

La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina

Rifat Atun, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, T. Dmytraczenko, Patricia Frenz, Patricia García, Octavio Gómez-Dantés, Felicia M. Knaul, Carles Muntaner, Juliana Braga de Paula, Félix Rígoli, Pastor Castell-Florit Serrate, Adam Wagstaff

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.
Inglés disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)

RESUMEN

A fines de la década de 1980, muchos países de América Latina comenzaron reformas en el sector social para aliviar la pobreza, reducir las desigualdades socioeconómicas, mejorar los resultados de salud, y proporcionar protección ante el riesgo financiero. Particularmente, a partir de la década de 1990, las reformas encaminadas a fortalecer los sistemas de salud para reducir las desigualdades en el acceso a la salud y en los resultados, se centraron en la expansión de la cobertura universal de salud, especialmente para los ciudadanos pobres. En América Latina, las reformas del sistema de salud han creado un acercamiento distinto a la cobertura universal de salud, apoyado en los principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades sociales. En la mayoría de los países estudiados, el financiamiento del gobierno permitió la introducción de intervenciones relacionadas con la oferta para ampliar la cobertura de seguro para los ciudadanos no asegurados —con paquetes de beneficios definidos y expandidos— y para ampliar la prestación de los servicios de salud. Países como Brasil y Cuba introdujeron sistemas universales de salud financiados mediante impuestos. Estos cambios fueron combinados con intervenciones de demanda dirigidas a mitigar la pobreza (focalizando muchos determinantes sociales de salud) y mejorando el acceso de las poblaciones más desfavorecidas. Por lo tanto, las características distintivas de los sistemas de salud para el fortalecimiento de la cobertura universal de salud y las lecciones de la experiencia latinoamericana son relevantes para los países que avanzan hacia la cobertura universal de salud.

INTRODUCCIÓN

El buen funcionamiento de los sistemas de salud mejora la salud de la población, brinda protección social, responde a las expectativas legítimas de los ciudadanos, contribuye al crecimiento económico,[1–6] y apoya la cobertura universal de salud.[7] La estabilidad política, el liderazgo comprometido, el crecimiento económico continuo, y los sistemas de salud sólidos son fundamentales para el logro de la cobertura universal de salud, la cual se ve obstaculizada por las desigualdades en los ingresos.[8]

Comenzando a finales de la década de 1980, muchos países en América Latina iniciaron reformas del sector social para mitigar la pobreza y reducir las desigualdades socioeconómicas, incluyendo las reformas en la década de 1990 para fortalecer los sistemas de salud e introducir la cobertura universal de salud. Los países latinoamericanos comparten muchas similitudes económicas, políticas, sociales y culturales (Figura 1), pero también son histórica, socio-cultural, y políticamente diversos; ellos ganaron la independencia de sus colonizadores europeos en el siglo XIX, pero muchos sufrieron dictaduras militares con violaciones de los derechos humanos y han experimentado algunas de las peores desigual-

dades en los ingresos de todo el mundo (Ver apéndice en línea). El rico contexto histórico, sociocultural y político de los países latinoamericanos ha modelado profundamente las reformas y la trayectoria de la cobertura universal de salud sustentadas en los principios de la equidad, la solidaridad y la acción colectiva para superar las desigualdades sociales, una característica distintiva de la experiencia de la reforma del sistema de salud latinoamericano, con lecciones que son relevantes para los países que están avanzando hacia la cobertura universal de salud.

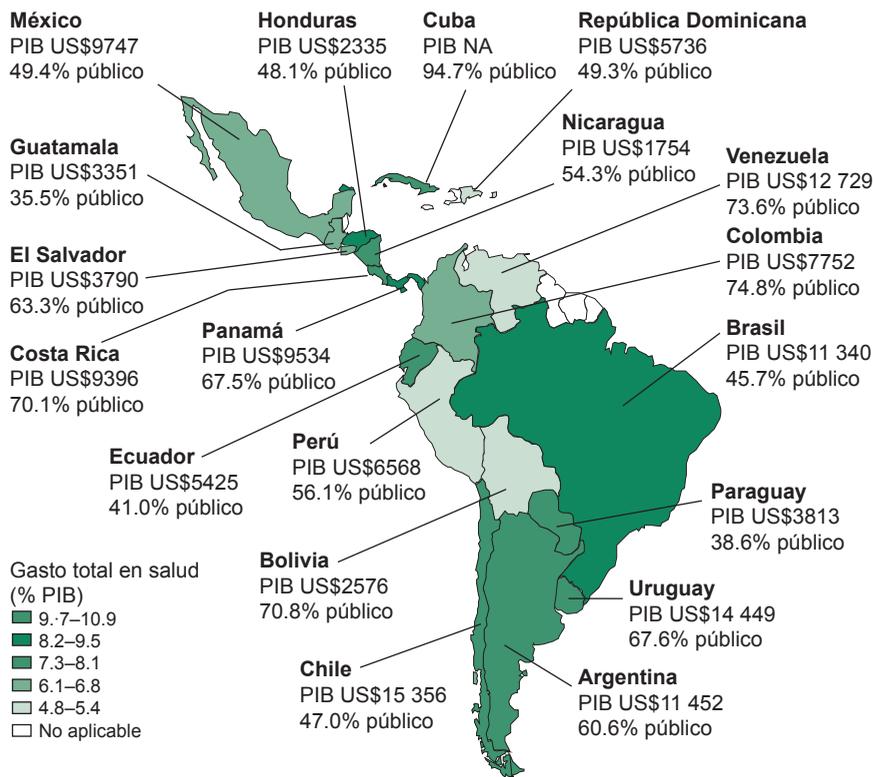
Se utilizó un marco analítico,[7] y datos de varias fuentes (Ver apéndice en línea) para explorar en los países del estudio — Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú, Uruguay y Venezuela— cómo la interacción de los factores demográficos, epidemiológicos, económicos, políticos y socioculturales (Tabla) han impulsado a estos países a fortalecer sus sistemas de salud y avanzar hacia la cobertura universal de salud. Seleccionamos estos países porque han introducido reformas al sistema de salud para lograr la cobertura universal de salud y porque se dispone de los datos pertinentes. Al igual que con los otros informes en las Series América Latina de *The Lancet*, no hemos analizado a los países de habla inglesa del Caribe ni a Haití debido a que estos países tuvieron una historia diferente a la de los países latinoamericanos estudiados. Proporcionamos un resumen de los indicadores económicos, demográficos, de salud de la población, y de los sistemas de salud para estos países y los comparamos con las regiones del mundo y con las medias mundiales (Ver apéndice en línea).

Los órdenes sociales y políticos que surgieron después de la independencia para establecer la democracia fueron diversos en los diez países del estudio. Varias gobernanzas, acuerdos políticos, y gobiernos surgieron después del final de los regímenes militares en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Perú, Uruguay y Venezuela, al final del corporativismo estatal en México, y después de las revoluciones en Cuba y Venezuela, con cantidades variables de derechos civiles y ciudadanos. Estas experiencias de gobierno también influenciaron los enfoques adoptados para las reformas del sistema de salud y la cobertura universal de salud.

Este informe está organizado en cinco secciones. La introducción es seguida por un análisis de los desafíos contextuales que conducen el cambio en los sistemas de salud latinoamericanos. Después analizamos las reformas del sistema de salud dirigidas a lograr la cobertura universal de salud en los países estudiados. Luego tratamos sobre los principales logros de las reformas del sistema de salud y la cobertura universal de salud en los países del estudio y las lecciones aprendidas. La sección final analiza los retos futuros para los sistemas de salud

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

Figura 1: Ingreso por persona, gasto total en salud, y gasto en salud a partir de fuentes públicas



El gasto en salud a partir de fuentes públicas se muestra como un porcentaje del gasto total en salud. NA: no aplicable PIB: producto interno bruto Datos del Banco Mundial[9]

latinoamericanos. En las Series América Latina de *The Lancet*, Cotlear y sus colegas[11] ofrecen un profundo análisis de los antecedentes históricos de las reformas del sistema de salud y Andrade y sus colegas[12] describen los determinantes sociales de salud en América Latina.

RETOS CONTEXTUALES QUE DIRIGEN EL CAMBIO EN LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS

Contexto demográfico y epidemiológico: la transición epidemiológica La disminución de la tasa global de fecundidad cerca o por debajo de los niveles de reemplazo de 2.1 (Tabla) y el aumento de la esperanza de vida (Figura 2) en América Latina trajeron rápidos cambios demográficos y epidemiológicos, los cuales incrementaron la carga de las enfermedades no transmisibles y de las enfermedades crónicas en los sistemas de salud diseñados para proporcionar cuidados episódicos y agudos (Figura 3). Los sistemas de salud en América Latina no han podido responder eficazmente a la rápida transición epidemiológica. En países como México, Costa Rica y Colombia, este cambio fue el factor clave para la reforma del sistema de salud, mientras que en otros, los factores políticos, sociales y económicos, que serán discutidos más adelante, fueron los principales impulsores de la reforma del sistema de salud y brindaron el impulso necesario para la cobertura universal de salud.

Contexto político: déficit democrático Amenazados por las revoluciones que se extendieron a través de Venezuela (1958) y Cuba (1959), a partir de la década de 1960, los ejér-

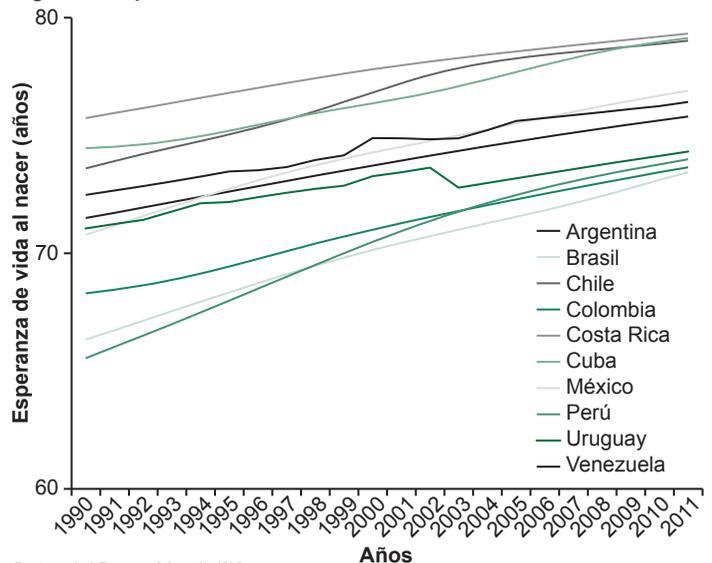
citos en la mayoría de los países latinoamericanos suprimieron a la fuerza los sistemas civiles para establecer dictaduras militares. Estas dictaduras duraron hasta alrededor de la década de 1980 en Brasil (1964–1985), Perú (1962–1963 y 1968–80), Chile (1973–1990), Argentina (1966–1973 y 1976–1983), y Uruguay (1973–1985). Costa Rica y México, que habían establecido democracias parlamentarias a principios del siglo XX, evitaron el régimen militar (el gobierno de un solo partido prevaleció en México hasta el 2000), mientras que en Colombia las intervenciones militares derrocaron brevemente a los gobiernos en 1953 y en 1958. La revolución cubana, que comenzó en 1952, estableció en 1959 un sistema de gobierno socialista, dirigido desde 1965 por un partido único: el Partido Comunista de Cuba.

Las dictaduras militares en América Latina socavaron los derechos humanos, suprimieron los derechos democráticos de los ciudadanos y, con la excepción de Cuba, redujeron la inversión en los sectores sociales, incluyendo los elementos del sistema de salud que eran financiados y suministrados públicamente. Limitaron los derechos ciudadanos de los subgrupos desfavorecidos de la población, especialmente de los pobres, y se ampliaron las desigualdades socioeconómicas y en salud, lo que llevó a la sociedad civil en países como Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay a crear movimientos sociales para restaurar

la democracia, abordar las desigualdades, y reclamar los derechos de los ciudadanos.

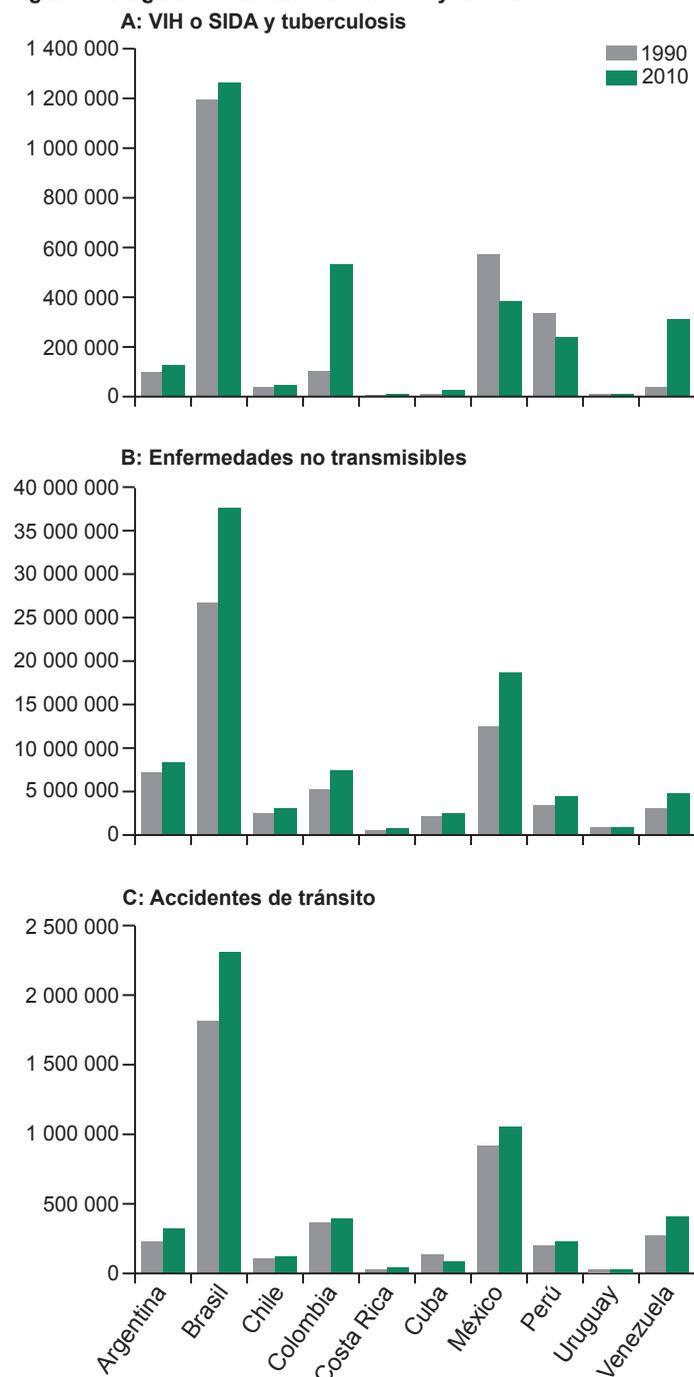
Contexto económico: inestabilidad y desigualdades persistentes En las décadas de 1970 y 1980, una inflación incontrolablemente alta, que superó el 1.000% en Argentina,

Figura 2: Esperanza de vida al nacer



Datos del Banco Mundial[9]

Figura 3: Carga de la enfermedad en 1990 y en el 2010.



