

# Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos

Asa Cristina Laurell

## I. Introducción

Actualmente hay un gran interés por la cobertura universal en salud (Universal Health Coverage—UHC en inglés) en el marco de la(s) reforma(s) de salud. La OMS dio a conocer su último documento al respecto en enero 2013 (EB132/22. WHO, 2013); el FMI y el Banco Mundial han producido innumerables documentos al respecto; la respaldan las fundaciones Rockefeller y Bill y Melinda Gates; es tema del *World Economic Forum* (2013); y la revista *Lancet* la ha señalado como la tercera “transición en salud” comparable con las transiciones demográfica y epidemiológica (Lancet, 2012). Pero ¿de qué hablamos cuando decimos “cobertura universal en salud”?

Inicialmente es importante observar que hay un consenso amplio sobre la necesidad de realizar reformas a los sistemas de salud pero existen dos grandes corrientes de pensamiento respecto al contenido de estas reformas. Una propone que la reforma introduzca la competencia y el mercado en este sector al igual que en el resto de la economía. O sea, es la expresión en salud de la economía neoclásica y la ideología neoliberal ya que introduce la mercantilización<sup>1</sup> en este ámbito cuya importancia económica se explica por el alto porcentaje del PIB que le corresponde. Para ello opta por el aseguramiento con múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y proveedores de los servicios y la canalización de cuantiosos subsidios fiscales para sostenerlo. Este modelo se conoce bajo distintos nombres, por ejemplo competencia administrada (Enthoven, 1988) o Pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). La mayoría de los adherentes a esta corriente enfatizan casi exclusivamente en el aseguramiento universal en salud, o sea en una de las formas de financiamiento. Los ejemplos latinoamericanos más destacados son las reformas de Chile, Colombia y México y el internacional los EUA.

La otra corriente plantea el establecimiento de un sistema o servicio único y público de salud. Es decir, se inspira en el Estado Social donde los servicios de salud son públicos

---

<sup>1</sup> Para la definición del concepto mercantilización-desmercantilización ver Esping-Andersen, 1990.

para garantizar el acceso igual, oportuno y gratuito a los servicios requeridos a toda la población ante la misma necesidad (Whitehead y Dahlgren, 2006). Este planteamiento propone así la desmercantilización<sup>1</sup> del ámbito de salud y reivindica el papel redistributivo del Estado bajo la forma de prestación de servicios sociales. Los ejemplos latinoamericanos más destacados son Cuba y Brasil y esta concepción subyace en las reformas de Venezuela, Bolivia, y Ecuador entre otros. Las referencias internacionales históricas son el Servicio Nacional de Salud (National Health Service) de Inglaterra, los países europeos nórdicos y España.

Con el fin de despejar el debate sobre los sistemas universales de salud y sus retos es necesario plantear los temas que, a mi parecer, están involucrados. En primer lugar tenemos el derecho a la salud y su garantía más allá de su reconocimiento legal y normativo. Este derecho tiene vigencia desde la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU en 1945 y es un valor social muy arraigado. No fue cuestionado hasta el inicio de los años noventa, destacadamente a raíz del documento *Invertir en salud* del Banco Mundial (Banco Mundial, 1993). Coincide de esta manera con los inicios de las reformas neoclásicas-neoliberales de salud en el subcontinente.

Un segundo tema es indudablemente la cobertura universal de la cual debería desprenderse el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos. Es decir, la cobertura en sí misma no tiene significado si no se traduce en utilización de los servicios. Esta cuestión es clave porque tiende a haber una disociación entre cobertura, acceso y utilización al suponer que siempre van juntos; suposición que en la mayoría de los casos es equivocada no solo en América Latina sino en la mayoría de los países de ingreso medio o bajo (Acharya, Vellakkal, Taylor, et al, 2013). Desde ahora hay que señalar que hay una confusión, deliberada o no, entre “cobertura poblacional” y “cobertura de servicios o médica”, tema que se aborda abajo con más precisión.

El tema sobresaliente en el debate actual es el financiamiento de los sistemas de salud universales centrado en el grado de *pooling*<sup>2</sup> (mancomunación) de fondos y riesgos como si fuera el único tema relevante. Así hay una discusión sobre la fuente más apropiada para lograr el óptimo *pooling* de los recursos financieros y los riesgos. Curiosamente se argumenta en general que el/los seguro(s) sería el modelo a seguir cuando en principio hay

---

<sup>2</sup> Se opta por usar la palabra en inglés por la falta de una palabra precisa en español

un *pooling* completo en los sistemas únicos y públicos de salud financiados con recursos fiscales.

Esto soslaya que en los sistemas mixtos de seguros contributivos y con subsidios fiscales generalmente existen copagos, coseguros y cuotas moduladoras que incrementan de hecho el gasto de bolsillo<sup>3</sup> aunque se argumenta que los seguros protegen contra el gasto catastrófico de salud. También se evade indicar cuál es la cobertura de servicios de los distintos seguros a pesar de señalar que debe estar garantizada la sostenibilidad financiera para acto seguido recomendar el establecimiento de Paquetes de servicios<sup>4</sup> que distan de ser los servicios requeridos. Esto implica a su vez otro gasto de bolsillo para cubrir la atención de las intervenciones no amparados por el seguro.

Otro tema involucrado en la cobertura universal en salud se refiere a quienes son los administradores de los fondos de salud/compradores de servicios y los prestadores (proveedores) de los servicios. Esta temática es medular porque concierne la introducción plena de la competencia y el mercado en el sector salud y la separación de funciones entre la regulación, la administración de fondos/compra de servicios y la prestación de servicios. Al respecto se requiere especificar si es inexistente esta separación, y distinguir entre un fondo único de salud administrado por el Estado (pagador único) o varios administradores de fondos y compradores de servicios que compiten entre si por los asegurados.

En cuanto a los prestadores se debe dilucidar si son públicos o privados y cuál es la mezcla entre ambos en un sistema determinado de salud. Esta cuestión abarca arreglos institucionales que van desde sistemas con instalaciones y personal propios hasta la prestación privada de todos los servicios con todas las variantes intermedios posibles. Cuando está involucrada la prestación privada de servicios tiene interés aclarar cual es el tipo y la proporción de los servicios públicos y los privados y cuales son las formas de pago a los privados: capitación o pago por servicio. De ello se desprenderá en última instancia el principio organizador del sistema en su conjunto.

---

<sup>3</sup> El gasto de bolsillo de salud se define como la erogación en hospitalización, procedimientos ambulatorios y medicamentos. Se considera “catastrófico” cuando supera el 40% de la capacidad de pago del hogar (Peticara M, 2008). Debe señalarse que este monto es ínfimo o nulo para los más pobres. Además se ha señalado que es una categoría confusa en los estudios concretos (Acharya, Vellakkal, Taylor F et al, 2013).

<sup>4</sup> El argumento que se esgrime para diseñar estos paquetes es que ningún país puede garantizar todos los servicios a todos por los altos costos de las innovaciones médicas. Este argumento encubre el hecho de que los paquetes diseñados en general son muy restringidos.

Por último interesa estudiar cuál es la suficiencia de infraestructura y recursos humanos tanto en el sistema público como el privado ya que de ésta depende en gran medida el acceso a los servicios requeridos, hecho frecuentemente ignorado (Acharya, Vellakkal, Taylor F et al , 2013).

Debe considerarse la especificidad de cada país ya que en todos los casos el proceso histórico de constitución/construcción de los sistemas de salud es un referente ineludible y el contexto que modula las reformas. Aunque cada sistema tiene sus particularidades la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos comparten algunos problemas estructurales.

La primera característica es que son sistemas segmentados y/o fragmentados. La seguridad social tiende a ser el segmento público más sólido pero con una cobertura poblacional y médica variable dependiendo de las características del pacto corporativo en cada país. En cambio, el Ministerio de Salud es generalmente débil y debería de atender a la población sin seguro social pero en algunos casos sólo es responsable de las acciones de salud pública. Es de subrayar que los ministerios suelen tener poca capacidad regulatoria sobre el sistema en su conjunto a pesar de que son la autoridad sanitaria legal.

Ambos subsistemas públicos han sufrido un largo proceso de desfinanciamiento a raíz de la(s) crisis y las políticas de ajuste y cambio estructural<sup>5</sup>. Por ello tienden a tener recursos físicos e humanos insuficientes con una desigual distribución territorial y social de los servicios y el personal. Las condiciones de desfinanciamiento y falta de recursos físicos y humanos frecuentemente han llevado al extravío del propósito institucional de mejorar las condiciones de salud de la población y una tendencia al predominio de los intereses particulares, legítimos o ilegítimos, sobre el interés general. Se dan además a menudo distintas formas de corrupción.

En este contexto el sector privado ha crecido rápidamente en los intersticios del sistema público y goza de subsidios cruzados regresivos, por ejemplo vía la exención del pago de impuestos o la transferencia de fondos públicos a los privados cuando el principal prestador de servicios no es el sistema de seguro social.

---

<sup>5</sup> El desfinanciamiento ha seguido distintos caminos en la seguridad social y en los ministerios. En la primera impactaron la caída de los salarios y el crecimiento del desempleo y el empleo informal que diezmaron las contribuciones obrero-patronales hasta en un 50 al 80%. Los ministerios fueron víctimas del abrupto recorte del gasto social para disminuir el déficit fiscal con la visión económica monetarista (Laurell, 1995).

