienen los recursos para salud privada; a causa de esto ellos sólo tienen acceso a este tipo de atención. Desafortunadamente, es imposible dar servicios a toda la población de clase baja con tan pocos recursos, lo que resulta en una calidad de servicio inadecuada (Mesa-Lago 15). El ministerio está proveído con muchos menos fondos que la seguridad social en muchos países de Latinoamérica, aunque el sector público sirve a mucha más gente que el sector social. Según los estudios de la Pan American Health Organization (PAHO):

En la República Dominicana, un 91% de la población (fuera del sector privado) está cubierta por el ministerio y un 9% por el seguro social, pero las proporciones respectivas de ingresos para cada agencia son 53% y 47%, respectivamente, resultando en proporciones de 0.58 para el ministerio y 5.22 para el seguro social. Proporciones igualmente desiguales existen en Cuba, Ecuador y Perú (traducción mía). (Mesa-Lago 16)

Muchos países latinoamericanos constantemente intentan mejorar esta situación, pero el aumento reciente obstaculiza muchos de estos esfuerzos a causa del desequilibrio y segmentación del mercado (Lloyd-Sherlock 6). Es claro que esta segmentación de atención de la salud crea una

desigualdad en la asignación de fondos y recursos para cada sector, y los que sufren al máximo a causa de esto son los pobres.

La seguridad social es un gran proveedor en los países latinoamericanos, incluyendo los programas de maternidad y remuneración de los trabajadores. En algunos países, este tipo de seguro cubre más gente que el sector público de salud. Considerando que el seguro se centra en servir a la clase media (más algunos miembros de las clases media-baja y media-alta), no está disponible para los pobres. Actualmente, la gente que satisface los requisitos para recibir la seguridad social en la mayoría de estos países tiene que vivir en áreas en las que está disponible este tipo de beneficio, estar en el grupo ocupacional correcto y trabajar en la industria que recibe cobertura suficiente del estado. La mayoría de personas bajo la línea de pobreza no tiene la oportunidad de recibir los beneficios de seguridad social (Mesa-Lago, 24-25). En algunos casos, la seguridad social se emplea por indigentes, pero estos casos no son predominantes en la mayoría de la región (Mesa-Lago, 16). Dado que el sector social está equipado con muchos más recursos que el sector público, es comprensible que la calidad y disponibilidad de la seguridad social sean mucho más adecuadas.

El sector personal es más pequeño de Latinoamérica, pero está creciendo constantemente. Se usa la salud personal en los servicios sin y con fines de lucro. Este tipo de seguridad incluye seguridad individual y grupal, y opciones de cobertura para la empresa, de comunidad y cooperativas. La mayoría de estos sirven a clientes que viven en zonas urbanas. En este momento, las ciudades grandes en particular están experimentando un gran aumento en hospitales y clínicas particulares. La calidad del sector privado varía entre países diferentes, pero en comparación con los otros dos sectores, este provee los mejores servicios, para quienes

pueden pagar (Mesa-Lago 16). El sector privado, el cual está creciendo constantemente en los países latinoamericanos, proporciona la mayoría de servicios de salud a clientes de la clase media y alta, con exclusión de algunos procedimientos médicos muy complicados para los que todavía no tienen acceso. Este proceso afecta todos los elementos de la atención de salud latinoamericana, y personas de las clases media, media-alta y alta enfocan sus fondos disponibles hacia planes pre pagados para ellas y sus familias. El pronóstico es que el sector privado continuará aumentando su influencia, especialmente en los países más desarrollados de la región. Esto ya ha cambiado la situación de atención de salud, y es probable que continuará por el mismo camino.

Una cultura distinta de atención de salud se ha desarrollado a causa de la segmentación. Hay mucha desigualdad hacia la atención de hospitales en particular. Los países latinoamericanos asignan muchos más recursos para atención de salud que otras partes del mundo, pero la eficiencia de los servicios no es adecuada en comparación con los hospitales extranjeros, aún en algunas regiones menos desarrolladas. Como en muchas economías ex-socialistas, hay un gran problema de proporción desigual de servicios. Por ejemplo, en muchos casos hay un exceso de profesionales clínicos y una falta de otros recursos necesarios (Lloyd-Sherlock 3).

La desigualdad del sistema de salud latinoamericano no está causada por el mundo comercial, sino que está establecida por la base de las sociedades de la región en general. La opción de evaluar el sistema de salud para reducir la pobreza, especialmente en países en desarrollo, mejoraría la situación de millones de latinoamericanos pobres sin acceso a una atención de salud adecuada. Sin embargo, hay que notar que “derecho y acceso a atención de salud en la mayoría de países latinoamericanos reflejan la estratificación e injusticia de sus sociedades en conjunto,

reforzando en lugar de aliviar divisiones sociales (traducción mía)” (Lloyd-Sherlock 8).