La carga de la enfermedad es en términos absolutos y no corregido por el tamaño de la población. Datos del Instituto para las Métricas de Salud y Evaluación[13] y Lim y colegas[14]

Brasil y Perú; ciclos económicos de auge y de quiebra y recesiones caracterizaron la situación económica en América Latina, imponiendo restricciones fiscales sobre los gastos del gobierno en los sistemas de salud, con resultados adversos para la salud. [15]

Argentina (1980 y 1982) y posteriormente Perú (1980 y 1984), Costa Rica (1981, 1983, y 1984), México (1982), Venezuela (1982), Brasil (1983 y 1986–87), Chile (1983), y Uruguay (1983 y

MENSAJES CLAVE

- Los países latinoamericanos están caracterizados por una diversidad sociocultural, económica y política, con amplias desigualdades socioeconómicas y de salud.
- Costa Rica y México establecieron democracias parlamentarias a principios del siglo XX, pero a partir de finales de la década de 1950 las revoluciones en Cuba y en Venezuela fueron seguidas por dictaduras militares en la mayoría de los países latinoamericanos con el aumento de las disparidades socioeconómicas.
- En la década de 1980, la salud surgió como un derecho humano fundamental y un derecho en América Latina —sin tener en cuenta la posición social o la capacidad de pago— y una plataforma democrática para recuperar los derechos de los ciudadanos.
- Los movimientos sociales, liderados por la sociedad civil, dieron forma a las reformas de salud en la mayoría de los países, mientras que en México, Costa Rica y Colombia la rápida transición epidemiológica fue el conductor crítico.
- Los países latinoamericanos han desarrollado un enfoque distinto para las reformas del sistema de salud, lo cual ha combinado con los cambios del lado de la demanda para mitigar la pobreza y la atención primaria de salud integral para ampliar el acceso a los servicios. Estas reformas fomentaron la inclusión, el empoderamiento ciudadano y la equidad en salud; establecieron los derechos legales a la salud y a la protección de salud, y alcanzaron la cobertura universal de salud.
- El seguro social de salud o el impuesto basado en el financiamiento ha sido utilizado con enfoques de diferentes sistemas de salud, organización, gobierno, y prestación de servicios para introducir derechos explícitos para beneficios de salud.
- Los países latinoamericanos han desarrollado capacidades a nivel de país y a nivel regional para aprender de las experiencias nacionales y regionales, y han utilizado estas capacidades para perfeccionar las reformas del sistema de salud y establecer enfoques sensibles al contexto hacia la cobertura universal de salud para mejorar los resultados de salud.

1987) dejaron de pagar su deuda soberana, precipitando la crisis de la deuda latinoamericana, lo que conllevó a la intervención del Fondo Monetario Internacional, a partir de 1982. Un período de reformas macroeconómicas neoliberales resultó a finales de la década de 1980, con un patrón común de las políticas consagradas en el llamado Consenso de Washington,[16] encaminadas a reducir los gastos del gobierno y a la imposición de una disciplina fiscal (Panel 1).[22] A pesar de que muchos países se resistieron a estas reformas, las presiones se sintieron en toda América Latina. La crisis económica y la alta inflación asociada llevaron a la ampliación de las desigualdades socioeconómicas y de los ingresos, con el índice de Gini persistentemente desfavorable (Ver apéndice en línea), el cual solo comenzó a declinar después del 2005, posiblemente coincidiendo con las reformas sociales destinadas a reducir la pobreza, tales como los planes de transferencia monetaria condicionada. Cuba mantuvo una economía cerrada expuesta solamente a los países del bloque socialista.

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

Tabla: Características importantes de la población y socioeconómicas de los países de estudio

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	México	Perú	Uruguay	Venezuela
Población Total (millones) ^a	41.1	198.7	17.5	47.7	4.8	11.3	120.8	30.0	3.4	30.0
Esperanza de vida al nacer (años)[†]										
Hombres	72.1	70.1	76.0	70.1	76.9	77.2	74.5	71.4	72.9	72.1
Mujeres	79.7	77.0	82.2	77.4	81.8	81.2	79.4	76.6	80.1	79.7
Tasa de fecundidad, total (nacimientos por mujer) ^b	2.2	1.8	1.8	2.1	1.8	1.5	2.3	2.5	2.0	2.5
Relación de dependencia por edad (% de población en edad de trabajar) ^a	54.4%	46.8%	45.1%	51.5%	44.5%	42.0%	54.5%	54.9%	56.4%	53.4%
PIB (constante de 2005 US\$ millones) ^a	ND	1136.6	165.0	202.9	27.5	55.3 [‡]	997.1	127.5	25.5	191.9
PIB por persona (constante de 2005 US\$) ^a	ND	5721.2	9447.1	4252.4	5716.0	4898.3 [‡]	8250.9	4252.5	7497.4	6406.9
Gasto en salud por persona (presente US\$) ^b	891.8	1120.6	1074.5	432.0	942.9	606.1	619.6	289.0	1104.9	555.1
Gasto en salud total (% del PIB) ^b	8.1%	8.9%	7.5%	6.1%	10.9%	10.0%	6.2%	4.8%	8.0%	5.2%
Gasto directo de bolsillo (% del total) ^b	24.7%	31.3%	37.2%	17.0%	27.2%	5.3%	46.5%	38.4%	13.1%	57.0%

Cobertura de salud de la población por subsistema^a

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	México	Perú	Uruguay	Venezuela
Público	Universal (servicios básicos)	Derecho universal: 80.4% cobertura exclusiva por sistema único de salud	Derecho universal para beneficiarios de las Garantías Explícitas del Plan de Acceso Universal	Cobertura universal del Plan Básico de Servicios de Salud (salud de la población): 29.0% Servicios de salud limitados	Cobertura universal	0%	Seguro de Salud Público (<i>Seguro Popular</i>) 47.0%	37.0%	45.3%	100% Derecho a la atención primaria (<i>Barrio Adentro</i>)
Seguridad Social	51.0%	0%	73.5% Fondo Nacional de Salud	39.7% Sistema general de seguridad social. 51.4% Plan contributivo	0%	100%	Instituto de Seguridad Social 37.5%. Instituto de Seguridad Social y Servicios 5.4%	21.0% (+3.0% fuerzas armadas y policía)	45.0%	17.5%
Privado	7.9%	19.6% Suplementario	16.3%	ND	0%	0%	4.5%	5.5%	1.8%	11.7%
Otros	3.2%	0%	6.7% (ejército). 3.5% sin seguro	3.9%	0%	0%	4.5%	37.4% sin seguro social o privado	Fuerzas armadas 5.3%. Policía 2.3%	

ND: no disponible. ^aDatos del 2012. ^bDatos del 2010. ^cModificado a partir de datos de la Organización Panamericana de Salud;[30] los niveles de cobertura podrían sobrepasar el 100% debido a que algunos miembros de la familia están cubiertos por más de un plan. *Datos del Banco Mundial*[9]

Sin embargo, la desintegración de la Unión Soviética obligó a la Federación Rusa a suspender repentinamente el financiamiento a Cuba,[23] precipitando una severa contracción de la economía cubana, seguida por décadas de inestabilidad económica.

En el sector de la salud, las reformas influenciadas por el Consenso de Washington no eran monolíticas, uniformes, ni unidireccionales. Los líderes y los investigadores de los

países latinoamericanos no fueron receptores pasivos de ideas políticas. Los responsables políticos de varios países fueron capaces de desarrollar su propia dirección, contenidos y momentos para las reformas. Por ejemplo, a diferencia de Chile, donde el gobierno militar introdujo reformas neoliberales de mercado, en México y en Costa Rica, las políticas de innovaciones en salud fueron desarrolladas localmente. De hecho, muchas ideas —por ejemplo, la importancia de la

Panel 1: El Consenso de Washington

El Consenso de Washington —un término acuñado por el economista John Williamson[16]— se refiere a reformas de política económica, usadas con frecuencia como la condicionalidad del Fondo Monetario Internacional para los países que necesitan financiamiento internacional,[17] que están diseñadas supuestamente para traer a los países beneficiarios estabilidad macroeconómica, crecimiento económico e integración dentro de la economía global.

Williamson describe diez elementos[18] como caracterización del Consenso de Washington:

- Disciplina fiscal para evitar grandes déficits presupuestarios del gobierno
- Reordenamiento de las prioridades del gasto público —ejemplo, la reorientación del gasto proveniente de los subsidios hacia la educación y la salud básica
- Reforma fiscal, ampliando la base impositiva con tasas de impuestos marginales moderadas
- Liberalización de las tasas de interés —es decir, la liberación financiera impulsada por el mercado de capitales
- Una tasa de cambio competitiva, que logre alentar el crecimiento de las exportaciones
- Liberalización del comercio para reducir las barreras a la importación y la exportación
- Liberalización de la inversión extranjera interna directa —por ejemplo, reducción de las barreras a la inversión extranjera
- Privatización de las empresas estatales
- Desregulación para facilitar la entrada y la salida de nuevas empresas en sectores económicos
- Derechos de propiedad, especialmente para el sector informal

Un supuesto importante que respalda el paquete de reformas económicas, que en conjunto caracterizaron el Consenso de Washington, fue que el ajuste estructural de la economía sería seguido por la estabilidad económica y el crecimiento sostenido. Sucesivamente, el crecimiento económico llevaría a un aumento del empleo en el sector formal, lo cual podría cada vez más incrementar las finanzas y mantener los sistemas de protección social contributivos existentes. Por lo tanto, no habría ninguna necesidad de sistemas de protección social basados en los impuestos con la solidaridad en el funcionamiento. En lugar de ello, el papel del Estado sería subsidiario al seguro contributivo, y limitado a proporcionar un nivel mínimo de protección social para la asistencia social y los servicios de salud para los desempleados y aquellos incapacitados para trabajar.

Sin embargo, la promesa del crecimiento económico y de la expansión del sector formal no llegó a materializarse, provocando que muchas corrientes de economistas señalen los efectos sociales negativos sustanciales de las políticas económicas inspiradas en el Consenso de Washington.[19–21]

El alcance limitado de los planes de seguro social basados en el empleo ha impulsado a muchos gobiernos latinoamericanos a expandir gradualmente la protección social más allá de los programas vinculados a la posición laboral.

transición epidemiológica en América Latina y el papel de los sistemas de salud— y las experiencias que emanaron de América Latina fueron difundidas y ampliadas, influyendo en los países de la región y en las agencias internacionales.

En América Latina, las políticas económicas de la década de 1980, que incluyeron en muchos casos reformas en el sector social y en salud, se dirigieron a la estabilidad macroeconómica y a hacer frente a la crisis económica, pero en gran parte no mitigaron la pobreza.[24] El impulso no se desplazó hacia la

introducción de nuevas políticas sociales y reformas de asistencia social destinadas a reducir la pobreza y la desigualdad hasta la década de 1990. Por ejemplo, Brasil, Colombia, México y Venezuela introdujeron reformas laborales y de asistencia social.

Como parte de las reformas sociales y de asistencia social, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú, y Uruguay, implementaron planes de transferencia monetaria condicionada para reducir la pobreza, empoderar a las mujeres, y ampliar el acceso a la educación, la salud y al consumo de alimentos.[25–27] Varios esquemas de transferencia monetaria condicionada, tales como el *Plan Nacer* en Argentina,[28] *Bolsa Familia* en Brasil,[29,30] *Chile Solidario*[31] e *Ingreso Ético Familiar*[31] en Chile, *Red Unidos* en Colombia,[32] *Progesa*[33] (que a partir del 2000 fue llamado *Oportunidades*[34]) en México, el programa *Juntos* en Perú,[35,36] y el *Programa de Asignaciones Familiares* en Uruguay,[37] eficazmente se centraron en las mujeres y en las poblaciones pobres, para incrementar la demanda y el uso de los servicios de salud, especialmente para la atención de salud materna e infantil.[12,25–27,38]

La expansión económica mundial en el 2000-2008 ayudó a crear un período de crecimiento económico sostenido en los países del estudio, permitiéndoles combinar incentivos del lado de la demanda, implementados principalmente a través de transferencias monetarias condicionadas, con políticas del lado de la oferta para fortalecer los sistemas de salud y así ampliar el acceso de las poblaciones más vulnerables e introducir la cobertura universal de salud. Considerando que las repetidas crisis económicas provocaron movimientos sociales, los cuales son analizados más adelante, el crecimiento económico brindó el espacio fiscal y la flexibilidad presupuestaria para introducir cambios en los sistemas de salud.

Contexto social: surgimiento de movimientos sociales y ciudadanía

Las crisis económicas de la década de 1970 y 1980 y el déficit democrático bajo el gobierno militar estimularon movimientos sociales en varios países latinoamericanos.[39] dirigidos por la sociedad civil, que demostró ser decisiva en la restauración de un gobierno civil en Perú (1980), Argentina (1983), Brasil (1985), Uruguay (1985) y Chile (1990). En algunos de estos países, especialmente en Brasil, la salud y los movimientos sociales estaban entrelazados y orientados a mejorar las injusticias que ocurrieron bajo las dictaduras militares, restaurar la democracia y abordar las disparidades socioeconómicas.[40]

A partir de la década de 1980, en América Latina, la salud surgió como un derecho humano básico y una prerrogativa —independientemente de la posición social o la capacidad de

pago— y una importante plataforma para la recuperación de los derechos de los ciudadanos (Panel 2).[60]

LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE, COLOMBIA, COSTA RICA, CUBA, MÉXICO, PERÚ, URUGUAY Y VENEZUELA

La velocidad y el contenido de las reformas del sistema de salud variaron en los países estudiados, al igual que la forma en que la cobertura universal de salud fue creada e implementada. Analizamos las similitudes y los rasgos distintivos de estas reformas para cada función del sistema de salud —organización y gobernación, financiamiento, gestión de recursos, y prestación de servicios— destacando los cambios claves en los países con ejemplos, y describiendo brevemente los cambios en cada país.

Organización y gobernanza En América Latina, existían cuatro áreas fundamentales de cambio en la organización y en la gobernanza de los sistemas de salud. La primera involucró la reorganización de los sistemas de salud para abordar la fragmentación estructural. La segunda involucró la descentralización de la toma de decisiones en los niveles de gobiernos provinciales, de Estado, y gobiernos municipales. La tercera hizo énfasis en el mejoramiento de las funciones regulatorias, y la cuarta involucró la separación de las funciones de financiamiento (ejemplo, del comprador) y del proveedor para mejorar la eficiencia del sistema de salud.

