

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en américa latina.

Carolina Tetelboin Henrion.

Cita:

Carolina Tetelboin Henrion (2009). *Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en américa latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1495>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina

Carolina Tetelboin Henrion

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

INTRODUCCIÓN.

La ponencia se propone revisar desde una perspectiva crítica y en el largo plazo, los resultados arrojados por la aplicación de políticas neoliberales al ámbito de la salud y la seguridad social latinoamericanas, en las últimas décadas, con especial atención a los casos de Chile. Se trata de una evaluación sobre las características de las propuestas, los impactos en las instituciones y actores, y de los resultados producidos en términos de las condiciones de salud, atención y bienestar de la población y de la reorganización del sector. En segundo lugar, y a partir de estos resultados, se busca trazar un posible itinerario en términos de las perspectivas para las políticas sociales, que permita prever hacia donde nos dirigimos. Para ello se busca identificar las tendencias en curso a partir de la capacidad de reacción de los gobiernos y las sociedades frente a la evidencia de los resultados importantes en el terreno de las finanzas, de la reorganización de las instituciones, pero no en torno a los fines en relación a la calidad y acceso a los servicios de salud. También, sistematizar información y reflexionar sobre las características de las políticas emergentes en contextos nacionales, regionales y locales de orientación política antineoliberal a con el objeto de mostrar las grandes tendencias en el terreno de creación de políticas innovadoras o la refuncionalización de las mismas. Finalmente, reconocer las dinámicas de las sociedades frente a estos procesos, temas, resultados y preocupaciones.

LAS REFORMAS A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN AMÉRICA LATINA.

En América Latina, los países han adoptado un modelo para el tratamiento de la política social y de salud, con clara influencia de los organismos financieros mundiales y regionales. Sólo recientemente los organismos sanitarios regionales han establecido un proceso de “observación” basado en once puntos considerados como esenciales desde el punto de vista de los objetivos sanitarios, que podrían influir en el curso de los procesos de Reforma, modificando y reorientándolos. Aunque no parecen estar destinadas a cambiar el modelo y por lo tanto de rumbo de las mismas, su objetivo es al menos limitar algunos de sus efectos “indeseables” haciéndolas más “equitativas”, lo cual no es un objetivo en sí mismo sino un fenómeno de control relativo en el marco del propio modelo.

Una de las características fundamentales de las Reformas en curso es que han reorientado los particulares objetivos y la forma de operación de los sistemas de salud basada en principios de la atención pública y de la seguridad social, hacia el mercado. En las condiciones impuestas por el entorno sociopolítico y económico internacional y la adopción por los gobiernos nacionales incluso con diferentes signos políticos, se ha reorientando prácticamente toda la actividad social pública, hacia criterios privados.

Tal situación deviene de dos procesos articulados: la transformación ocurrida a partir del cambio de ideología social que emerge de la fusión de la crisis de fines de los setenta y de la solución a ella basada en la premisa de más mercado y menos Estado, en los denominados procesos neoliberales. Estos han reemplazado el ejercicio de redistribución y prestador de servicios estatales y principal asignador de los recursos sociales. Paradójicamente, el Estado es más indicativo en su nueva función hoy que antes, en la medida que se ha erigido en impulsor y orientador de éstos procesos, transformando el papel central de la política social, su función redistributiva, a hacerla dependiente de la política económica; a la vez, es menos independiente, en la medida que ha perdido autonomía relativa frente a los capitales financieros de los que emanan las principales directrices.

Éstas sin embargo están lejos de haber resuelto alguno de los problemas identificados en sus diagnósticos y, por el contrario, han contribuido a generar una crisis de la atención institucional pública y de la seguridad social. Por el contrario, lo que parece ser el gran resultado de la reforma es el incremento del gasto en salud privada respecto de las formas públicas y de seguridad social; la elevación de costos empujados por la irracionalidad de la atención privada, la presión de la industria farmacéutica, el incremento de las ganancias del conjunto de industrias vinculadas a la salud, el

aumento de los costos de administración y la necesidad de una nueva fuerza de ventas para la competencia del sector privado, son algunos de los resultados favorables que han estado detrás de las reformas, y sobre los cuales no se habla.