A causa de la desigualdad y segmentación de la atención de salud, muchas organizaciones de la región empezaron a reformar el sistema intentado optimizar sus operaciones de salud, muchas veces sin éxito, pero el proceso de mejora se intensificó al fin del siglo XX. Actualmente, estas organizaciones están enfocando sus proyectos de mejoramiento hacia en el cambio de sectores públicos y privados, el desarrollo de nuevas estrategias de gestión y la configuración de esfuerzos de descentralización. Además, la región está intentando mejorar los procesos de salud, incluyendo la infraestructura y la eficiencia de facilidades (Lloyd-Sherlock 12). En particular, la eficiencia se hizo una prioridad de una nueva reforma de atención después de los 80, cuando más servicios se extendieron a nuevas partes de Latinoamérica sin tomar en cuenta la efectividad de operaciones ni el uso de fondos en la administración (Lloyd-Sherlock 13). Algunos movimientos radicales de reforma incluyen el experimento pionero de Chile en los 80, y más recientemente, los proyectos de mejora en México y Argentina. Colombia, por su parte, inició esfuerzos para desarrollar un sistema de salud unificado y universal (Lloyd-Sherlock 2). Como se ve, ha habido muchos movimientos de renovación en las últimas tres décadas, y varios más están en camino. Sin embargo, todavía muchos sistemas de salud latinoamericanos sufren de parcialidad urbana, excesos o faltas de personal y gestión y administración inadecuada (Lloyd-Sherlock 15). A causa de la importancia de mejorar por la asignación de recursos y la administración general de salud, los procesos de renovación siguen aumentando en importancia para los economistas, los ministerios de finanzas y los administradores de salud en el continente (Lloyd-Sherlock 13).

Ya que la situación de atención de salud en Latinoamérica es tan compleja y cubre tantas áreas diferentes, es necesario enfocarse en algunos lugares relevantes para formar una idea más

específica de las relaciones globales de salud. Por esta razón, nos concentraremos en Colombia, México, Perú, Brasil y Chile, países que han ganado mucha atención internacional recientemente a causa de los avances hechos en sus sistemas de salud.

Colombia es un país de ingreso medio-bajo, y mientras ahora es relativamente estable, ha sufrido más de cincuenta años de guerra interna. Su sistema de salud ha experimentado unos movimientos de mejora en el siglo XX, enfocando sus esfuerzos hacia la meta de crear un sistema de salud unificado y universal (Lloyd-Sherlock 165). Durante los 70, se desarrolló un Sistema de Salud Nacional, con una estructura centralizada y la mayoría del poder en las manos del Ministerio de Salud. Este sistema contenía tres partes: el sector privado, el sector social y el sector público. Como en otros sistemas latinoamericanos divididos así, el sector privado servía principalmente a las clases alta y media. El sistema de seguridad social no alcanzaba a cubrir más que un cuarto de la población nacional y estaba enfocado en las zonas urbanas. El sector público, como otros servicios de salud, servía a la clase baja. El gran problema con este sector era que una gran cantidad de la población colombiana, casi un 20%, no recibía ningún tipo de cobertura. Esto, antes de la reforma, resultó en la pérdida de recursos importantes y la falta de cobertura en áreas rurales o principalmente pobres. Colombia estaba desesperada por alcanzar una reforma de atención de salud, la que empezó en la década de los 80 (Lloyd-Sherlock 165-167).

El movimiento inicial de reforma para cambiar el sistema colombiano estaba enfocado en la descentralización de servicios sanitarios. Algunas nuevas leyes instauradas a lo largo de los 80 ayudaron a empezar este intento de redistribución en elementos políticos y administrativos. Luego, la redistribución de la atención de salud fue introducida en la constitución de Colombia

en 1990, y reforzada con la institución de una ley nueva de descentralización en 1993. Estos cambios hicieron que los líderes de los municipios colombianos se convirtieran en los actores mayores de los planes de salud en sus áreas principales (Lloyd-Sherlock 168-169).

El segundo movimiento de reforma fue la revisión de seguridad social. Se establecieron cinco prioridades nuevas para la reforma: eficiencia, universalidad, solidaridad, comprensión y participación social. Esta transformación construyó un consenso en general sobre los cambios de seguridad social. El proyecto de mejora, que todavía está en proceso, es considerado una prioridad de la nación. En este momento, la cobertura de seguro para los colombianos ha aumentado más del doble del porcentaje que se presentaba antes de los esfuerzos de mejoramiento (Lloyd-Sherlock 170-165). Todavía existen diferencias de cobertura basadas en regiones diferentes, pero Colombia está trabajando hacia un sistema de salud muy accesible y universal para todos.

El sistema de salud en Perú es similar al de otros países latinoamericanos por la existencia de los sectores privados, sociales y públicos. Sin embargo, la cobertura de salud es un poco diferente en el sentido que tiene varios programas de bienestar además de seguridad social y el sector público. Los municipios grandes tienen sus propios proyectos de cobertura para trabajadores públicos, como los vendedores o los trabajadores de sanidad. Los municipios tienen la responsabilidad de estos programas, y los beneficios ofrecidos a la gente elegible varían dependiendo de las regulaciones únicas del municipio particular (Mesa-Lago 133).

Este país experimentó unas reformas importantes al fin del siglo XX. Anteriormente, el programa de seguridad social nacional del Instituto Peruano de Seguridad Social, sólo era disponible a trabajadores formales en áreas urbanas (Mesa-Lago 132). El país tiene una gran

población indígena, con un idioma, cultura y costumbres muy diferentes que el resto del país, y esta población no estaba recibiendo ningún tipo de cobertura antes del inicio de la reforma. Además, en el año 1987, Perú tenía la segunda cantidad más alta de pobreza de Latinoamérica, según encuestas de ECLAC. Una mitad de la población sufría de pobreza, y la mayoría no recibía beneficios de ningún tipo de seguro (Mesa-Lago 137). En 1986, la seguridad social empezó a cubrir a más gente, particularmente a los trabajadores informales rurales. Además, la nueva legislación durante este año mandó que las entidades de salud públicas, a través del Ministerio de Salud, se juntaran con el Instituto Peruano de Seguridad Social, para consolidar sus esfuerzos. Sin embargo, estas campañas de integración se acabaron en el año 1988 (Mesa-Lago 133).

