

Equidad en salud. ¿objetivo o pretexto para las reformas en América latina?.

Nivaldo Linares y Oliva López Arellano.

Cita:

Nivaldo Linares y Oliva López Arellano (2007). *Equidad en salud. ¿objetivo o pretexto para las reformas en América latina?.* XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/1512>

Equidad en salud. ¿Objetivo o pretexto para las reformas en América Latina?

Dr. Nivaldo Linares Pérez. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Centro de Prevención y Control de Enfermedades. Centroamérica. (CDC/GAP/CA)

Dra. Oliva López Arellano. Doctora en Ciencias en Salud Pública. Profesora-Investigadora, UAM-Xochimilco

Resumen.

Se contrastaron diferentes perspectivas sobre los cambios de los sistemas de salud experimentados en América Latina y se identificaron los posibles efectos de estas transformaciones sobre la equidad en salud. Se reconocen cambios que derivaron en complejas estructuras de organización y financiamiento de los sistemas públicos, con repercusiones sobre la producción de servicios de salud. Si bien, el impulso de diversas estrategias de reforma tenía como propósitos aumentar la equidad, la eficiencia, la efectividad y la calidad de los servicios; las tendencias y resultados de estas reformas, han alentado un intenso debate entre los que justifican los beneficios y logros de la reforma y entre quienes se oponen a ella, al sostener que ha sido un desafortunado pretexto para debilitar la base pública de los sistemas de atención y alentar los mercados de la salud, sin efectos positivos sobre la equidad. No parece existir evidencia sobre la relación entre procesos de reforma sanitaria y logro de la equidad en salud. Son escasos los datos sobre los efectos en la equidad en el acceso a servicios de salud y la reforma ha privilegiado los aspectos de gestión y financiamiento relacionados con la eficiencia económica de los sistemas de salud.

Palabras claves: reforma sanitaria, sistema de salud, equidad, América Latina.

Introducción.

Luego de más de dos décadas de iniciados los procesos de reforma en salud como parte de la agenda de ajuste macroeconómico y reforma del estado que marca los años '80s y '90s en América Latina, se asiste en muchos países a una ola de intensos cuestionamientos, en relación a los efectos negativos de dichas transformaciones sobre el bienestar social y en particular en torno al logro de la equidad, eficiencia y sostenibilidad en la provisión y financiamiento de las acciones desarrolladas por los sistemas públicos de salud.

Las reformas económicas implementadas en la mayoría de los países de la región durante esos años muestran que no sólo no se consigue el progreso esperado, sino que durante este periodo aumenta la pobreza, empeora la distribución del ingreso y se incrementa la diferencia entre ricos y pobres (CEPAL, 2006). El nuevo modelo de

desarrollo - basado en la economía neoclásica y en la ideología neoliberal - trae consigo además de la flexibilización laboral y la precarización del empleo, la aparición de nuevos esquemas de pensiones y de seguros de salud y, sobre todo, el surgimiento del sector privado como un actor importante en la oferta de servicios de salud, espacio tradicionalmente atendido por el estado. Este reordenamiento de lo público, impacta directamente a la política social “modernizándola” y al mismo tiempo, introduce una profunda incertidumbre en relación a la confiabilidad de los nuevos esquemas de provisión de servicios, sus formas de gestión y de administración. En otras palabras, la discusión sobre las transformaciones de los actuales sistemas públicos de salud en el marco de la reforma sanitaria, está indisolublemente ligada a un debate más amplio acerca de la viabilidad y el futuro de los sistemas de protección social y en particular a la perspectiva de bienestar que se impulsa en los distintos países de América Latina.

En el centro de esta discusión, es posible encontrar distintas posturas político-académicas y actores diversos que en sentido general se enfrentan en un eje con dos extremos: los *reformistas*, que argumentan lo positivo de la reforma y la impulsan, al organizar conceptualmente sus planteamientos, divulgar los éxitos de las transformaciones y justificar o soslayar sus efectos negativos; y los *críticos* que se oponen a las reformas en salud, señalando el fracaso que las transformaciones han tenido en el logro de la equidad en salud y el empeoramiento de la situación de los servicios públicos de salud como resultado de las propias reformas. Así mismo, más cerca de los grupos reformistas, aunque sin posicionarse con fuerza, se visualiza un tercer grupo de analistas que podría ser denominado como *conciliadores*, ya que identifican y reconocen aciertos en algunas de las intervenciones de reforma y desaciertos en muchas otras.

El presente trabajo pretende contrastar desde un enfoque crítico las diferentes lecturas hechas al proceso de transformación de los sistemas de salud en el marco de la reforma sanitaria en América Latina e identificar los elementos que sustentan los posibles efectos de esta reforma sobre la equidad en salud (Linares, 2006). Para lograrlo, se revisa en forma acotada el contexto de la actual reforma sanitaria, identificando sus orígenes en los procesos más generales de reforma del estado. El trabajo, se adentra en la identificación de los objetivos, ejes y principios rectores de lo que llamaremos la reforma sanitaria hegemónica en América Latina; así como, en el análisis de sus

principales resultados y tendencias retomando y contrastando las posturas esbozadas por los grupos que impulsan la reforma y los críticos de esta transformación del sector salud

Principios y ejes de la reforma

Los procesos de reforma en América Latina encuentran su referente obligado en las reformas realizadas en los países centrales: en Estados Unidos, el modelo de Atención Gerenciada y Competencia Administrada desarrollado en los años ochenta con el objetivo de contener los altos costos de la atención médica y la alta inflación del sector salud al tiempo que se preservaban y fortalecían los mercados de la atención a la salud (Waitzkin, 1994; Merhy y cols. 1998). En Inglaterra, las reformas al Servicio Nacional de Salud en los años noventa, fundamentalmente como respuesta a las ineficiencias organizativas del sector público y al impulso de las corporaciones privadas que defendían el predominio mercantil en detrimento de los principios de protección social hasta el momento base de dicho sistema (Almeida, 2002). En Latinoamérica se pretende contener el gasto, reducir la ineficiencia de operación del sistema e introducir otra lógica de ordenamiento a los sistemas de salud, pero también, superar el agotamiento de la capacidad de respuesta frente a la complejidad sanitaria y la exacerbada desigualdad especialmente en la distribución de los recursos y de los servicios, en un contexto de marcado deterioro de las condiciones de vida de las mayorías, de crecimiento de la pobreza de grandes núcleos poblacionales y de reducciones severas en el gasto público y en la inversión social (López y Blanco, 1993; López y Blanco, 2001).