La primera área de cambio fue especialmente importante en América Latina, donde solo Brasil, Cuba y Costa Rica han unificado los sistemas de salud y la mayoría de los sistemas de salud están organizados como varios subsistemas paralelos. Al principio de la década de 1990, los países sin sistemas unificados introdujeron programas de seguro y prestación de servicios de salud financiados por el gobierno para cubrir a los pobres y a los trabajadores informales. Esta organización institucional, reforzó más los subsistemas verticalizados con la fragmentación del financiamiento y de la prestación de servicios y llevó a la segregación de los grupos de población según el empleo y el nivel socioeconómico[11] y dejó a los segmentos más pobres sin cobertura efectiva.

Esta segregación, Frenk sostuvo,[61] creó un “apartheid médico” y socavó los esfuerzos destinados a reducir las desigual-

Panel 2: La salud como un derecho humano y del ciudadano

En Argentina y Costa Rica, las constituciones no estipulan el derecho a la salud, pero los tribunales constitucionales han utilizado los tratados internacionales (la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y las disposiciones para otros derechos (derecho a la vida en el artículo 21 de la Constitución de Costa Rica) para establecer un derecho a la salud.[41]

Cuba estableció la salud como un derecho legal después de la revolución de 1959, garantizando una cobertura universal de salud gratuita suministrada por el Servicio Nacional de Salud cubano, que fue establecido en la década de 1970. [42,44]

Chile, a partir de 1980 con el artículo 19 de la Constitución Política redactada por la dictadura militar, garantizó el derecho a la protección de salud y estableció la obligación del Estado de garantizar acceso gratuito e igualitario para las acciones de salud según lo prescrito por la ley,[45] por el que los ciudadanos pueden elegir entre los sistemas de salud público o privados. Las reformas de salud neoliberales[46] de Pinochet crearon un sistema de salud dual con profundas divisiones en el financiamiento, los beneficios y las condiciones de afiliación entre el sistema de seguro social público (Fondo Nacional de Salud) y las aseguradoras privadas (Isapre). Para reducir las desigualdades, la Ley del 2005 de Garantías de Salud 19.966 (Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE]) introdujo los derechos exigibles a los servicios de salud para 40 enfermedades, con mecanismos administrativos y judiciales,[47] las cuales se incrementaron a 80 en el 2013.[48]

En Brasil, la Constitución de 1988, condicionada por la lucha democrática y el Movimiento de Reforma Sanitaria, estableció “la salud como un derecho básico y una responsabilidad del Estado”, con disposiciones para crear un sistema de salud nacional unificado.[49]

En 1991, la nueva Constitución de Colombia estableció una serie de derechos y un Tribunal Constitucional para proteger los derechos del individuo.[50] En una importante decisión en el 2008, el Tribunal Constitucional confirmó el derecho a la salud, ordenándole al Estado colombiano unificar los planes de seguros contributivos y subsidiados y lograr la cobertura universal de salud.[52]

En 1999, los artículos 83 y 84 de la Constitución Venezolana reconocieron la salud como un derecho humano básico garantizado por el Estado.[52]

Perú introdujo el Seguro Integral de Salud en el 2002, después de la transición hacia un gobierno democrático, con derecho legal al seguro de salud y a los servicios de atención de salud para las poblaciones pobres y sin seguro médico. El Tribunal Constitucional de Perú no siempre ha defendido el derecho a la protección de la salud.[53] Los movimientos sociales están luchando por el acceso ampliado y una reducida cuota para el consumidor[54] y la educación de los ciudadanos sobre sus derechos a los servicios de calidad.[55]

El artículo cuarto de la Constitución de México estableció la salud como un derecho para todos los ciudadanos,[56] pero este derecho no fue plenamente respetado hasta el 2003, cuando el Congreso Mexicano aprobó revisiones a la Ley General de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud, con el programa de seguro popular de salud *Seguro Popular* expandiendo la cobertura a casi 52 millones de personas para el 2012.[57]

En el 2005, el Gobierno de Uruguay reconoció a la salud como un “derecho legal y un bien público”, estableciendo las bases para la cobertura universal de salud y el seguro nacional de salud, con un Fondo Nacional de Salud que hace un fondo común con las contribuciones sobre la nómina y los subsidios.[58] En el 2008, la Ley 18.211 creó un sistema nacional integrado de salud de proveedores públicos y privados, garantizando el acceso a la atención integral para todos los ciudadanos.[59]

dades,[61,62] porque a pesar de que las funciones del sistema de salud se integraron dentro de cada subsistema vertical, estas funciones no se integraron a través de los sistemas de salud ni entre los subsistemas. Londoño y Frenk,[63] quienes exploraron las relaciones entre las poblaciones y las instituciones en los sistemas de salud latinoamericanos, propusieron un nuevo modelo organizacional sobre la base del pluralismo estructural, el cual podría girar el actual sistema de salud, organizándolo de acuerdo a las funciones en lugar de los grupos sociales.[63] Por ejemplo, Chile, Colombia, y México introdujeron cambios organizacionales que hicieron hincapié en el valor intrínseco de la salud para la ciudadanía, con un pluralismo estructural para expandir la cobertura de los servicios de salud a los segmentos de la población más pobre, pero no pudieron eliminar el acceso diferencial producido por la segregación.

La segunda área de cambio involucró la descentralización de las funciones del sistema de salud a los niveles de los gobiernos locales. La descentralización fue motivada por el deseo de fortalecer la gobernanza local, delinear las funciones a los niveles de gobierno central y local, y fortalecer las capacidades y el desempeño en cada nivel. Muy a menudo, este cambio fue impulsado y acompañado por la sociedad civil con el fortalecimiento del monitoreo y de la evaluación para hacer frente a la incapacidad central de hacer responsables a los gobiernos a nivel local por los malos resultados.[10]

En Brasil, Colombia, Perú, Uruguay y Venezuela, la sociedad civil dio impulso a la descentralización, que también se utilizó como un mecanismo para profundizar la democratización y la ciudadanía mediante el fortalecimiento de la participación social (Ver apéndice en línea). Por ejemplo, en 1988, la Asamblea Nacional Constituyente de Brasil identificó la cobertura universal de salud con la descentralización y la participación comunitaria como un principio de igualdad. En 1990, la Ley Orgánica para el Sistema de Salud Brasileño definió las responsabilidades a nivel estatal y a nivel de las municipalidades en la gestión del sistema de salud, los mecanismos para la transferencia de fondos intergubernamentales, y las disposiciones para la participación de la comunidad. En cada nivel, conferencias de salud y estructuras (el Consejo Nacional de Salud al nivel federal, 27 consejos estatales de salud, y alrededor de 5.000 consejos municipales de salud) permiten la toma de decisión participativa. A nivel federal, el comité tripartito (que comprende representantes de las asociaciones de las secretarías estatales [Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; cinco secretarías de estado], secretarías municipales [Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; cinco secretarías municipales], y el Ministerio de Salud [cinco representantes]), y a nivel estatal el comité bipartito (que comprende representantes de las secretarías estatales y municipales, nombrados por los consejos de las secretarías municipales de salud [Conselho de Secretarias Municipais de Saúde] de cada estado) permite la toma de decisión participativa.

En México, la descentralización tuvo un carácter político, redistribuyendo el poder desde el centro, y en cierto modo funcional, destinado a fortalecer la gobernanza local y la rendición de cuentas. Entre 1983 y 1988, a los estados mexicanos se les dio la opción de asumir poderes a través de la descentralización. Pero la responsabilidad para la salud fue delegada a los estados mexicanos en 1996, con la introducción del Acuerdo Nacional de Descentralización.[64]

La descentralización conllevó a la toma de decisiones y servicios más cerca de los usuarios, especialmente para las poblaciones rurales, y estableció una voz para la sociedad civil y una plataforma decisiva para la democratización de la salud (Ver apéndice en línea) mediante el empoderamiento de las comunidades y el aumento de la participación de la sociedad civil y de las organizaciones de la comunidad en las decisiones relacionadas con la salud.[65] Sin embargo, la descentralización también generó entornos más complejos para la gobernanza y el desempeño de la gestión, debido a las variaciones de la capacidad y la riqueza de las diferentes localidades.

La tercera área de cambio involucró el desarrollo de las funciones regulatorias, en especial la regulación sanitaria, y la regulación de los servicios personales de salud, la organización del seguro, y de los proveedores de atención de salud. Todos los países estudiados introdujeron 11 funciones esenciales de salud pública recomendadas por la iniciativa *Salud Pública en las Américas*[66] para controlar las epidemias e implementar el Reglamento Sanitario Internacional,[67] el fortalecimiento en los procesos de vigilancia y la capacidad de respuesta para mejorar la seguridad de salud nacional, regional y global.

Los países estudiados también han introducido regulaciones para mejorar la calidad de los medicamentos utilizados en los sistemas de salud.[10] Sin embargo, en América Latina, la regulación eficaz de las aseguradoras de salud y de los proveedores en los sectores público y privado han sido un desafío. Las aseguradoras privadas practican los llamados procesos de descreme inscribiendo a los segmentos de la población de bajo riesgo y alto ingreso, con efectos adversos para la equidad, el costo, la calidad del servicio y la idoneidad en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, y Perú.[68–70] La regulación de las aseguradoras públicas y de los proveedores se han visto obstaculizadas por la burocracia y las rígidas leyes del sector público que han frenado el progreso de la gestión eficaz y la competencia (Panel 3).[78,79]

La cuarta área de cambio, la cual involucra la separación de los roles del comprador y del proveedor, fue tal vez la más controversial, debido a que muchos miembros y profesionales de los servicios de salud pública lo asociaron con la privatización de los sistemas de salud. La naturaleza y extensión de la separación de las funciones de financiamiento y del proveedor varió dentro de los países, desde cambios organizacionales para definir mejor el financiamiento y las responsabilidades de provisión, hasta la contratación entre los sectores públicos y proveedores, para hacer firmes las reformas del mercado con la competencia involucrando a las aseguradoras y a los proveedores de servicios de salud y la privatización.

En Colombia, Costa Rica y Perú, la separación de las funciones del comprador y del proveedor permitieron la introducción de la contratación entre las aseguradoras y los proveedores, con incentivos para mejorar el rendimiento. En México, un objetivo fundamental fue introducir la transferibilidad entre las diferentes aseguradoras públicas y sus respectivas instalaciones, aunque limitada a los servicios obstétricos de emergencia. Mientras Cuba mantuvo un financiamiento público y brindó un sistema de salud integrado, Chile y Venezuela fueron objeto de reformas radicales del mercado por las dictaduras militares, con subsidios para fomentar la inscripción con las asegurado-

Panel 3: Regulación de las aseguradoras de atención de salud y los proveedores

Argentina tiene uno de los sistemas de salud más fragmentados en América Latina, con más de 500 aseguradoras privadas de servicios de salud, organizaciones nacionales de seguro social y organizaciones de seguro de salud provinciales reguladas por las provincias, las cuales son responsables de la prestación de los servicios de salud. Argentina tiene casi 16.000 proveedores de atención de salud, incluyendo 3.000 instalaciones con pacientes hospitalizados.

El Ministerio de Salud es responsable de la regulación del sistema de salud y de la garantía de los estándares de calidad, pero la regulación efectiva ha resultado ser un desafío debido a que las provincias y *Obras Sociales* (un fondo de seguro de salud para los trabajadores) luchan por coordinar las remisiones entre niveles, limitar los costos de la atención de salud y mejorar la calidad. [71,72]

Brasil ha introducido regulaciones para fortalecer la coordinación y la gestión del sistema único de salud para mejorar la rendición de cuentas, la calidad, la eficiencia y el acceso. Estas regulaciones han establecido comités de gestión bipartitos y tripartitos; definiendo las funciones y las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno en el financiamiento y la prestación del servicio de salud; y ha codificado las transferencias de fondos intergubernamentales para la salud. Redes de salud regionales y centros de gestión de remisión han sido establecidos para moderar el acceso a los hospitales. La contratación ha sido introducida entre los niveles federal y estatal y entre los estados o municipalidades y los proveedores de servicios de salud privados.

Después de 1990, el gobierno democrático en Chile introdujo regulaciones, con un Superintendente para supervisar a las aseguradoras privadas y a los proveedores, mientras mantenían la combinación público-privada en el sistema de salud. [74] Las regulaciones introducidas como parte de las reformas de salud del 2005 que aseguraban el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) ordenaron a las aseguradoras públicas y privadas proveer un paquete definido de servicios de salud, con regulación de la calidad y de los niveles de copago. [75] y reemplazaron al Superintendente para el sector privado con uno para todo el sistema de salud, con un mandato para regular y supervisar a las aseguradoras y a los proveedores tanto en el sector público como privado, protegiendo los derechos y promoviendo la calidad y la seguridad en los servicios de salud. [76]

En la década de 1960, Costa Rica estableció un sistema de seguridad social, con una red integrada de proveedores de atención de salud sustentada por la atención primaria de salud integral para lograr la cobertura universal de salud. El Ministerio de Salud proporciona supervisión regulatoria para el sistema de salud, usando la ley general de salud para regular las normas de calidad y seguridad de la infraestructura de atención de salud, de los proveedores, y de las tecnologías de la salud. El Instituto del Seguro Social de Costa Rica emplea proveedores de servicios de salud públicos y privados utilizando contratos que establecen el volumen, el contenido y la calidad de los servicios; éstos están supervisados por comités de gestión que fueron establecidos en 1998-1999, pero el aumento de la calidad de los servicios ha demostrado ser un reto. [10]

Con el *Seguro Popular*, México introdujo la contratación tanto con los proveedores del sector privado como público, con regulaciones para mejorar la calidad del servicio. [77] En el 2009, Perú introdujo la Ley Universal del Seguro de Salud, con regulaciones creadas en el 2010 para establecer un plan mínimo de seguro para los ciudadanos inscritos en los sistemas de seguro social y privado, y el Superintendente Nacional para la salud designado para supervisar la calidad de los planes de seguro y de los servicios de salud prestados. [53]

ras privadas, competencia y privatización. Los gobiernos civiles en Chile y Venezuela posteriormente trataron de restaurar el desequilibrio entre las aseguradoras del sector privado y público y los proveedores. Brasil desarrolló diferentes formas de contratación, mediante las cuales a los proveedores se les pagaba por los servicios utilizados o los proveedores privados eran contratados por los Estados para proporcionar servicios de atención a la salud. [80,81] Cotlear y sus colegas [11] analizaron las consecuencias negativas de la segregación creada por los sistemas de seguros segmentados en América Latina.