Un paseo por América Latina muestra un crecimiento evidente del conjunto de estrategias privatizadoras de diversas expresiones, las cuales pueden visualizarse en el crecimiento de la infraestructura privada. Más que a parecer un episodio transitorio y problemático hacia la construcción de una nueva matriz más propicia para el desarrollo humano de la región, lo que parece estar ocurriendo es que la Reforma y su proyecto privatizador se ha sobrepuesto al interés general, y en esa medida es un factor contributivo de la ingobernabilidad en la región. La inversión ha sido reorientada en función de los procesos de acumulación. En ese sentido se dice que las Reformas tienen un sentido privatizador. Bajo esa mirada, aquellos recursos protegidos para el desarrollo de la actividad pública y social quedaron disponibles para las nuevas posibilidades de rentabilidad en el mercado. La discusión que está por venir, es que los resultados sociales están mejor garantizados bajo el ámbito público y de seguridad social, permeada por una política de asociación y reformulación pública en función de objetivos sociales y no a partir de su mercantilización. Ésta ha demostrado su ineficacia e ineficiencia para resolver los temas colectivos de la salud, y más bien la ha descobijado en prácticamente todos los países.

Con la mira de avanzar en estos procesos de mercantilización se han reorganizado, desde el Estado y en la medida que las condiciones políticas de los países lo han permitido, el conjunto de elementos societales. Tales medidas son regresivas respecto a las concepciones de política social vinculadas a derechos, que aunque frágil y poco extendido, se había alcanzado en la región.

Por otro lado, lo social es visto desde el ángulo de los costos y la economía, donde el Estado debe administrar los mínimos recursos que se asignan a estos servicios bajo la idea de techos financieros para esta población, una idea que gradualmente se naturaliza. Así los exiguos recursos, deben además dar muestra de uso costo-eficiente, de gestión impecable y de transparencia, siendo estos elementos los motores de la política social y de las preocupaciones, incompatibles con la naturaleza y las necesidades del campo de lo social y de la salud, con las formas tradicionales de enfrentarlas y con las cosmovisiones de los actores sorprendidos en los inicios frente al nuevo discurso. De ahí emergerán concepciones interpretativas sobre el papel de la liberalización e individualización de los factores productores de la enfermedad a través del enfoque de riesgo y soluciones del mismo tipo que respaldan la idea de la responsabilidad personal y familiar.

LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y LAS REFORMAS LATINOAMERICANAS.

A fines de los ochenta y en los noventa donde se producen las primeras propuestas orgánicas del Banco Mundial, BM, por ubicar los satisfactores sociales del bienestar en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública, además de adecuar estas políticas al ajuste estructural (Akin, 1987). Por su ortodoxia, tales planteamientos fueron objeto de crítica en su momento (OPS, 1989). Posteriormente, en su Informe sobre el Desarrollo Mundial: La Pobreza, de 1990, el BM ubica a la pobreza como el fenómeno más relevante del período 1980 a 1990, que CEPAL ya había consignado bajo la idea de la “década perdida” (CEPAL,1990) y sobre el cual construye un discurso social centrado en su combate (Laurell, 1995). Aunque el documento no explica las causas que la originan,¹ diseña estrategias para su tratamiento, especialmente para la situación de las mujeres y las niñas, a la que les confiere un nuevo papel en la implementación de las políticas sociales y de salud futuras,² responsabilizándolas del cuidado de los hijos y los ancianos.

El Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, *Invertir en Salud*,³ es el documento más logrado en el rediseño de lo social, toda vez que sintetiza las experiencias alcanzadas hasta el momento en el desarrollo de estas políticas, a la vez que establece las tareas de los Estados, las agencias privadas y los individuos. En él se diseña “un programa integral de acción mediante un conjunto de lineamientos para una nueva política sanitaria, pensada particularmente para los países de bajo y mediano ingreso”... “Su influencia sobre las políticas nacionales se debe a la coincidencia ideológica de los gobiernos neoliberales con sus tesis básicas, pero el BM dispone, además, de mecanismos financieros importantes para inducir los cambios que propone”, que estuvo consensuado con los principales organismos y agencias nacionales e internacionales de desarrollo (Laurell, 1995). Tal situación reestructura el gasto social público de manera definitiva a la vez que promueve nuevos prestadores de la salud. En su diagnóstico el BM planteaba que los sistemas de salud adolecen de problemas importantes como asignación equivocada de recursos, desigualdades, ineficiencia, explosión de costos que, “de no resolverse, aminorarán el ritmo del progreso en la reducción de la carga que imponen la mortalidad prematura y la discapacidad, y frustrarán los

¹ Al respecto, algunos autores han argumentado que el costo de la crisis sistémica que afecta a los países de mayor desarrollo del capitalismo más avanzado en la primera década de los setentas se transfiere hacia las economías como las latinoamericanas. (Salinas, 1995). Por otro lado se sostiene que el deterioro de la pobreza en la región podría ser el resultado directo de la creciente desigualdad de las remuneraciones por niveles de calificación de la mano de obra, generada en las nuevas condiciones económicas latinoamericanas (Campos, 1998).