La reforma del programa de seguridad social en Perú continuó en 1990 con la introducción de entidades de proveedores de salud privados para competir con el sistema estatal. En 1999, el Instituto Peruano de Seguridad Social se convirtió en EsSalud, y empezó a cubrir la atención de salud más compleja que podían proveer los nuevos aseguradores privados. La cobertura de EsSalud fue extendida para cobijar más trabajadores de sectores informales. Además, se presentó un programa de remuneración de los trabajadores y EsSalud reorganizó su administración para mejorar sus servicios al público (Ewig 168-169). Estos cambios del programa de seguridad social facilitaron el acceso a cobertura para nuevos grupos demográficos en el país y extendieron los servicios de salud a nuevas partes del país.

Otra reforma experimentada en Perú fue el Seguro Escolar Gratuito (SEG), ofrecido a niños quienes asistían a la escuela pública. A través de este sistema, 6 millones de niños que tenían entre 3 y 17 años recibieron beneficios gratis en 1998 (Ewig 178). A causa de esto, las familias

con escolares no tenían que pagar por atención de salud, y los jóvenes fueron animados a continuar sus estudios. A pesar del éxito del proyecto para los 6 millones de niños y sus familias, generalmente ofreció sus beneficios más a chicos que a chicas, particularmente porque las familias pobres enviaron sus hijos a la escuela mientras que las hijas se quedaban en casa. Además, el proyecto sólo afectó a la población que podía permitir que sus hijos estudiaran, lo que significó que la gente de pobreza extrema no se benefició de estos esfuerzos (Ewin 178-179).

México es el segundo país más grande de la región, con un nivel de ingreso intermedio en comparación con otras naciones. El sistema de salud tiene sectores públicos, sociales y privados, como el resto de la región. El sector público cubre a los ciudadanos sin seguro, principalmente a las poblaciones rurales y pobres. La seguridad social cubre un 40% de la población en total, cubriendo a los trabajadores formales, los empleados del sector civil, la fuerza armada, los operarios de la Compañía Nacional de Aceites, y los recipientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Algunos temas principales de mejoría en el sistema de salud mexicano incluyen el acceso a la atención de salud, la escasez de servicios, la ineficiencia y la baja calidad de atención (Lloyd-Sherlock 130-135). Sobre todo, uno de los temas más importantes es la desigualdad de distribución de atención, con muy poco acceso en áreas rurales y pobres (OECD 64).

México ha establecido algunas reformas para confrontar los problemas más importantes del sistema de salud. El programa de seguridad social se cambió para incluir a trabajadores informales y trabajadores independientes también. En 1995, la nueva Ley de Seguridad Social transfirió planes de jubilación y pensiones de personas de edad mayor del Instituto Mexicano de Seguridad Social a las Asociaciones de Fondos para el Retiro, para crear una administración completamente avanzada de estos planes de seguro. Una reforma que todavía está en proceso es

la implementación de regulaciones contemporáneas para que las empresas privadas puedan reemplazar los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social para empleados. Además, se crearon las Unidades de Áreas Médicas, nuevas unidades descentralizadas para proveer servicios de salud a beneficiarios de IMSS en áreas definidas (Lloyd-Sherlock 134-137).

Con respecto al Ministerio de Salud en México, las reformas incluyen la descentralización de servicios para gente sin seguro, que empezó en 1987 y que todavía está en proceso. En 1995, el Ministerio inició una intervención sanitaria para millones que no tenían acceso a atención antes, y en el año 1997, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) fue implementado para aumentar la participación en actividades que promueven la sanidad para gente que vive en la pobreza. También en 1998, el Ministerio de Salud empezó a extender la disponibilidad de medicinas regulares y genéricas (Lloyd-Sherlock 137-138). Las metas principales de la reforma del sistema de salud en México recientemente se enfocan en el acceso de atención, los beneficios para la población, la elegibilidad y oportunidad para recibir cobertura. El país todavía está trabajando hacia estas metas y hacia el proyecto de mejorar sus servicios de salud en general.

Brasil es un país que siempre está mejorando su sistema sanitario. En los últimos 20 años, el progreso de la atención ha resultado en sectores más equilibrados, constituyéndolo ahora en uno de los sistemas equilibrados más grande del mundo (Francis y Moordian 5). Como ocurre en otros países latinoamericanos, Brasil también tiene sectores privados, públicos y sociales. Sin embargo, mientras mucha gente de clases media y alta usa facilidades privadas, todavía confían en los servicios públicos como la fundación de su atención de salud. El sector público es financiado por el Sistema Único de Salud, y esta entidad asegura que las personas en partes

remotas del país reciban los servicios que de lo contrario no recibirían (Alves y Timmins 7).

Las reformas empezaron al fin del siglo XX para Brasil, como en otros países de la región. El Programa de Salud Familiar y otros esfuerzos similares proveyeron servicios a poblaciones en las áreas más lejanas del país. Este aumento en disponibilidad de atención ha ayudado a reducir la tasa de mortalidad más de 50%, y la devastación de vidas por enfermedades ya no es un gran problema nacional. Mientras la mejora de servicios de salud ha sido un gran desarrollo en el país, la atención brasileña todavía sufre de problemas con la calidad de servicio y la eficiencia de las facilidades. Una reforma esencial es la externalización de gestión de facilidades en áreas urbanas principalmente para mejorar la calidad de servicio y la eficiencia (Francis y Moordian 5). La mayoría de estos socios externos son organizaciones sin fines de lucro.

