

La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina

Daniel Cotlear, Octavio Gómez-Dantés, Felicia Knaul, Rifat Atun, Ivana C. H. C. Barreto, Oscar Cetrángolo, Marcos Cueto, Pedro Francke, Patricia Frenz, Ramiro Guerrero, Rafael Lozano, Robert Marten, Rocío Sáenz

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\(14\)61647-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0)

RESUMEN

América Latina continúa segregando a los diferentes grupos sociales en segmentos separados del sistema de salud, incluyendo dos bloques distintos del sector público: una seguridad social bien dotada de recursos que sirve a los trabajadores asalariados y sus familias, y un Ministerio de Salud que atiende a las personas pobres y vulnerables con bajos estándares de calidad a cambio de pagos frecuentemente empobrecedores. Esta segregación es una muestra de la persistente desigualdad económica y social que impera en América Latina y que se sustenta en un marco que predijo que el crecimiento económico permitiría una rápida formalización de la economía. Hoy, a pesar del aumento de la esperanza de vida y otros avances, la estructura institucional que mantiene la segregación social en la atención de salud se percibe como un obstáculo para el ejercicio efectivo del derecho a la atención de la salud, consagrado en la legislación de muchos países de América Latina. En este trabajo se describen las cuatro fases en la historia de los países latinoamericanos que explican el origen de la segmentación en la atención de salud y los tres caminos que pretenden superarla: la unificación de los fondos empleados para financiar los servicios de la seguridad social y el Ministerio de Salud (un único pagador público); la libre elección del proveedor o asegurador, y la ampliación de la cobertura de servicios para la población pobre y no asalariada que hace explícitos los beneficios de atención de salud a los que tienen derecho todos los ciudadanos.

INTRODUCCIÓN

Este artículo subraya un rasgo distintivo de los esfuerzos de América Latina por avanzar hacia una cobertura universal de salud: el intento por superar la segregación social en la atención de salud y la concomitante segmentación del sistema de salud como parte de un esfuerzo más amplio por promover la igualdad de oportunidades y el ejercicio efectivo del derecho a la atención de salud, plasmado en la constitución de muchos países.[1]

En nuestro bosquejo inicial sobre el desarrollo de los sistemas de salud en América Latina hemos puesto énfasis en los intentos de reforma que se producen a fines del siglo XX y que se intensificaron a principios del siglo XXI. Nos hemos centrado en los antecedentes del surgimiento de dos bloques en el sector público: un sistema de seguridad social con recursos adecuados y un Ministerio de Salud con un pobre financiamiento. Las opiniones de Juan Luis Londoño y Julio Frenk, que fueron ministros de salud de Colombia y México, respectivamente, muestran que, en países con modelos segmentados, los diferentes grupos de la población se atienden en distintas instituciones. Los pobres, en general, se atienden en instalaciones del Ministerio de Salud, los trabajadores del sector formal en las clínicas y hospitales de la seguridad social, y el resto de la población, en las instalaciones del sector privado.[2] Las agencias de la seguridad social han

contado históricamente con fondos per cápita sustancialmente mayores que los correspondientes al Ministerio de Salud, y han garantizado el acceso a paquetes con más beneficios y una mejor calidad de la atención, además de que no exigen un pago directo en el momento en que se presta el servicio. En contraste, el Ministerio de Salud proporciona servicios de menor calidad y una protección financiera limitada. Además, cada una de las instituciones de salud está integrada verticalmente, en el sentido de que realizan las funciones de financiamiento, prestación y gobernanza sólo para la población bajo su responsabilidad.

En América Latina, la segregación entre los pobres y las poblaciones del sector formal es especialmente rígida debido a la existencia de hospitales e instalaciones médicas separadas para uso exclusivo de los afiliados a la seguridad social. Frenk[3] incluso caracterizó esta segregación como un “apartheid médico”, aun cuando no había ninguna restricción legal al uso de los servicios de salud de la seguridad social basada en características étnicas o raciales. Roemer[4] también señaló que en América Latina “se puede identificar con facilidad la clase social a la que pertenece un individuo conociendo la manera en que obtuvo atención médica”.

Hoy, la segregación social en los sistemas de salud segmentados se percibe como un obstáculo importante para la reducción de las brechas en el acceso a la atención de salud.[5] Salvar esa brecha (en las diferencias de protección social en salud) entre los dos bloques del sector público es un rasgo central de los intentos latinoamericanos por avanzar hacia la atención universal de salud y, por lo tanto, un elemento clave de la agenda de la cobertura universal de salud.

En este trabajo analizamos en detalle los diversos caminos que han seguido los países de la región latinoamericana para ampliar la cobertura y superar la segmentación. También aplicamos una perspectiva histórica y un análisis de los procesos recientes para identificar lecciones útiles para otras partes del mundo.