El financiamiento del sistema de salud

Con la excepción de Brasil, Cuba y Costa Rica, el logro de la cobertura universal de salud se ha visto obstaculizado por el injusto financiamiento de la salud y por los sistemas de seguridad social basados en el empleo, los cuales han creado programas paralelos y han segmentado la población en tres categorías: (1) los pobres, desempleados y empleados sin seguridad social; (2) la población trabajadora asalariada con seguridad social; y (3) los ricos con seguro privado. [82] Además, los problemas con la calidad y los tiempos de espera para los servicios de salud han obligado a los tres grupos a pagar de su bolsillo para acceder a la atención de salud. Por lo tanto, las reformas del financiamiento del sistema de salud han hecho hincapié en la ampliación de la protección social a las poblaciones marginadas, a saber, las personas pobres, los trabajadores no asalariados y trabajadores por cuenta propia (por ejemplo, los artesanos y trabajadores agrícolas), los desempleados y los ciudadanos de zonas rurales. [10] Muy a menudo, la sociedad civil aportó el impulso necesario para ampliar la protección social al reclamar correctamente sus derechos constitucionales y legales a la salud y al luchar para reducir las desigualdades sociales.

La gestión de recursos Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Uruguay y Venezuela han introducido reformas para fortalecer el financiamiento del sistema de salud haciendo un fondo común a partir de muchas fuentes. Estos países han utilizado los ingresos del gobierno para ampliar el seguro médico o la cobertura de financiamiento y beneficios de salud para los trabajadores no asalariados y para las personas que son pobres, que viven en zonas rurales o en situación de desempleo (Panel 4).

Entre 1995 y el 2010, en todos los países estudiados excepto Uruguay, la proporción del Producto Interno Bruto constituida por los gastos totales en salud aumentó (Figura 4A).

En el mismo período, la proporción de los gastos totales de salud que provenían de fuentes públicas (ejemplo, el gobierno) aumentó de manera constante, pero los gastos privados superaron el 50% del total de los gastos de salud en Brasil, Chile, México y Venezuela, y superaron el 30% en Argentina, Perú, y Uruguay (Figura 4B). Con la excepción de Uruguay, en todos los

países del estudio los gastos privados fueron facturados mayoritariamente como gastos directos de bolsillo (Figura 4C).

La prestación de servicios de salud Antes de la década de 1980, los sistemas de salud latinoamericanos se centraron en las medidas sanitarias para controlar las infecciones, con una débil atención primaria de salud que hacía énfasis en un conjunto selectivo de servicios y en una orientación biomédica. La década de 1980 y el inicio de la década de 1990 fueron testigos de la aparición de la atención primaria selectiva[65] en América

Panel 4: Ampliación de la cobertura de seguro para los ciudadanos no asegurados a través de las transferencias presupuestarias

El sistema unificado de salud de Brasil está financiado por las transferencias del Gobierno Federal (20.5% de los ingresos federales), de las municipalidades (al menos el 15% de los ingresos de las municipalidades), y de los estados (al menos el 12% del presupuesto de los estados), en línea con la Ley 141 promulgada en el 2012, la cual regula la aplicación de la enmienda constitucional 29 (EC29) y requiere un mínimo crecimiento en la contribución federal a la salud para la variación nominal en el PIB del año anterior.

Chile aumentó el gasto público en 1990-2000 para eliminar los pagos del usuario, introducir la atención de salud primaria gratuita para todos los beneficiarios de FONASA, y reducir las listas de espera de hospitales y de especialistas a través de los programas de oportunidades de servicios de salud y beneficios complejos. [83] En el 2004, la Ley 19.966 estableció el Plan de Acceso Universal (Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE]), con explícitas garantías para los trastornos de salud predefinidos, cobertura universal para todos los ciudadanos, y acceso a servicios de calidad y protección financiera para asegurar la equidad. [84] En el 2000-2011, como promedio, el gasto real para la salud en Chile aumentó anualmente en un 8.3%. [85] La parte del gasto de la salud pública aumentó del 46.2% del total en el 2000 a 56.1% en el 2012, con un incremento en tres veces en las contribuciones municipales y del presupuesto, mientras que los gastos directos de bolsillo bajaron del 48.8% en el 2000 al 37.1% en el 2012. [48,86] Los ciudadanos que no reportan la afiliación al seguro se redujeron del 11% en el 2000 al 3% en el 2011, y en el 2011 la población inscrita con FONASA se incrementó al 80.1%. [86]

En 1993, después de la Constitución de los Derechos en 1991, Colombia introdujo un programa de seguro universal de salud consistente en una plan contributivo (Plan Obligatorio de Salud), financiado por un impuesto sobre la nómina de los trabajadores del sector formal, un impuesto a los empleadores, y un programa subsidiado (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado) para trabajadores de bajos ingresos o del sector informal financiado por las transferencias del gobierno. La cobertura de la población asegurada aumentó del 15.7% en 1993 al 88.2% en el 2009, a pesar de la existencia de un sistema de dos niveles. [87] El Gobierno colombiano está introduciendo reformas al sistema de salud para hacer frente a las desigualdades y para lograr la cobertura universal de salud.

En Costa Rica, las transferencias presupuestarias del gobierno subsidian el régimen contributivo, lo cual es obligatorio para los trabajadores empleados en el sector formal, incluyendo las con-

tribuciones del empleador, un régimen voluntario de seguro de salud para los trabajadores independientes, y un régimen no contributivo para los hogares pobres. El Fondo de Seguro Social de Costa Rica crea un fondo común de financiamiento de todas las fuentes (empleados, empleadores y el Estado) y cubre a toda la población. [88]

El sistema de salud cubano es financiado públicamente. El servicio de salud privado está prohibido. Los gastos de bolsillo son alrededor del 10% del gasto total en salud, los más bajos en América Latina. [89,90]

En el 2003, México incrementó el financiamiento público para establecer el Seguro Popular —un nuevo programa de seguro público para las familias pobres— ampliando la cobertura de seguro y el acceso a la atención médica para casi 52 millones de ciudadanos mexicanos. Un fondo especial cubre las enfermedades catastróficas y los trastornos complejos, tales como cánceres pediátricos. [87,91]

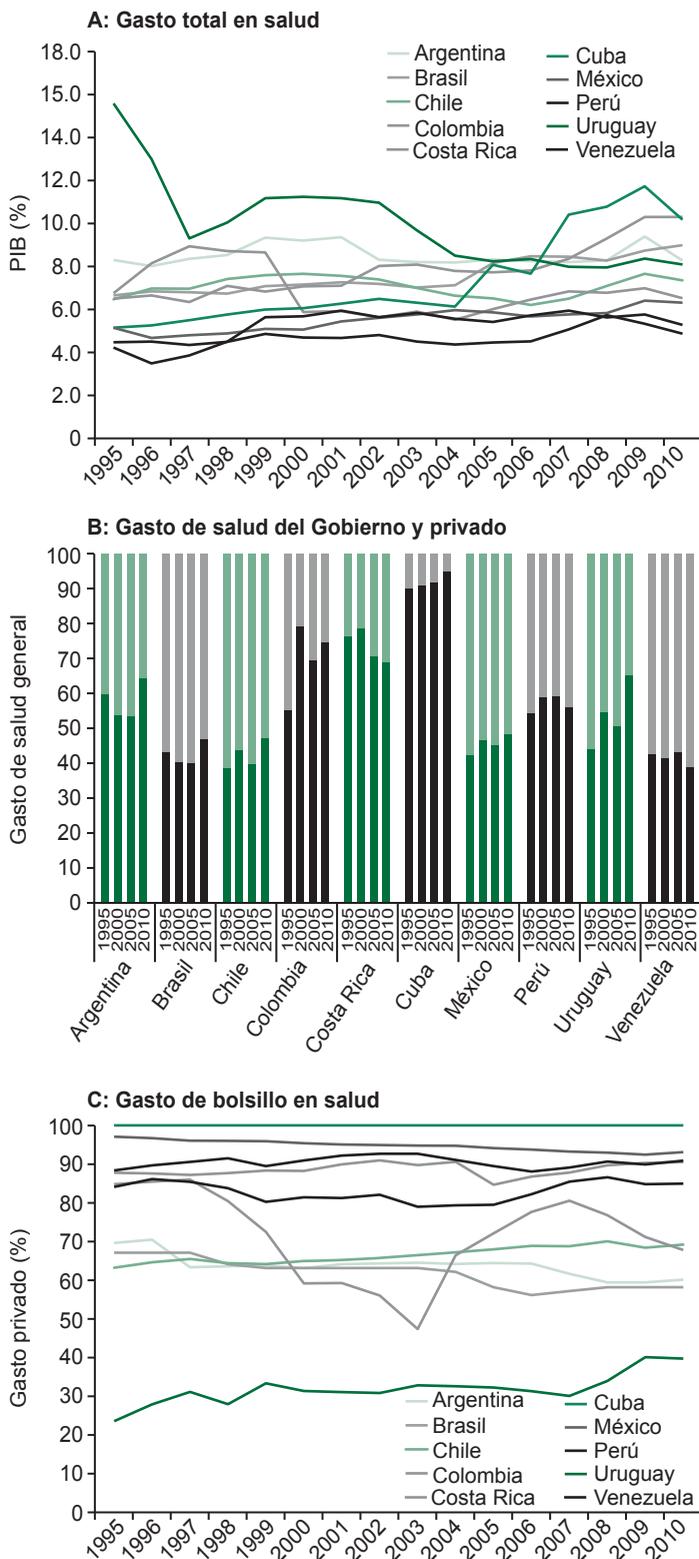
Desde la década de 1990, Perú ha tratado de lograr la cobertura universal de salud y la descentralización con participación social. [92] En el 2009, la Ley Marco de Seguro de Salud Universal aprobó la expansión gradual del seguro de salud integral para todos los ciudadanos, subsidiado por transferencias del gobierno, con servicios básicos que fueron gradualmente aumentados para alinearse con el paquete de seguridad social. [93] El sistema de salud peruano es financiado a partir de tres fuentes: privada (en su mayoría gasto de bolsillo; 35%), contribuciones de seguridad social de los empleadores (31%), y el presupuesto del gobierno (31%). [10] El total de gastos de salud como una proporción del PIB aumentó desde el 2006 (Figuras 4A y 4B).

En Uruguay, en el 2008, nuevas leyes ayudaron a crear un sistema integrado de prestación de atención de la salud, con un fondo nacional de salud que fusiona fondos de las contribuciones al seguro de salud de los trabajadores con las transferencias presupuestarias del Gobierno para los desempleados y los pobres. El financiamiento gubernamental para la salud aumentó de US\$190 millones en el 2005 a \$690 millones en el 2011, [10] con gastos de salud total y per cápita más altos (Figuras 4A y 4B). [95]

Venezuela tiene un sistema de financiamiento de salud fragmentado, con financiamiento pública y privada. Desde 1999, el financiamiento de salud del gobierno y los gastos totales de salud han aumentado, con la ampliación de la cobertura de las poblaciones pobres, pero los gastos privados se mantienen altos (Figuras 4A y

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

Figura 4: Gasto en salud



A: gasto total en salud como un porcentaje del PIB
 B: gasto de salud del Gobierno y privado como un porcentaje del gasto total de salud (sombreado oscuro muestra los gastos de salud del gobierno y los sombreados claros muestran los gastos privados de salud)
 C: los gastos de bolsillo como proporción del gasto privado
 PIB: producto interno bruto Datos de OMS[94]

Latina (por ejemplo, en Argentina,[96] Chile,[97] Colombia,[98] y Perú[92]). Así mismo fueron afectados por las políticas de ajuste estructural que limitaron las políticas de gasto público y de salud que favorecieron el seguro basado en el empleo y los paquetes básicos de servicios de salud.

La cobertura universal de salud a través de la atención primaria de salud integral Las reformas del sistema de salud en América Latina se vieron marcadamente afectadas por la Declaración de Alma-Ata, la cual identificó a la atención primaria de salud como el vehículo para alcanzar “salud para todos en el año 2000”. [99] La declaración hizo un llamamiento al acceso universal sobre la base de la necesidad, la equidad en salud, la participación comunitaria y los enfoques intersectoriales para la salud [100] —principios que tuvieron eco en los movimientos por el derecho a la salud en varios de los países estudiados. Sin embargo, la introducción de la atención primaria de salud integral en sistemas de salud centrados en el hospital, con un enfoque curativo y dominados por atención primaria de salud selectiva, demostró ser un reto (Panel 5).

Los movimientos sociales —apoyados por una fuerte sociedad civil, por las organizaciones comunitarias y por profesionales de la salud— que buscan alcanzar los derechos humanos, incluidos los de la salud, la ciudadanía, la democracia participativa y la equidad, desempeñaron una parte importante en la conformación de la atención primaria de salud en América Latina. A partir de la década de 1990, un modelo de atención primaria de salud integral respaldado por enfoques biopsicosociales comenzó a surgir en los países latinoamericanos estudiados. Lo que siguió fue el desarrollo de un servicio de salud primario integral [116] que incorporó intervenciones de salud pública [117] y afirmó un enfoque basado en los derechos a la salud, la participación ciudadana, el empoderamiento de la comunidad, y la colaboración intersectorial, [117] y colocó a la atención primaria de salud como la plataforma para alcanzar la equidad y la cobertura universal de salud (Panel 5). [12]

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD Y EL AVANCE HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: PRINCIPALES LOGROS Y LECCIONES APRENDIDAS

Los países estudiados establecieron la salud como un derecho ciudadano o, en el caso de México, “el derecho a la protección de la salud”, e introdujeron reformas en el sistema de salud con diversidad organizativa, de gobernanza, de financiamiento y acuerdos de prestación de servicios variados para ampliar el acceso a los servicios de salud, mejorar los resultados de salud, y aumentar la protección del riesgo financiero. Un período de expansión económica, y en varios de los países de estudio la era de la estabilidad después de las dictaduras militares que redujeron los gastos militares, creó el espacio fiscal a los gobiernos para aumentar los presupuestos del sistema de salud.