Chile es uno de los países más avanzados y más desarrollados en Latinoamérica. Los tres sectores comunes a través de la región también existen en Chile: el sector público, el sector privado y el sector social. Después de la Segunda Guerra Mundial, el sector público fue extendido y centralizado a un servicio universalizado nacional. En 1979, la primera reforma de atención de salud proveyó acceso a proveedores privados a la clase trabajadora. Un nuevo tipo de seguro, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), gestionó y organizó los servicios particulares para la nueva demografía incluida. La extensión del sector privado empezó en los 80, con la fundación de planes de seguro de los Institutos de Salud Provisional (ISAPREs). Este cambio para el sector privado creó más disparidad en acceso y elegibilidad para la atención de salud, lo que destacó la necesidad de más reformas del sistema (Lloyd-Sherlock 94-95).

Con el movimiento político democrático en 1990, la nueva meta fue reducir la desigualdad en acceso a servicios de salud. El país se movió hacia la descentralización; sin embargo, la

desigualdad de accesibilidad todavía presenta un gran problema en el sistema chileno. El cambio del objetivo resultó en la nueva meta de mejorar la eficiencia y calidad del sector público (Lloyd-Sherlock 111). La privatización sigue aumentando en Chile, y la calidad de servicios de facilidades privadas todavía tiene una gran ventaja sobre la del sector público, que no tiene los recursos para competir. Desafortunadamente, la gente de la clase baja no tiene otra opción que continuar recibiendo servicios públicos, sin fondos para pagar por atención privada.

Este resumen de la situación actual en Latinoamérica es esencial para entender lo que ocurre hoy en día en los sectores sanitarios de los países del continente y por qué. Con el ímpetu de la reforma, junto con la globalización de organizaciones que crece constantemente, los países latinoamericanos han empezado a interrelacionarse con entidades globales. La segunda parte de este estudio va a enfocarse en este tema relevante.

Parte 2: Influencia internacional

Con la gran importancia del comercio internacional hoy en día, es comprensible que Latinoamérica haya empezado a establecer conexiones con empresas internacionales de salud. Hay algunos canales diferentes de entrada en el mercado extranjero que han influenciado este desarrollo transnacional de salud. Uno de los más prominentes y relevantes es La Organización Mundial de Comercio. También existen instituciones financieras multinacionales, como el Banco Mundial. Además, se incluyen zonas regionales de comercio, como TLCAN (Tratado de Libre Comercio de América del Norte), y relaciones bilaterales entre países, como contratos de comercio. Finalmente, hay empresas independientes que establecen corporaciones multinacionales (Hall 6). Dado que este canal de globalización es el más dinámico, va a ser el

primer punto de foco con respeto a la globalización de la atención de salud.

Como en otros canales de globalización, las corporaciones multinacionales practican inversión extranjera directa (IED). Hay unos determinantes de inversión extranjera directa que influyen en la decisión de invertir en sistemas de salud en Latinoamérica, de una forma similar a lo que hacen en otras regiones. Estos determinantes, igual como en otros sectores en una escala internacional, son la distancia cultural, el riesgo del país, el gobierno, el nivel del desarrollo socioeconómico y la disponibilidad de atención de calidad (Outreville 305). Cuando estos factores aparecen beneficiosos para la compañía multinacional inversionista, las corporaciones pueden establecer relaciones con los sectores de salud extranjeros para promover desarrollo local.

Las corporaciones multinacionales empezaron a aumentar su interés en relaciones con sistemas de salud latinoamericanas al final del siglo XX, época de muchas reformas de salud en estos países. Howard Berliner dice en su comentario sobre operaciones multinacionales que “al final de 1985, nueve compañías basadas en los EUA operaban 95 hospitales en 17 países (traducción mía)” (Berliner and Regan 1280). La oportunidad de extender operaciones a Latinoamérica pareció muy atractiva a corporaciones europeas y especialmente estadounidenses, como explican Martin McKee y sus colegas:

Debido a la proximidad geográfica y a las expectativas generadas por la emergencia de algunos pactos de libre comercio, Latinoamérica ha capturado la atención de organizaciones estadounidenses de salud administrada. Como continente, Latinoamérica representa un mercado enorme donde organizaciones pre pagadas, no gubernamentales,

integradas y de ingreso ya cuidan más de 60 millones de personas (traducción mía).

(McKee *et al.* 38)

Es claro que las relaciones internacionales tienen ventajas para las corporaciones multinacionales, pero también hay beneficios para los sectores de salud en los países de interés. El establecimiento de estas relaciones promueve la inversión en economías extranjeras, crea empleo, aumenta el acceso a cosas como tecnología, mejora la infraestructura de salud y la calidad de servicios en general (McKee *et al.* 41).

Una estrategia de una empresa que está extendiendo operaciones es exportar un plan de salud administrado mientras forma una organización conjunta con compañías locales. Establecer operaciones conjuntas tiene beneficios para la empresa multinacional. Por ejemplo, ya cuenta con una clientela establecida y una ventaja con respecto a leyes y regulaciones para operar en el país (Jasso-Aguilar *et al.* 143). Por eso, muchas de estas entidades han establecido esfuerzos conjuntos con compañías latinoamericanas.

Algunas empresas bien conocidas de los Estados Unidos han ingresado en el mercado multinacional, extendiendo sus operaciones a Latinoamérica. Entre los años 1996 y 2000, Aetna, una compañía de seguros de salud, entró en empresas conjuntas con compañías de Colombia, México, Brasil, Argentina y Venezuela. Este desarrollo multinacional ocurrió al mismo tiempo que Aetna decidió acabar sus operaciones en Canadá y los países de Europa, dado que había mucha más oportunidad de éxito y crecimiento de la empresa extendiendo operaciones a la nueva frontera de salud en Latinoamérica. Sin embargo, Aetna vendió sus operaciones en el extranjero en el 2000 para enfocarse en un mercado centrado en los Estados Unidos (Jasso-Aguilar *et al.*

143). Aunque las operaciones latinoamericanas de Aetna se acabaron, la compañía, junto con el mercado extranjero, se ha beneficiado mucho con respecto a ganancias y experiencias en este nuevo mercado.