Algunas aclaraciones. Primero, nuestro análisis hace referencia a la evolución de los servicios, tanto los personales como los de salud pública. Los servicios personales se definen como las acciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación que se dirigen a los individuos, y los servicios públicos como las acciones aplicadas por agencias del sector de la salud a las colectividades (p. ej. educación para la salud masiva) o los componentes no humanos del medio ambiente (p. ej., saneamiento básico).[6] Segundo, debido a lo escaso de la información en esta materia, no discutimos el importante papel del sector privado en la prestación de servicios de salud, sino que lo hemos pospuesto para futuras investigaciones. Tercero, no abordamos los determinantes sociales de la salud y su papel en la búsqueda de una

cobertura universal de salud porque otro de los artículos[7] de esta Serie está dedicado a ese importante tema.

PROCESOS CLAVE EN LOS SISTEMAS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA

Fases del desarrollo de los sistemas de salud Son muchos los factores que han contribuido a la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Dentro de los factores objetivos destacan los económicos y los de salud (demográficos o epidemiológicos), las transiciones políticas y la disponibilidad global de innovaciones tecnológicas e institucionales u organizacionales. [8–10] Dentro de los factores ideológicos se cuentan los cambios en los valores relativos al papel de los servicios de atención de salud en la sociedad y en el paradigma de desarrollo imperante. No obstante, y simplificando sustancialmente para poder apreciar el cuadro más general, hemos identificado, en la historia de los sistemas de salud latinoamericanos, cuatro fases distintivas, que hasta cierto punto se superponen (Tabla 1).

Las dos primeras fases ocurrieron en el marco de sociedades muy inequitativas, lo que condujo a la creación de sistemas de salud caracterizados por la segmentación institucional en la prestación de los servicios de atención de salud a los diferentes grupos sociales sobre la base de la clase social o el estatus laboral.[11] Los hitos que marcaron las dos fases iniciales fueron la independencia política y la creación de los primeros Ministerios de Salud, respectivamente (Tabla 2). Durante la primera fase y la primera mitad de la segunda, predominó la prestación de servicios de salud pública. El hito que marcó el inicio de la tercera fase fue la consolidación de la segmentación del sistema de salud mediante cambios en la legislación sobre la seguridad social, lo que generó un bloque de la población que estaba amparado por las leyes de bienestar social y otro bloque excluido. Esta fase se caracterizó también por la expansión de la atención primaria de salud, lo que mejoró la prestación de servicios personales de salud para los pobres. Sin embargo, la segmentación social de los servicios de atención de salud y la segregación de los grupos de población se mantuvieron y en muchos casos se profundizaron. La cuarta fase comienza cuando los países intentan equiparar los beneficios, la calidad de la atención de salud y la protección financiera que se presta a los distintos grupos de la población, reduciendo así la segmentación de sus sistemas de salud en un esfuerzo por alcanzar la universalidad. A diferencia de las otras tres fases, que tuvieron lugar en períodos de tiempo similares en la mayoría de los países latinoamericanos, la cuarta fase comenzó en momentos muy diferentes en cada país. Empezó en 1952 en Chile, en 1960 en Cuba, en 1984 en Costa Rica, en 1989 en Brasil, en 1993 en Colombia y en 2004 en México.

Cada país hizo la transición a la siguiente fase a su ritmo, de modo que hay intervalos sustanciales entre la fecha en que se alcanzó un hito específico en un país y en los países vecinos. Ese intervalo implica que, a menudo, el proceso de difusión de las políticas de salud solo se hace evidente con el empleo de una perspectiva histórica suficientemente prolongada. Sostenemos que la convergencia de las políticas se dará en las transiciones a la fase 4. Aunque en varios países aún no ha comenzado, los efectos de los países que se esfuerzan por alcanzar la universalidad de la cobertura probablemente estimularán a la mayoría de los países a avanzar en esa misma dirección.

MENSAJES CLAVES

- A fines del siglo XX mejoró sustancialmente la cobertura de atención de salud de los pobres y los resultados de salud de la mayoría de la población latinoamericana. A pesar de ese logro, la persistente segmentación de la atención de salud creó una percepción de inequidad y exclusión.
- Desde que el derecho a la atención de salud y la igualdad de oportunidades se ubicaron en el centro de la discusión pública, la brecha en calidad de la atención y protección financiera entre los dos bloques del sector público (el Ministerio de Salud y la seguridad social) ha resultado cada vez más inaceptable.
- Ha habido un cambio en los valores que ha transformado los sistemas de salud. El cuidado de salud de las personas se consideró primero una labor de caridad, después se convirtió en prerrogativa de un sector de la economía (un beneficio laboral) y ahora muchos lo consideran un derecho social. Originalmente la salud pública se encaminó a mitigar los riesgos al comercio exterior, después a facilitar la apertura de nuevos territorios y hoy se considera una inversión en las personas.
- Los países latinoamericanos están convergiendo en su deseo de superar la segregación en la atención de salud, pero no en la manera de hacerlo. Los países han adoptado tres caminos diferentes para alcanzar ese objetivo: un pagador único, la libre elección del asegurador y beneficios mínimos explícitos. Cada uno de estos caminos tiene méritos e inconvenientes, y puede ofrecer algunas lecciones al resto del mundo.