Frente a la crisis del estado interventor, se fortalecen los argumentos de su ineficiencia e improductividad y se propone reducir su responsabilidad en la provisión de servicios y beneficios que caracterizaba la vertiente (restringida y excluyente) que la mayoría de los estados latinoamericanos habían desarrollado durante la época de sustitución de importaciones. En este proceso se debilitan las instituciones del sector público cuyos modelos de administración y gestión, vigentes por décadas, muestran ya el agotamiento del modelo centralizado y burocratizado, para garantizar una adecuada provisión de los servicios de salud (García y Tobar, 1997). Una síntesis de estas argumentaciones es la ofrecida por Langer y Nigenda al señalar que entre los principales problemas de tipo organizacional del modelo público se encuentran: a) la inequidad y la falta de acceso universal a los servicios públicos; b) insuficiencia de recursos y desabasto; c) ineficiencia técnica; d) falta de normas técnico-administrativas; e) baja productividad; f)

distribución inadecuada de los recursos humanos y crecimiento desarticulado de las unidades; g) saturación de las capacidades de atención de los hospitales; h) infraestructura deficiente; i) falta de equipo y de mantenimiento; j) demanda insatisfecha; k) deficiente calidad de los servicios; l) exceso de médicos en zonas urbanas e insuficiencia en zonas rurales; y m) preparación profesional inadecuada (Langer y Nigenda 2001).

La combinación de los problemas antes señalados, la creciente influencia del modelo de sistema de salud norteamericano y en particular, el papel protagónico de las agencias financieras supranacionales, encabezadas por el Banco Mundial (Banco Mundial, 1987; Banco Mundial, 1990; Banco Mundial, 1993) configuran el escenario para el lanzamiento de la llamada iniciativa de reforma de los sistemas de salud en América Latina, posteriormente secundada por varias agencias de cooperación internacional como la propia OMS/OPS y con pleno respaldo de los gobiernos en turno de la mayoría de países de la región, inscritos en los ya denominados procesos de modernización neoliberal.

En síntesis, dicha iniciativa se articula a las directrices generales de las políticas macroeconómicas para la estabilización y el ajuste económico, al adelgazamiento selectivo del estado que restringe la prestación de servicios de atención médica a la población, impulsa la articulación público-privado, y focaliza la atención pública en los sectores pobres, desprotegidos y más necesitados a través de paquetes básicos de servicios de salud y subsidios (López, 1994).

Con estos antecedentes podemos señalar que la reforma sectorial más reciente (pues se habla de tres generaciones de reforma hasta el momento) se basa en un esquema de competencia administrada, traducida bajo el nombre de pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997; Frenk y cols., 1998), pero que no es más que la versión para América Latina del modelo de competencia administrada y atención gerenciada impulsado por los Estados Unidos de Norteamérica e implementada con los matices y ajustes locales al contexto latinoamericano (Merhy y cols., 1998).

Con base en estos presupuestos, las definiciones de reforma del sector salud incorporan ámbitos, funciones y objetivos muy variados en el contexto de las realidades nacionales, acordes al pensamiento y acción de los actores hegemónicos y subordinados, a la capacidad de contención de los opositores, que debaten las reformas en cada país y al momento de desarrollo del modelo estructural u organizacional de los sistemas de salud.

Sin embargo, a pesar de la diversidad, existe consenso en que la reforma sanitaria es en esencia la puesta en práctica de cambios fundamentales en la estructura y funciones del sistema de salud con el objetivo declarado de lograr mayor equidad y eficiencia en los servicios de salud. Vista así, la reforma debería buscar implementar cambios significativos a nivel nacional en las políticas, programas y procedimientos con respecto a las metas y prioridades; a las leyes y reglamentos; a la producción de servicios de salud; en las fuentes y mecanismos de financiamiento; así como, en la asignación y redistribución de los recursos.

Los procesos de reforma del sector salud introducen cambios en las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios que transforman radicalmente las características de los sistemas sanitarios de los países, pero dichos procesos no se dan de la misma forma, ni en un mismo periodo, aún cuando la mayor parte de los países instrumentaron estas reformas en las últimas dos décadas del siglo XX, en países como Chile y Cuba las transformaciones más sustanciales fueron introducidas por lo menos un decenio antes (Molina y Gasman, 2004).

La reforma hacia el año 2000

Las políticas nacionales de salud que guían a la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe han pretendido promover cambios fundamentalmente en los campos de la rectoría, el financiamiento y la provisión de servicios; pero en muchos países estos procesos de reforma han incorporado otros aspectos como la universalización, la intersectorialidad, la protección financiera, la certidumbre sobre los derechos, la extensión de la protección social en salud y la subsidiaridad del sector público, entre otros (Molina, 2003).

De acuerdo con analistas y organizaciones de cooperación técnica, al inicio de la década del 2000 en América Latina se pueden identificar claramente cinco estrategias principales desarrolladas en el marco de los procesos de reforma en salud, todas estrechamente vinculadas a las funciones que han venido desempeñando los sistemas nacionales de salud: 1) las transformaciones en torno a la regulación de la atención, productos y servicios; 2) diversificación de las fuentes y mecanismos de financiamiento públicos y privados; 3) fortalecimiento de la prestación de servicios de salud por parte de los ministerios de salud y en menor frecuencia los seguros sociales; 4) ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante el ofrecimiento de los conocidos paquetes básicos, seguros, micro-seguros y esquema de pagos, co-pagos y de

recuperación de cuotas con participación del sector privado dentro del sistema; y 5) la descentralización de los servicios de salud como alternativa para lograr la corresponsabilidad de los gobiernos estatales y municipales; así como, alentar la participación ciudadana en salud.

1. Si bien estas estrategias pueden agrupar diversas iniciativas puestas en marcha en la mayoría de los países, el grado de avance en la implantación y desarrollo de ellas ha sido variable y ha estado especialmente matizado por las coyunturas políticas, económicas y sociales que dibujan el contexto nacional de los países de América Latina. Es por ello, que los resultados de los procesos de reforma, al igual que los cambios adoptados son propios de cada país. Aún cuando se trata de una reforma prescrita en esencia por los organismos supranacionales no existe un patrón idéntico para el conjunto de países latinoamericanos (Infante y cols., 2000; Molina, 2003). Dicho de otra forma, no es posible identificar una trayectoria homogénea entre los planteamientos estratégicos, su puesta en marcha y sus efectos.