En los países estudiados, el camino hacia la cobertura universal de la salud siguió tres vías. En la primera vía, el financiamiento de muchas fuentes se agrupó e integró una red de servicios de atención integral de salud que se desarrolló para crear un sistema único de salud con igualdad de beneficios para los ciudadanos, como ejemplifican Brasil, Costa Rica y Cuba (Paneles 4 y 5). El segundo camino, ejemplificado por Argentina, Chile,

Panel 5: La atención primaria integral de salud: plataforma para la cobertura universal de salud

En la década de 1970, Brasil tenía un sistema de salud segregado —los ricos y los trabajadores asalariados tenían acceso a los hospitales privados en los entornos urbanos, mientras que existían servicios públicos limitados para los pobres y los desempleados.[101] La atención médica preventiva fue financiada por la seguridad social.[49] La Constitución de 1988 estableció un sistema unificado de salud para todos los ciudadanos, con los principios de universalidad, equidad, integración y democracia.[102] Desde 1994, el programa de salud de familia (*Programa Saúde da Família*), el programa de los agentes de salud comunitarios, y los pagos por persona a las municipalidades (*Piso Asistencial Básico*) proporcionaron un incremento de financiamiento y la expansión de la atención primaria de salud integral para las regiones más pobres. Para el 2010, el sistema unificado de salud cubrió el 75% de la población y el 94% de las municipalidades.[103] En el 2012, 33.400 equipos de salud de familia dieron cobertura a 100 millones de ciudadanos brasileños (54.8% de la población) y 257.000 agentes de salud de la comunidad cubrieron 119 millones de personas (65.4% de la población),[12] y lograron mejoras en los resultados de salud, incluyendo la mortalidad infantil[104] y las enfermedades crónicas.[105]

Chile comenzó a ampliar la atención primaria de salud en la década de 1950. Desde la década de 1990, el aumento de las inversiones ayudó a desarrollar aún más los servicios de atención primaria de salud basados en los principios de Alma-Ata y para eliminar los pagos directos para los beneficiarios del fondo de seguro de salud pública. Se creó una división de la atención primaria de salud dentro del Ministerio de Salud para ampliar los servicios de salud rurales y para transformar las instalaciones de salud municipales en centros de atención a la familia (que comprenden médicos, enfermeras, técnicos de la salud, dentistas, psicólogos y nutricionistas), los cuales brindaron programas integrados de salud de la familia y de la comunidad y sirvieron como centros de referencia para centros de salud de familia de comunidades más pequeñas.[106] A los trabajadores de la atención primaria de salud se les concedió el status de empleados del sector público, con sueldo centralmente administrado y oportunidades de carrera.[107] Las reformas del 2005 sobre Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) reforzaron la atención primaria de salud como el centro de las redes de servicios de salud. Para el 2012, una extensa red de atención primaria de salud cubrió todo el país.[108]

Poco después de la Declaración de Alma-Ata, Costa Rica introdujo la atención primaria de salud integral dirigida por el Ministerio de Salud, la cual se orientó a los grupos de más bajos ingresos, a los hogares rurales, y a los trabajadores del sector informal. En la década de 1990, los servicios de atención primaria fueron transferidos a la Caja de Seguro Social de Costa Rica para crear una red integrada de servicios de salud. La cobertura de atención primaria de salud de la población aumentó de un 25% en 1996 a alrededor de 90% en el 2005,[88] con el logro de cobertura universal poco después. Costa Rica ha puesto la atención primaria de salud en el centro de las redes de los servicios de salud para lograr resultados de salud impresionantes y financiamiento progresivo del sistema de salud, en la cual el 20% más pobre de la población puede disfrutar de un 30% de los gastos de salud y el 20% más rico (quienes ganan el 48% del ingreso nacional) de un 11%.[88]

El sistema cubano de salud se basa en la atención primaria de salud integral. Los policlínicos sirven como un centro para las redes de atención primaria de salud, las cuales comprenden entre 20 y 40 barrios—basados en consultorios del médico y la enfermera de la familia y brindan atención a 30.000–60.000 personas,[109] gestionando alrededor del 80% de los problemas de salud.[110] El campo de la atención primaria de salud se amplió en el 2008 e incluye la promoción de salud, la prevención de enfermedades, los servicios de diagnóstico, la atención de emergencia, la salud materna e infantil, las enfermedades crónicas (por ejemplo, enfermedad mental y cardiovascular), el cuidado de ancianos, el cuidado a largo plazo, y el control del cáncer.[111]

En México, los servicios ambulatorios de atención de salud fueron ampliados con la introducción del *Seguro Popular*, el cual en el 2012 incluyó un paquete de beneficios de 284 intervenciones de atención primaria rentable y de atención secundaria y era gratis para los beneficiarios en el punto de prestación.[112] Los servicios ambulatorios para el *Seguro Popular* son ofrecidos a través de clínicas y hospitales de nivel primario y de nivel secundario. Además, los equipos móviles de salud, los promotores de salud, y los coordinadores comunitarios de salud proporcionan servicios de extensión. El Instituto Mexicano del Seguro Social para los Trabajadores y Servidores Públicos también ofrece un paquete integral de servicios personales y de atención primaria de salud a sus beneficiarios.[113]

El sistema de salud peruano está fragmentado: el sector público sirve a las poblaciones pobres e indigentes a través del Ministerio de la Salud y de las oficinas regionales de salud; el sistema de seguridad social atiende a los trabajadores asalariados y a sus familias, a los militares, y a la policía; y el sector privado atiende a la población más rica. En el 2011, el Ministerio de Salud introdujo el Modelo Integral de Familia y de Atención de la Comunidad, a través de la prevención de enfermedades, promoción de salud y servicios de rehabilitación para ampliar la cobertura, y los incentivos para estimular a los médicos de la atención primaria a trabajar en áreas pobres y remotas.[10]

En Uruguay, en el 2008, la Ley 18.211 incrementó el financiamiento del sistema de salud por parte del gobierno y creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, que es responsable de la organización y de la gestión de la red de prestación de servicios de salud pública y privada. Los cambios del sistema de salud han priorizado la atención primaria de la salud sobre la base de los principios de Alma-Ata y la eliminación de los copagos para expandir el acceso.[114]

En 1999, Venezuela introdujo leyes para crear un sistema integrado de salud pública sustentado por la atención primaria de salud y suspendió los pagos de los usuarios para los servicios de emergencia en proveedores de atención de salud pública. En el 2003, Venezuela desarrolló un nuevo modelo (*Barrio Adentro*), en el cual los centros de atención primaria de salud y los equipos brindan atención integral a las familias dentro de un área de captación. El nuevo modelo involucra la participación comunitaria en el diseño y la implementación de los servicios de atención primaria de salud y en las intervenciones de salud pública, y hace hincapié en la salud de la población, en la equidad, y en la acción intersectorial con intervenciones tales como vivienda segura y apoyo a los ingresos. *Barrio Adentro* ha expandido el acceso de la atención primaria de salud a las poblaciones más pobres y ha mejorado sus resultados.[115]

Panel 6: América Latina: un pionero en la reforma del sistema de salud y la cooperación

LA SALUD COMO UN DERECHO CIUDADANO

En todos los países del estudio, la salud se establece como un derecho legal o constitucional, con mecanismos para hacer cumplir los derechos a la salud de los ciudadanos o a la protección de salud.

Más allá del desarrollo de los servicios y de la integración de las poblaciones dentro de los planes de seguro de salud, los sistemas de salud han permitido la democratización de la salud y han creado un valor intrínseco en la construcción de la ciudadanía. Al ayudar a desarrollar la ciudadanía, los sistemas de salud emergen como un valor unificador y una institución para la sociedad —un logro especialmente importante en América Latina, la cual se caracteriza por sociedades desiguales.

La diversidad en la organización y en la gobernanza

En los países del estudio, la organización del sistema de salud ha enfatizado en el pluralismo estructural.[63] Con la excepción de Cuba, los países estudiados conservan una mezcla público-privada en el financiamiento y en la prestación de servicios, pero han fortalecido el sector público.

Brasil y Costa Rica desarrollaron el financiamiento unificado del sistema de salud, con provisión mixta de servicios de salud prestados por los sectores público y privado.

En Brasil, Cuba, Uruguay y Venezuela, la descentralización se acompaña de la participación de la comunidad para aumentar la responsabilidad y la sensibilidad hacia las poblaciones locales y comprometerlas en la toma de decisiones.

La cooperación y el aprendizaje para la equidad en salud

Una característica importante, pero no bien publicitada, de las reformas del sistema de salud en América Latina fue la fuerte cooperación Sur-Sur para el logro de la equidad en salud[118] —por ejemplo, entre Argentina, Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador y Venezuela; entre Brasil y el África de habla portuguesa; y entre México y muchos países a nivel global. Esta cooperación ayudó a intercambiar conocimientos para influir en las reformas de salud en todo el mundo.

La experiencia con las reformas en los sistemas de salud que enfatizaron la equidad en salud y los esfuerzos en la construcción de la cooperación Sur-Sur ha posicionado a América Latina como un líder para el intercambio de experiencias. La cooperación entre los países en América Latina ha ido más allá del intercambio de experiencias y de conocimientos para incluir la provisión de recursos humanos de salud por parte de Cuba a Brasil y a Venezuela para la ampliación del acceso a los servicios de atención primaria de salud a cambio de pagos al gobierno cubano, aunque llevar trabajadores de salud de otros países es probablemente demasiado costoso para muchos países de América Latina. Se necesita de una investigación para documentar sistemáticamente los efectos positivos y negativos de la transferencia de recursos humanos en los países receptores y de origen.

Colombia, México, Perú, Uruguay y Venezuela, llevó al desarrollo de los subsistemas paralelos de seguros y de prestación de servicios para diferentes grupos poblacionales con beneficios diferenciales, llevando a la segregación según la situación laboral. La tercera vía, seguida por todos los países del estudio, excepto Venezuela, hizo explícitos los derechos de los ciudadanos a los servicios específicos de salud (Paneles 4 y 5).[11]

América Latina ha surgido como un pionero en la introducción de una combinación distinta de reformas en el sistema de salud —algunas de cosecha propia, otras inspiradas en el Consenso

de Washington— por delante de África y Asia, incluyendo en muchos países una ola de reformas en el sistema de salud basadas en la orientación de la equidad de los derechos para rectificar las consecuencias no deseadas de las políticas anteriores. En la mayoría de los países estudiados, la sociedad civil jugó un papel crucialmente importante en la conformación de las reformas, oponiéndose a los gobiernos cuando las políticas afectaban adversamente a los ciudadanos y catalizando el cambio cuando se introdujeron las políticas correctas.

Los países estudiados desarrollaron una capacidad a nivel nacional y regional para aprender de las experiencias nacionales y regionales, y utilizaron esta capacidad para perfeccionar las reformas del sistema de salud desarrollar políticas sensibles al contexto y aprender de los éxitos y fracasos para mejorar los resultados de salud (Panel 6).

La cobertura expandida de la protección social y el seguro de salud Los países estudiados introdujeron financiamiento de la salud y las reformas organizativas para fortalecer los sistemas de salud y para avanzar hacia la cobertura universal de salud; en especial, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba y México han logrado el financiamiento universal de salud con un acceso significativo a un amplio paquete de servicios de salud. Los esfuerzos en muchos países para establecer un sistema de contribuyente para superar la fragmentación y la segregación en el financiamiento tienen que ser combinados con las reformas organizacionales para superar la fragmentación en la prestación del servicio.

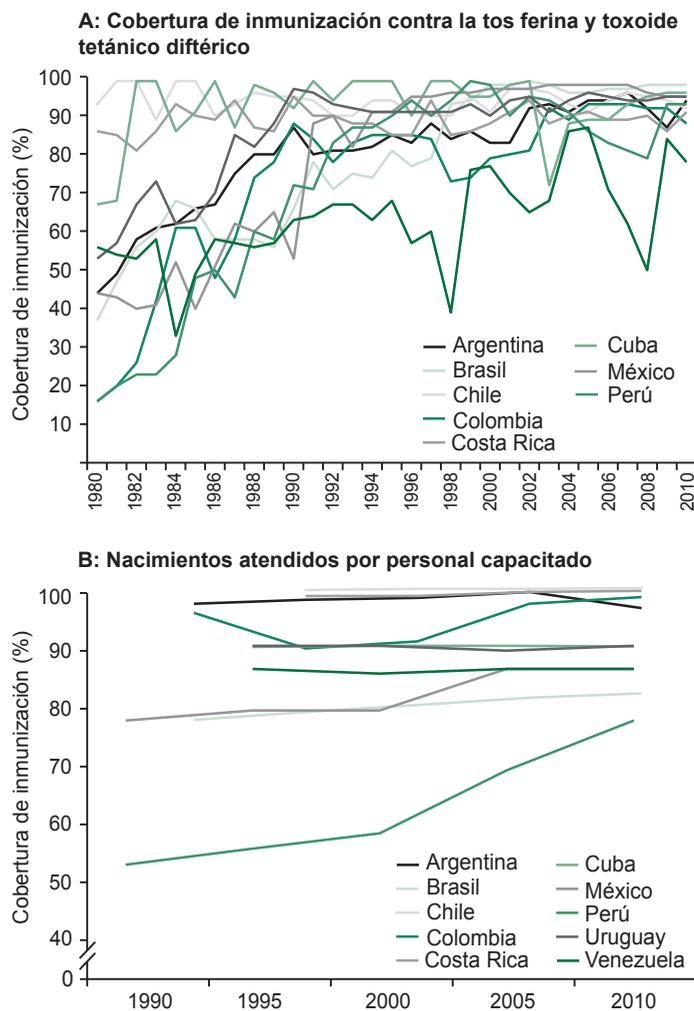
Entre 1995 y 2010, casi todos los países del estudio incrementaron los gastos totales en salud en términos absolutos y como una proporción del producto interno bruto, con una mayor proporción de los gastos totales en salud procedentes de las fuentes públicas (Figuras 4A y 4B). El financiamiento incrementado de salud ha permitido la expansión de la cobertura de seguro de salud para las poblaciones pobres y rurales. Sin embargo, los gastos de salud privados, la mayoría de los cuales son de bolsillo, se mantienen altos (Figura 4C).

La cobertura expandida de servicios de salud sobre la base de la atención primaria de salud integral Una característica distintiva de las reformas del sistema de salud en América Latina fue el fuerte enfoque en el desarrollo de la atención primaria de salud integral sobre la base de los principios de Alma-Ata como la plataforma de atención primaria de salud y el vehículo para lograr la cobertura universal de salud, la reducción de las inequidades y la democratización de la salud a través de la participación. Los

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

países estudiados expandieron la cobertura de los servicios de atención primaria de la salud y priorizaron el centrarse en los segmentos de población más pobres mediante intervenciones tanto en la oferta (cobertura expandida, ampliación de servicios, y paquetes de beneficios de salud definidos o garantizados) como en la demanda (transferencias monetarias condicionales para ampliar el acceso), particularmente para la inmunización y la atención prenatal (Figuras 5A y 5B).

Figura 5: Cobertura de servicios de salud



(A) Porcentaje cobertura de inmunización del toxoide tetánico diftérico y la tos ferina en niños hasta 1 año de edad

(B) Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado Datos de OMS[119]

Para los servicios de maternidad en los países donde existen series de datos (Brasil, Colombia, México y Perú), nuestro análisis muestra que la cobertura de atención prenatal (al menos cuatro visitas de atención prenatal calificadas y atención calificada del parto) aumentaron para los grupos más pobres, con un estrechamiento de la diferencia entre el 20% de los más pobres y el 20% de los más ricos, y de manera similar entre el 40% de los más pobres y el 40% de los más ricos (Figuras 6A y 6B).