Otra empresa estadounidense, CIGNA, invirtió en las operaciones en Brasil en los años 1997 y 1998. CIGNA adquirió un sistema extenso allí, y continuó estableciendo entidades de salud en Chile y México también. Después de sacar unas ganancias de Brasil, CIGNA fue forzado a vender sus operaciones en 2003 por no alcanzar sus metas de larga duración. CIGNA Internacional tuvo más éxito a largo plazo en sus operaciones mexicanas y chilenas, y en México estableció CIGNA Seguros, un componente de CIGNA Internacional que les dio acceso a hospitales globales a clientes del seguro (Jasso-Aguilar *et al.* 144).

La Corporación Americana de Hospitales también ha invertido en sistemas de salud latinoamericanos. Opera seis hospitales en Brasil, que forman parte de la organización del mantenimiento de salud que se llama AMICO. Además, la Corporación de Humana maneja un hospital en México D.F (Berliner y Regan 2). Estas entidades se dan cuenta de la gran oportunidad de extender operaciones a países latinoamericanos, y por eso tienen una ventaja en el mercado global de salud. Otras empresas estadounidenses que se han establecido en esta región incluyen EXXEL Group, American International Group, International Medical Group, Prudential, e International Managed Care Advisors (Iriart *et al.* 1246). La influencia de corporaciones multinacionales continúa influyendo en los sistemas de salud latinoamericanos para trabajar juntos hacia una meta común de mejoramiento de los mismos.

Como las corporaciones multinacionales, otras organizaciones multinacionales financieras han empezado a juntarse con los sistemas de salud latinoamericanos. Unas de las instituciones

que ha tenido la mayor de influencia en esta región es el Banco Mundial. Esta organización ha implementado muchos proyectos de reforma en Latinoamérica, y proveyó los recursos para financiar estos esfuerzos. El BM ha participado en esfuerzos para la reforma del sector de salud, particularmente en Argentina. En 1991, financió proyectos para promover la descentralización de hospitales, el desarrollo de recursos humanos, la promoción de sanidad y protección y el establecimiento de una red de información (Irat *et al.* 1246).

Una división del Banco Mundial, la Corporación de Finanzas Internacional, opera solamente en los sectores privados de salud. Esta división ha puesto millones de dólares para establecer una organización conjunta con una compañía de Brasil, ICATU, y una compañía portuguesa que opera en Brasil, el Grupo José de Melo. Esta institución conjunta fue establecida para ayudar con el seguro privado en Brasil (Hall 9). El Banco Mundial ha ayudado con algunos esfuerzos de reforma en países latinoamericanos, particularmente para descentralizar operaciones y promover el movimiento hacia la privatización de los sistemas de salud.

Adicionalmente, otras organizaciones internacionales como la Organización Mundial de Comercio han empezado a juntarse con compañías de los sistemas de salud latinoamericanos. Al final del siglo XX, esta entidad se enfocó en reducir barreras de intercambio, incluyendo comercio entre América del Sur y América del Norte. Cuando empezó TCLAN, los servicios de salud públicos fueron afectados significativamente (Waitzkin *et al.* 895). Este nuevo componente de comercio entre las dos regiones también facilitó la interacción entre empresas de salud.

Las empresas extranjeras usan la influencia de la Organización Mundial de Comercio para facilitar cooperación con sistemas de salud en países latinoamericanos. La OMC ayuda a los esfuerzos de estas empresas para organizar reuniones entre los dos grupos con el propósito de

discutir negocios y metas comunes para empresas conjuntas (Jasso-Aguilar *et al.* 145). Sin embargo, esta estrategia ha desarrollado controversia, porque las empresas extranjeras usan la influencia del gobierno de sus países para organizar tales reuniones. La argumentación contra el uso de estos procedimientos es que estas empresas usan el poder de sus gobiernos para controlar la creación de estas reuniones, pero los resultados sólo son para el beneficio de las empresas y no para los sistemas de salud de Latinoamérica a los cuales servirían. Esto es un elemento crítico de la interacción con sistemas de salud de regiones extranjeras, y la parte final de este estudio analiza los errores de estas operaciones junto con las acciones positivas y las maneras en que las empresas internacionales han afectado los sistemas de salud en Latinoamérica. A continuación, nos enfocaremos en el futuro de estos esfuerzos transculturales de salud, y como los dos grupos que toman parte pueden mejorar el proceso para continuar trabajando hacia la meta común de mejorar el mundo de la salud.

Parte 3: El futuro de los esfuerzos transculturales de salud

Esta parte final se enfoca en los detalles de los esfuerzos transculturales de salud, incluyendo los beneficios de participar en estas operaciones, cómo entrar y operar en estos mercados y la percepción del futuro para estas empresas. Aunque hubo mucho éxito en el comercio conjunto de salud desde el final del siglo XX, todavía queda mucho para mejorar. También, como en el mundo de los negocios en general, este mercado siempre se está desarrollando y las empresas en las que trabajan tienen que continuar avanzando junto con el mundo de la salud.