La reforma sanitaria desde la postura de los reformistas

Desde la opinión de Langer y Nigenda (2001) los procesos de reforma en salud han planteado la introducción de una serie de modificaciones específicas y altamente efectivas que buscan superar los problemas del modelo público. Para estos autores, la reforma ha sido exitosa al ampliar la cobertura de los servicios de salud especialmente de la población de más bajos recursos; mejorar la eficiencia en el gasto; desarrollar innovaciones financieras; reorganizar los servicios; aumentar la capacidad de respuesta del sistema de salud, y mejorar la calidad de la atención.

En el nivel operativo, los componentes de los programas de reforma involucran la definición de: a) una política de salud y un modelo administrativo orgánico y funcional; b) el mejoramiento de los servicios y la simplificación de las gestiones; c) la administración financiera integrada; d) la racionalización institucional y la creación de un servicio civil de carrera; e) la descentralización de los servicios; f) la transferencia de empresas públicas; g) el fortalecimiento sectorial; h) la actualización tecnológica; e i) la modernización de la gestión, la coordinación y la divulgación del programa de reforma (Langer y Nigenda 2001).

Expertos de la OMS sostienen que las reformas que han mostrado mejorar la salud y reducir los costos se han concentrado en los cambios del comportamiento de los prestadores de los servicios de salud a nivel de hospitales y centros de salud y afirman

que las reformas parecen dar mejores resultados cuando se aplican gradualmente y no todas al mismo tiempo (Vienonen y cols., 1999). En el continente americano otros expertos consideran que la reforma ha funcionado en alguna medida, pero con variaciones importantes entre un país y otro (Infante y cols., 2000). Como ejemplo del primer caso, se presentan como logros de la reforma sanitaria las modificaciones en el marco jurídico en materia de salud, especialmente en lo referente al fortalecimiento de la capacidad rectora del sector salud, la separación de funciones y las transformaciones de la seguridad social en más de la mitad de los países de Centroamérica y el Caribe (OPS, 2002a) y en casi todos los países de la Región Andina (OPS, 2002b). En el mismo sentido, se muestran como avances sustantivos de la reforma, la incorporación de los derechos ciudadanos de salud en las constituciones políticas de los Estados; la redefinición de las funciones que deberá cumplir la autoridad sanitaria y la creación de nuevas instituciones para fortalecer la regulación, el financiamiento y la provisión de servicios. Estos dos últimos aspectos, suelen también presentarse como logros de la reforma, relacionados con las funciones de financiamiento y gasto, no obstante que sólo se refieren a la introducción de medidas para modificar la composición del financiamiento en algunos países y el mejoramiento de los sistemas automatizados de información en este rubro (p.e. sistema de cuentas nacionales de salud). Así mismo, se señala el éxito en el diseño y puesta en práctica de programas específicos que incrementan la cobertura de los servicios médico-sanitarios y la oferta, como alternativa viable, de paquetes básicos de acciones en salud, conformados por intervenciones costo-efectivas y de alto impacto en los indicadores de daño de la población pobre rural y urbana (Gómez y cols., 2004).

En particular, el desarrollo de la descentralización de servicios de salud parece ser la “estrategia de oro” de la reforma, dado que casi todos los países han implementado procesos de este tipo, aunque más orientados a una desconcentración de la gestión administrativa de las instituciones públicas prestadoras de servicios. En este aspecto, los *reformistas* reconocen que los resultados de la descentralización han variado en cuanto a tiempos de implantación y formas de ejecución, presentando dificultades en la mayoría de los países de América Latina. Entre los problemas más importantes se reconoce que la transferencia de responsabilidades no siempre se acompaña de la transferencia de recursos financieros, imprescindible para que las tareas se puedan llevar a la práctica. También se reconoce que las funciones se delegan del nivel central al local sin que en

éste existan las capacidades técnicas y de gestión para asumirlas, o que se produce un fenómeno de centralización en las estructuras de los niveles intermedios (Green, 1992). Sin embargo, los cuestionamientos al proceso de descentralización han llevado a nuevas propuestas de gestión, entre ellas, el modelo de unidad de servicios con autonomía de gestión, la mezcla público-privado en la provisión de servicios, la competencia entre proveedores y los mecanismos de pago ligados a la productividad (Langer y Nigenda 2001).

La modificación de los modelos de atención y la diversificación y adecuación de la oferta de servicios de salud a través del fortalecimiento del componente de financiamiento basado en la demanda, es otro de los aspectos que se sostienen como punta de lanza de los procesos de reforma. Así, la introducción de modalidades de aseguramiento voluntario (seguros de salud) dirigidos a la población sin seguridad social, se constituye en prioridad y centro de la reforma en algunos países, alentando la incorporación de diversos actores sociales y privados, hasta entonces marginados de los procesos de atención a la salud (Ssa, 2004). En esta modalidad, el sector privado ha sido promovido intensamente y su participación - según los impulsores de la reforma - es muy necesaria, independientemente del grado de desarrollo de los mecanismos de regulación de productos y servicios de atención a la salud. En opinión de estos analistas, la lógica de mercado en el campo de la salud, únicamente requiere de mecanismos de regulación, que al mismo tiempo garanticen la asignación de recursos y aseguren la calidad de su distribución. Estos modelos regulados y normatizados no tendrían porque generar conflictos entre lo público y lo privado y más bien favorecerían la competencia.

Una modalidad de integración de los servicios privados al sistema de salud puesta en práctica con la reforma, es la contratación de estos servicios con fondos públicos; sus defensores esgrimen que los fondos pueden distanciarse de los proveedores y enfocarse en la asignación o distribución de los recursos y que el contrato se constituye en una herramienta para modificar el comportamiento de los proveedores. Desde esta postura, existe el supuesto de que hay un valor en la competencia y las estructuras de servicio asociadas con la organización privada y la creencia (no verificada) de que el proceso de contratación es suficiente para inducir una mejoría por sí mismo y que sólo bastan lineamientos públicos para la distribución de los recursos (Frenk y cols., 1999; Langer y Nigenda 2001).