² El informe establece que las mujeres “constituyen un grupo afligido por mayores privaciones, incluso entre los pobres”.

esfuerzos por reaccionar a los nuevos problema de salud y a las amenazas de las enfermedades emergentes. Y agrega que “el gasto mundial en salud -y, por ende, las posibilidades de asignación equivocada, desperdicio y distribución desigual de los recursos- es enorme. De manera sorprendente, el BM agrega en su informe que en 1990 el gasto público y privado en servicio de salud alcanzó \$1,7 billones equivalentes a 8% de producto mundial total, de los cuales el 90% corresponde al gasto de los países de ingreso alto, con \$1500 por persona, y que de él Estados Unidos concentró el 41% mundial, 12% de su PIB, y casi la mitad del total del gasto de los países ricos, mientras que en los países en desarrollo fue de alrededor de \$170.000 millones lo que equivale al 4% de su PNB, un \$41 por persona, y sólo el 10% del gasto total en salud mundial (BM, 1973, p.4). A pesar de esta sorprendente confesión, aunque en una postura frecuente en sus análisis, el BM en su actitud pragmática a ultranza, en vez de poner en el centro de la discusión el absurdo nivel diferencial del gasto de estos países equivalente sólo al 10% del gasto mundial, les pide que prioricen y racionalicen el uso de recursos, a fin de que realizar una transformación de fondo guiada por tres principios que justificarían que los gobiernos desempeñaran una función destacada en este sector:

Finalmente el BM haciendo gala de su lógica mercantil para pensar lo público dice que cuando los gobiernos intervienen en otorgar programas de salud pública y servicios esenciales de salud, deben dar buena impresión a los donantes o contribuyentes en el uso de los recursos, medir la eficacia en función de los costos de las diferentes intervenciones y los distintos procedimientos médicos, la relación entre los costos y los beneficios en materia de salud (AVAD ganados). Pero, insiste, que aun cuando éstas sean eficaces no quiere decir que se deban gastar fondos públicos en ellas. Las unidades familiares pueden obtener servicios de salud con su propio dinero y mejor si están bien informados (BM, 1993, p. 5 y 6).

Este discurso orgánico del BM, su visión economicista, de libre comercio y de desprecio a la obra social de los países y sus particularidades, generará en adelante una serie de iniciativas nacionales y regionales por poner –financiamiento de por medio- rápidamente en marcha estos planteamientos. Es notable el desarrollo de estrategias nacionales, entre ellas, las versiones de Chile, en esta nueva etapa, las versiones de Chile, en su segunda etapa, o las del “pluralismo estructurado” de Frenk y Londoño que han inspirado las experiencias de Colombia y México. En ellas se otorga a la salud un papel de confluencia: “Ahí se articulan la política económica y la social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción” (Frenk, 1994). Es tal el peso del modelo que incluso las versiones nacionales tienen el formato del BM, como en el caso de México, los elaborados por La Fundación mexicana para la salud,

FUNSAUD, en sus informes de Observatorio de la Salud y Economía y Salud que tienen un formato que sigue las huellas del informe en sus metodologías, propuestas y diseño.

La CEPAL en 1994 da cuenta del carácter regresivo del ajuste de los ochenta que “recayó, de manera desproporcionada, sobre los trabajadores y los estratos de ingresos medio quienes absorbieron el grueso de los sacrificios asociados al síndrome de estancamiento con inflación”, y el debilitamiento del sector público a partir de la crisis provocada por las restricciones financieras de los ingresos fiscales por la recesión, el crecimiento del gasto corriente como consecuencias en parte como resultado del pago de intereses de la deuda pública, interna y externa, afectada a su vez por las devaluaciones y altas tasas de Interés internacional con la consecuente afectación en el recorte en la asignación de la inversión pública y el gasto social. (CEPAL, 1994).