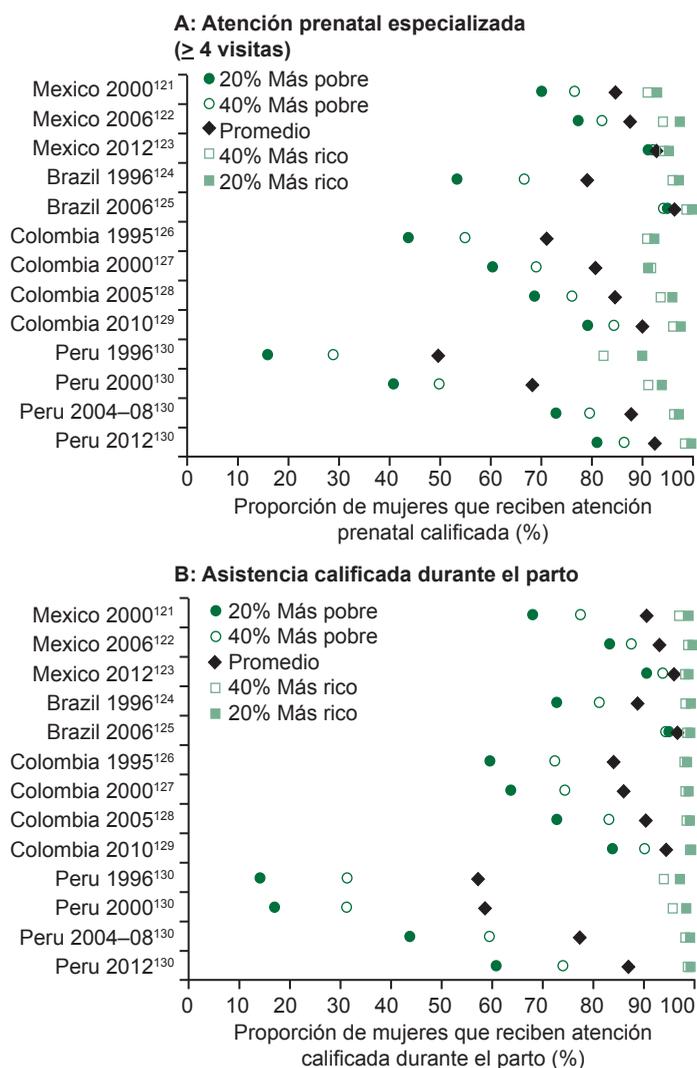
Los progresos en el nivel medio y la equidad para todos los países para ambos indicadores fueron logrados por el incremento en el acceso para los segmentos más pobres de la población (es decir, el acceso era ya elevado en los niveles superiores de

la distribución del ingreso y no cambió mucho en el período analizado). Sin embargo, pese a las mejoras, todavía hay oportunidad para nuevas mejoras en todos los países, especialmente en Perú y Colombia (Figuras 6A y 6B).

El contenido de los servicios y beneficios fue aumentado (por ejemplo, en Brasil, Chile, Colombia, Perú y México) para satisfacer las demandas de la transición epidemiológica, especialmente para los segmentos de la población más pobres. Los sistemas de salud unificados de Brasil, Costa Rica y Cuba, que tienen una atención integral e integrada de salud primaria, proporcionan modelos participativos eficaces para la gestión de las enfermedades transmisibles, la salud materno-infantil y las enfermedades no transmisibles.

Mejoras en los resultados de salud Junto con el desarrollo económico y el aumento de los ingresos, las mejoras en los sistemas de salud y en la cobertura universal de salud han contribuido a perfeccionar los resultados de salud para las mujeres (se redujo la tasa de mortalidad materna) y para los niños (se

Figura 6: Cobertura de los servicios de salud materna

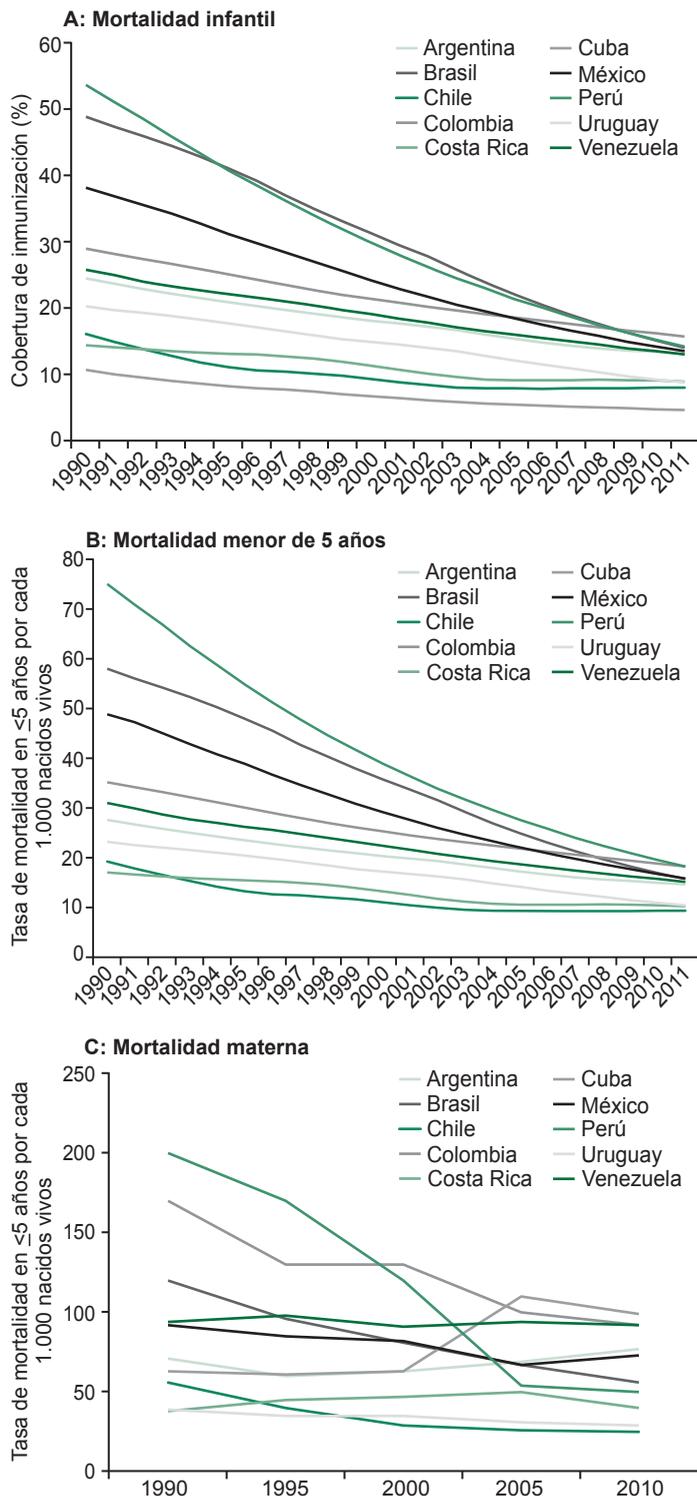


Los datos son desde 1995 hasta el 2012 o el año más cercano. La agrupación de los segmentos más pobres y más ricos de la población representa el marco propuesto por la OMS y el Grupo del Banco Mundial.[120] Los países se clasifican de mayor a menor midiendo el nivel de asistencia calificada durante el parto para el último año.

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

redujo la tasa de mortalidad infantil y la de menores de 5 años; Figura 7) y para las enfermedades transmisibles como la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas, y la tuberculosis, las cuales afectan predominantemente a los pobres.[132,133]

Figura 7: Tasas de mortalidad



A: tasa de mortalidad infantil

B: tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos

Datos de UNICEF[131]

C: tasa de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos Datos de OMS[9]

Mejoras en la protección financiera Varios estudios que han investigado el financiamiento del sistema de salud en América Latina,[134–138] incluyendo en relación con la cobertura universal de salud,[139] han demostrado los beneficios de la cobertura universal de salud en la prestación de protección del riesgo financiero durante la enfermedad. En Brasil, Costa Rica y México especialmente, la expansión de la cobertura financiera universal y de los servicios de salud ha llevado a la reducción de los gastos catastróficos de salud entre los pobres.[136,139]

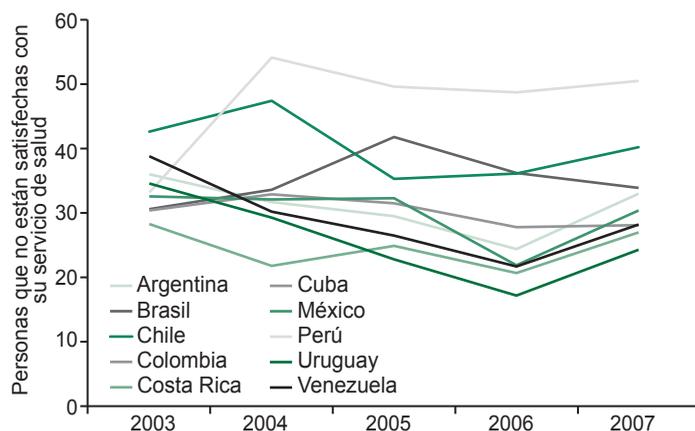
Sin embargo, en este estudio, con la excepción de Cuba, los gastos privados y de bolsillo en los países se elevaron entre un 25% y un 60% del gasto total en salud (Figuras 4B y C) y apenas han cambiado entre 1995 y el 2010; en Cuba, los gastos de bolsillo son inferiores al 10% del gasto total en salud y, como no existe un seguro privado, estos son gastos personales para artículos de salud. En los nueve países restantes, con la excepción de Uruguay, los gastos directos de bolsillo son para los servicios de salud privados y los costos compartidos.

Los altos desembolsos directos de bolsillo crean riesgos para gastos catastróficos de salud y de empobrecimiento para las personas que no tienen seguro social o seguro de salud pública. Por ejemplo, un estudio de campo[140] de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua y Perú, que utilizó datos de la encuesta de hogares del 2003–2008, mostró que la cantidad de gastos catastróficos de salud variaron desde menos del 1% en los hogares de Costa Rica, donde la seguridad social cubre a la mayor parte de la población, hasta 2–5% en Colombia, Bolivia, Brasil, México y Perú, y 7–11% en Argentina, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, y Nicaragua. En función del indicador utilizado, los gastos catastróficos de salud fueron del 10–15% en Nicaragua, Guatemala, República Dominicana, Argentina y Chile urbano. Los hogares sin ningún tipo de seguro privado o social estaban en mayor riesgo de gastos catastróficos en salud. El mismo estudio[140] también identificó que los hogares rurales o pobres y aquellos que tienen niños o miembros con edad avanzada estaban especialmente en riesgo de sufrir el gasto catastrófico en salud —grupos que deberían ser objeto en el diseño de las políticas de cobertura universal de salud para mejorar la equidad de el financiamiento de salud y la protección financiera.[136] Sin embargo, la experiencia de México sugiere que, aunque los gastos en general de bolsillo pudieran no declinar rápidamente con la cobertura universal de salud, debido a muchos factores —uno de los más probables sería que las familias estuvieran gastando menos en salud previo a la cobertura universal— el riesgo de los gastos catastróficos de salud o de empobrecimiento es sustancialmente reducido.[77]

Mejoras en la satisfacción con los sistemas de salud Datos sistemáticos limitados están disponibles sobre la satisfacción con los sistemas de salud en América Latina. Los análisis de datos de las Investigaciones de la Opinión Pública de América Latina [141] en nueve de los diez países del estudio (no hubo datos disponibles para Cuba) sugieren que en el 2007 alrededor de un 25 a 50% de la población que accede a los servicios de salud no estuvo satisfecha con sus servicios de salud (Figura 8). Estos niveles fueron similares a los observados en el 2003. Sin embargo, se debe tener precaución al evaluar la evidencia disponible sobre la satisfacción de los ciudadanos con los sistemas de salud ya que este es un indicador relativo condicionado por la percep-

ción general de la sociedad y otros varios factores, y en el contexto de América Latina, más por el acceso a los servicios de salud que por los cambios más amplios en el financiamiento de salud y otros recursos de salud [142] o los resultados de salud.[143]

Figura 8: Proporción de individuos que no están satisfechos con su servicio de salud



Datos de Latinobarómetro[141]

DESAFÍOS FUTUROS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD LATINOAMERICANOS

Sin lugar a dudas, en los países latinoamericanos estudiados, las reformas del sistema de salud han fomentado la inclusión, el empoderamiento ciudadano, y la equidad en salud; establecieron los derechos legales para la salud y la protección de salud y lograron la cobertura universal de salud. La sociedad civil jugó un papel destacado en la obtención de los derechos de los ciudadanos y el derecho a la salud. En la mayoría de los países estudiados, estas reformas fueron motivadas por la justicia social y la equidad, y el deseo por la democracia y los derechos de los ciudadanos en esos países en los cuales había dictaduras militares y abusos contra los derechos humanos. Sin embargo, en México, la transición demográfica y epidemiológica y la segregación del seguro de salud fueron las motivaciones fundamentales.

El crecimiento económico sostenido en la década del 2000 proporcionó un espacio fiscal a los gobiernos de América Latina para introducir reformas sociales, incluyendo las transferencias condicionales de dinero efectivo que, entre el 2003 y el 2008, sacaron a casi 60 millones de personas de la pobreza,[144] incrementaron los gastos en salud, ampliaron el seguro de salud, y expandieron la cobertura de servicios para las poblaciones pobres. Estas reformas tienen a los ciudadanos mejor empoderados, han asegurado el derecho a los servicios de salud y han ampliado la cobertura de seguro de salud. El alto financiamiento para la salud fue posible por el aumento del financiamiento de fuentes públicas, incluyendo transferencias gubernamentales centrales y contribuciones de gobiernos de los estados en los países en que éstos existen (por ejemplo, Brasil, Chile y México) y de las municipalidades en todos los casos. La mayoría de los países estudiados introdujeron la atención primaria de salud integral para mejorar el acceso a los servicios de salud para muchos millones de personas, con resultados de salud mejorados y protección del riesgo financiero. Sin embargo, estos logros siguen siendo frágiles y las desigualdades persisten. Al igual que en otros países de América Latina, los países del estudio enfrentan seis grandes desafíos futuros.

El primer desafío son las desigualdades socioeconómicas en los resultados de salud. A pesar de las dramáticas reducciones en pobreza, las desigualdades persisten en América Latina, la región más inequitativa del mundo, donde hay altos niveles de corrupción,[145] grandes brechas de ingresos entre ricos y pobres, desigualdades en los determinantes sociales de salud, y diferencias en la calidad de los sectores de salud públicos y privados. A pesar de las mejoras sustanciales en el acceso a servicios de salud y la reducción de las diferencias entre ricos y pobres, todavía existen desigualdades (Figuras 6A y 6B). En el 2011, alrededor de 177 millones de personas en América Latina y el Caribe vivían por debajo de la línea de pobreza, casi 70 millones de los cuales vivían en la extrema pobreza.[146] Las disparidades, que ponen en peligro los esfuerzos de la cobertura universal de salud y la estabilidad democrática, son un claro recordatorio de la agenda inconclusa de las desigualdades en los determinantes sociales de salud y los resultados de salud. Sin embargo, hay financiamiento limitado[147] para valorar de forma sistemática y estimar con mayor precisión los efectos de las reformas y de la cobertura universal de salud sobre los distintos grupos socioeconómicos.