Finalmente, en términos de la equidad en salud - objetivo central de los procesos de reforma sanitaria - sus defensores consideran que aún es limitada la evidencia que permita relacionar a la reforma con el logro de la equidad, ya que no se cuenta con información suficiente sobre el impacto alcanzado en la reducción de las brechas de cobertura, distribución, acceso y uso de recursos en la mayoría de los países (Gómez y cols., 2004). En América Latina, los ejemplos difundidos sobre cobertura de los servicios de salud datan de la segunda mitad de los noventa, cuando Colombia reportó un incremento en la cobertura de sus asegurados de 21% a 57% entre 1994 y 1997; Perú informó un aumento en la atención institucional del total de personas con percepción de enfermedad o accidente de 32.2% a 43.5%, así como un incremento de la cobertura de atención primaria del 16% al 25% esos mismo años (OPS, 2002b). En la región de Centroamérica, a excepción de Costa Rica, solo dos países reportaron incrementos de sus coberturas de atención a población no asegurada tras la puesta en marcha del paquete básico de intervenciones, Guatemala con 32% y Nicaragua con 66%. De igual forma ocurre con las coberturas de vacunación al observar que los informes revelan porcentajes por encima del 90% y 95% para el caso de algunas vacunas en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá (OPS, 2002a)

En cuanto a la equidad referida a la distribución de recursos humanos, materiales y financieros de que disponen los sistemas de salud, así como en relación al acceso y utilización de los recursos y servicios de salud, no existen evidencias de que la reforma sanitaria haya tenido algún efecto sobre estos aspectos. En los países donde existe información disponible, aún cuando se muestran mínimas mejorías, éstas son imprecisas, sesgadas y resulta difícil que puedan ser atribuidas a las reformas.

La postura crítica frente a lo hecho y lo olvidado por la reformas

De acuerdo con Breilh (2005) la reforma sanitaria se ha convertido en un tema muy importante, cuya discusión ha penetrado en las distintas ramas de la salud pública contemporánea, acumulando una amplia producción bibliohemerográfica repleta de opiniones, intereses y conclusiones opuestas. Al situarse las transformaciones del sector salud en el “ojo del huracán” de la reforma del estado, hay que comprenderlas más allá de sus límites estrictamente sectoriales y técnicos, lo que implica develar cómo han sido utilizadas para apoyar las políticas de ajuste macroeconómico, redefinir lo público y colocar una agenda en salud crecientemente marcada por la mercantilización de la atención, el énfasis en lo individual y lo curativo y las preocupaciones financieras, por

encima de la necesidad de transformar el sistema público de salud para responder a las complejidades demográficas y epidemiológicas de las poblaciones (Laurell, 1997; Menéndez, 2005; López y Blanco 2007).

El proyecto de recomposición neoliberal se acompaña de una política de modernización del estado que entraña la cancelación paulatina de los derechos sociales, entre ellos el de la protección a la salud. En este sentido, los *críticos* de la reforma insisten en que ésta no puede ser vista al margen de los planteamientos y propósitos de la política social neoliberal, que busca contender y desarrollar soluciones frente a una de las contradicciones básicas del estado capitalista, que se debate entre garantizar las condiciones de reproducción ampliada del capital y al mismo tiempo, legitimarse ante la sociedad sin cuestionar de fondo el régimen de explotación (Fleury, 1992). Para diversos autores, muchos de ellos adscritos al pensamiento médico social latinoamericano y de la salud colectiva, este es el punto de partida para analizar la lógica de la reforma sanitaria, sus implicaciones, sus justificaciones y sus impactos (Eibenschutz, 1992; Possas, 1992; Laurell, 2001; Navarro, 1999; Berlinguer, 1999; Cohn y Elias, 2002; Breilh, 2005).

La corriente crítica de los procesos de reforma en América Latina considera que las reformas han fracasado en sus propósitos, es decir, en términos de aumentar la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios públicos de salud. Los sistemas no son ni más equitativos, ni más eficientes, ni de mejor calidad. La reforma hegemónica, no considera ni respeta las características particulares de cada país (históricas, políticas, epidemiológicas, demográficas y de organización sanitaria) y mantiene una tendencia homogeneizante a partir de las “recetas” definidas por los organismos financieros supranacionales (Laurell y López, 1996; López y Blanco 1996; Gutiérrez, 1999; Almeida, 2002; Franco, 2002; Homedes y Ugalde, 2005; Tetelboin, 2004; Granados y cols., 2006; López y Blanco, 2007)

En la perspectiva del grupo de investigación sobre las reformas, de la Universidad de Texas (EUA), las políticas promovidas por la reforma son inadecuadas y han fracasado. Los programas de reforma representan una introducción de los principios de la economía de mercado en un sector social fundamental como es el de la salud, lo que en la práctica es incompatible con una visión de justicia social y derechos humanos (Waitzkin, 2003). Además, se excluyen de la reforma, propuestas que podrían haber

tenido un impacto positivo en la atención, por ejemplo, políticas de medicamentos (Homedes y Ugalde, 2005).

La reforma hegemónica forma parte integral de las políticas de ajuste estructural y su visión restringida reduce a la salud a un bien privado, sin considerar la influencia del ambiente y la cultura sobre el complejo fenómeno de la salud. Estas posturas difieren de las sostenidas por las agencias supranacionales, que defienden la tesis de que las reformas han fallado no por las políticas y la nueva arquitectura institucional propuesta, sino por errores en los procesos de implementación en la mayoría de los países de la región. Por otro lado, también se justifica su limitado avance, en tanto las reformas iniciaron antes de que los países tuvieran las condiciones necesarias para que éstas pudieran tener éxito, es decir, sin que los países tuvieran sistemas legales y capacidades administrativas para asumirlas e implementarlas adecuadamente a través de consensos políticos, sociales y profesionales.