Fase 1: instituciones de salud prenacionales La fase inicial del desarrollo de los sistemas de salud latinoamericanos va del año en que se declara la independencia en cada país hasta la fecha de creación de las primeras instituciones de salud de nivel nacional (p. ej., los Ministerios de Sanidad o Salud Pública, dependiendo del país, se crearon fundamentalmente en las décadas de 1930 y 1940).

La principal actividad de las instituciones de salud era la prestación de servicios de salud pública o comunitaria, que a inicios del siglo XX, con la consolidación de la teoría de los gérmenes como causa de enfermedades, tenía como base la evidencia científica.[12] En las economías orientadas al comercio internacional, el enfoque se centró inicialmente en la prevención y el control de epidemias —sobre todo de cólera, peste y fiebre amarilla— mediante el manejo sanitario de los puertos, fundamentalmente con el establecimiento de cuarentenas.[13] Posteriormente, se amplió para incluir el control, más allá de puertos y fronteras, de todas las enfermedades que impedían el uso económico de una región para la producción de mercancías exportables de alto valor.[14]

Los servicios de salud pública latinoamericanos alcanzaron un estatus institucional formal con la creación de oficinas nacionales especializadas, a menudo adjuntas al ministerio encargado del mantenimiento del orden público.[15] El desarrollo de esas oficinas y la relación entre ellas se vieron fortalecidos por la

Tabla 1: Historia institucional de los sistemas de salud en América Latina

	Fase 1: Instituciones pre nacionales	Fase 2: Instituciones nacionales	Fase 3: Atención primaria de salud y consolidación de la segmentación	Fase 4: Superación de la segregación
Hitos que definen el inicio de cada fase	Independencia	Creación del Ministerio de Salud Pública	Consolidación de las instituciones de seguridad social	Implementación de uno de los caminos para la integración
Valores y creencias que sustentan la atención de salud	Se reconoce que el Estado tiene una responsabilidad limitada a la salud pública, vinculada sobre todo con el comercio y el uso económico de los territorios. El cuidado personal se asume inicialmente como una obra de caridad, y está a cargo de órdenes religiosas para después evolucionar hacia las beneficencias (organizaciones filantrópicas dirigidas por las élites).	La salud pública es responsabilidad del Estado. Los servicios personales de salud para los trabajadores del sector formal pasan a ser una responsabilidad o un derecho vinculado al estatus laboral y la contribución financiera; para los pobres, se convierten en una forma de asistencia social.	Coexisten dos visiones de la salud pública y la atención primaria: la integral (un derecho social) y la selectiva (un instrumento para el desarrollo individual y económico vinculado al control de problemas de salud específicos y el manejo de lo que se percibía como la bomba de tiempo de la población). Los servicios personales para el sector formal se perciben como beneficios de un Estado de bienestar trunco.	Se incrementa el consenso en torno a la idea de que la atención de salud es un derecho social vinculado a la consolidación general de la democracia. El cambio epidemiológico requiere ir más allá de las enfermedades transmisibles, y la salud materno-infantil. Se acepta que el crecimiento económico puede no conducir a una economía plenamente formal. El crecimiento económico facilita la ampliación del gasto público en salud.
Salud pública	Las intervenciones en materia de salud pública y saneamiento se dirigen inicialmente a facilitar el comercio, y se centran en los puertos y, más adelante, en el aumento de la productividad de las áreas productoras de exportaciones. Más adelante, todos los países crean oficinas a cargo del saneamiento vinculadas a ministerios responsables del orden público.	La salud pública es responsabilidad fundamental de un ministerio sectorial, que a menudo se considera como responsable de la calidad del agua y el saneamiento. Se difunden medidas científicas de control. Los países inician programas verticales contra la malaria, la fiebre amarilla, la framboesia, la anquilostomiasis y la viruela.	Se amplía la atención primaria de salud, que combina la salud pública con servicios materno-infantiles y a la población. Los programas verticales y de inmunización coexisten con programas integrales de mayor amplitud encaminados a mejorar las condiciones de vida de los pobres. Se extiende rápidamente el acceso a agua potable y el saneamiento.	Los gobiernos reconocen lentamente la aparición de nuevos riesgos conductuales e implementan políticas multisectoriales vinculadas al tabaquismo, la obesidad, la violencia y otros determinantes sociales de la salud. Se sigue fortaleciendo la vigilancia epidemiológica.
Construcción institucional en el nivel nacional	En el siglo XIX se fundan hospitales de beneficencia, que se independizan de las órdenes religiosas. En el siglo XX, el Estado participa en eventos internacionales de coordinación de la salud pública. La conferencia de la OPS de 1924 define la salud como una responsabilidad del Estado. Se cuenta con el apoyo de familias y comunidades, así como de practicantes de medicina tradicional (sobre todo indígenas y afroamericanos).	Se crea el Ministerio de Salud Pública, encargado de las intervenciones en materia de salud pública. Se implementan campañas verticales contra enfermedades transmisibles. En muchos países, este ministerio también se encarga de brindar asistencia social a través de hospitales públicos. Los hospitales pasan a ser propiedad del Estado (a menudo anexos a escuelas de medicina) y los trabajadores de la salud se convierten en empleados públicos. Se construyen algunos hospitales públicos, pero la prestación de la atención se entiende como una responsabilidad transitoria del Estado, hasta que las poblaciones se incorporen a la economía formal. Se crean por separado instituciones de seguridad social que son inicialmente instituciones de financiamiento, pero que gradualmente asumen la prestación de servicios personales de salud.	Los ministerios evolucionan: de Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social pasan a ser Ministerios de Salud. Se realizan esfuerzos masivos para ampliar, mediante acciones verticales, los servicios infantiles y reproductivos esenciales en regiones y poblaciones antes poco atendidas. Se amplía la implementación de pagos directos de los usuarios por intervenciones no incluidas en los programas verticales, especialmente en el nivel hospitalario. En muchos países se descentralizan las funciones de salud, por lo general como parte de un proceso político mayor. Se consolidan las instituciones de la seguridad social. Los beneficios de la seguridad social se amplían a los familiares de los trabajadores del sector formal. Algunos países emprenden reformas orientadas por el mercado. Se inicia el desarrollo de seguros privados. Crecen rápidamente los hospitales privados.	Los países que pasan a la fase 4 (la búsqueda de la equidad) se proponen reducir las desigualdades en el acceso y la protección financiera. Eligen uno de tres caminos: integrar el financiamiento de los subsectores público y de la seguridad social en un único sector contribuyente; permitirle a toda la población optar por un asegurador o mantener la segmentación del financiamiento y las prestaciones, pero haciendo esfuerzos por incrementar el gasto per cápita del sector público, y hacer obligatorios los beneficios explícitos. En algunos países se amplía la atención primaria de salud integral mediante una estrategia de salud familiar.