La importancia de tener presente este panorama es que las deficiencias de los servicios públicos han sido el sustrato, real e ideológico, de las reformas. Así se argumenta que sus innegables problemas son inherentes a las instituciones públicas; suposición que difícilmente resiste una comparación crítica entre las públicas y las privadas.

Las reformas tienen además distintas trayectorias cuando se introducen en sistemas públicos sólidos, en los cuasi públicos (obras sociales o administrados por los sindicatos), en sistemas con un tercer sector importante o cuando el sector privado, de seguros y prestadores, es poderoso.

## II. La disyuntiva: Sistemas Únicos y Públicos de Salud o Aseguramiento Universal

Para dar mayor sustento a la discusión sobre los caminos para alcanzar la cobertura universal en salud a continuación se comparan los sistemas únicos de salud (SUS) de carácter público con los del seguro de salud como la vía propuesta para alcanzar la universalidad.

**Cuadro 1. Concepción básica del sistema, cobertura y acceso. SUS y seguro de salud.**

Componente	SUS	Seguro de salud
<b>Concepción básica del sistema</b>		
Garantía Derecho a la Salud	Premisa. Existen problemas organizativos o de recursos para hacerla realidad.	No necesariamente. Frecuentemente lo restringe, ignora o niega.
Relación público-privada	Por naturaleza público. Puede haber relación contractual con prestadores privados.	Se organiza con la lógica del seguro con separación de funciones de financiamiento/compra de servicios, prestación de servicios y regulación.
Administrador de fondos y financiador o comprador de servicios.	Públicos.	Públicos y privados en competencia (mercado interno y/o externo)
Regulador	Instancia interna.	Instancia externa pública
<b>Cobertura y acceso</b>		
Cobertura poblacional universal.	Si, por definición.	La universalidad se refiere a la cobertura poblacional. En AL no se ha logrado.
Cobertura de servicios	En principio todos los existentes.	Definición y costeo de Paquetes de Servicios con cálculo costo-beneficio. Restringidos o amplios según pago.

Acceso oportuno a los servicios, insumos y medicamentos requeridos	En principio sí. Existen obstáculos geográficos, burocráticos y culturales necesarios de remover.	Según el diseño de los Paquete de servicios autorizados o contratados y los co-pagos. Hay obstáculos económicos, geográficos, burocráticos y culturales.
--	---	--

Fuente: Elaboración propia.

En los cuadros 1 y 2 se hace un examen esquemático de algunos elementos básicos de los SUS y los del seguro de salud. Estos son elementos son: i) la concepción básica de los sistemas y su garantía del derecho a la salud ii) la cobertura poblacional y la cobertura de servicios (Paquetes o servicios requeridos) y el acceso, iii) las características del sistema, iv) el financiamiento del sistema y su administración.

El marco ideológico<sup>6</sup> del SUS parte de las ideas de la valía igual de todos los seres humanos y de la salud como una necesidad humana básica que requiere ser satisfecha para desarrollar una vida plena con desarrollo de potencialidades y capacidades bio-psíquicas y sociales (Doyal & Gough, 1991). Esto significa que la salud debe ser una garantía individual (derecho humano) y un derecho social exigible. Es entonces una responsabilidad social del Estado, que se convierte en el sujeto obligado, de garantizarlos a todos los seres humanos para su florecimiento (Boltvinik, 2013). En rigor es la sociedad que encarga al Estado desempeñar este papel dado que los privados no pueden dar esta garantía al basarse su actuación en un contrato entre dos partes.

Los SUS son por naturaleza públicos lo que no impide que puedan existir relaciones contractuales con prestadores privados, tanto con profesionales en ejercicio liberal como con empresas médicas, para cubrir las carencias de recursos físicas y humanos. Sin embargo el (los) administrador(es) de fondos y comprador(es) de servicios son públicos. La regulación se ejerce por una instancia interna de los ministerios de salud. Este hecho ha sido criticada por los promotores de los seguros de salud ya que consideran que significa un conflicto de intereses (Funsalud, 1994).

El marco ideológico del seguro de salud es el neoliberal que se combina con los planteamientos de la economía neoclásica. Esto significa que no reconoce el derecho humano y social a la salud aunque lo ostenta con frecuencia para no trasgredir un valor social ampliamente aceptado. En todo caso reconoce el derecho del individuo a reclamarlo al gobierno cuando no lo satisface por otros medios.

<sup>6</sup> Aquí se entiende por “marco ideológico” las ideas y valores subyacentes.

Adopta el modelo básico de los seguros de salud que tienen un precio (prima) y una cobertura de servicios de salud (médica) preestablecidos. Invoca además el “pluralismo” de administradores de los seguros y proveedores de los servicios como un principio básico del mercado y la competencia. Adicionalmente se adhiere a la idea de la “equidad”, entendida como pago igual por beneficios iguales, y no de la “igualdad”, entendida como igual acceso a los servicios ante la misma necesidad reivindicado por los SUS.

Por su arreglo organizacional el regulador aparece como una instancia externa pública con una supuesta autonomía respecto a todos los financiadores/compradores y proveedores de los servicios, incluyendo a los públicos. Empero no reconoce las extremas dificultades de regular particularmente a los privados; hecho documentado ampliamente en el sistema estadounidense (Jesilow, Geis y Harris, 1995).

La cobertura y el acceso también defieren entre los dos modelos. El SUS, por definición, tiene cobertura poblacional universal. En principio ofrece acceso a todos los servicios existentes incluyendo a los insumos y medicamentos requeridos. Esto no quiere decir que estén resueltos varios obstáculos geográficos, burocráticos y culturales que son necesarios de remover. Sin embargo el hecho de que todavía no se ha podido eliminar estas barreras no justifica que se vean como un racionamiento burocrático de los servicios como pretenden los defensores de los seguros de salud (Funsalud, 1994).

En el caso del seguro de salud, la universalidad se refiere a la cobertura poblacional<sup>7</sup>, o sea a las personas incluidas, y no a la cobertura de servicios de salud o médica<sup>7</sup>. Es de señalar que ningún país en América Latina que ha optado por esta alternativa ha logrado la cobertura poblacional completa; cuestión que se analizará en los casos nacionales. La posible excepción es Costa Rica que ya la tenía antes de la reforma. En cuanto a la cobertura de servicios esta alternativa se basa en la definición y costeo de Paquetes de Servicios con base en su costo-beneficio. Son restringidos o amplios según el pago que realiza el asegurado lo que niega el principio de igualdad ante la misma necesidad. Por ello el acceso oportuno a los servicios requeridos depende del diseño de los Paquete de servicios autorizados o contratados y los co-pagos. Existen de esta manera barreras económicas y además obstáculos geográficos, burocráticos y culturales.

---

<sup>7</sup> Se entiende por cobertura “poblacional” del seguro que todos la tengan mientras que a la cobertura “médica” o “de servicios” se refiere a los servicios que están amparados.

En el cuadro 2 se plasma la comparación de ambos modelos en cuanto de las características, el financiamiento y la administración de los sistemas. El modelo de atención de los SUS es integrado y escalonado y generalmente erigido sobre la base de la educación para la salud, la promoción y la prevención. Al ser un sistema único se facilita la instrumentación de este modelo ya que su referente poblacional es territorial y la vía de ingreso es a través del primer nivel donde se realizan las actividades de seguridad sanitaria (vigilancia epidemiológica y control de riesgos sanitarios), educación, promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de un alto porcentaje<sup>8</sup> de los padecimientos. También tiene mecanismos de referencia-contrareferencia relativamente bien establecidos aunque las redes de atención no siempre funcionan adecuadamente, especialmente cuando no se disponen de unidades médicas propias de mayor complejidad.

**Cuadro 2. Organización, financiamiento y administración del sistema. SUS y seguro de salud.**

Componente	SUS	Seguro de salud
<b>Característica básicas</b>		
Modelo de atención	Integrado y escalonado sobre una base de educación, promoción y prevención.	Centrado en la atención a la persona con incentivos al desempeño. Requiere de estructura paralela de seguridad sanitaria, salud pública y comunitaria.
Tipo de planeación posible	Planeación estratégica y nacional. Permite fijar prioridades a mediano y largo plazo. Construir desde abajo con criterios de necesidades en salud	Pluralidad de prestadores dificulta planeación estratégica. Prioriza atención a la persona en áreas de alta demanda. Planeación de corto plazo con criterios financieros.
Actuación sobre determinantes sociales y económicos. (Intersectorialidad)	Ministerio de Salud parte del Gabinete con acceso directo a otros ministerios. Política social común con objetivos transversales.	Múltiples administradores y prestadores con prioridad de atención a la persona disminuye posibilidades. Política gubernamental externa al sistema.
<b>Financiamiento y administración del sistema</b>		
Fuente	Recursos públicos (Fiscal, varios impuestos)	Tri o bipartita: asegurado, (patrón), estado, nacional y/o local, con recursos fiscales (subsídios)
Recolección y administración del financiamiento	Sistema hacendario con transferencias presupuestales al SUS.	Varios, sistemas complejos. Fondo o instancia concentradora y distribuidora a administradores → prestadores (capitación o por servicio)
		Depende del número de fondos y

<sup>8</sup> Se calcula que el 80% de los padecimientos pueden ser resueltos en este nivel cuando tiene el personal suficiente y está adecuadamente equipado y abastecido.