Frente al propósito de ampliar la cobertura de servicios de salud a la población más pobre tradicionalmente menos protegida, la reforma ha resultado poco exitosa. La focalización de las intervenciones a través de paquetes básicos de servicios de salud, a pesar del interés de beneficiar a los más pobres, no reconoce, al menos con la fuerza que se debiera, que los paquetes básicos son restrictivos, ya que incorporan intervenciones limitadas a la salud materno-infantil y a la promoción de la salud en la familia, dejando en no pocos casos, esquemas de co-pagos para el resto de las intervenciones, dando como resultado que los pobres tienen menor acceso a los servicios de salud del que tenían antes de la reforma (Madies y cols., 2000; López y Blanco, 2007). Por otro lado, las implicaciones de una política de salud selectiva, basada en servicios clínicos básicos y en intervenciones limitadas de salud pública, presupone una definición ética, soslayada por los *reformistas*, en donde la salud deja de ser considerada una necesidad humana básica y su atención un satisfactor esencial y un derecho inalienable para convertirse en un bien privado, que puede “comprarse” por la vía del mercado (López y Blanco, 1996). De igual forma la población etiquetada como beneficiaria de las intervenciones seleccionadas, por su bajo costo y su alta efectividad, pierde en los hechos su condición de ciudadanía, dado que tienen que “acreditar” su condición de pobreza y los servicios públicos tienden a una mayor fragmentación al privilegiar el quehacer selectivo y focalizado, en detrimento de la universalización de la atención integral a la salud (López y Blanco, 2001).

Pocos países de América Latina, con la excepción de Chile, Colombia, y Brasil, han conseguido privatizar la gestión o provisión de los servicios de salud financiados con fondos públicos, más bien el patrón predominante ha sido el de pequeños cambios. Sin embargo, este avance gradual no ha sido fortuito, sino resultado de acciones que van desde la oposición de los sindicatos, el reconocimiento de la caída de coberturas de vacunación y evaluaciones negativas del sistema hospitalario, cuyos resultados han mostrado que la mayoría de los hospitales privados con financiamiento público son de difícil regulación (Mills y cols., 2002). En otras palabras, en América Latina el intento de privatizar la administración de los hospitales (ámbito más abordado por esta estrategia) se ha acompañado de gastos importantes para mejorar el sistema de información financiera, el cálculo de costos, el desarrollo de contratos y sistemas de pago, entre otros, pero hay poca evidencia de que estos servicios hayan servido para aumentar la eficiencia y la calidad de dichos servicios (Ugalde y Homedes 2002).

La apuesta a la privatización de los servicios de salud como alternativa para racionalizar costos y reducir la ineficiencia del sector público; así como, para mejorar la calidad de los servicios prestados y disminuir la insatisfacción de los usuarios, prefigura un sistema de salud con mayor fragmentación y definido por la capacidad de pago de los individuos, que de ninguna manera garantiza la equidad de acceso y la homogeneidad en la calidad del servicio (López y Blanco, 2006). Además, el impulso a la producción privada de servicios de salud, no garantiza un incremento sustancial en las coberturas de servicio, ni siquiera en las poblaciones con capacidad de pago, por lo tanto la tan buscada libertad de elección, no pasa de ser una justificación más, desde la ideología neoliberal para favorecer un ambiente propicio para las privatizaciones (Telelboin, 2004).

Por otro lado, si bien se identifican ciertos beneficios de la descentralización de los servicios de salud, en cuanto a la transferencia de la capacidad de tomar decisiones y el traspaso de responsabilidades del nivel central al local, se señala que en la mayoría de los casos, esta transferencia de responsabilidades no se acompaña de una distribución de recursos suficientes que permita garantizar, en los ámbitos locales, servicios de buena calidad y ampliamente accesibles (López y Blanco, 2001). En los países donde se ha completado la descentralización con frecuencia se ha aumentado la contribución financiera del gasto en salud por parte de las entidades descentralizadas, pero con frecuencia a expensas de los usuarios, sin embargo, también ha sucedido lo contrario,

fondos destinados a la salud han sido invertidos en otras cosas. La evidencia muestra que los políticos y los líderes comunitarios locales no siempre toman las mejores decisiones, prefieren invertir en la construcción de hospitales, tecnología sofisticada y medicamentos de patente para su población, sin observar el costo y los efectos que estas decisiones tienen para los servicios de salud. La descentralización fragmenta el sistema de salud y sus efectos se potencian al faltar capacidad administrativa en los niveles descentralizados, incrementándose los costos administrativos y de operación, si los niveles estatales mantienen la centralización. Además, con la descentralización se pierden las economías de escalas en la compra de insumos y medicamentos y aumenta la inequidad al observar que las entidades más ricas tienen más capacidad de negociación con el centro, concentran mayores recursos y contribuyen a romper los mecanismos redistributivos hacia las entidades más pobres (Homedes, 2004).

En cuanto al financiamiento de los servicios, las evidencias en el marco de la reforma muestran que en un escenario regional en que el gasto público en salud promedio es de solo 3,2% del PIB, este mayor costo ha sido asumido por las familias y el gasto de bolsillo se ha convertido en muchos países en la principal fuente de financiamiento en salud, hasta llegar a constituir más del 50% del gasto total en salud en países como Paraguay y República Dominicana y alcanzando una cifra promedio de 39,3% del gasto total en salud en toda la región. Este gasto de bolsillo es además de carácter regresivo, ya que son los hogares más pobres de la población los que invierten proporcionalmente más de su presupuesto en este tipo de gasto. Las diferencias del gasto de bolsillo mensual en salud de los hogares por quintiles de ingreso son aún más profundas en Argentina; mientras el gasto de bolsillo constituye el 18% del ingreso total mensual para la población que se encuentra en el quintil 5, este gasto representa el 46% del ingreso total de los hogares para el primer quintil (BID, 1996). Por su parte, la creación de esquemas de cobro a los usuarios en la forma de “cuotas de recuperación”, y otras modalidades, es otro de los instrumentos introducidos como parte de las reformas en diversos países de la región de cuyo éxito se acumulan dudas. La evidencia señala que el establecimiento de cuotas o pagos por servicios generalizados por la reforma impone una limitación al acceso a los servicios de salud a amplios sectores de la población, especialmente a los grupos más vulnerables y de menos recursos económicos. Medicamentos, consultas y medios diagnósticos antes gratuitos, ahora tienen un costo que rebasa la capacidad de pago de las personas, lo que obliga a retrasar la búsqueda de

ayuda para sus problemas de salud, enfrentando en consecuencia, un mayor riesgo de enfermedades y muerte (Levcovitz, 2004; Levcovitz y Acuña, 2004).

En otro sentido y con repercusiones negativas para la población y para los mismos servicios de salud, los procesos de reforma han “*olvidado*” otros puntos centrales de capital importancia en el propósito de incrementar la equidad y favorecer a los que menos tienen. Temas como las políticas farmacéuticas, de recursos humanos y de salud pública han sido marginales en la agenda de transformación impulsada por la reforma hegemónica.