Tabla 2: Hitos de las cuatro fases de la historia de los sistemas de salud en países de América Latina seleccionados

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	México	Perú
Inicio de la fase 1: Independencia	1816	1822	1818	1810	1821	1810	1821
Inicio de la fase 2: Creación del Ministerio de Salud Pública	1946	1930	1924	1938	1927	1943	1935
Inicio de la fase 3: Fusión de las agencias de seguridad social para beneficio exclusivo de los asalariados y sus familias	1971 (afiliación obligatoria a Obras Sociales y creación del PAMI)	1967 (creación del INPS)	-	1946 (creación del ISS)	1973 (integración de los hospitales de la seguridad social y el Ministerio de Salud)	1982 (los trabajadores ferroviarios se suman al IMSS)	1973 (creación del IPSS)
Inicio de la fase 4: Integración de la seguridad social y el Ministerio de Salud o implementación de acciones para equiparar el Ministerio de Salud con la seguridad social	-	1989 (creación del SUS)	1952 (creación del SNS; 1979 creación de FONASA como único contribuyente, y AUGE en 2005)	2012 (se implementan planes de iguales beneficios por mandato del tribunal constitucional)	1984 (los trabajadores informales se integran a la CCSS)	2004 (Seguro Popular)	2010 (legislado pero aún no implementado)

PAMI: Programa de Atención Médica Integral
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
SNS: Servicio Nacional de Salud

INPS: Instituto Nacional de Previdencia Social
IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social
AUGE: Acceso Universal con Garantías Explícitas

ISS: Instituto de Seguridad Social
SUS: Sistema Único de Saúde
CCSS: Caja Costarricense de Seguridad Social.

celebración de las Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas que se iniciaron en 1902, y el establecimiento ese mismo año de la Oficina Sanitaria Internacional, rebautizada en 1923 con el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana.[16,17]

La prestación de servicios personales de salud también sufrió una lenta pero sustancial transformación durante esta fase. En el período colonial, la mayoría de los servicios personales de salud se prestaban en los hogares. Los hospitales eran sobre todo refugios de personas sin hogar o muy pobres y enfermas, y no eran dirigidos por médicos, sino por órdenes religiosas.[18] A fines del siglo XIX, estos hospitales se reorganizaron de modo creciente como instituciones filantrópicas autónomas administradas por élites locales, lo que expresaba un cambio en los valores asociados con la atención de salud, que ya no se consideraba una función de la caridad religiosa, sino de la caridad privada o secular.