El aumento de la globalización ha igualmente aumentado la necesidad de extender operaciones a los socios internacionales. En este ambiente global de salud, William Foege y sus

colegas observan que:

Una perspectiva limitada ya no es sostenible. Las corporaciones necesitan modelos de negocios factibles a largo plazo que contribuyan al progreso en la economía global, no sólo porque mejorarían la reputación corporativa, sino – más importante – porque invertir en crecimiento simplemente tiene un buen sentido comercial (traducción mía). (Foege *et al.* 9).

Ahora, la perspectiva de salud se ha convertido en una perspectiva mayormente global, y las empresas se dan cuenta de que la manera para mejorar y beneficiarse es formar sociedades con otros países, en este caso con los países de Latinoamérica (Foege *et al.* 125).

Específicamente, hay varias razones para extender operaciones a Latinoamérica en las que se fijan las empresas internacionales. Las organizaciones que están fuera de América de Norte y América de Sur pueden beneficiarse de la proximidad de las dos regiones mientras se extienden a los países latinoamericanos. Las operaciones en la región han mejorado a causa de las reformas de salud, y los países latinoamericanos buscan socios extranjeros para continuar mejorando las operaciones, lo que hace más fácil la extensión (Business International Corporation 20). Muchas empresas de salud latinoamericanas están buscando asociados de otros países para trabajar conjuntamente hacia una meta común de mejorar la calidad y operaciones del sector de salud en general. Particularmente, Brasil ofrece beneficios de extensión de operaciones por razones que incluyen la infraestructura más desarrollada, lo que hace más fácil la extensión para trabajar en empresas conjuntas (Business International Corporation 25). Por estas razones, otras empresas

continúan extendiéndose a la región para trabajar con sus empresas de salud.

Cuando una institución elige extender sus operaciones a Latinoamérica, puede tomar dos rutas: crear una empresa conjunta con la empresa latinoamericana particular o hacer una adquisición o fusión de comercio. Las dos opciones tienen pros y contras para los grupos involucrados. Estadísticamente, los sistemas de salud en empresas conjuntas domésticas y multinacionales expresan satisfacción con sus resultados, con más disponibilidad de recursos para los clientes y mejora de servicios (Sewell *et al.* 4). Las empresas conjuntas también ayudan a aumentar las oportunidades de negocios con la importancia y desarrollo de la globalización (Sewell *et al.* 6). Ciertamente, este camino de negocios internacionales es una buena opción para muchas empresas que quieren empezar a extender los negocios a Latinoamérica.

Si una empresa elige juntarse comercialmente con una firma rentable, estable, con interés en la extensión de sus operaciones, se establece una fundación para el éxito de la organización conjunta (Business International Corporation 10). Sobre todo, una empresa conjunta tiene el beneficio de su propia identidad y la estructura de gerencia. Sin embargo, en muchos casos, el precio de empezar este tipo de relación es muy alto, y requiere la dependencia en una organización parental para iniciar el comercio (Economist Intelligence Unit 34).

Las fusiones de comercio y adquisiciones también tienen sus propios beneficios y riesgos, específicamente en las operaciones de salud en Latinoamérica. En algunos casos, especialmente cuando una empresa debilitada latinoamericana es el objetivo del comercio con una empresa extranjera, la adquisición es la mejor opción. De esta manera, la empresa que compra a la otra puede controlar todos los aspectos de la organización y prevenir el fracaso de la firma (Sewell *et al.* 18). También es claro que fusiones y adquisiciones son más fáciles y menos caras para

establecer que las empresas conjuntas, y requieren menos tiempo para empezar operaciones (Economist Intelligence Unit 35). Un punto muy esencial cuando se toman algunas de estas rutas es no perder la identidad de la empresa latinoamericana en el proceso. La retención de cultura e identidad parece una de las cosas más importantes para mantener el optimismo y la motivación de los empleados, especialmente los que trabajaban anteriormente para la empresa.

Una de las etapas más cruciales al establecer comercio en el extranjero, a través de la organización conjunta, la fusión de comercio, o la adquisición, es la entrada de la nueva empresa. Primero, una compañía tiene que decidir su estrategia primaria para la extensión extranjera. Algunos factores importantes cuando se considera esta estrategia son la cantidad de control que la empresa tiene que retener, la competencia que existe en la nueva región (a través de la extensión de participantes domésticos o extranjeros), la elección del momento oportuno, la habilidad de retirar ingresos del nuevo país de operaciones, la duración de la estancia en la región (permanente o temporal), y la estructura organizacional (Business International Corporation 2). Estas decisiones afectarán el futuro de la empresa en el extranjero y definirá el nivel de éxito que se tiene en la nueva frontera de comercio. Además, una empresa tiene que asegurar que los dos grupos involucrados tengan la misma meta de desarrollo, y que estén contribuyendo y recibiendo beneficios iguales del acuerdo para promover la continuación de cooperación en sus esfuerzos comerciales (Economist Intelligence Unit 19).

Después de la entrada inicial en el mercado de salud latinoamericano, es crucial establecer una manera de hacer comercio. Primero, es importante reconocer los fracasos que han ocurrido durante operaciones similares en años anteriores. Hay algunos errores comunes que se hacen cuando se realiza este tipo de expansión en los negocios. Una empresa que no investiga sobre el

país y el mercado de interés antes de extender operaciones ya ha fracasado. Igualmente, la gerencia de la empresa tiene que tomar interés en el nuevo emplazamiento. Es importante seleccionar agentes de comercio en el país, y concentrar los esfuerzos en un solo mercado. Además, es crucial ser flexible en el proceso de cambio en el nuevo país, evaluar el impacto de materiales de publicidad en el mercado extranjero, delegar responsabilidad uniforme y firmemente, y no suponer ninguna cosa a causa de la reputación de un país (Business International Corporation 29-30).