Grado de <i>pooling</i> de fondos y riesgos.	Total.	administradores. Requiere sistema de compensación. Puede tener “incentivos perversos” <sup>9</sup> .
Gasto de bolsillo	En principio bajo.	Variable según cobertura médica, primas y pagos obligatorios.
Control de costos y eficiencia.	Regulación tecnología, insumos y medicamentos.	Regulación difícil por múltiples pagadores/prestadores.
Equidad o igualdad	Alta. Requiere remover obstáculos vía planeación	Variable en función de los Paquetes, sus contenidos y costos. Co-pagos y co-aseguros, y seguros adicionales.
Transparencia	Sujeta a las reglas de los recursos públicos	Involucra transacciones múltiples entre públicos y privados difíciles de auditar.

Fuente: Elaboración propia.

El modelo de atención del seguro de salud tiende a privilegiar la atención a la persona porque el seguro es individual/familiar y los incentivos al desempeño suelen establecerse con respecto a esta atención. Dependiendo de la organización particular en cada caso, la atención integral y escalonada se dificulta por la relación entre el comprador de los servicios y el proveedor de los mismos como se verá en los casos nacionales. En principio no hay nada que impide el desarrollo de actividades anticipatorias dirigidas a los individuos pero estos sistemas requiere de una estructura paralela de seguridad sanitaria y salud pública comunitaria.

Uno de los temas fundamentales para la construcción sólida de un sistema de salud es la planeación adecuada de servicios particularmente para fortalecerlos, ampliarlos y remover las barreras geográficas y la desigualdad social en el acceso. En este aspecto los SUS tienen ventajas sobre los sistemas del seguro de salud ya que pueden realizar una planeación estratégica y nacional con el establecimiento de prioridades a mediano y largo plazo. Puede, por su carácter público, construir el sistema desde abajo y con criterios de necesidades en salud sin usar como único criterio la rentabilidad y ejerciendo su papel de redistribuidor del ingreso bajo la forma de prestación de servicios sociales.

En cambio los sistemas del seguro de salud, que promueven la pluralidad de prestadores, tienen dificultades para instrumentar una planeación estratégica con objetivos a mediano y largo plazo. Ocurre así porque prioriza la atención a la persona y se rige por

<sup>9</sup> Se supone que estos se evitan mediante el prepago

mecanismos de mercado y competencia; criterios que tienden a llevar al establecimiento de unidades médicas con márgenes altos de lucro en áreas de demanda efectiva garantizada. O sea es una planeación de corto plazo con criterios financieros lo que profundiza los desequilibrios territoriales y sociales.

La propuesta de realizar proyectos de asociación público-privada para la construcción y administración de hospitales no resuelve este problema. En primer lugar es una inversión de muy alto costo para el gobierno que además es el garante en última instancia del pago del contrato. En segundo lugar se supone que estos proyectos serán autofinanciables a través de los servicios que prestan lo que significa que no se escapan a los criterios financieros de planeación (Herrera y Laurell, 2010).

Otro tema de interés es la posibilidad de cada uno de los sistemas de actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud o lograr la intersectorialidad. Al respecto las posibilidades de los SUS son mucho mayores dado que la máxima autoridad de ellos, el ministro de salud, participa en el gabinete donde se relaciona directamente con los otros ministerios. Es además frecuente que el SUS forma parte de la política social integrada y común del gobierno, con objetivos transversales con impacto sobre el proceso de determinación de la salud y el bienestar.

En los sistemas del seguro de salud se disminuyen las posibilidades de formular una política de salud que actúa sobre los determinantes económicos y sociales al incorporar múltiples administradores de fondos/compradores de servicios y prestadores con prioridad de atención a la persona. Como autoridad sanitaria el ministerio pudiera intentar influir en la política gubernamental para alistar medidas intersectoriales pero el sistema plural de salud obedece a una lógica propia que no necesariamente coincide con la de los otros ministerios. Es decir, aunque su política comparta la orientación neoclásica con el resto de las políticas éstas no favorecen, por ejemplo la redistribución del ingreso, la generación de empleo y el control de productos dañinos a la salud. Es decir actúan desfavorablemente sobre la estructura de determinación de la salud.

Como se señaló en la introducción la cuestión del financiamiento y administración de los sistemas de salud ocupa un lugar preferente en la discusión actual. Los aspectos involucrados son: las fuentes de financiamiento, las formas de recolección y administración del financiamiento; el grado de *pooling* de fondos y riesgos; el gasto de bolsillo; el control

de costos y la eficiencia; la equidad e igualdad logradas; y la transparencia en su utilización.

Los SUS están financiados con recursos fiscales que provienen de distintos tipos de impuestos, generales o etiquetados para salud. Son recolectados por el sistema hacendario y canalizados a los ministerios o secretarías de salud (municipales, estatales/provinciales y nacionales) por la autoridad hacendaria, o sea, no hay intermediarios financieros. En principio esto significa que el financiamiento para salud está asegurado desde los gobiernos y no tiene costos de transacción. Sin embargo también puede haber desventajas. Por ejemplo, pueden ser sensibles a fluctuaciones coyunturales de la economía o los mecanismos de distribución pueden ser susceptibles a negociaciones en función del poder político de los involucrados. Esto ocurre particularmente cuando el sistema está descentralizado y la capacidad impositiva es desigual entre los nivel de gobierno y entre los estados/provincias que tiende a reproducir las desigualdades regionales.

Los sistemas del seguro de salud se financian por diversos mecanismos de contribuciones y de subsidios fiscales complementarios. Dependiendo del caso sólo el trabajador contribuye o además el empleador y/o el Estado. Esto redundando en sistemas complejos con problemas de una distribución equitativa. Para la administración de estos sistemas puede haber un fondo o instancia concentradora y distribuidora a los administradores de fondos/compradores de servicios que a su vez pagan por capitación o por servicio a los prestadores. La otra alternativa es que cada administrador recolecta las contribuciones de sus asegurados y recibe los subsidios fiscales y compra los servicios. Estos mecanismos tienen altos costos de transacción y favorecen frecuentemente a los administradores y proveedores privados a costa de los públicos. Son además susceptibles al “riesgo moral”<sup>10</sup> y la “selección adversa”<sup>10</sup> en la jerga de la economía neoclásica.

El grado de *pooling* interesa al relacionarse con la sustentabilidad de un sistema ya que es muy reconocido que se requiere diluir los riesgos en un fondo grande para evitar que quiebre o se descapitalice por los altos costos de determinadas enfermedades. El SUS no enfrenta este problema ya que tiene un sistema de financiamiento con *pooling* total al estar incluida toda la población.

---

<sup>10</sup> “Riesgo moral” significa que el asegurador excluye personas de alto riesgo de enfermar y la “selección adversa” es cuando personas de bajo riesgo no se aseguran. Ambos caen en la categoría de “incentivos perversos”.

Los sistemas basados en los seguros universales de salud, que son recomendados por su tendencia de lograr un *pooling* satisfactorio, tienen empero dificultades. Padecen de la “selección adversa” por lo que se hacen obligatorios para forzar el *pooling*. Por otro lado también suelen introducir cláusulas de tiempo de espera o de exclusión de enfermos de determinadas enfermedades, por ejemplo, el VIH/SIDA. Esto ocurre particularmente en los sistemas mixtos público/privados en los cuales los agentes privados han mostrado una gran inventiva para no asegurar a estos pacientes o recanalizarlos sistema público. O sea, incurren en el “riesgo moral”.

Las formas de administración de los sistemas universales de salud repercuten en la equidad o la igualdad en el acceso. Los SUS son en principio igualitarios al cubrir a toda la población. Ciertamente siguen existiendo distintas barreras al acceso y la utilización de los servicios como ya se vio pero son posibles de disminuir con una planeación estratégica a mediano plazo.

Las reformas de aseguramiento universal tiene como uno de sus propósito explícitos lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo esta depende de los paquetes de servicios amparados. Cuando son distintos según la prima pagada, la equidad en el acceso no se logra y puede haber costos altos para obtener los servicios excluidos. También es común que tienen co-pagos, cuotas moduladoras, co-aseguros y seguros adicionales.

Estos arreglos financieros repercuten en el gasto de bolsillo de distinta manera. Los SUS tienden a reducir el gasto de bolsillo al ofrecer servicios, medicamentos y procedimientos ambulatorios a todos pero pueden influir las condiciones concretas de los servicios. El gasto de bolsillo en los sistemas de aseguramiento universal dependen de su cobertura médica y los pagos implicados en sus esquemas.

La transparencia en el uso de los recursos por los reiterados casos de corrupción detectados en ambos tipos de sistemas. Sin embargo hay mayores posibilidades en los SUS ya que están sometidos a las reglas de fiscalización de la administración pública. En los sistemas de aseguramiento se ha argumentado que están involucrados contratos privados que no son fiscalizables por el Estado para no revelar secretos de negocios.