Los países de América Latina que presentaron una alta inmigración europea a fines del siglo XIX y principios del XX (ej., Argentina, el sur de Brasil, Chile, Cuba y Uruguay) también fueron testigos del desarrollo inicial de la seguridad social en forma de fondos de enfermedad, sociedades de ayuda mutua y otras organizaciones de autoayuda.[19]

Fase 2: creación de instituciones de salud nacionales modernas Incluye el establecimiento de las instituciones de salud nacionales modernas que continúan estructurando los sistemas de salud latinoamericanos en nuestros días: el Ministerio de Salud Pública y las instituciones de seguridad social. El hito que marca el inicio de esta segunda fase en cada país es la creación de un ministerio independiente encargado de la salud pública. En la mayoría de los países, la creación de un ministerio independiente tuvo lugar en las décadas de 1930 y 1940, y la función central asignada a estas instituciones era la prestación de servicios de salud pública. La creación de estas agencias permitió canalizar recursos financieros y humanos para lanzar

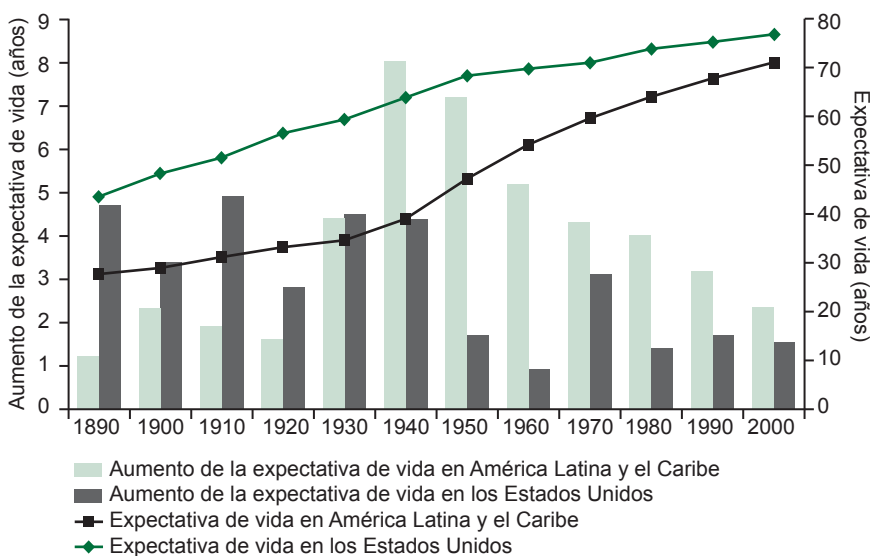
campañas de salud pública a gran escala mediante programas verticales, que aprovecharon la nueva tecnología disponible en aquel momento para el manejo de un reducido conjunto de infecciones y enfermedades parasitarias muy comunes. Como resultado, se implementaron en la región campañas masivas contra la framboesia o pian, la viruela, la polio, la tuberculosis, el tracoma, la lepra, la oncocercosis, la brucelosis y la malaria.[20]

Hunt,[21] el historiador económico que ha producido la serie más completa de datos sobre la expectativa de vida en América Latina, que cubre todo el siglo XX, señala que el lanzamiento de esas campañas coincidió con el inicio de un período de rápido aumento de la esperanza de vida en América Latina. A comienzos del siglo XX, la esperanza de vida promedio en el continente aumentó solo 1 o 2 años por década, y la brecha en este rubro entre América Latina y Estados Unidos se amplió continuamente, hasta alcanzar un punto máximo de 25 años en la década de 1940 (Figura 1). Después de ese período, y coincidiendo con las campañas de salud pública, la esperanza de vida en América Latina creció rápidamente. Las décadas de más rápido crecimiento de este indicador fueron las de 1950, 1960 y 1970, con incrementos de 8,0, 7,2 y 5,2 años, respectivamente. En ese período, la brecha en esperanza de vida entre América Latina y Estados Unidos disminuyó a menos de la mitad de su nivel máximo, alcanzado en la década de 1940.

Durante esta segunda fase, se entregaron gradualmente nuevas responsabilidades a los ministerios de salud pública: primero, supervisar la prestación de servicios personales de salud de los hospitales de caridad; después, proporcionar ellos mismos servicios personales de salud, fundamentalmente a los pobres de las áreas rurales y urbanas, una función que se entendía en la época como asistencia pública.[22] Muchos ministerios de la región dieron muestras de esta nueva responsabilidad añadiendo la nueva función a sus nombres originales: Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social en Chile (1924), Ministerio de Salud Pública y Protección Social en Costa Rica (1927), Ministerio de

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

Figura 1: Aumento de la expectativa de vida en América Latina, el Caribe y los Estados Unidos 1890–2000



Datos de Hunt[2]

Salud Pública y Asistencia Social en México (1943), y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Perú (1942).[15] También se construyeron nuevos hospitales públicos y los hospitales de caridad se transformaron en instituciones de mayores dimensiones y mejor dotadas, gracias a la disponibilidad de recursos públicos adicionales, que contrataron a trabajadores de la salud como empleados públicos.[23]