Parece un contrasentido que si bien una buena parte de la atención médica depende de los medicamentos, si el gasto en ellos es entre 30% y 40% del gasto en salud y está aumentando más rápidamente que la inflación, este tema se haya excluido de la reforma. Los pobres gastan un porcentaje más alto de su ingreso en medicamentos que la clase media y alta y se automedican con mayor frecuencia, incrementando el gasto al aumentar el co-pago. La paradoja radica precisamente en que si se mejorasen las políticas de medicamentos se beneficiaría directamente a la población pobre.

En el tema de medicamentos se conoce técnicamente qué hay que hacer. Se sabe que un porcentaje elevado de medicamentos se usan en forma incorrecta provocando iatrogenias e incrementando la resistencia microbiana, con el consiguiente aumento de los costos de atención. Hay evidencias de que en la mayoría de los países existen graves problemas con el registro de medicamentos, con la prescripción, la entrega y la utilización por parte de los pacientes; así como, oposición de la industria farmacéutica cuando se quiere impulsar el uso racional de los medicamentos. Ante la tendencia a la disminución cada vez mayor del gasto público en medicamentos, con un aumento del gasto privado, la pregunta es: ¿por qué se ha dejado fuera de la reforma este tema? La respuesta se puede encontrar en las presiones ejercidas por la industria químico-farmacéutica para ampliar la protección de patentes a través de los tratados de libre comercio y de los juicios a la industria de genéricos y la mercadotecnia que la industria utiliza frente a los médicos y la población; así como en la limitada capacidad de los gobiernos para controlar estas acciones y desarrollar políticas alejadas de la lógica del mercado (Homedes, 2004).

Los recursos humanos constituyen el gasto fijo más elevado de los sistemas de salud y pese a ello también ha sido un tema poco abordado por la reforma. Entre los problemas insuficientemente trabajados destacan: la distribución inequitativa del personal de salud,

su formación y orientación curativa, el desequilibrio entre los diferentes tipos de profesionales, el ausentismo, las políticas inadecuadas de manejo y asignación de personal, las dificultades para desarrollar estrategias que aseguren la presencia de profesionales en las zonas rurales y marginales y el papel de los sindicatos (Brito, 2000). Las reformas no incorporan los análisis que se han realizado en el sector público de salud y las estrategias que los países han puesto en práctica para solucionar estos problemas; además, los profesionales de la salud han estado excluidos de la definición e implementación de la reforma y no se han establecido políticas de protección laboral, más bien se imponen políticas que afectan la estabilidad en el empleo, como la flexibilización de contratos, la precarización salarial y la privatización de los servicios. La reforma ha apostado al mercado como el mejor regulador de los problemas con los recursos humanos en salud y no ha capacitado a los trabajadores de la salud ni para llevar a cabo la propia reforma.

En los procesos de reforma tampoco se han puesto en marcha intervenciones amplias de salud pública como la mejora de la nutrición, el control de la calidad de los alimentos, del medio ambiente, la mejora de la salud ocupacional, entre otras acciones, a pesar de que se reconoce que con la globalización se incrementan los riesgos para la producción de enfermedades (Homedes, 2004).

En América Latina, las transformaciones impulsadas por la reforma han descuidado los programas de salud pública tradicionales (p.e. control de enfermedades específicas) y se ha hecho muy poco para modificar los procesos de riesgo asociados a las enfermedades crónicas (tabaquismo, dietas ricas en carbohidratos, exposición a entornos contaminados, etc.) y a lesiones accidentales que siguen estando entre las principales causas de muerte, a pesar de que la mayoría de ellas se pueden prevenir. Las acciones de salud pública privilegiadas por la reforma son aquellas reconocidas por su costo-efectividad (Blanco y Rivera, 1994), en una lógica asistencial en donde importa más lo barato de atender una diarrea que la inversión en agua potable y alcantarillado (Muñoz y cols., 2000).

Para la corriente crítica, la reforma ha avanzado poco en la mejora del desempeño y de la efectividad general del sistema público de salud y en los aspectos de calidad de la atención; así como, en evitar la duplicidad y la falta de racionalidad en la disponibilidad de la infraestructura. La reforma no se ha centrado en el logro de la equidad en salud, sino en ciertos aspectos de gestión y financiamiento, especialmente los relacionados con

la eficiencia económica, la descentralización, la separación de las funciones de financiamiento y provisión y en la autonomía de unidades prestadoras de servicios (López y cols., 2000).

Esta reforma no impulsa la promoción de cambios articulados, sinérgicos y coherentes en todo el conjunto de funciones de los sistemas de salud y en sus complejas interrelaciones y sólo avanza limitadamente en la mejora de la cobertura formal del sistema de salud. Sin embargo, sí produce un desmantelamiento selectivo de las instituciones públicas de salud e introduce aceleradamente la lógica mercantil al campo de la prestación de servicios.

Conclusiones.

Con base en la escasa evidencia disponible sobre la relación entre los procesos de reforma sanitaria en América Latina y el logro de la equidad, así como frente a los duros cuestionamientos hechos a las transformaciones y cambios propuestos a los sistemas de salud de la mayoría de los países, parecería claro pensar que se necesita una visión distinta a la que ofrece la reforma actual. Parece urgente la búsqueda de una nueva generación de reformas en el sector salud que esté centrada en la salud de las poblaciones, orientada por objetivos sanitarios y que las políticas públicas de cada país permitan la integración de las distintas funciones de los sistemas de salud, cuyo propósito sea extender la *protección social en salud* para garantizar a todos los ciudadanos un cuidado universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las inequidades en las coberturas, el acceso y la utilización de los servicios.

Se desprende de esta revisión y análisis, que los procesos de reforma del sector salud en los países de América Latina se han limitado a cinco aspectos centrales: privatizar la prestación de los servicios públicos de salud y limitar el papel del estado a la regulación del mercado; descentralizar los servicios de salud; reformar el sistema de financiamiento en salud extendiendo los sistemas de seguros de salud e incrementando tanto el financiamiento público como el privado; introducir esquemas de focalización de la atención a través de paquetes básicos de servicios de salud a la población pobre y, orientar la gestión sanitaria con base en el uso de metodologías sofisticadas como los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD).