En la "Cumbre de las Américas" que se celebró a fines de 1994, los gobiernos de la Región de América Latina y el Caribe identificaron la necesidad de contar con una red para apoyar la reforma sanitaria mediante el análisis, la capacitación y otras medidas para crear capacidades. La Iniciativa procura promover la prestación más equitativa y eficaz de los servicios básicos de salud apoyando las actividades regionales para la toma de decisiones, basadas en la política sanitaria, el manejo, el financiamiento sanitario, el mejoramiento de servicios de salud, la descentralización y el desarrollo institucional. (OPS, 1994).

En 1997 OPS define la Reforma como un “proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan” (OPS, 1997). Con ello reorienta los procesos al fijar un énfasis en aspectos interconectados como la equidad, eficiencia, efectividad y satisfacción de necesidades en salud. (OPS, 1998), en los que se describen y analizan de forma sistemática la estructura y la dinámica del sistema de servicios de salud de cada país y los temas de Reformas a nivel nacional, regional y local (Infante, 2000).

El proyecto de “Iniciativa Regional del sector salud en América Latina y el Caribe” (USAID, OPS, 2000) procura promover la prestación más equitativa y eficaz de los servicios básicos de salud apoyando las actividades regionales para la toma de decisiones, basadas en la política sanitaria, el manejo, el financiamiento sanitario, el mejoramiento de servicios de salud, la descentralización y el desarrollo institucional. Entre los socios participantes, según orden de presentación, están la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, que proporciona ayuda

humanitaria para promover los intereses económicos y políticos de los Estado Unidos en el extranjero, la OPS, el Partners for Health Reform Plus, que es el proyecto líder de la USAID en política sanitaria y fortalecimiento de los sistemas de salud en países en desarrollo, más tres programas financiados por la USAID, que trabajan temas de administración, gestión, liderazgo y medicamentos.

La OPS plantea en 2000 que los procesos de Reforma sectorial se concentraron en cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en ajustes de la provisión de servicios de salud a los individuos, en tanto que la salud pública, en cuanto responsabilidad social e institucional, fue olvidada, precisamente en los momentos en que la demanda por sus aportes es mayor y cuando más apoyo de los gobiernos se requiere para modernizar la infraestructura necesaria para su desarrollo. (OPS, 2000). Esta postura representa una mirada crítica a los procesos de Reforma elaborada sobre la base de una visión ampliada de la salud pública y de los procesos de salud colectiva más allá de la visión restringida de las externalidades positivas impulsadas por el B.M. Además, en consecuencia, fija una postura que enfatizar la rectoría de las autoridades nacionales, a la vez que define 11 funciones esenciales, de las cuales los estados son garantes de su ejercicio apropiado y agrega que aun cuando el “estado” tiene un rol indelegable en la entrega directa o en la garantía de las funciones esenciales de salud pública, estas representan solo una fracción de sus responsabilidades en salud, fundamental para elevar el nivel de salud y la calidad de vida de la población, sino que es parte del rol de rectoría del Estado en salud, que se caracteriza por la conducción, regulación, modulación del financiamiento sectorial, supervisión del aseguramiento y armonización de la provisión de servicios (OPS-OMS 2000).

Para 2004 aparece el documento *Análisis de las Reformas del Sector Salud. Región de las Américas*, que reúne los perfiles presentados por 34 países. Sobre ellos se hace una revisión que intenta una tipología de los países y el estado de las Reformas basada en las formas de negociación, implementación y financiamiento de las mismas.

Para 2007, los análisis del BM retoman el interés por el papel del Estado, sin embargo en el sentido de aprovechar lo que este aparato representa para garantizar las pérdidas del sector privado como ocurre en estos momentos en las políticas compensatorias del Estado norteamericano.

ESTUDIOS DE CASO.

Intentar una visión latinoamericana de las Reformas es un asunto de complejidad, toda vez que los cambios a los que se alude, a pesar de tener una matriz común, tienen efectos de características particulares en cada país, en función de sus condiciones políticas, de la estructura socioeconómica

de la población, y del sistema de salud previo, tres elementos determinan de manera fundamental los tiempos y las modalidades que hicieron posible su instauración. De ahí que, aunque los procesos de Reforma se presenten como entidades con modelos propios e independientes, motivados por loables necesidades de búsqueda de equidad y deseo de servicio, son adaptaciones a un modelo general de mercantilización en salud. En tal sentido, se desarrollan bajo determinados marcos legales propicios para la producción de diversas formas de mercantilización de la salud, según las condiciones posibles y viables desde la perspectiva económica, política y técnica.