### **III. Los sistemas realmente existentes**

A fin de enriquecer la discusión sobre las vías para alcanzar la cobertura universal de salud es importante revisar las experiencias concretas de algunos países latinoamericanos que han optado por el seguro de salud o el SUS. Para tal efecto se analizarán a los sistemas de Chile, Colombia y México como representativos del modelo del seguro de salud y a Cuba y Brasil, con algunas referencias a Venezuela, Bolivia y Ecuador, como países que han adoptado el SUS. Aunque ambos tienen antecedentes en países europeos es de señalar que los seguros de salud tienen otra connotación en estos países y están íntimamente relacionados con los sistemas públicos.

### *1. El aseguramiento universal: Chile, Colombia y México*

Aunque Chile, Colombia y México han optado por el modelo de los seguros de salud para alcanzar la cobertura universal de salud tienen diferentes arreglos institucionales. Chile tiene un seguro obligatorio con instituciones paralelas de administración del fondo: la pública FONASA (Fondo Nacional de Salud) y las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) privadas y sus respectivos prestadores de servicios. Colombia también tiene un seguro de salud obligatorio pero es un sistema de libre competencia con múltiples administradores/compradores de servicios (EPS) y proveedores de servicios (IPS), en ambos casos públicos y privados. En ambos países las reformas fueron presentadas como una reforma de la seguridad social e incluyeron un nuevo esquema de pensiones de administración privada de cuentas de capitalización individual. En México la reforma de las pensiones antecedió a la de salud. Hoy México tiene varios seguros, los del seguro social laboral **obligatorio** y el Seguro Popular **voluntario**, dirigido a los no-derechohabientes de los varios institutos públicos de seguridad social laboral. Hasta ahora son principalmente públicos. Los tres países se caracterizan además por haber adoptado plenamente las políticas económica y social neoclásicas-neoliberales.

#### *El caso chileno*

El modelo chileno de reforma fue pionero no sólo en América Latina sino en el mundo entero. Tenía por lo menos dos intenciones: debilitar el importante y simbólico Servicio Nacional de Salud y favorecer la entrada del sector privado a la administración de los fondos de salud y en la prestación de servicios. En 1981 bajo la dictadura pinochetista se

estableció la obligatoriedad del seguro de salud cuya prima es como mínimo 7% del ingreso de la persona asegurada que es el único contribuyente aunque hay un subsidio fiscal a los más pobres. Simultáneamente se constituyeron dos sistemas paralelos de administradores de fondos/compradores de servicios, las ISAPRE privadas y el público FONASA con sus respectivos prestadores de servicios (Tetelboin, 2003). Los asegurados tienen libertad de elegir a que sistema afiliarse. Inicialmente las ISAPRE también tenían libertad de seleccionar a sus asegurados y a vender paquetes de servicios en equivalencia con el pago; condiciones que actualmente están más reguladas.

Los resultados más importantes de este arreglo institucional fueron: i) el crecimiento acelerado de un sector privado asegurador y prestador muy rentable, con prácticas extendidas de riesgo moral y concentrador de un porcentaje desproporcionado del gasto en salud; ii) varios subsidios cruzados favorables para el sector privado; iii) el debilitamiento y desfinanciamiento del sector público encargado de la mayoría de la población y de los más enfermos expulsado de los seguros privados; e iv) el desfinanciamiento de la salud pública y de los prestadores públicos (Vergara, 2005; Unger et al, 2008).

Al inicio del siglo los dos gobiernos progresistas, introdujeron una serie de cambios en el sistema de salud encaminados a regular y fiscalizar a las ISAPRE y a fortalecer el sistema público, incrementando su presupuesto y recursos físicos y humanos. Sin embargo no se intentó eliminar la estructura dual y se mantuvo como arreglo organizacional al aseguramiento con derechos diversificados según el asegurador, el monto del pago o el subsidio y con copagos por servicios y medicamentos.

El gobierno de Bachelet formuló una política de “protección social” en salud entendida como la “equidad y oportunidad en el acceso; calidad y eficiencia en el uso de los recursos; y participación-cohesión social”. En esta política el Estado tiene la responsabilidad de alcanzar la cobertura universal mediante la regulación y los subsidios, de regular las práctica y contenidos de los planes de los seguros, y de fortalecer la salud pública (FONASA, 2007). La presencia de la doctrina de la segunda reforma del Estado y de la “competencia administrada” saltan la vista.

La innovación más conocida es el Plan AUGE<sup>11</sup> (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud) legislado en 2004 (Laurell-Herrera, 2010). El propósito del AUGE es garantizar universalmente el acceso en plazos perentorios a la atención integral de determinados problemas de salud, planteamiento que difiere de los paquetes de “intervenciones” específicas que tienden a fracturar los procesos de atención. AUGE establece además prioridades con base en preferencias sociales y la calidad de vida aparte de cálculos costo-beneficio. El AUGE es obligatorio tanto para las ISAPRE como FONASA y contempla un subsidio para aquellos en riesgo de incurrir en gastos catastróficos (FONASA, 2007:51) por el pago del 20% del costo del tratamiento y los medicamentos.

Un problema importante del AUGE es la limitada capacidad de atención del sector público por lo que los pacientes de FONASA son atendidos por prestadores privados mediante el pago por servicio a éstos. Persiste además un obstáculo económico al acceso aun con el AUGE. Este obstáculo es general para todos los seguros ya que, con excepción de la Atención Primaria de Salud Municipal, toda atención y los medicamentos causan un copago establecido sobre la base de las condiciones socio-económicas de la persona, la modalidad del seguro y la institución tratante. Esto explica que sigue habiendo un gasto de bolsillo considerable, un 30% del gasto total en salud, que es causado por las cotizaciones voluntarias a las ISAPRE y por los copagos en servicios y en medicamentos. La disparidad entre la población cubierta y el presupuesto disponible sigue siendo sustancial ya que el gasto per cápita es 2.2 veces mayor en las ISAPRE que en el FONASA.

El caso chileno permite sacar algunas conclusiones. A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, uno de cada diez chilenos carece de él. La cobertura médica ha incrementado con el AUGE pero persiste el obstáculo económico al acceso. La política de Bachelet de impulso al sector público y la prioridad dada a salud han sido cruciales para este avance.

No obstante la permanencia de las ISAPRE y el modelo de libre elección de administrador de fondos/prestador de servicio impone una lógica mercantil al sistema de salud en su conjunto. La razón es que este arreglo institucional generó fuertes intereses

---

<sup>11</sup> El AUGE cubre, según el Ministerio de Salud, el 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones.

económicos. Estos difícilmente aceptarían un servicio público de salud único y son adversarios de una regulación estatal fuerte. El plan de salud presentado por el gobierno de derecha revierte los avances del sistema público y propone la profundización de la participación privada para que administre los hospitales público y la sustitución de FONASA por varios administradores públicos (Comisión Presidencial de Salud, 2010). Sin embargo, hace poco este plan fue parcialmente rechazada por el parlamento.

### *El caso colombiano*

La reforma colombiana intentó corregir las peores aberraciones de la reforma chilena pero en el fondo perseguía el mismo fin, es decir, abrir el mercado de salud a la empresa privada mediante la mercantilización y privatización con el modelo del Pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997). La reforma ha sido exitosa en el establecimiento del mercado de salud y ha producido, particularmente, un poderoso sector administrador de los fondos de salud. Sin embargo la reforma es un fracaso analizada desde su capacidad de garantizar el derecho a la salud y el acceso oportuno a los servicios requeridos y solucionar los problemas estructurales del sistema de salud.

Los elementos principales de la Ley 100, base de la reforma y aprobada en 1993, son: un seguro de salud obligatorio con subsidios para los pobres incluidos en un padrón municipal con cupos limitados<sup>12</sup>; el compromiso estatal de universalizar el seguro; la separación entre regulación, administración de fondos/compra de servicios y provisión de servicios; la descentralización de los servicios públicos de salud y la autonomía de gestión de los hospitales públicos; el establecimiento de paquetes de servicios, diferenciados entre el seguro subsidiado, el POS<sup>13</sup>-Básico, y el seguro contributivo, el POS<sup>13</sup> con co-pagos y cuotas moduladoras; libre competencia entre administradores públicos y privados por los fondos de salud y entre prestadores de servicios; libre elección de administrador y prestador por parte de los asegurados contributivos y; la compra-venta de servicios (Hernández, 2003). El Estado sólo regula el sistema, promueve la competencia y subsidia a los pobres.

---

<sup>12</sup> El padrón, SISBEN, tiene un cupo limitado lo que significa familias pobres sean excluidas cuando esté leño en su municipio y tienen que esperar su lugar.

<sup>13</sup> POS significa Paquete Obligatorio de Salud

Aparte de generar una maraña burocrática complejísima (Clavijo, 2008) los últimos estudios de la reforma colombiana demuestran que está lejos de cumplir sus promesas. Los problemas más sobresalientes son los que siguen (Torres, 2008). El seguro de salud no es universal a pesar de ser obligatorio. Ha generado una nueva estratificación del acceso a los servicios que ha disminuido desde 1997 (Zambrano, 2008) y ha llevado a decenas de miles “tutelas” (amparos) concedidos por la Corte Constitucional por la violación del derecho constitucional a la vida (Defensoría del Pueblo, 2009). Las aseguradoras privadas cobran una sobreprima y excluyen las personas de alto riesgo para garantizar sus ganancias.