De acuerdo con la dinámica y los contenidos que han dominado la reforma en salud, casi en espejo de lo que ha pasado dentro de la denominada reforma del estado, a las secretarías o ministerios sólo les conciernen los aspectos estrictamente regulatorios y de

acción selectiva centrada fundamentalmente en la administración de la pobreza, para atender a los que menos tienen; mientras se promueve a los privados como actores centrales en la provisión de servicios de salud, a la competencia para hacer eficiente la oferta de servicios y al mercado como el ordenador general del sistema.

Las políticas de salud impulsadas por la reforma son parte del proyecto neoliberal basado en la lógica del mercado y no son adecuadas para aumentar la equidad, la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad de los sistemas de servicios de salud, ni para mejorar las condiciones de salud de la población de los países de la región.

Los ejes de la reforma sanitaria hegemónica frente a los principios rectores que la promovieron (equidad, calidad, eficiencia, efectividad y participación) generan grandes contradicciones: aumenta la eficiencia, pero disminuye la equidad por tratarse de una reforma orientada por el mercado. Se fragmenta el acceso por las medidas de contención de costos, se pierde la integralidad de la atención a la salud y aumentan las inequidades en los modelos que adoptan la separación de funciones de financiamiento y provisión y que establecen la competencia regulada.

Además, con las reformas se soslayan las políticas que podrían reducir gradualmente las inequidades en los resultados finales de salud y en el acceso a los servicios de la población como son las políticas intersectoriales de salud pública, se ignoran las políticas que podrían incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios (p.e. las políticas de medicamentos). Las reformas no involucraron a los principales actores de la misma, los trabajadores de la salud, sino que implementan políticas contrarias a sus intereses.

En conclusión, con la reforma hegemónica no se han solucionado los problemas que tenía el sector salud y se han generado nuevos problemas.

El impacto de las políticas macroeconómicas y el papel de los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional promotores de los procesos de reforma en el mundo y en especial para América Latina, han definido la agenda de la reforma en salud de los países de América Latina, sirviendo a los intereses de las grandes corporaciones y a los países dominantes en la globalización, subordinando a los países de ingresos medios y bajos y haciendo caso omiso de las evidencias disponibles del fracaso de las reformas y de los costos sociales de su implementación.

Finalmente, para entender porqué los procesos de reforma incluyeron unas políticas y excluyeron otras, hay que observar quiénes fueron los principales beneficiarios de dichos procesos: las compañías trasnacionales, las compañías de seguros, la industria farmacéutica multinacional, la industria de los alimentos y las corporaciones médicas. En sentido opuesto, los mayores efectos negativos derivados de las reformas, se concentran en las instituciones públicas de salud y en sus miles de usuarios, sometidos a un “experimento social” de gran escala y de resultados inciertos respecto al logro de la equidad.

Bibliografía

- Almeida, Celia. 2002. "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los 80 y 90". *Cadernos de Saúde Pública*, XVIII (julio-agosto): 905-925.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 1996. *Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1996. Tema Especial "Como organizar con éxito los servicios sociales"*. Washington: BID.
- Banco Mundial. 1987. "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una Agenda para la reforma". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103(6).
- Banco Mundial 1990. "Informe sobre el desarrollo mundial 1990". *La Pobreza*. Washington: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 1993. "Informe sobre el desarrollo mundial 1993". *Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- Berlinguer, Giovani. 1999. "Globalization and global health". *International Journal of Health Services*, 29(3): 579-595.
- Blanco, José y José Alberto Rivera. 1994. "La Carga Global de Morbilidad. La justificación científico-técnica de invertir en salud". *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Coordinado por Christina Laurell. México: Fundación Friederich Ebert/UAM-X, pp. 11-128.
- Breilh, Jaime. 2005. Informe alternativo en salud: Una herramienta para los pueblos. *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*. Ecuador: CEAS.
- Brito, Pedro. 2000. "Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral". *Revista Panamericana Salud Publica*, VIII (julio-agosto): 43-54.
- Cohn, Amelia y Paulo Elias 2002. "Equidade e reformas na saúde nos anos 90". *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento): 173-180.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2006. *Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe*. Chile: ONU.
- Eibenschutz, Catalina. 1992. Estado y política sanitaria. Aproximación teórica y metodológica. *Estado y políticas sociales en América Latina*. Organizado por Sonia Fleury. México: UAM/FIOCRUZ-ENSP, pp. 51-78.
- Fleury, Sonia. 1992. "Estado y crisis: una perspectiva latinoamericana". *Estado y políticas sociales en América Latina*. México: UAM/FIOCRUZ-ENSP, pp. 19-49.
- Franco, Saúl. 2002. "Para que la salud sea pública. Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social colombiana a diez años de su implementación". *Salud Problema*, 12-13(junio-diciembre): 7-15.
- Frenk Julio, José Luis Londoño, Felicia Knaul y Rafael Lozano. 1998. "Los Sistemas de Salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro". *Atención a la salud en América Latina y el Caribe*. Editado por Clement Bezold, Julio Frenk y Shaun MacCarthy. México:FUNSALUD/SmithKline Beecham Phamaceuticals, pp. 119-156.
- Frenk, Julio, José Luis Londoño y Rafael Lozano. 1999. "Pluralismo estructurado: una visión para el futuro de los sistemas de salud en América Latina". *Salud, cambio social y política*. Coordinado por Mario Bronfman y Roberto Castro. México: Edamex/INSP, pp. 253-276.
- García, Ginés y Federico Tobar. 1997. *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.