El segundo desafío se refiere a la organización de los sistemas de salud. Los sistemas de salud latinoamericanos tienen debilidades intrínsecas, con la fragmentación de la organización y la prestación de servicios, la segmentación del financiamiento, y un sector privado mal regulado. Ésto es un reto para el desarrollo de sistemas de salud equitativos y eficientes. Con la excepción de Brasil, Costa Rica y Cuba, el financiamiento mixto de salud y la prestación significa fragmentación y segregación de los sistemas de salud por grupos laborales. La experiencia de Turquía, que estableció exitosamente un seguro general de salud mediante la fusión de cinco sistemas de seguros sociales,[7] ofrece oportunidades de aprendizaje para estos países.

Las reformas del sistema de salud en los países latinoamericanos estudiados han fortalecido el sector público y mejorado las regulaciones para moderar la expansión del sector privado, pero la regulación efectiva de las aseguradoras de salud y de los proveedores de atención de salud en ambos sectores, público y privado, sigue siendo un reto importante, particularmente en relación con la calidad del servicio. Las diferencias en la calidad del servicio de los proveedores de atención de salud privados y públicos han impedido el desarrollo de los sistemas de salud mixtos con funcionamiento efectivo.

La descentralización ha mejorado la participación ciudadana en los sistemas de salud, pero también ha generado entornos más complejos para la gobernanza y la administración, debido a la variable capacidad y la riqueza de las diferentes localidades. Si no se gestiona con eficacia, la descentralización podría fomentar la fragmentación de la toma de decisiones, ampliar las desigualdades entre las municipalidades,[148] y el riesgo de politización de las decisiones de salud.

El tercer desafío es la desigualdad en el financiamiento. Aunque la cobertura de financiamiento de salud se ha incrementado sustancialmente, los gastos privados de salud (Figura 4B), comprendiendo en su mayoría gastos de bolsillo (Figura 4C) siguen siendo altos. La reducción de los pagos de bolsillo debe ser una prioridad para los países latinoamericanos. Brasil, Costa Rica, y México, los cuales han reducido los gastos catastróficos en

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

salud, proporcionan modelos de roles útiles para otros países latinoamericanos.[135,136]

El cuarto desafío se relaciona con el desarrollo de los servicios de salud que puedan satisfacer las necesidades de salud emergentes provocadas por las transiciones sociales y demográficas. La población de América Latina está envejeciendo, debido al aumento de la esperanza de vida al nacer (Figura 2) y a la caída de las tasas brutas de natalidad, resultando en un rápido aumento de la tasa de dependencia total.[149] Una consecuencia de la transición demográfica es la aparición de una triple carga de enfermedad debido a la agenda inconclusa de muertes maternas e infantiles y a las enfermedades infecciosas (por ejemplo, el dengue, la malaria y la tuberculosis resistente a los medicamentos), el rápido aumento de las enfermedades crónicas —la principal causa de la carga de enfermedad en América Latina— incluyendo el cáncer y la enfermedad mental, y la alta mortalidad y discapacidad por causas externas (por ejemplo, accidentes de tráfico y muertes violentas relacionadas con las drogas ilícitas; Figura 3).[133] Los sistemas de salud en los países del estudio tienen que pasar de ser proveedores de cuidados agudos, episódicos, a ofrecer una atención de salud basada en un enfoque de ciclo de vida que responda a la naturaleza de la cronicidad.

El quinto desafío se refiere a la rápida urbanización en América Latina,[150] la cual está creando grandes aglomeraciones urbanas e incrementando las comunidades rurales dispersas con necesidades de salud insatisfechas. Para el 2025, seis de las treinta ciudades más grandes del mundo se prevé sean en América Latina (Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México,

Río de Janeiro y Sao Paulo). Los sistemas de salud necesitarán estar fortalecidos para satisfacer las necesidades de las poblaciones urbanas que viven en ambientes aglomerados, las rurales pobres, y las poblaciones de difícil acceso.

El sexto reto es la sostenibilidad de las inversiones en el sistema de salud para lograr y mantener la cobertura universal de salud. Las crisis económicas de la década de 1970 y de 1980 fueron fuentes de grandes insatisfacciones para la población y desencadenaron movimientos sociales que dieron forma a las reformas de salud. La crisis económica mundial, que comenzó en el 2008, no hizo excepción con los países latinoamericanos. Cuando el motor de la economía mundial aumenta, los países emergentes de América Latina encaran un reducido crecimiento económico, presiones inflacionarias, y la disminución del valor de sus monedas. En un contexto de inestabilidad económica y de falta de crecimiento, América Latina enfrenta el reto de mantener los logros en relación a la cobertura universal de salud. Sin embargo, la experiencia reciente e histórica muestra que la inversión en salud promueve el crecimiento económico.

Aunque las crisis económicas ponen a prueba la resistencia de los sistemas de salud y la determinación de los liderazgos políticos, ellas también crean oportunidades únicas. Para América Latina, con una experiencia distinta y logros en la reforma del sistema de salud, la oportunidad radica en mostrar al mundo que el liderazgo importa más en tiempos de crisis mediante la aceleración de las reformas económicas y sociales para reducir aún más las disparidades socioeconómicas y hacer de la cobertura universal de salud una realidad para todos los ciudadanos latinoamericanos. 

REFERENCIAS

1. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. *Health Policy Plan* 2012; 27 (suppl 4): iv 4–8. Inglés.
2. McKee M, Suhrcke M, Nolte E, et al. Health systems, health, and wealth: a European perspective. *Lancet* 2009; 373: 349–51. Inglés.
3. Atun RA, Gurol-Urganci I. Health expenditure: an 'investment' rather than a cost? Working Paper 05/01. Royal Institute of International Affairs. International Economics Programme. Chatham House, London, 2005. Disponible en: <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/108071> (citado 24 de marzo, 2013). Inglés.
4. Sachs J. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization, 2001. Inglés.
5. Schultz TW. Nobel lecture: the economics of being poor. *J Polit Econ* 1980; 88: 639–51.
6. Atun RA, Fitzpatrick SB. Advancing economic growth: investing in health. The Royal Institute of International Affairs. Chatham House, London, 2005. Disponible en: <http://www.chathamhouse.org/sites/default/files/public/Research/International%20Economics/investhealth.pdf> (citado 24 de marzo, 2013). Inglés.
7. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet* 2013; 382: 65–99. Inglés.
8. Stuckler D, Feigl A, Basu S, McKee M. The political economy of universal health coverage. November 2010. Disponible en: <http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/the%20political%20economy%20of%20uhc.PDF> (citado: 26 de septiembre, 2014). Inglés.
9. The World Bank. Indicators. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator> (citado: 16 de septiembre, 2013). Inglés.
10. Pan American Health Organization. Health in the Americas: regional outlook and country profiles. Scientific and Technical Publication No.636. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012. Inglés.
11. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knauth FM, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea oct. 16. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0). Inglés.
12. Monteiro de Andrade LO, Filho AP, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* 2014; publicado en línea 16 de octubre, 2014. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9). Inglés.
13. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Disponible en: <http://www.healthdata.org/gbd> (citado: 10 de diciembre, 2013). Inglés.
14. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224–60. Inglés.
15. World Bank. Health, Nutrition and Population Division. HNP. Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience. Washington, DC: The World Bank, 2009. Inglés.
16. Williamson J, ed. Latin American adjustment: how much has happened? Washington, DC: Institute for International Economics, 1990. Inglés.
17. WHO. Trade, foreign policy, diplomacy and health. Washington Consensus. Disponible en: <http://www.who.int/trade/glossary/story094/en/> (citado: 10 de septiembre, 2013). Inglés.
18. Williamson J. Did the Washington Consensus fail? Outline of speech at the Center for Strategic and International Studies Washington, DC, November 6, 2002. Disponible en: <http://www.petersoninstitute.org/publications/papers/paper.cfm?ResearchID=488> (citado: 10 de septiembre, 2013). Inglés.
19. de la Torre A, Caicedo FV. 2010. The Washington Consensus: assessing a damaged brand. Disponible en: <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1424155> (citado: 14 de junio, 2014). Inglés.
20. Rodrik D. Goodbye Washington Consensus, hello Washington confusion? *J Econ Lit* 2006; 44: 973–87. Inglés.
21. Stiglitz JE. Globalization and its discontents. New York: WW Norton, 2002. Inglés.
22. Williamson J. Democracy and the Washington Consensus. *World Dev* 1993; 21: 1329–93. Inglés.
23. Ritter ARM. Shifting realities in special period Cuba. *Lat Am Res Rev* 2010; 45: 229–38. Inglés.
24. Stiglitz JE. Whither reform? Towards a new agenda for Latin America. CEPAL Rev 2003; 80: 7–38. Inglés.
25. Rawlings LB, Rubio GM. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: lessons from Latin America. World Bank Policy Research Working Paper 3119. Washington, DC: The World Bank, 2003. Inglés.
26. Cecchini S, Madariaga A. Conditional cash transfer programmes: the recent experience in Latin America and the Caribbean. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and

- the Caribbean (ECLAC), 2011. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/45096/cue95_conditionalcashtransfer.pdf (citado: 7 de junio, 2013). Inglés.
27. Cecchini S, Veras-Soares F. Conditional cash transfers and health in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea oct. 16. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4). Inglés.
 28. Gertler PJ, Martinez S, Celhay P. Impact evaluation of maternal child provincial health investment project in Argentina. Plan Nacer. Washington, DC: The World Bank, 2011. Inglés.
 29. Bolsa Familia Program. Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004 - Regulamenta a L- 010.836-2004 - Programa Bolsa Família. Disponible en: <http://www.dji.com.br/decretos/2004-005209/2004-005209.htm> (citado 7 de junio, 2013).
 30. Rasella D, Aquino R, Santos C, Paes-Sousa R, Barreto M. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382: 57–64. Inglés.
 31. Solidario C. Ley que establece un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado "Chile Solidario", N° 19.949 de 2004. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.bcn.cl/lc/Insollicitadas/ulp> (citado 7 de junio, 2013).
 32. Lavinas MH, Székely M. Mi Familia Progresa (MIFAPRO). Ejercicio de Apreciación Sustantiva. Guatemala City: United Nations Development Programme, 2011.
 33. Gertler P. Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment, health, health care, and economic development. *Am Econ Rev* 2004; 94: 336–41. Inglés.
 34. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet* 2008; 371: 828–37. Inglés.
 35. Perova E, Vakis R. Welfare impacts of the "Juntos" program in Peru: evidence from a non-experimental evaluation. Washington, DC: The World Bank, 2009. Inglés.
 36. Jones N, Vargas R, Villar E. Cash transfers to tackle childhood poverty and vulnerability: an analysis of Peru's Juntos programme. *Environ Urban* 2008; 20: 255–73. Inglés.
 37. Borraz F, González N. Impact of the Uruguayan conditional cash transfer program. *Cuad Econ* 2009; 46: 243–71. Inglés.
 38. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD008137. Inglés.
 39. Eckstein S, ed. Power and popular protest: Latin American social movements. Berkeley: University of California Press, 2001. Inglés.
 40. Escobar A, Alvarez SE. The making of social movements in Latin America: identity, strategy, and democracy. Boulder, CO: Westview Press, 1992. Inglés.
 41. Matsuura H. The effect of a constitutional right to health on population health in 157 countries, 1970–2007: the role of democratic governance. The program on the global demography of aging. PGDA Working Paper No. 106; 2013. Harvard School for Public Health. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/pgda/wp-content/uploads/sites/1288/2013/10/PGDA_WP_106.pdf (citado 26 de diciembre, 2013). Inglés.
 42. De Vos P. "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution. *Int J Health Serv* 2005; 35: 189–207. Inglés.
 43. Aitsiselmi A. An analysis of the Cuban health system. *Public Health* 2004; 118: 599–601. Inglés.
 44. Cooper RS, Kennelly JF, Orduñez-García P. Health in Cuba. *Int J Epidemiol* 2006; 35: 817–24. Inglés.
 45. Ministerio Secretaría General de la Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302> (citado 26 de diciembre, 2013).
 46. Unger JP, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA. Chile's neoliberal health reform: an assessment and a critique. *PLoS Med* 2008; 5: e79. Inglés.
 47. Sojo A. Health benefits guarantees in Latin America: equity and quasi-market restructuring at the beginning of the Millennium. *Estudios y Perspectivas Series*. Mexico City, Mexico: ECLAC, 2006. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/25601/P25601.xml&xsl=/mexico/tpl-ii-p9f.xsl&base=/tpl-ii-top-bottom.xslt> (citado 28 de diciembre, 2013). Inglés.
 48. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Normativas del AUGE (Acceso Universal Garantías Explícitas) 2013. Disponible en: http://web.minsal.cl/AUGE_NORMATIVA (citado 26 de septiembre, 2014).
 49. Cohn A. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. *Med Soc* 2008; 3: 87–99.
 50. Constitución Política de Colombia de 1991. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125> (citado 26 de septiembre, 2014).
 51. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760/08. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm> (citado 26 de septiembre, 2014).
 52. Muntaner C, Salazar RM, Rueda S, Armada F. Challenging the neoliberal trend: the Venezuelan health care reform alternative. *Can J Public Health* 2006; 97: 119–24. Inglés.
 53. Frencke P. Peru's comprehensive health insurance and new challenges for universal coverage. UNICO studies Series 11. Washington, DC: The World Bank, 2013. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2013/02/04/000333037_20130204132205/Rendered/PDF/750090NWP0Bo x30r0Universal0Coverage.pdf (citado 8 de junio, 2013). Inglés.
 54. Frencke P. El Seguro Integral de Salud: una historia política. En: La política y la pobreza en los países andinos, ed. Kristen Sample y Gustavo Guerra-García. Lima: IDEA Internacional y Asociación Civil Transparencia, 2006.
 55. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 667–76. Inglés.
 56. Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. Political Constitution of the United Mexican States. Disponible en: <http://portal.te.gob.mx/en/consultations/political-constitution-unit-ed-mexican-states> (citado 8 de junio, 2013).
 57. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ* 2009; 87: 542–48. Inglés.
 58. Aran D, Laca H. [The health system of Uruguay]. *Salud Publica Mex* 2011; 53 (suppl 2): s265–74. Español.
 59. República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Ley No 18.211. Sistema nacional inte-
 - grado de salud. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> (citado 5 de enero, 2014).
 60. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16: 2673–85.
 61. Frenk J. La salud en transición. *Nexos* 1988; XXII: 25–30.
 62. Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narváez R, Valdívía M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11: 335–55. Inglés.
 63. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41: 1–36. Inglés.
 64. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71: 83–96. Inglés.
 65. Ramírez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonté R. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad Saude Publica* 2011; 27: 1875–90. Inglés.
 66. Pan American Health Organization/WHO. Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization, 2002. Inglés.
 67. WHO. International Health Regulations 2005. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponible en: <http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/> (citado 26 de septiembre, 2014). Inglés.
 68. Barrientos A, Lloyd-Sherlock P. Health insurance reforms in Latin America: cream kimming, equity, and cost containment. In: Haagh L, Helgo CT, eds. Social policy reform and market governance in Latin America. London: Macmillan, 2003: 183–99. Inglés.
 69. Arrieta A. Health reform and cesarean sections in the private sector: the experience of Peru. *Health Policy* 2011; 99: 124–30. Inglés.
 70. Drechsler D, Jütting J. Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. *J Health Polit Policy Law* 2007; 32: 497–534. Inglés.
 71. Barrientos A, Lloyd-Sherlock P. Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy Law* 2000; 15: 417–23. Inglés.
 72. Cortez R, Romero D. Argentina. Increasing utilization of health care services among the uninsured populations: the Plan Nacer Programme. *Universal Health Coverage Series; UNICO Studies Series No 12*. Washington, DC: The World Bank Human Development Network, 2013. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2013/01/31/000425962_20130131151019/Rendered/PDF/749560NWP0ARGE00Box374316B00PUB LIC0.pdf (citado 30 de diciembre, 2013). Inglés.
 73. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. *Directions in development*. Washington, DC: World Bank, 2013. Inglés.
 74. De la Jara JJ, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy* 1995; 32: 155–66. Inglés.
 75. Bitran R. Explicit health guarantees for Chileans: the AUGE benefits package. *Universal Health Coverage Series; UNICO Studies Series No 21*. Washington, DC: The World Bank Human