Decenas de hospitales públicos han quebrado y decenas de miles de trabajadores de salud han sido despedidos. A pesar de que haya un incremento importante del presupuesto de salud de 2 por ciento del PIB, la deuda estatal con los prestadores públicos es altísima. Por último, no ha llevado a un mejoramiento de las condiciones colectivas e individuales de salud. Por el contrario ha inducido el resurgimiento de enfermedades antes bajo control como el paludismo y un declive en la cobertura de vacunación debido a la fragmentación del sistema de salud y el debilitamiento de las acciones articuladas de salud pública (Arbelaez et al, 2004).

En 2009 estaba evidente que el Sistema General de Seguridad Social de Salud estaba en quiebra (cfr Facultad Nacional de Salud Pública, 2009; Ardón et al, 2010). El presidente Uribe pretendió legislar sobre salud por decreto pero la gran movilización social y la declaratoria de inconstitucionalidad del decreto por la Corte Constitucional detuvieron esta tentativa.

Los cambios legales propuestos inicialmente por el actual gobierno, con una cómoda mayoría en el parlamento, incluyen el condicionamiento del derecho a la salud en la constitución a la disponibilidad de los recursos fiscales (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2011). Prefigura un aseguramiento universal que incorpora todas las restricciones recomendadas por el Banco Mundial y el FMI: definición de un Paquete de servicios costo-efectivo; sustentabilidad financiera sobre la base de las prioridades presupuestales fijadas por el gobierno; subsidios a los muy pobres; el mantenimiento de la competencia y el impulso al mercado de salud; y el fortalecimiento

del mercado asegurador mediante seguros complementarios para cubrir los servicios excluidos del Paquete garantizado.

Esto quiere decir que se cerraría la tutela como mecanismo para acceder a los servicios requeridos; que se incrementaría la inequidad con el nuevo obstáculo económico; que se profundizaría la privatización; etcétera (Hernández y Torres, 2010). Sin embargo, según *El Tiempo* (15/1, 2013), el gobierno se está convenciendo que ni siquiera esta reforma sería viable dada la crisis financiera del sistema y las prácticas corruptas y está elaborando otra propuesta que se presentará en marzo de 2013.

### *El caso mexicano*

Como ya se señaló el modelo de aseguramiento en salud mexicano mantiene un sistema segmentado y fragmentado con los seguros de salud obligatorios del seguro social público y el Seguro Popular voluntario para el resto de la población, legislado en 2003. Los institutos de seguro social ofrecen todos los servicios a sus derechohabientes mientras que el Seguro Popular (SP) sólo ampara un paquete reducido de intervenciones (CAUSES) y excluye prácticamente todos los padecimientos de alto costo<sup>14</sup>, excepción hecha a las intervenciones dirigidas a los niños.

Los seguros médicos de los varios institutos de seguro social tienen un financiamiento tripartita con contribuciones patronales, obreras y del Estado mientras que el SP está financiado con recursos fiscales principalmente de la federación, de los estados y una prima de los afiliados. La administración de los fondos y la compra de servicios están en proceso de autonomizarse y con poder para redefinir el paquete de servicios. Los prestadores puede ser públicos o privados aunque en la práctica son básicamente públicos en instalaciones propias con personal asalariado. No obstante la política de salud plantea crear un “sistema integrado de salud” cuyos componentes serían: la portabilidad del seguro médico, entendida como la libre elección del prestador independientemente del tipo de seguro; la convergencia de los servicios de salud, entendida como protocolos de atención costeados para el pago de los servicios al prestador y; la promoción del mercado de salud (IMSS, 2011:vi-vii). Los tres componentes incluyen explícitamente al sector privado.

---

<sup>14</sup> El CAUSES y los padecimientos de gasto catastrófico representan el 11% de los diagnósticos atendidos por el IMSS y excluye mayoría de los cánceres, infarto de corazón en mayores de 60 años, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal, EPOC, algunas complicaciones de la diabetes, trasplantes, multitraumatismos, etc.

Estas características señalan que es un sistema en transición cuyo horizonte de llegada es semejante a el de Colombia y el “Pluralismo Estructurado”, que significativamente fue elaborado por Londoño –iniciador de la reforma colombiana– y Frenk –creador del SP cuando fue secretario de salud– (Londoño y Frenk, 1997), durante la estancia de los dos en el BID.

Los propósitos explícitos del SP fueron: lograr el aseguramiento universal en siete años (2010); garantizar el acceso equitativo a los servicios; incrementar al 1% del PIB el gasto público para la población sin seguro social laboral; y disminuir el gasto de bolsillo.

Hasta ahora los principales resultados del aseguramiento en salud en México son los siguientes. El gobierno mexicano sostiene que la cobertura poblacional es del 100% sumando los seguros obligatorios y el Seguro Popular pero los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2010 mostraron que carecían de un seguro el 32% de la población y aún añadiendo los supuestos afiliados en 2011 (CNPSS, 2012) faltaría por asegurar al menos el 20% de la población (Laurell, 2012). Los datos oficiales de utilización de los servicios demuestran que los afiliados al SP son los que menos acceso tienen (CNPSS, 2012: 65,67,69). En una evaluación de diseño experimental King et al (2009) no encontró una mayor utilización de servicios de los afiliados al SP en comparación con los no-asegurados.

Los recursos públicos dedicados a salud han incrementado en 0.36 puntos del PIB en el periodo de 2006 a 2011 pero no hay un cambio sustancial entre el gasto público y privado. Empero el presupuesto para la población sin seguro social sólo alcanzó el 1% del PIB en 2009 y 2010. El SP ha ganado la pugna distributiva al principal instituto del seguro social, el IMSS<sup>15</sup>, y su presupuesto subió en 245% contra un aumento del 23% del IMSS entre 2006 y 2011. Aun así el SP no recibe los recursos legalmente establecidos lo que sugiere un déficit presupuestal para su funcionamiento. Hay además un subejercicio sistemático del presupuesto (Laurell, 2012). Sólo el 0.6% de los afiliados al SP pagan una prima ya que las familias han sido crecientemente exentadas de este pago y están clasificados erróneamente por decíl de ingreso (CNPSS, 2011:13; Laurell, 2012). A decir de Lakin (2010) el SP no es en realidad un seguro sino un paquete de servicios médico gratuitos para la población carente de un seguro médico de seguro social.

---

<sup>15</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

Esto repercute en el gasto de bolsillo. El SP solo gasta 0.93 pesos por cada peso de gasto de bolsillo de sus afiliados y todavía más relevante, el 58 por ciento de este gasto corresponde a los deciles I a IV, o sea a los pobres, mientras que los institutos de seguro social gastan 1.35 pesos por cada peso de gasto de bolsillo de sus derechohabientes y los deciles I a IV solo gastan el 5.6 por ciento de la cantidad total, o US\$ 1.7 mil millones menos que los del SP (Laurell, 2012). Frente a estos datos el hallazgo de King et al (2009) en el estudio experimental, que el gasto de bolsillo de los afiliados al SP es menor, se relativiza.

Por último es de señalar dos hechos importantes. El primero es que los incentivos de desempeño se basan en la atención a la persona y ha debilitado las acciones de salud pública. La segunda es que la mayor inversión en infraestructura de salud se ha hecho por parte de los institutos de seguro social mientras la de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, donde se prestan los servicios a los afiliados del SP, sigue siendo muy precaria, o sea, no se ha fortalecido la oferta de servicios.

La revisión de las tres experiencias del aseguramiento como vía de alcanzar la cobertura universal en salud demuestra algunos hechos importantes. El primero es que ninguno de los países la han alcanzado y enfrentan problemas de la selección adversa. Destaca el caso mexicano que tiene un retraso importante aún exentando a casi todos del pago de la prima. Cuando se refiere a la cobertura es la poblacional y no a la cobertura de servicios de salud. También hay confusión entre cobertura y acceso o utilización de los servicios. Las reglas de afiliación y de subsidios han provocado una nueva estratificación de inclusión-exclusión particularmente en Colombia. Este tema se entrelaza con los paquetes de servicios diferenciales; las barreras territoriales y económicas por restricciones de servicios y diversos copagos; así como las burocráticas y culturales.

El tema financiero, priorizado en esta visión, exhibe varias facetas. Aunque en todos los países se ha incrementado el gasto de salud, todavía hay inequidad en los recursos financieros según la modalidad del(los) seguro(s) que a su vez se relaciona con las condiciones socio-económicas de los afiliados. Este incremento empero se ve mermado por los altos costos de transacción (y la corrupción) y ha sido canalizados principalmente al sector privado. Esto a su vez no ha permitido fortalecer el sector público que incluso se ha visto debilitado o destruido en ocasiones. El caso colombiano alerta sobre la posibilidad

de una crisis presupuestal que en el caso mexicano está escondido detrás de la reducción del presupuesto legal. Así se vislumbran reformas a la reforma con una nueva reducción de los servicios.