- Gómez, Octavio, Jesica Gómez y Cristina Inclán. 2004. "La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud". *Salud Pública de México*, 46(5): 399-416.
- Granados, José Arturo, Carolina Tetelboin y Alberto Torres. 2006. "Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios". *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. Coordinado por Eibenschutz Catalina y cols. México: OPS/UAM, pp. 76-96.
- Green, Andrew. 1992. *An Introduction to Health Planning Countries*. Reino Unido: Oxford Medical Publications.
- Gutiérrez, Angelina. 1999. *México dentro de las reformas a los Sistemas de Salud y de Seguridad Social de América Latina*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Homedes, Nuria. 2004. "Globalización y Salud". Ponencia presentada en Foro Rectoría del Estado, reformas y Derecho a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco en México DF, 16-17 de febrero, 2004.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. 2005. "Why neoliberal health reforms have failed in Latin America?" *Health Policy*, LXXI (enero): 83-96.
- Infante, Alberto, Isabel de la Mata y Daniel López. 2000. "Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias". *Revista Panamericana Salud Pública*, VIII (julio-agosto): 13-20.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda. 2001. "Reforma del sector salud". *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*. Editado por Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Nacional de Salud Pública de México, pp. 25-67.
- Laurell, Asa Christina y Oliva López. 1996. "Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health". *International Journal of Health Services*, 26(1):1-18.
- Laurell, Cristina. 1997. "Las características generales de la reforma" *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: Fundación Friedrich Ebert México y Ediciones Era, pp. 49-60.
- Laurell, Cristina. 2001. *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas*. México: Editorial Planeta.
- Levcovitz, Eduardo. 2004. "Extensión de la Protección Social en Salud en la Región de las Américas / La Función de Aseguramiento en los Sistemas de Salud". Ponencia presentada en el Seminario Políticas de salud con énfasis en equidad y protección social en salud, Organización Panamericana de la Salud, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México DF, 1-5 de marzo, 2004.
- Levcovitz, Eduardo y Cecilia Acuña. 2004. "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud". [Manuscrito en Prensa].
- Linares, Nivaldo. 2006. "Efectos de las Transformaciones del Sistema Público de Salud sobre la Equidad en México (1995-2002)". Tesis de doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Londoño, José Luis y Julio Frenk. 1997. "Structured pluralism: Toward an innovative model for health system reform in Latin America". *Health Policy*, 41:1-35.
- López, Daniel, Pedro Brito, Pedro Crocco, Alberto Infante, José María Marín y José Luis Zeballos. 2000. "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones". *Revista Panamericana Salud Pública*, VIII (julio-agosto): 147-150.

- López, Oliva y José Blanco. 1993. *La modernización Neoliberal en Salud: México en los ochenta*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- López, Oliva. 1994. "La selectividad en la política de salud". *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Coordinado por Cristina Laurell. México: Fundación Friedrich Ebert y UAM-X, pp. 33-60.
- López, Oliva y José Blanco. 1996. Las necesidades de salud y las propuestas de solución notas para una discusión. *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. Coordinado por Héctor Hernández y Carlos García. México: CRIM/UNAM, pp. 79-97.
- López, Oliva y José Blanco. 2001. "La polarización de la política de salud en México". *Cadernos de Saúde Pública*, XVII (enero-febrero): 43-54.
- López, Oliva y José Blanco. 2006. "Distintos caminos para avanzar en la protección a la salud: el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos (Distrito Federal) y el programa de Seguro Popular de Salud (nacional)". *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. Coordinado por Eibenschutz Catalina y cols. México: OPS/UAM, pp. 45-53.
- López, Oliva y José Blanco. 2007. "Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal" *Salud Colectiva en México. Temas y Desafíos*. Coordinado por Edgar Jarillo y Enrique Ginsberg. Argentina: Lugar Editorial, pp. 21-48.
- Madies, Claudia Viviana, Silvia Chiarvetti y Marina Chorny. 2000. "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas de sector salud". *Revista Panamericana Salud Pública*, VIII, (julio-agosto): 33-42.
- Menéndez, Eduardo. 2005. "Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las propuestas Neoliberales". *Salud Colectiva*, I (mayo-agosto): 195-223.
- Merhy, Emerson, Celia Iriart y Howard Waitzkin. 1998. "Atencao Gerenciada: da microdecisao corporative a microdecisao administrative, un caminho igualmente privatizante?". *Managed Care. Alternativas de Gestao en Saude*, Sao Paulo: PROAHSA/Fundacao Getúlio Vargas, pp. 85-115.
- Mills, Anne, Ruairi Brugha, Kara Hanson y Barbara McPake. 2002. "¿Qué se puede hacer con el sector privado del sector salud en países de ingresos bajos?". *Informando & Reformando*, (13): 7-9.
- Molina, Joaquín. 2003. "Procesos de Reformas de salud en América Latina". Ponencia presentada en el Diplomado Salud Economía y Desarrollo Humano. Facultad de Medicina de la UNAM en México DF, 1 de abril, 2003.
- Molina, Joaquín y Nadine Gasman. 2004. "Las reformas de los sistemas de servicios de salud en América Latina y el Caribe". *Los Sistemas de Salud de Iberoamérica de Cara al Siglo XXI*. Coordinado por Guillermo Julián, González-Pérez, María Guadalupe, Vega-López y Samuel Romero-Valle. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. [CD-ROM].
- Muñoz, Fernando, Daniel López-Acuña, Paul Halverson, Carlyle Guerra, Wade Hanna, Mónica Larriou, Soledad Ubilla y José Luis Zeballos. 2000. "Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud". *Revista Panamericana Salud Pública*, VIII (agosto): 126-134.
- Navarro, Vicente. 1999. "The political economy of the welfare state in developed capitalist countries". *International Journal of Public Health Services*, 29(1):1-50, Baywood Publishing, EUA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2002a. *Análisis de las reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la Republica Dominicana. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LACHSR)*. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2002b. *Análisis de las reformas del Sector Salud en los países de la Región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (LACHSR)*. Washington: OPS.

Possas, Cristina. 1992. La protección social en América Latina. Algunas reflexiones. *Estado y políticas sociales en América Latina*. Organizado por Sonia Fleury. México: UAM/FIOCRUZ-ENSP, pp. 313-333

Secretaría de Salud. 2004, *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*, Poder Ejecutivo Federal, México.

Tetelboin, Carolina. 2004. *La transformación neoliberal del sistema de salud en Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Terris, Milton. 1980. "The Three World Systems of medical Care: Trends and Prospects". *American Journal of Public Health*, LXVIII:1125-1131.

Ugalde, Antonio y Nuria Homedes. 2002. "Decentralization of the health sector in Latin America". *Gaceta Sanitaria*, 16(1):18-29.

Vienonen, M, D Jankauskiene y Arvi Vask. 1999. "Hacia una reforma de la atención en salud basada en pruebas". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, (recopilación de artículos), 1: 93-98.

Waitzkin, Howard. 1994. "The stranger career of managed competition: military failure to medical success?" *American Journal of Public Health*, 84:482-489; A rejoinder [to commentary by Alain Enthoven].

Waitzkin, Howard. 2003. "Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique". *Lancet*, 361: 523-526.