Adicionalmente, hay algunos factores que determinan la supervivencia de empresas conjuntas, fusiones y adquisiciones en el extranjero. Hay que asegurar que los dos grupos reciban la misma cantidad de ganancias y beneficios de los esfuerzos, que mantengan un liderazgo corporativo fuerte, y que se enfoquen en metas de organización común. Asimismo, una empresa tiene que tener expectativas realistas en el mercado, mantener cooperación en operaciones en general, y siempre trabajar hacia el beneficio del país anfitrión (Economic Intelligence Unit 93-97).

La formación del personal de una organización transnacional es un factor clave para establecer el equipo que promueve operaciones y continuar progresando y desarrollándose en el extranjero. Es esencial construir un grupo de personal fuerte e influyente para llevar a cabo las metas de la organización. Al inicio de las operaciones, hay que evaluar la gestión y formar una idea de un grupo ideal para dirigir los esfuerzos de la empresa (Business International Corporation 89). Es crucial no elegir la gestión adecuada, sino la gestión mejor para la organización. Es beneficioso escoger personas que ya trabajan en el mercado latinoamericano, para la concentración del talento que ya existe en la región. También hay que retener los

individuos que sobresalen en sus puestos y, aún más importante, tener paciencia durante este proceso de selección y crecimiento (Business International Corporation 42-43).

Junto con el personal, un elemento muy importante al establecer las operaciones es crear una presencia fuerte de recursos humanos. Este departamento asegura que la organización continuará recibiendo personal adecuado para cada puesto, y que puede trabajar hacia una meta común de desarrollo y mejora constante. Es decir, “los recursos humanos no sólo son fundamentales y críticos para la entrega de servicios de salud, son el aliado más valorado del líder de salud (traducción mía)” (Foegen *et al.* 195). Los recursos humanos también son clave para ganar la aprobación de la empresa latinoamericana con que la empresa extranjera se está juntando, fusionando o adquiriendo. En las fases principales de estos esfuerzos conjuntos, los recursos humanos priorizan la tarea de convencer a todo el mundo en la organización de los beneficios de cualquier ruta de comercio. Esta entidad hace más fácil la educación de la nueva cultura de la organización y la posición de cada asociado en este sistema (Economist Intelligence Unit 48). Con la ayuda de recursos humanos, cada miembro de los grupos involucrados puede asimilarse más fácilmente en el nuevo ambiente que crea estos esfuerzos conjuntos.

Sobre la publicidad de la nueva organización, hay muchas cosas importantes para considerar. Es crucial entender la cultura del país en la que la empresa opera, para obtener clientes leales o retener los que existían antes del acuerdo transnacional. Primero, es crucial no tratar a Latinoamérica como una entidad singular. Los países de la región tienen sus propias identidades, y es muy importante entender los elementos de la cultura del país particular para calibrar la estrategia de publicidad adecuada. También con respeto a cultura, hay que identificar el servicio a la nación y el orgullo nacional. La publicidad tiene que alinearse con costumbres locales. En

línea con la importancia de la reforma en las décadas recientes, es importante enfatizar la calidad y mejora de servicio, dado que estos puntos han sido cruciales en la prioridad de los esfuerzos de reforma (Business International Company 39-40). Sobre todo, hay que mantener la sensibilidad de la cultura y el ambiente local del país en el que está operando la organización.

Para continuar con la importancia de mejoramiento, una organización tiene que trabajar conscientemente junto al progreso de salud en países particulares y en Latinoamérica en general. Un tema importante ha sido la descentralización, algo que las organizaciones de salud tienen que continuar priorizando. Hay ciertas cosas que puede hacer una organización para descentralizar operaciones locales en Latinoamérica. Es importante darse cuenta de la progresión de esfuerzos para la descentralización en el gobierno local, para planear el progreso del mercado de salud y las metas para el futuro de la organización en general. En las operaciones en otros países, es crucial estar bien informadas de la opinión de la inversión extranjera con respeto a la descentralización. También es una buena idea evaluar la situación actual de la organización local de recursos como las utilidades, la estructura social, la calidad de facilidades públicas, el personal y el estado actual de los impuestos que tiene que pagar la empresa (Business International Corporation, 59-61). Estos factores de descentralización tienen mucha importancia, especialmente considerando el estado de reforma de salud en años recientes.

Factores de reforma como la privatización del sector de salud también es algo para considerar cuando se hace negocios en Latinoamérica. La privatización es un beneficio grande para organizaciones que están en búsqueda de socios para empresas conjuntas o aún para una empresa que quiere parte de una adquisición, porque este proceso ahora es mucho más común y aceptado en la región a causa de los movimientos de reforma que involucra. Por eso, los socios potenciales

tienen una mentalidad abierta sobre estas costumbres que ya han sido comunes en países como los Estados Unidos por muchas décadas. Este elemento de reforma ha hecho más disponible la oportunidad para extender operaciones a Latinoamérica en general (Economist Intelligence Unit 7).

El énfasis en la importancia de la calidad es otro aspecto de reforma que las organizaciones transnacionales tienen que considerar. El sector de la salud en los países latinoamericanos ahora está priorizando la calidad de los aspectos clínicos y del servicio también. Para mejorar la calidad de servicios, una organización tiene que tener un plan estratégico, una idea de la satisfacción de los pacientes, los recursos disponibles para poner en camino este plan de mejora, un conocimiento de las necesidades de los clientes, el entrenamiento de personal para desarrollar la calidad, una medida de realización del avance, y la motivación de cada persona involucrada en la empresa (Business International Company 57-58). El sector de salud en la mayoría de los países de Latinoamérica se está enfocando en este punto en particular, y este progreso debe ser una gran prioridad de la organización transnacional.