En la mayoría de los países de América Latina, esas décadas también fueron testigos de un crecimiento del empleo en la manufactura, las industrias extractivas, los servicios gubernamentales y las fuerzas armadas profesionalizadas. Bajo la influencia de la tradición europea de seguridad social, la mayoría de los países crearon instituciones de seguridad social para atender a los trabajadores de esos sectores. Esas instituciones por lo general ofrecían una combinación de pensiones por jubilación e incapacidad y beneficios de atención de la salud. Destacan dentro de estas últimas el Fondo de Retiro y Pensiones (*Caixas de Aposentadorias e Pensões*) de Brasil, creado en 1923; la Caja de Seguro Obligatorio de Chile, creada en 1924; la Caja Nacional del Seguro Obrero de Perú, creada en 1936; la Caja Costarricense del Seguro Social, creada en 1941; el Servicio Médico Nacional de Empleados de Chile, creado en 1942; el Instituto Mexicano del Seguro Social, creado en 1943, y, en Colombia, la Caja Nacional de Previsión, creada en 1945, y el Instituto Colombiano de los Seguros de Salud creado en 1946. [15] Esas instituciones se crearon en respuesta a la movilización de varios factores: la demanda sindical de atención de la salud en el marco de una plataforma de derechos laborales, el deseo de los empleadores de contar con una mano de obra saludable, la exigencia de agrupaciones políticas que perseguían objetivos partidarios o la intención de profesionales de la salud de enfrentar los retos de la salud pública.[24] En la mayoría de los países latinoamericanos, las instituciones de la seguridad social crearon redes hospitalarias para uso exclusivo de sus afiliados.

En muchos de esos países se fundaron agencias de seguridad social separadas para atender a los trabajadores de los diferentes

grupos sociales (p. ej., trabajadores manuales, trabajadores de oficina y empleados públicos) y de diferentes sectores (p. ej., trabajadores del petróleo, trabajadores ferroviarios, miembros de las fuerzas armadas y la policía). Los servicios de salud brindados por esas agencias por lo general iban dirigidos solo a los trabajadores (no a sus familias) y se centraron al inicio en la atención a las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo.[11] Los pobres de las áreas rurales y urbanas fueron casi uniformemente excluidos de las instalaciones de la seguridad social y solo podían satisfacer sus necesidades de salud mediante los servicios que ofrecían los ministerios de salud.[3]

Fase 3: incremento de las prestaciones de salud a la población pobre no asalariada y la consolidación simultánea de la segmentación del sistema de salud

Paradójicamente, la fase 3 incluyó una ampliación de los servicios de atención de salud dirigidos a los pobres y la simultánea implementación de políticas que profundizaron la segmentación entre los dos bloques del sector público: el sistema de la seguridad social, que brindaba atención de salud a los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias, y los ministerios de salud, que brindaban servicios a la población no asalariada, incluidos los pobres de las áreas urbana y rural.

La primera característica que definió esta fase fue la ampliación de la atención primaria de salud, lo que expresaba el espíritu de la Declaración de Alma Ata, emitida en 1978, y la adopción de la estrategia "Salud para todos en el 2000", estrategia lanzada en 1979 por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. [25,26] En la mayoría de los países, esta ampliación tuvo dos rasgos que le dieron un fuerte sesgo a favor de la población pobre. Primero, incluía un esfuerzo por llegar a las áreas rurales y periurbanas que contaban con pocos servicios, lo que en la época suponía cubrir a la mayoría de los pobres. Segundo, incluía también sumar servicios materno-infantiles y de planificación familiar a los programas destinados a combatir enfermedades transmisibles creadas durante la segunda fase. La cobertura de las áreas con pocos servicios se logró mediante una rápida ampliación de los puestos de salud y las clínicas, y la prestación de servicios con el empleo de nuevas tecnologías médicas de alto costo-efectividad, como las vacunas, la terapia de rehidratación oral y los métodos de planificación familiar. Esa ampliación de la atención primaria de salud se produjo, dependiendo del país, en las décadas de 1970, 1980 o 1990. Los rápidos aumentos de la esperanza de vida que se habían obtenido en la fase 2 continuaron durante la fase 3.

El segundo rasgo que definió al período fue la creación de un Estado de bienestar trunco.[27] En décadas previas, las firmas o industrias individuales decidían qué beneficios ofrecer a sus trabajadores y si esos beneficios se extendían o no a sus familias. Durante esta fase, esos beneficios se hicieron obligatorios y más homogéneos, gracias a una legislación destinada a crear un estado de bienestar. Los empleos de las firmas del sector formal tenían que incluir los beneficios que estipulaba la ley. La teoría era que todos los empleos debían ofrecerlos; en la prác-

El segundo rasgo que definió al período fue la creación de un Estado de bienestar trunco.[27] En décadas previas, las firmas o industrias individuales decidían qué beneficios ofrecer a sus trabajadores y si esos beneficios se extendían o no a sus familias. Durante esta fase, esos beneficios se hicieron obligatorios y más homogéneos, gracias a una legislación destinada a crear un estado de bienestar. Los empleos de las firmas del sector formal tenían que incluir los beneficios que estipulaba la ley. La teoría era que todos los empleos debían ofrecerlos; en la prác-

Panel 1: Esfuerzos pioneros en Chile y Cuba por superar la segregación social en la atención de la salud