### ***Los Sistemas Únicos y Públicos con acceso universal***

Hay un creciente número de países que están construyendo políticas universalistas basadas en sistemas públicos nacionales o únicos de salud. Sin embargo con excepción de Cuba y Brasil son experiencias que están en el inicio de este proceso. Esta política de salud, como ya se expuso, se orientan a satisfacer las necesidades de salud y no por consideraciones económicas o de mercado. Salvaguardan de esta manera el interés común en salud como un deber solidario de la sociedad y encargan al Estado organizar el sistema de salud a través de la institución pública.

Los países que han elegido este camino comparten algunas características políticas fundamentales. Han pasado por un proceso constituyente que postula la construcción de un nuevo Estado e incluye como mandato constitucional la garantía del derecho a la salud como deber del Estado. En particular, las nuevas constituciones de Venezuela, Bolivia y Ecuador postulan la organización de un Estado Social y la protección a las instituciones públicas de bienestar prohibiendo su privatización. Estas constituciones reflejan en el ámbito social las grandes carencias de las mayorías e incluyen como derechos garantizados por el Estado además de la salud y la seguridad social; a la alimentación; al agua y al saneamiento básico; a la educación gratuita en todos sus niveles; a la vivienda; y al trabajo y la seguridad económica. O sea desde la constitución política se mandata una política social integral.

Estos países tienen además gobiernos que emanan de una movilización popular importante y consistente; hecho que se traduce en una participación ciudadana amplia y el control social ocupa un lugar importante en sus agendas. Una primera conclusión de este proceso es el gran peso de la decisión política y la movilización masiva para hacer avanzar políticas fundadas en los derechos sociales plenos y la demostración de que no bastan las declaraciones si no se traducen en prácticas institucionales consecuentes, en prioridades presupuestales y con el apoyo popular amplio.

Se puede hablar de varios períodos de constitución de los SUS y las reformas contra-hegemónicas de salud. El primero y muy consolidado fue la construcción del sistema de salud cubano que inició en 1959 y que antecede con décadas a las reformas actuales. El sistema de salud de Cuba pertenece en realidad al periodo pre-reforma cuando casi todos los gobiernos latinoamericanos suscribían la idea normativa del derecho a la salud aunque no lo pusieron en práctica. Era la época de posguerra y los pactos corporativos entre el Estado, los sindicatos y los patrones que optaron por desarrollar los sistemas de seguridad social de tipo bismarckiano. La diferencia entre Cuba y el resto de los países del subcontinente fue que el gobierno revolucionario dio máxima prioridad a la salud y logró la universalidad y gratuidad de los servicios. Construyó además una industria farmacéutica y biotecnológica de vanguardia.

El segundo periodo se ejemplifica con la reforma sanitaria brasileña a finales de los 80. El último periodo abarca las reformas emprendidas por los nuevos gobiernos de Venezuela, Ecuador, Bolivia y, con más restricciones, por Uruguay, El Salvador y Paraguay. Estas se caracterizan por darse después de varios intentos de reformas neoliberales que habían dejado a sus sistemas públicos de salud muy debilitados.

#### *La reforma sanitaria brasileña*

Brasil es un caso notable ya que en este país se hizo un ajuste y cambio estructural de corte neoliberal sin que se extendiera a la política de salud (Cohn, 2008). Esto se debe en gran medida a la existencia del Movimiento Sanitario (Escorel, 1999) cuando la nueva constitución se aprobó en 1988. Este movimiento encabezó la construcción de consensos desde los estados y en los distintos ámbitos de la salud que culminó en la VIII Conferencia Nacional de Salud donde se fijaron las posiciones a llevar al Constituyente. De esta manera la nueva constitución mandata “la salud como un derecho de todos y un deber del Estado” que se garantiza a través de un Sistema Único de Salud (SUS), público y descentralizado al nivel municipal, con la obligación de proporcionar gratuitamente los servicios requeridos y los medicamentos correspondientes. Esto significó la disolución de la previsión o seguridad social en su vertiente del seguro de salud y su absorción por el Ministerio de Salud que se constituyó en el gran regulador y planificador del SUS y el distribuidor del presupuesto federal de salud.

Al inicio el principal problema del SUS fue el grave déficit de infraestructura pública de servicios debido a que la previsión social había funcionado como un seguro que contrataba la mayor parte de los servicios médicos con el sector privado al tiempo que el Ministerio se ocupaba principalmente de acciones de salud pública y no de una atención integrada a la salud. A fin de resolver este problema se realizó un esfuerzo extraordinario de construcción de infraestructura de baja y media complejidad. Hoy el SUS tiene 5,900 hospitales acreditados, 64 mil unidades de atención primaria y 28 mil Equipos de Salud de la Familia (ESF) (Ministerio de Saúde, 2012).

Según la misma fuente la cobertura pasó de 30 millones de personas a 190 millones con la implantación del SUS, lo que corresponde a una cobertura del 97% de la población. El 80% de la población cubierta (150 millones) depende exclusivamente del SUS para su acceso a los servicios de salud. Las consultas de medicina familiar se incrementaron de unos 7 mil a 73 mil en el lapso de 1998 a 2003 (Ministerio de Saúde, 2006). Según la misma fuente una encuesta realizada por IBGE encontró que el 98% de las personas que buscaba atención la recibió y que se dieron 7 ingresos hospitalarios por 100 personas de los cuales dos tercios fueron financiados por el SUS.

En cuanto a indicadores de salud la mortalidad infantil nacional bajó de 47.1 por mil en 1990 a 19.3 en 2007 o en un 59%. Más importante aún es que en el Nordeste bajó de 75.8 a 27.2 por mil o en un 64% en el mismo periodo. Estos datos se verifican en la disminución de la brecha de mortalidad infantil entre la región más próspera y la más pobre que bajó de 2.7 veces a 1.9 veces entre 1990 y 2007 (Ministerio de Saúde, 2008).

Otro rasgo sobresaliente de la reforma brasileña es la incorporación sistemática y organizada de los ciudadanos en la supervisión y conducción del SUS a través de consejos de salud tripartitas, constituidos por ley, en los distintos niveles del sistema.

El gasto de salud de Brasil corresponde al 7.3% del PIB con un gasto público del 3.6% y un gasto privado del 3.7% del PIB (OPS, 2010). Parece haber un consenso de que el SUS está subfinanciado lo que ha promovido el crecimiento de los seguros de salud privados debido a la carencia de servicios de calidad y de mayor complejidad (Cohn, 2008; Fleury, 2008; Ocké-Reis, 2012; CEBES, 2012). Se calcula que el 28-30% de los brasileños tiene algún tipo de plan privado de salud, contratado paradójicamente por la administración pública para sus empleados, por los grandes sindicatos y por los sectores

económicamente acomodados. Sigue vigente la deducción en el pago de impuestos de estos seguros lo que significa un subsidio importante a los aseguradores.

Adicionalmente se ha señalado otras paradojas consistente en que el gobierno nacional, en vez de fortalecer y refinanciar el SUS, parece considerar los planes privados como un recurso para descomprimir la demanda en el SUS y que una parte importante de los recursos públicos se usan para pagar la atención faltante en el SUS a los prestadores privados. Otros temas polémicos es el modelo de gestión y la promoción de empresas administradoras y prestadoras de los servicios al SUS (Cohn, 2009).

Por otra parte se han perfilado varios problemas ligados a la descentralización a nivel municipal. Aunque los municipios grandes con una base presupuestal y poblacional importante no tuvieron dificultades muy serias para funcionar descentralizadamente, los municipios medianos o pequeños se vieron en graves dificultades para cumplir su responsabilidad de prestación de servicios (Cohn, 2008).

Actualmente hay una discusión intensa sobre el SUS donde se está revisando y debatiendo hasta que punto fue afectado por las políticas neoliberales y qué falta por desarrollar para hacer cumplir el mandato constitucional sobre el derecho a la salud como responsabilidad del Estado (cfr por ejemplo, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; CEBES, 2012). Este debate parece prefigurar una segunda reforma del SUS no para revertirlo sino para fortalecerlo y avanzar en la garantía del derecho a la salud como deber del Estado.

#### *Venezuela: “Barrio Adentro” y las instituciones públicas de salud*

Como ya se mencionó la nueva constitución venezolana (1999) establece que la salud es “...un derecho social fundamental obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida” (artículo 83) y el Estado tiene la responsabilidad de garantizarlo a través de la creación de un sistema de salud integrado, universal y público que provea servicios de salud gratuitos (artículo 84). No obstante, es de señalar que todavía no se ha logrado plasmar estos principios en una ley reglamentaria.

El centro de la nueva práctica en salud es la “Misión o Plan Barrio Adentro” (OPS, 2006) que fue la respuesta concreta a la exigencia popular de tener acceso real a los servicios de salud en las zonas suburbanas y rurales. Entre las características sobresalientes de este proceso están los cambios en la relación entre el personal de salud y las

comunidades y en la ética de atención al público. “Barrio Adentro” fue inicialmente construido con la ayuda de miles de médicos cubanos, entrenados en atención primaria y surtidos con el equipo necesario y los medicamentos básicos. Incrementó la cobertura en 17 millones de personas, proporcionó 150 millones de consultas o tres veces más que la red tradicional y fortaleció la infraestructura básica. La participación ciudadana en “Barrio Adentro” es masiva con 9 mil comités de salud que apoyan el programa y ejercen el control social sobre éste. Estos comités han defendido el programa frente a los ataques políticos (Alvarado et al, 2008) aunque el avance en la construcción del poder popular ha tenido contratiempos (Léon, 2012).