Sí bien los cambios radicales en el campo de la salud y la seguridad social en el sentido que nos ocupa empiezan a constituirse en América Latina a partir del caso de Chile en los setentas, aunque más coherentemente como modelo a inicios de los ochenta, se empieza a expandir recién en los noventas hacia los demás países. Chile es considerado un caso paradigmático porque impone en los ochenta, bajo las condiciones de la dictadura (1973 y 1989), un modelo de mercado en salud, seguridad social y en el resto de aspectos sociales protegidos por el Estado,⁴ que sirve de modelo a los organismos multilaterales y al resto de la región. Tal situación significó un cambio en la política social⁵ y la creación de instituciones privadas de salud, las Instituciones de Salud Previsional, ISAPREs y de Seguridad Social, las Asociaciones de Fondos de Pensiones, AFP, en los inicios y hasta el final del periodo dictatorial, no sujetas a regulación,⁶ habilitados para recibir el aporte de las cotizaciones de las personas con mayores ingresos,⁷ un subsidio social que se formaliza y legitima con los años en el caso de las primeras y de las segundas, a hacer obligatoria la cotización y a cargo sólo por parte del trabajador. Esta situación crea un incentivo negativo hacia la acción pública y la noción que ante el deterioro real del sistema, el sector privado se vuelve una “aspiración” que en una lógica de mercado hay que dar curso. El estímulo a estas instituciones privadas por sobre las públicas en poco tiempo permite doblar el gasto en salud y traspasar los bienes sociales de la seguridad social a manos de administradoras privadas. Las coberturas que alcanzan en el primer caso son en los mejores años de 27%, posteriormente se estancan en un 17% durante los gobiernos de la Concertación por la eliminación de algunos subsidios y por el mejoramiento del sector público producido por un

⁴ Es conocida la concepción que ampara esta intervención del Estado chileno como compensador en un marco de sociedad desigual del derecho al acceso a los servicios.

⁵ Tetelboin, C.(1995), “La otra cara de las políticas sociales en Chile”, en Vilas, Carlos (coordinador), *Estado y políticas sociales después del ajuste*, Universidad Nacional Autónoma de México-Editorial Nueva Sociedad, Venezuela.

⁶ A pesar que durante la dictadura tales instituciones no están sujetas a regulación, la creación de la Superintendencia de ISAPRE en 1989, aunque ejerce mayor control y evita indefensiones mayores contra sus afiliados, mantiene las reglas de modelo vigentes.

⁷ Pueden optar a tal situación quienes tengan condiciones laborales estables, de ingresos medios y altos, que estén sanos y que no constituyan grupos de riesgos como embarazadas, niños menores de 5 años o mayores de 65 años.

incremento del gasto corriente y de inversión, aunque nunca suficiente para sus necesidades.

Con posterioridad del sistema AUGE/GES, se incrementa de nuevo. En el caso de la seguridad social, las AFP de la cobertura que logran, sólo el 50% de la misma logrará tener una pensión al final de la vida laboral.

Algunas críticas que se han hecho al AUGE/GES tienen que ver con el énfasis curativo y de atención médica que no alcanza a ser una política de salud porque sólo reconoce acciones parciales. Por otro lado, no queda claro como se vinculan las estructuras públicas de salud en su operación normal con el AUGE. También que la solución finalmente elegida, vincula sector público y privado a través del acceso al financiamiento del FONASA que los obliga a dar atención a los pacientes a través del AUGE. Respecto de la seguridad social, desde la creación de las Asociaciones de Fondos Provisionales, se ha realizado una última reforma en el sentido de un pilar solidario, que sin tocar al sistema de AFP, garantiza pensiones a quines nunca han cotizado, y por otro a quienes, habiendo cotizado en el sistema de AFP no alcanzan por las semanas cotizadas o por los montos, una pensión. En términos generales, está pendiente su transformación, en el sentido argentino, en la medida que sus pensiones son significativamente menores respecto de quienes permanecieron en el INP o viejo sistema.