En 1952 Chile dio un paso sin precedentes en América Latina integrando la mayoría de los servicios de salud fundamentales del gobierno en una única entidad, incluidas las instalaciones del sistema de la seguridad social para los trabajadores manuales (Caja de Seguro Obrero) y las del Ministerio de Salud para la atención a los pobres, y dando origen al Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta nueva entidad integró diferentes poblaciones y se inspiró en los intentos iniciales de crear servicios nacionales, emprendidos en 1939 por el entonces ministro de salud de Chile, Salvador Allende.[39] El SNS fortaleció el papel del gobierno como proveedor directo de servicios personales de salud e impulsó una gran inversión en la formación de los profesionales de la salud. Además, al exigir a los médicos que realizaran residencias en áreas rurales, el SNS fue capaz de llegar, hacia fines de la década de 1970, a la mayoría de la población con servicios básicos de salud.[23]

Tras este logro en la cobertura de salud, el sistema de salud chileno experimentó un importante retroceso. En 1973, Augusto Pinochet derrocó el gobierno socialista de Salvador Allende y estableció una dictadura. En 1979, el régimen de Pinochet introdujo reformas encaminadas a debilitar el vigoroso sector público de la salud y dar un mayor rol al sector privado. Esto incluyó la consolidación de las instituciones públicas mediante la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la descentralización de la prestación de servicios de salud en 26 entidades regionales y la ampliación del papel de los municipios en la gestión de los centros de salud públicos.[23,40]

Dos años más tarde, a los chilenos se les dio la opción de transferir la contribución que se deducía de sus salarios de FONASA a las recién creadas Instituciones de Seguridad Provisional (ISAPRES) para adquirir seguros privados de salud. Los gobiernos democráticamente electos, que volvieron al poder en la década de 1990, comenzaron a reconstruir el financiamiento público y ampliar la cobertura de atención de salud aumentando el apoyo financiero a FONASA y al SNSS, y mejorando el alcance y la calidad de los servicios públicos. También promulgaron normas más estrictas para regular a las ISAPRES. Un paso importante hacia el logro de la cobertura universal de salud fue el establecimiento en 2005 del Programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).[41]

En Cuba, las medidas encaminadas a reducir la segmentación y ampliar la cobertura de atención de salud también fueron adoptadas a mediados de siglo. En la década de 1950, el país tenía una de las cifras de esperanza de vida más altas del mundo. Además, la mortalidad infantil era la más baja de la región latinoamericana: 33,4 por cada 1000 nacidos vivos en 1958, muy por debajo de la de Argentina (61,1), Chile (126,8), Costa Rica (89,0) y México (80,8).[42]

La revolución cubana profundizó los logros del sistema de salud cubano pre-revolucionario que, como la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos, estaba segmentado por clases sociales.[43] Tras el triunfo de la revolución, el Ministerio de Salud Pública asumió el control de todos los recursos destinados a la salud y comenzó de inmediato un programa de nacionalización y regionalización de los servicios médicos. En 1970, los últimos hospitales y clínicas mutualistas pasaron a formar parte de una única red pública, lo que puso todas las instalaciones bajo el control del gobierno.[44] En un breve período de tiempo se obtuvieron grandes logros en las condiciones de salud, hasta el punto de que la experiencia cubana ha sido considerada durante varias décadas como uno de los mejores ejemplos de buena atención de salud a un bajo costo.

En Chile, ello profundizó la brecha entre una población con acceso a los beneficios de un Estado de bienestar y una población excluida de los mismos. Se produjeron dos cambios en la cobertura y el funcionamiento de las agencias de la seguridad social. Primero, la adición de las familias de los trabajadores al grupo de los beneficiarios de la seguridad social, y segundo, la fusión, en muchos países, de las instituciones de la seguridad social, lo que incluyó también una fusión de sus redes de atención de la salud. En algunos países, como Brasil en 1967 y Perú en 1973, las instituciones que cubrían a los empleados públicos se fusionaron con las que cubrían a los empleados de oficina y los trabajadores manuales del sector privado, lo que creó un amplio bloque del sector formal. En otros, las agencias de seguridad social de trabajadores manuales y de oficina del sector privado se integraron, pero permanecieron separadas las que atendían a los empleados públicos.

Esta tercera fase incluyó también los esfuerzos de descentralización de muchos de los ministerios de salud de la región, aunque no de las instituciones de la seguridad social. El proceso de descentralización en esta etapa del desarrollo de los sistemas de salud consistió básicamente en la transferencia de la responsabilidad por la prestación de servicios personales de salud a autoridades de salud provinciales, estatales o municipales.[28–30]

La década de 1980 estuvo signada por una severa inestabilidad macroeconómica y la crisis de la deuda, que afectó a la mayoría de los países de la región. Los gobiernos reaccionaron con la imposición de planes de austeridad, a menudo con el apoyo de las instituciones financieras internacionales. Esos planes de austeridad, a su vez, tuvieron un impacto en el diseño y la implementación de las políticas de salud. Los países con gobiernos autoritarios, sobre todo Chile bajo la dictadura militar, implementaron políticas de estabilización macroeconómica que redujeron severamente el gasto en salud del sector público.