El sistema se ha fortalecido con una gran inversión en infraestructura y se está formando masivamente (unos 25,000) un nuevo tipo de médicos –Médicos Integrales Comunitarios (MIC)— a fin de sustituir a los médicos cubanos. El fortalecimiento de infraestructura se distribuye en distintos niveles de atención que son los consultorios populares (primer nivel); las clínicas populares, centros de diagnóstico integral, salas de rehabilitación integral y centros de alta tecnología (segundo nivel); los hospitales generales (tercer nivel); y los hospitales de alta especialidad (cuarto nivel) (Alvarado et al, 2008). Para respaldar estas políticas se ha destinado un presupuesto muy importante, derivando recursos de la renta petrolera.

El talón de Aquiles de “Barrio Adentro” es que se instrumentó al margen de las instituciones públicas de salud que no respondieron a la demanda popular, ni siguieron la política delineada lo que ha llevado de frecuentes cambios en el equipo de conducción del Ministerio. El principal reto al futuro es la convergencia de ambos sistemas y la integración de los servicios de seguridad social en un sistema público y único de salud. Otro tema a resolver es la persistencia de un poderoso complejo médico-industrial que incluye los medicamentos, la tecnología médica, los prestadores privados y los aseguradores. En este contexto hay, paradójicamente, un crecimiento de los subsidios de los diversos niveles de gobierno al sector privado (López, 2011). Por último es necesario señalar que la inestabilidad creada en el Ministerio de Salud con los frecuentes cambios ha impedido la instrumentación continua de la planeación estratégica.

*Ecuador y Bolivia, hacia la implantación del SUS*

Las nuevas constituciones de Ecuador y de Bolivia, ambas aprobadas en 2008, reconocen el derecho universal a la salud como obligación del Estado y mandatan la construcción de un sistema único de salud (SUS) público. Hacen además un énfasis especial en la interculturalidad de este sistema y la participación ciudadana. Es más, la participación popular ha sido de una importancia crucial tanto para la aprobación de la nueva legislación como para la implantación de las políticas. A partir de estas luchas el pueblo ha entrado en sintonía con los gobiernos y ocupa un lugar central, primero, ejerciendo el control social sobre las instituciones y, luego, en la formulación en el qué y el cómo de las políticas. Esto contrasta con la inclusión burocrática de una “sociedad civil” amorfa y de diversos actores en el diálogo social para la cohesión social.

La fecha reciente de entrada en vigor de estas constituciones, después de agudas luchas políticas, significa que el proceso de instrumentación de las nuevas políticas todavía no han madurado. En su camino se erigen además obstáculos provocados por las sucesivas reformas neoliberales anteriores. Se enfrentan de esta manera con un tejido sanitario público muy vulnerado a raíz de estas reformas con sus múltiples programas verticales, “seguros” focalizados y copagos; la segmentación y fragmentación del sistema público; la resistencia de grupos de interés particulares –legítimos unos e ilegítimos otros; la falta de infraestructura y de recursos humanos; y en muchas ocasiones, con una cultura institucional adversa y burocrática. En ambos países la integración del SUS ha enfrentado una tenaz resistencia por parte de los gremios médicos y de las cajas o institutos de seguro social que tienen una cobertura poblacional baja.

No obstante estos obstáculos se observan medidas contundentes para garantizar en los hechos el derecho a la salud y el acceso a los servicios requeridos así como avances en la construcción del SUS. Por ejemplo, aún antes de la aprobación de la constitución, en Ecuador se dedicó un presupuesto adicional de US\$ 255 al mejoramiento y equipamiento de los centros de salud y contratación de personal (Tejerina et al, 2009). En este país también se progresó en la prestación gratuita de servicios con los medicamentos correspondientes lo que implicó una duplicación en la prestación de servicios.

Con la aprobación de la nueva constitución ecuatoriana, que estipula la creación del SUS, se planteó como red básica de salud el de los servicios del Ministerio de Salud y como complementario al de la seguridad social y algunas instituciones privadas. Se

estableció para ello, un sistema de pago interinstitucional basado en un tabulador o “tarifario”. Adicionalmente se hizo una planeación estratégica nacional de 6 años con un fuerte componente de fortalecimiento institucional de los servicios públicos con infraestructura y contratación de nuevo personal apoyado por un incremento presupuestal importante, fijado en el 0.5% del PIB anualmente. Es de señalar que este proceso se dio en medio de una campaña mediática fuerte de oposición. Uno de los problemas para el avance de la reforma es el cambio frecuente del ministro de salud.

El proceso boliviano en salud se está dando como parte de la construcción del nuevo Estado (cfr García Lineara, 2010); proceso que significa una lucha política de alta conflictividad. La constitución del SUS se está dando en el contexto de la descentralización donde el Ministerio es el regulador-planificador mientras que los servicios están en manos de los gobiernos departamentales; el presupuesto de salud es tripartita de origen nacional, departamental y municipal; hay pagos directos en los servicios y; existen distintos tipos de “seguros” que deja un 50% sin este tipo de cobertura.

La construcción del SUS tiene un fuerte apoyo de las organizaciones sociales mientras que el Colegio Médico y las Cajas de seguridad social se han resistido de distintas maneras. El gobierno está realizando un impulso fuerte a la ampliación de los recursos de salud particularmente de baja y mediana complejidad sin desechar los de mayor complejidad. Asimismo está enfatizando la integración plena de la interculturalidad y las medicinas tradicionales en la red pública de servicios. En el plan estratégico está previsto incrementar los recursos presupuestales año con año e integrar un Fondo Único de Salud para garantizar la gratuidad de servicios y medicamentos.

#### **IV. A modo de conclusión.**

Las reformas basadas en los seguros de salud, que inicialmente fueron promovidas por los organismos financieros internacionales, están perdiendo ímpetu a tal grado que estos mismos organismos las están revisando (Gottret y Schieber, 2006; Wagstaff A, 2007; Acharya et al, 2013). La revisión de tres modalidades distintas del aseguramiento universal en América Latina demuestra que no han entregado los resultados prometidos. La cobertura no es universal y tampoco el acceso oportuno a los servicios requeridos. Sigue habiendo inequidad en el acceso según sus característica y el paquete de servicios amparados. Continúan las barreras económicas, territoriales y burocráticas. Hay un

incremento en los presupuestos de salud pero una parte importante se ha canalizado al sector privado o ha sido dilapidado en los altos costos de transacción.

La introducción de la competencia y el mercado vía la separación de las funciones de regulación, de administración de fondos/compra de servicios y de provisión de servicios no ha mejorado la calidad de los servicios pero ha impulsado el complejo médico-industrial-asegurador que hoy dispone de una parte importante de los fondos de salud, provengan estos de las contribuciones obligatorias del seguro social o de los importantes subsidios fiscales.

A pesar de que estas reformas no han logrado los propósitos de la cobertura universal en salud siguen siendo recomendados como un modelo a seguir; situación que se debe a su coincidencia con el modelo socio-económico neoclásico-neoliberal.

La cobertura universal por medio de los SUS es el modelo emergente en los países suramericanos con gobiernos progresistas. El único sistema totalmente consolidado es el cubano. El SUS brasileño ha aumentado la cobertura y el acceso aceleradamente aunque todavía está en proceso de resolver problemas de consolidación y calidad de los servicios, incrementar el presupuesto, y ganar terreno al sector privado de planes de salud. La vitalidad del SUS se muestra además por el intenso debate sobre los cambios necesarios para garantizar plenamente el derecho a la salud y hacer cumplir el mandato constitucional sobre las obligaciones del Estado.

Falta el tiempo suficiente para hacer una evaluación sólida de los SUS más recientes porque necesitan fortalecerse y vencer los obstáculos que enfrentan. Aún así han tenido resultados muy importantes respecto a la cobertura y acceso a los servicios en medio de intensas luchas políticas por construir un nuevo Estado social y redistributivo.

Uno de los nudos problemático de la construcción de los SUS es que se están dando como reformas contra-hegemónicas a cara del paradigma del aseguramiento universal que se alinea y armoniza con la globalización del mercado como principio organizador de las sociedades y el nuevo patrón de (des)acumulación con el capital financiero en el centro<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Existe una discusión intensa sobre cómo caracterizar y interpretar los procesos económicos particularmente con la crisis de 2008 (cfr por ejemplo Varoufakis, 2011; Hardt & Negri, 2005; entre otros) que no se detiene en tildarlos como neoliberales-neoclásicos.

La coexistencia de dos distintas concepciones sobre las reformas de salud, donde el discurso neoclásico-neoliberal es hegemónico, ha causado confusión conceptual. Esta encubre empero una intensa disputa por el discurso. Algunos ejemplos. Hay dos distintas connotaciones del “derecho a la salud”. El significado de bienes públicos y privados es distinto según quien lo invoca. La universalidad sin adjetivos se ha convertido en universalidad “modificada”. La seguridad social se confunde con protección social y la equidad con igualdad. Por “política de Estado” se entiendo un acuerdo cupular y no la expresión de valores arraigados en la sociedad y defendido por esta. Y así sucesivamente.