Conclusiones

La situación latinoamericana, a partir de esta reflexión muestra que se han producido situaciones paradójicas donde, después del desgaste de los discursos, los resultados en salud y pensiones se han producido una reorganización importante creando una trama estructural que parece ser productora de procesos inequitativos en oposición a la organización previa que, aunque cargada de vicios, contenía elementos redistribuidores. Los cambios en vez de profundizar los rasgos democratizadores contenidos en las estructuras ampliándolos hacia mejores prácticas, horizontales, transparentes, fueron vaciadas en su consistencia al ser orientadas hacia la instauración de procesos mercantilizados. Los procesos en curso produjeron cambios en las estructuras, en las modalidades de financiamiento y en el gasto, en las características de los servicios prestados, en el movimiento de usuarios y prestadores, pero también en los procesos de pensamiento y organización en torno a la salud. Tal era la apariencia innovadora de los cambios en el marco de procesos políticos en los inicios dictatoriales además sin posibilidad de réplica, o más tarde en los procesos de democratización, que las respuestas orgánicas con propuestas distintas a los mismos tardaron en expresarse. Actualmente algunas experiencias de gobierno intentan democratizar estos procesos intentando reestablecer el tema del derecho a la salud y a la pensión; en otros casos sin embargo, se ha mantenido la continuidad de esta tendencia.

Bibliografía

- Akin J. (1987), *Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for Reform*, World Bank, Washington D.C.
- Banco Mundial (1990), *Informe de Desarrollo Mundial 1990: la pobreza*, Banco Mundial, Washington D.C.
- Banco Mundial (1993) *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington D.C.
- Boltvinik, Julio (2005), "Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano", en *Revista Papeles de Población*, N° 44, UAEM, abril-junio, p. 9-42.
- Campos, José Antonio, (1998), *Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina*, CEPAL, N° 65, agosto.
- CEPAL (1990), *Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo del América Latina y el Caribe en los noventa*, CEPAL, Santiago de Chile, pp. 36, 98 y 99.
- CEPAL (2004), *Panorama Social de América Latina*, documento informativo, Santiago de Chile, noviembre
- *Cumbre de las Américas (1994), Declaración de principio suscrito por los Jefes de Estado y de Gobierno, Miami, Florida, 9 al 11 de diciembre.*
- Frenk, Julio, Miguel A. González Block y Rafael Lozano (1994), "La Salud en México: una visión estratégica", *Resumen del Informe final Economía y Salud: propuestas para el avance del Sistema de Salud en México*, FUNSALUD, Octubre, p. 35, 50 y ss.
- Fundación Mexicana para la Salud (1994), *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final*. Fundación Mexicana para la Salud, México, capítulo III.
- Hardy, Clarisa (Editora), (2004), *Equidad y Protección Social. Desafíos de políticas sociales en América Latina*, Editorial Lom, Santiago de Chile.
- Infante, Alberto, Isabel de la Mata y Daniel López Acuña (2000), *Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*, *Revista Panamericana de Salud Pública*8(1/2), p. 13 y 14.
- Labra, María Eliana (2001), *Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuciones para una comparacio*, *Revista Ciencias en saúde colectiva*, vol.6 N°2, Rio de Janeiro.
- Laurell, Asa Cristina (1995), "La salud: de derecho social a mercancía", en Laurell, Asa Cristina (Coordinadora), (1995), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, UAM-X- Fundación Friedrich Ebert, México, 1ra. reimpresión, septiembre, p. 9 y 10.
- Laurell, Asa Cristina (Coordinadora), (1995), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, UAM-X- Fundación Friedrich Ebert, México, 1ra. reimpresión, septiembre, presentación.
- OMS-OPS, Centers for Disease Control and Prevention, CDC, y Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud, CLAISS (2000), *La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la Medición de Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Documento preliminar, octubre.
- OPS (1989), *OPS: Economía de la Salud*, OPS, Washington D.C.
- OPS (1997), *La cooperación de la organización Panamericana de la salud ante los procesos de Reforma sectorial*, Washington, D.C.

- OPS, USAID, LACHSR (2000), Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, <http://www.lachsr.org/es/profiles.cfm>
- OPS. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud (1998), *Lineamiento metodológicos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud*". Washington, D.C., junio.
- Salinas, Dario y Carolina Tetelboin (2005), "Las condiciones de la política social en América Latina", en Revista Papeles de Población, N° 44, UAEM, abril-junio, p. 92 y ss.
- Tetelboin, Carolina (2003), *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.