Una compañía debe tener la competencia de relegar todas estas metas a cada departamento y socio en la empresa, y no puede hacer esto sin una buena comunicación. Es esencial tener el contacto claro y eficiente a través de cada faceta de una organización. Hay algunas cosas que puede hacer una compañía transnacional para asegurar que la comunicación de la firma es óptima a través de cada nivel de gestión. En general, hay que invertir en el sistema tecnológico más adecuada para el tipo y tamaño del sistema de salud. También es importante promover contacto frecuente entre socios de cada nivel. Tercero, hay que formar una red de comunicación que conecte cada socio en cada aspecto del sistema (Economist Intelligence Unit 49). En un nivel

más detallado, es crucial promover contacto cara a cara para mejorar las conexiones personales y establecer las relaciones en la compañía. Es crítico comunicar regulaciones y políticas de la organización en una manera breve, concisa y fácil de entender. Si hay un cambio en la organización, esto tiene que ser comunicado con eficiencia. Tal vez la cosa más importante para las empresas que operan en el extranjero es que hay que alternar la gerencia de recursos humanos en el país extranjero y la gerencia de la casa matriz, para afirmar que la cultura, políticas y metas de la organización sean iguales (Business International Corporation 46). Estos esfuerzos deben afirmar un alto nivel de comunicación en la organización transnacional.

El futuro del comercio internacional, específicamente en el mercado de salud, no es estable. Es un campo dinámico que cambia constantemente. Sin embargo, los acuerdos entre empresas promueven la colaboración en el sistema de salud y los beneficios de esto. Es importante aprender de los socios en estas empresas internacionales, para integrarse en el nuevo país y obtener nuevo conocimiento del comercio. Los dos lados de estas organizaciones todavía tienen mucho que aprender, pero el mundo de los negocios ya está mucho más experimentado, y estos esfuerzos serán más relevantes cada día con el crecimiento de la globalización. Sobre todo, siempre es crucial entender la situación actual del país o región en que una empresa tiene interés, aprender de las interacciones pasadas entre empresas en esta área, y continuar asimilando más del país y de la cultura en los que se está operando. Si las empresas siguen aprendiendo una de la otra, el mundo de la salud continuará trabajando hacia la mejora de calidad, servicio y el estado de la salud mundial.

Bibliografia/Bibliography

Alves, Denisard and Timmins, Christopher. *Social Exclusion and the Two-Tiered Healthcare System of Brazil*. Washington, D.C: Inter-American Development Bank, 2001. Print.

Berliner, Howard S. and Regan, Carol. "Multinational Operations for US For-Profit Hospital Chains: Trends and Implications". *American Journal of Public Health* 77.10 (1987): 1280-1284. *American Journal of Public Health*. Web. Oct. 1987.
<<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.77.10.1280>>.

Business International Corporation. *101 Checklists for Doing Business in Latin America: A Comprehensive Handbook for Managers of Latin American Operations*. New York: Business International Corporation, 1990. Print.

Business International Corporation. "Solving Latin American Business Problems: Case Studies of Over 100 Companies". *Business Latin America*. New York: Business International Corporation, 1982. Print.

The Economist Intelligence Unit. *Research Report: Managing alliances and acquisitions in Latin America*. New York: The Economist Intelligence Unit Limited, 1999. Print.

Ewig, Christina. *Second-Wave Neoliberalism: Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*.

University Park: The Pennsylvania State University Press, 2010. Print.

Foege, William H., Dualaire, Nils, Black, Robert E., and Pearson, Clarence E. *Global Health*

Leadership and Management. San Francisco: Jossey-Bass, 2005. Print.

Francis, Tracy and Mooradian, Michelle. *Perspectives on healthcare in Latin America*. São

Paulo: McKinsey & Company, 2011. Print.

Hall, David. *Globalisation, privatisation and healthcare: A preliminary report*. London:

University of Greenwich, Public Services International Research Unit, 2001. Print.

Iriart, Celia, Merhy, Emerson Elias, and Waitzkin, Howard. “Managed care in Latin America:

the new common sense in health policy reform”. *Social Science & Medicine* 52 (2001) 1243-1253. *NCBI*. Web. Apr. 2001. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11281407>>.

Jasso-Aguilar, Rebeca, Waitzkin, Howard and Landwehr, Angela. “Multinational Corporations and Health Care in the United States and Latin America: Strategies, Actions, and Effects”.

Journal of Health and Social Behavior 45 “Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics” (2004): 136-157. *ASA*. Web. 2004.

<<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3653829?uid=2&uid=4&sid=21102924273547>>.

Lloyd-Sherlock, Peter. *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*. London: Institute of Latin American Studies, 2000. Print.

Mckee, Martin, Garner, Paul and Stott, Robin. *International co-operation in health*. New York: Oxford University Press, 2001. Print.

Mesa-Lago, Carmelo. *Health Care for the Poor in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C: Pan American Health Organization, 1992. Print.

OECD. *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*. Paris: OECD, 2005. Print.

Outreville, J. François. *Foreign direct investment in the health care sector and most-favoured locations in developing countries*. NCBI. Web. 13 Dec. 2006.
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17165075>>.

Sewell Jr., Marshall, Andriani, Anita, Balkin, Marcia, and Jenkins, Robert K. *Healthcare Joint Ventures*. Wall Township: Health Resources Publishing, 1987. Print.