- Development Network, 2013. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/02/01/000356161_20130201171654/Rendered/PDF/749580NWPOCHIL00Box374316B00PUBLIC0.pdf (citado 30 de diciembre, 2013). Inglés.
76. Ministerio de Salud (MINSAL). Ley 19.937 que modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (2004). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629> (citado 5 de enero, 2014).
 77. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380: 1259–79. Inglés.
 78. Homedes N, Ugalde A. Twenty-five years of convoluted health reforms in Mexico. *PLoS Med* 2009; 6: e1000124. Inglés.
 79. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003; 362: 1667–71. Inglés.
 80. Jack W. Public intervention in health insurance markets: theory and four examples from Latin America. *World Bank Res Obs* 2002; 17: 67–88. Inglés.
 81. Clark MA. Health sector reform in Costa Rica: reinforcing a public system. Woodrow Wilson Center workshops on the politics of education and health reforms. Washington, DC, 2002. Disponible en: http://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/Clark_Paper.pdf (citado 16 de septiembre, 2013). Inglés.
 82. Madies CV, Chiarveti S, Chorny M. [Insurance and coverage: two critical topics in health care reforms]. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8: 33–42. Español.
 83. Méndez CA, López JJ. [Community participation in health: the challenge in Chile]. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27: 144–48. Español.
 84. Gobierno de Chile. 2004. Ley 19.966 Régimen de Garantías en Salud. Santiago de Chile, 2004. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&idParte=0> (citado 6 de julio, 2014).
 85. Health Data OECD. How does Chile compare. 2014. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014.pdf> (citado 26 de septiembre, 2014). Inglés.
 86. Frenz P, Delgado Becerra I, Villanueva Pabón L, Kaufman JS, Muñoz Porras F, Navarrete Couble MS. [Universal health coverage assessment based on national socioeconomic characterization surveys]. *Rev Med Chil* 2013; 141: 1095–106. Español.
 87. Ruiz Gómez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 33: 107–15. Inglés.
 88. Torres FM. Costa Rica case study: primary health care, achievements and challenges with the framework of the social health insurance. *Universal Health Coverage Series; UNICO Studies Series No 14*. Washington, DC: The World Bank Human Development Network, 2013. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13279/74962.pdf?sequence=1> (citado 31 de diciembre, 2013). Inglés.
 89. Gutiérrez SMB, Mizota T, Rakue Y. Comparison of four health systems: Cuba, China, Japan and the USA, an approach to reality. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2003; 34: 937–46. Inglés.
 90. World Bank. Data. Cuba. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/cuba> (citado 16 de junio, 2013). Inglés.
 91. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006; 368: 1828–41. Inglés.
 92. Iwami M, Petchey R, and the Local Committees for Health Administration. A CLAS act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru. *J Public Health Med* 2002; 24: 246–51. Inglés.
 93. Levino A, Carvalho EF. Comparative analysis of health systems on the triple border between Brazil, Colombia, and Peru. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30: 490–500.
 94. WHO. Global health expenditure database. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database> (citado 26 de septiembre, 2014). Inglés.
 95. Filardo Z. El Reforma del Sistema de Salud del Uruguay. Efectos Fiscales de Largo Plazo. Universidad de la República, agosto 2013. Disponible en: <http://www.ccee.edu.uy/jacad/2013/file/ECONOMIA/Reformas%20del%20sistema%20de%20saludo%20de%20Uruguay.pdf> (citado 5 de enero, 2014).
 96. Ortiz-Andrellucchi A, Peña Quintana L, Albino Beñacar A, Mönckeberg Barros F, Serra-Majem L. [Child subnutrition, health and poverty, integral intervention programme]. *Nutr Hosp* 2006; 21: 533–41. Español.
 97. Jiménez J, Romero MI. Reducing infant mortality in Chile: success in two phases. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26: 458–65. Inglés.
 98. Vega Romero R, Carrillo Franco J. APS y acceso a universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. "El caso de Salud a su Hogar" en Bogotá. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2006; 5: 38–52.
 99. WHO. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR; Geneva; Sept 6–12, 1978. Inglés.
 100. WHO. Primary health care: a framework for future strategic directions. WHO/MNC/OSD/03.01. Geneva: World Health Organization, 2003. Inglés.
 101. Mahmood Q, Muntaner C. Politics, class actors, and health sector reform in Brazil and Venezuela. *Glob Health Promot Educ* 2013; 20: 59–67. Inglés.
 102. Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, et al, and the Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet* 2011; 377: 2042–53. Inglés.
 103. Couttolenc B, Dmytraczenko T. Brazil's primary care strategy. *Universal Health Coverage Series; UNICO Studies Series No 2*. Washington, DC: The World Bank Human Development Network, 2013. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWPOBRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf (citado 31 de diciembre, 2013). Inglés.
 104. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99: 87–93. Inglés.
 105. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349: g4014. Inglés.
 106. Manuel A. The Chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 60–68. Inglés.
 107. Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile. Ley 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de la Salud (1995). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745> (citado 31 de diciembre, 2013).
 108. Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile. En el camino a Centro de Salud Familiar. Santiago, 2008. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wpcontent/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf> (citado 26 de septiembre, 2014).
 109. WHO. Cuba's primary health care revolution: 30 years on. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/08-030508/en/index.html> (citado 10 de mayo, 2013). Inglés.
 110. Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 297–303. Inglés.
 111. Romero T. Changing the paradigm of cancer control in Cuba. *MEDICC Rev* 2009; 11: 5–7. Inglés.
 112. Bonilla-Chacin ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. *Universal Health Coverage (UNICO) Studies Series No 1*. Washington, DC: The World Bank, 2013. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17286333/mexicansocial-protection-system-health> (citado 8 de junio, 2014). Inglés.
 113. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006; 368: 1524–34.
 114. Pan American Health Organization. Uruguay. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25190&Itemid= (citado 7 de julio, 2014). Inglés.
 115. Mahmood Q, Muntaner C, del Valle Mata León R, Perdomo ER. Popular participation in Venezuela's Barrio Adentro health reform. *Globalizations* 2012; 9: 815–33. Inglés.
 116. Bursztyn I, Kushnir R, Giovannella L, et al. [Notes for studying primary care within the context of segmented health systems]. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2010; 12 (suppl 1): 77–88. Español.
 117. Nelson J, Kaufman RR. Woodrow Wilson Center update on the Americas. The politics of health sector reforms: cross-national comparisons. Washington, DC: Woodrow Wilson Centre, 2003. Inglés.
 118. Muntaner C, Armada F, Chung H, et al. Venezuela's Barrio Adentro: participatory democracy, south-south cooperation and health care for all. *Soc Med* 2008; 3: 232–46. Inglés.
 119. WHO. Global Health Data Repository. Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3). Data by country. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A827?lang=en> (citado 6 de junio, 2013). Inglés.
 120. WHO and the World Bank Group. Monitoring progress toward universal coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Geneva: World Health Organization. Inglés.
 121. Encuesta Nacional de Salud México 2000 (ENSA 2000). I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf (citado 10 de julio, 2014).
 122. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf> (citado 10 de julio, 2014).
 123. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (citado 10 de julio, 2014).
 124. Brasil Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf> (citado 10 de julio, 2014). Portugués.
 125. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Disponible en:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvsv/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf (citado 10 de julio, 2014). Portugués.
126. [Colombia National Demographic and Health Survey 1995]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR65-DHS-Final-Reports.cfm> (citado 30 de septiembre, 2014). Español.
 127. [Colombia National Demographic and Health Survey 2000]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR114-DHS-Final-Reports.cfm> (citado 30 de septiembre, 2014). Español.
 128. [Colombia National Demographic and Health Survey 2005]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR172-DHS-Final-Reports.cfm> (citado 30 de septiembre, 2014). Español.
 129. [Colombia National Demographic and Health Survey 2010]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR246-DHS-Final-Reports.cfm> (citado 30 de septiembre, 2014). Español.
 130. The World Bank. MEASURE DHS: Demographic and Health Surveys. Perú. Disponible en: http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/dhs#_r=1411894184948&collection=&country=&dtype=&from=1890&page=1&ps=&sk=Peru&sort_by=nation&sort_order=&to=2014&topic=&view=&wk= (citado 10 de julio, 2014). Inglés.
 131. UNICEF. Despite major progress, the full potential of immunization is not close to being realized. Disponible en: <http://www.childinfo.org/bluebook/profiles.html> (citado 16 de septiembre, 2013). Inglés.
 132. WHO. Global Health Observatory Data Repository. Tuberculosis. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1315?lang=en> (citado 26 de septiembre, 2013). Inglés.
 133. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095–128. Inglés.
 134. Escobar M-L, Griffin CC, Shaw RP, eds. The impact of health insurance on low- and middle-income countries. Washington, DC: The Brookings Institution Press, 2011. Inglés.
 135. WHO. The World Health Report—health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> (citado 7 de junio, 2013). Inglés.
 136. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, and the Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública Mex* 2011; 53 (suppl 2): s85–95. Inglés.
 137. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H. Household spending and impoverishment. Financing health in Latin America series, volume 1. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2012. Inglés.
 138. Berman P, Arellanes L, Henderson P, Magnoli A. Health care financing in eight Latin American and Caribbean nations: the first Regional National Health Accounts Network. Partnerships for Health Reform and Latin America and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiative. Washington, DC: USAID, 1999. Inglés.
 139. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. UNICO Studies Series 25. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC: The World Bank, 2013. Inglés.
 140. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of 12 Latin American and Caribbean countries. Chapter 3. In: Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, eds. Financing health in Latin America. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, Fundación Mexicana para la Salud, IDRC, and distributed by Harvard University Press, 2012. Inglés.
 141. Latinobarómetro. Latinobarómetro 1995–2011. Disponible en: <http://www.latinobarometro.org/latOnline.jsp> (citado 18 de noviembre, 2013).
 142. Savedoff W. A moving target: universal access to healthcare services in Latin America and the Caribbean. Working Paper #667. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2009. <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-667.pdf> (citado 10 de agosto, 2014). Inglés.
 143. Kim MK, Blendon RJ, Benson JM. What is driving people's dissatisfaction with their own health care in 17 Latin American countries? *Health Expect* 2013; 16: 155–63. Inglés.
 144. World Bank. Prime time focus on conditional cash transfer programs in Latin America. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/LACEXT/0,,contentMDK:22370391~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258554,00.html> (citado 26 de septiembre, 2014). Inglés.
 145. Transparency International. Corruption perception index 2012. Disponible en: <http://www.transparency.org/cpi2012/results> (citado 10 de agosto, 2014). Inglés.
 146. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina, 2011. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/45171/PSE2011-Panorama-Social-de-América-Latina.pdf> (citado 12 de septiembre, 2013).
 147. The Mexico Statement: strengthening health systems. *Lancet* 2004; 364: 1911–12. Inglés.
 148. Leite VR, De Vasconcelos CM, Lima KC. Federalism and decentralization: impact on international and Brazilian health policies. *Int J Health Serv* 2011; 41: 711–23. Inglés.
 149. Leeson GW. The demographics of population ageing in Latin America, the Caribbean and the Iberian Peninsula, 1950–2050. Research Report. Oxford: Oxford Institute of Population and Ageing, Oxford University, 2011. Disponible en: http://www.ageing.ox.ac.uk/files/larna_demographics.pdf (citado 26 de septiembre, 2014). Inglés.
 150. United Nations. América Latina: urbanización, pobreza y desarrollo humano. Disponible en: <http://www.unic.org.ar/prensa/archivos/urbanizaciondatoslatam.pdf> (citado 22 de diciembre, 2013).

LOS AUTORES

Atun Rifat FRCP (autor para correspondencia: ratun@hsph.harvard.edu), Escuela de Salud Pública, Universidad Harvard, Boston, MA, USA.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade PhD, Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil, Escuela de Medicina, Universidad Federal de Ceará, Fortaleza, Brasil.

Gisele Almeida PhD, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, DC, Estados Unidos.

Daniel Cotlear DPhil, Banco Mundial, Washington, DC, Estados Unidos.

T. Dmytraczenko PhD, Banco Mundial, Washington, DC, Estados Unidos.

Patricia Frenz PhD, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Patricia García PhD, Escuela de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Octavio Gómez-Dantés MD, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, México.

Felicia M. Knaul PhD, Iniciativa de Equidad Global Harvard (Universidad Harvard, Boston, MA, Estados Unidos).

Carles Muntaner PhD, Instituto para la Equidad en Salud Global e Innovación, Dalla Lana Escuela de Salud Pública, Universidad de Toronto, ON, Canadá.

Juliana Braga de Paula MSc, OPS, Brasilia, Brasil.

Félix Rigoli MD, OPS, Brasilia, Brasil.

Pastor Castell-Florit Serrate PhD, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Adam Wagstaff PhD, Banco Mundial, Washington, DC, Estados Unidos.

Traducción aprobada por los autores: 6 de enero 2015

Declaraciones: Ninguna
Citación sugerida: Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S21–39. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-atun.php>