Esta situación debe invitar a la más estricta vigilancia conceptual para que las palabras expresen lo que se quiere decir y para que las palabras no nos hagan equivocar el camino.

POSDATA.

Coincidió con la redacción final de este documento la publicación del Banco Mundial de un texto intitulado “The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence” (El impacto de los esquemas universales de salud en el mundo en desarrollo: Una revisión de las evidencias existentes) (Giedion, Alfonso EA, Díaz Y, 2013). Resulta de interés porque ejemplifica como se hacen este tipo de revisiones. En primer lugar sigue la metodología propuesta para estudios experimentales lo que no se presta para procesos tan complejos como las políticas o reformas de salud. En segundo lugar hace una selección muy excluyente ya que sólo considera textos en inglés principalmente artículos académicos pero también los textos del Banco Mundial. Luego analiza la “cientificidad” de los estudios y excluye los que no cumplen con sus criterios. A los estudios restantes llama “las mejores evidencias disponibles” que se constituye como “la base de evidencias”. Por ejemplo solo se incluye un estudio sobre Brasil a pesar del cúmulo de estudios existentes. Cuestionan la inclusión en la evaluación del impacto sobre las condiciones de salud ya que en rigor no es el propósito de los UHC (sic). Tampoco incluye como tema a evaluar los determinantes sociales porque deben ser “controlados” en el diseño de la evaluación. En cambio propone una serie de técnicas estadísticas muy sofisticadas.

Aún así la conclusión es que hay pocas evidencias robustas del impacto de los UHC. Incluso los autores exclaman en sus conclusiones ¿Alguna vez será posible evaluar el impacto de las políticas de UHC? Es decir, en rigor echan por tierra la idea de las políticas “basadas en evidencias”.

## Referencias y Bibliografía consultada

Acharya A, Vellakkal S, Taylor F et al, 2013. The Impact of Health Insurance Schemes for the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. WPS6324. Washinton DC; World Bank.

Alvarado C, Martínez M, Vivas-Martínez S, Gutiérrez N, Metzger M, 2008. Cambio Social y Política de Salud en Venezuela. *Medicina Social/ Social Medicine*. 3(2): 95-109.

Arbelaez M P et al., 2004. “Tuberculosis control and managed competition in Colombia.” *Int J Health Plann Mgmt* 19: S25–S43.

Ardón Centeno N, Arévalo A, Asprilla G R, Cardona A, Franco S et al, 2010. *Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública.

Banco Mundial, 1993. *Invertir en Salud*. Washington DC; World Bank.

Boltvinik J, 2013. *Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano*. México DF; Siglo XXI. (en prensa)

CEBES, 2012. *Renovar a Política Preservando o Interesse Público na Saúde*. <http://www.cebes.org.br/media/file/Renovar%20a%20Politica%20Preservando%20o%20Interesse%20Publico%20na%20Saude.pdf> Consultado 8 de febrero, 2013.

*Ciência & Saúde Coletiva*, 2008. 13 (Sup 2). Número especial a 20 años de la Reforma Sanitaria.

Clavijo S, 2008. *Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances*. Washington D.C.: IMF. WP/09/58

CNPSS, 2011. *Informe de Resultados 2010*. México DF; Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CNPSS, 2012. *Informe de Resultados 2011*. México DF; Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Cohn A, 2008. “La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal.” *Medicina Social/ Social Medicine*. 3(2): 71-81.

Cohn A, 2009. “A Reforma Sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões”. *Cadernos de Saúde Pública*. 25: 1614-1619.

Comisión Presidencial de Salud 2010. Informe Comisión Presidencial de Salud, Diciembre 2010. Documento inédito. Santiago de Chile.

- Defensoría del Pueblo, 2009, *La tutela y el derecho a la salud 2006-2008*. Bogotá; Defensoría del Pueblo.
- Doyal & Gough, 1991. *A theory of human needs*. New York; Palgrave Macmillan.
- López M, 2011. “El Baremo es el instrumento idóneo para congelar precios de clínicas”. *El Correo del Orinoco*, 2011: 2de septiembre.
- Enthoven A, 1988. “Managed competition: an agenda for action”. *Health Affairs* 7(3): 25-47.
- Escorel S, 1999. *Reviravolta na saude: Origem e articulacao do movimento sanitário*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz.
- Esping-Andersen G, 1990. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton; Princeton University Press.
- Facultad Nacional de Salud Pública, 2009. *Pronunciamento sobre la Declaratoria de Emergencia Social en Salud*. Documento inédito. Medellín; Facultad Nacional de Salud Pública
- Fleury S, 2008. “A análise necessária da Reforma Sanitária”. En Fleury S, Bahía L, Amarante P. *Fundamentos da Reforma Sanitária*. Río de Janeiro; CEBES.
- Fondo Nacional de Salud. *Protección social en salud en Chile*. Santiago de Chile; Fondo Nacional de Salud; 2007.
- Funsalud, 1994. *Economía y salud*. México DF; Fundación Mexicana para la Salud.
- García Linera A, 2010. *La construcción del Estado*. Conferencia Magistral al recibir el Doctorado de Honoris Causa en la Universidad de Buenos Aires. Disponible en [www.lamella.com.ar](http://www.lamella.com.ar)
- Giedion U, Alfonso EA y Díaz Y, 2013. *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. Washington DC; World Bank: UNICO Studies Series 25
- Gottret P y Schieber G, 2006. *Health Financing Revisited*, Washington D.C.; World Bank.
- Hardt M y A Negri, 2005. *Imperio*. Barcelona; Paídos.
- Hernández Mario y Mauricio Torres, 2010. “Nueva reforma en el sector salud en Colombia”. *Social Medicine/Medicina Social* 5(4): 24-45.
- IMSS, 2011. *Informe de labores y programa de actividades 2010-2011*. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Jesilow P, Geis G y JC Harris, 1995. "Doomed to repeat our errors: Fraud in emerging health-care systems". *Social Justice* 22(2):125-138

Hernández Mario y Mauricio Torres, 2010. "Nueva reforma en el sector salud en Colombia". *Social Medicine/Medicina Social* 5(4): 24-45.

Herrera Ronquillo J y Laurell AC, 2010. "Proyectos de Prestación de Servicios. Una nueva forma de privatización" En Peña Saint Martín Florencia y Beatriz León Parra (ed) *La Medicina Social en México II*. México DF: Ed. y Gráficos Eón.

King G et al, 2009. "Public policy for the poor?" *Lancet* 373: 1447-54.

Lakin J, 2010. "The end of insurance? Mexico's Seguro Popular" 2001–2007. *J Health Politics, Policy and Law* 35:3.

Lancet Editorial comment, 2012. "Universal health coverage: the third global health transition?" *The Lancet* 380 September 8.

Laurell AC, 1995. "Avançem direção ao passado: a política social do neoliberalismo". En AC Laurell (organizadora) *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. Sao Paulo; Cortez Editora.

León J, 2012. *La participación ciudadana en salud en Venezuela*. Carabobo; CONSALUD.

Londoño JL y Frenk J, 1997. "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 41:1–36

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2011. *Proyecto de Decreto por el cual se reglamenta la estrategia de Atención Primaria en Salud, en el componente de servicios de salud, mediante las herramientas de Redes Integradas de Servicios de Salud y Equipos Básicos de Salud*. Bogotá.

Ministerio de Saúde, 2006. *Painel de Indicadores do SUS*.  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel\\_%20indicadores\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf)

Ministerio de Saúde, 2008. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32203&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32203&janela=1)

Ministerio de Salud, 2012. [http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br\\_model1?set\\_language=es](http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es). Consultado 7 de febrero, 2013.

Ocké-Reis O, 2012. *SUS o desafio de ser único*. Río de Janeiro; Editora FIOCRUZ.

OPS, 2006. *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela* Caracas; Organización Panamericana de la Salud.

OPS, 2010. Indicadores básicos de salud 2010. Washington DC; OPS/OMS

Peticara Marcela, 2008. *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*. Serie Políticas Sociales No 141. Santiago de Chile; CEPAL.

Tejerina H, Soors W, De Paepe P et al, 2009. Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador: The underrated potential of comprehensive primary health care to tackle the social determinants of health. *Medicina Social /Social Medicine* 4(4): 226-34

Torres M, 2008. “Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado” *Saude em Debate* 32:(78/79/80): 207-19

Unger Jean-Pierre et al, 2008. “Chile’s Neoliberal Health Reform”. PLoS Medicine consultado en [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org) 0542 April 2008 | Volume 5 | Issue 4 | e79.

Vergara Iturriaga M y Martínez Gutiérrez MS, 2005. “Financiamiento del sistema de salud Chileno”. *Salud Pública de México* 48(6):512-521.

Wagstaff A, 2007. *Social Health Insurance Reexamined*. Washington DC; World Bank.

Zambrano A. et al, 2008. ¿”Qué muestran las Encuestas sobre Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?” *Cad. Saúde Pública*, 24(1):122-130.

Varoufakis Y, 2011. *The global Minotaur*. London; Zed Books.

Whitehead M y G Dahlgren, 2006. *Levelling-up part 1*. Copenhagen; WHO European Office.

World Economic Forum, 2013. *Sustainable Health Systems - Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios*. <http://www.weforum.org/reports>. Consultado 8 de febrero, 2013.