Los gobiernos de varios países también introdujeron o ampliaron el pago directo por los usuarios de los servicios de salud, los medicamentos y otros insumos médicos, especialmente los brindados por hospitales. La lógica que inspiraba la amplia introducción de los pagos de los usuarios era la de movilizar recursos adicionales para las instalaciones públicas de atención de la salud.[31,32] Investigaciones llevadas a cabo en varias regiones en vías de desarrollo mostraron al cabo de un tiempo que los pagos directos de los usuarios constituyen un obstáculo importante para el uso de la atención de salud en comunidades pobres, disminuyen la adherencia a los tratamientos prolongados y son empobrecedores.[33–35]

En la mayor parte de América Latina (y también en el seno de las más importantes instituciones financieras internacionales) hubo resistencia a las propuestas de disminuir la inversión en salud. Un grupo de expertos internacionales que incluía a prominentes pensadores latinoamericanos, trabajó en conjunto para elaborar políticas más innovadoras. A medida que se evidenciaban las desventajas del pago directo por los usuarios, los países lo abandonaron paulatinamente y adoptaron opciones más efectivas para financiar la atención de salud, que caracterizaron las reformas de salud de la fase 4.

El debate que se produjo en torno a la estabilización macroeconómica y la salud generó un ambiente favorable al intercambio de ideas entre los responsables políticos de la región latinoamericana y los que se basan en el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco de Desarrollo Interamericano. También promovió una interacción rica e innovadora entre economistas y especialistas de la salud que condujo a una plétera de investigaciones y herramientas para medir el progreso en la salud y la atención de salud.[36] Uno de los productos iniciales de ese intercambio y del crecimiento de la economía de la salud fue el *Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993*. [37,38]

Fase 4: la búsqueda de la equidad Se caracteriza por la implementación de reformas diseñadas para igualar los beneficios de salud recibidos por grupos de la población y brindar una protección financiera que evite gastos catastróficos y empobrecedores.

Dos experiencias notables marcaron el inicio de esta fase: la creación del sistema nacional de salud en Chile a principios de la década de 1950 y la plena integración del sistema de salud cubano en la década de 1960 (Panel 1). Estas dos experiencias pioneras impulsaron los esfuerzos para alcanzar la integración y la equidad en muchas partes de la región. Las siguieron al cabo de un tiempo la fusión del sistema de seguridad social y el Ministerio de Salud de Costa Rica en 1973, la Creación del Sistema Único de Salud (*Sistema Único de Saúde*) de Brasil en 1988 y la creación de un sistema de seguro universal en Colombia en 1993 (Panel 2).

VÍAS ADOPTADAS POR LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS PARA SUPERAR LA SEGMENTACIÓN

En 2008, Mesa-Lago[56] documentó el estado de la atención de la salud y los sistemas de pensiones en América Latina. La Tabla 3 se basa en su trabajo (actualizado por los autores de esta revisión) y describe el tipo de sistema de salud imperante en 20 países de la región. Para cada país, la Tabla muestra si la seguridad social y los

Panel 2: Atención de salud en Brasil, Costa Rica, Colombia y México

Como parte del proceso de democratización experimentado por Brasil a fines de la década de 1980, una amplia movilización social, conocida como *Movimiento por la Salud Pública (Movimento Sanitarista)*, promovió la creación del *Sistema Único de Saúde (SUS)*. [45,46] La Constitución de 1988 formalizó la creación de un sistema público que reconoce la atención de salud como un derecho ciudadano; la obligación del Estado de brindar una atención integral, preventiva y curativa mediante entidades públicas descentralizadas o terceros, y la necesidad de promover la participación de la comunidad en todos los niveles de dirección, garantizada mediante la participación de sus representantes en todos los consejos de administración de la salud. La puesta en marcha del SUS incluía una amplia y ambiciosa reforma que transformó muchos aspectos del sistema de salud, incluidas la gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios y la participación social. En términos de financiamiento, la creación del SUS supuso la fusión de la seguridad social contributiva y el Ministerio de Salud.

Unos años más tarde, Costa Rica también lanzó una importante iniciativa de política encaminada a integrar la seguridad social y el Ministerio de Salud, y lograr la cobertura universal de salud. Mediante el Plan Nacional para la Reforma del Sector de la Salud, el Ministerio de Salud le transfirió sus unidades de ingreso y atención primaria a la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS); amplió y fortaleció sus Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) para llegar a las poblaciones pobres y vulnerables, y asumió la superintendencia del sistema nacional de salud. [47–50] La CCSS, que es financiada por las contribuciones de empleados, empleadores y el gobierno, es ahora la única entidad pública que brinda una atención de salud integral al alcance de toda la población. A pesar de que los proveedores privados también ofrecen sus servicios de atención a cambio de pagos de bolsillo, la protección financiera y la cobertura están bien desarrolladas en Costa Rica y los pagos directos sustanciales de los usuarios son escasos. [51]

En Colombia, la Constitución de 1991 estableció que la atención de salud era un derecho y responsabilizó al gobierno nacional por la prestación de servicios de salud con la participación de entidades públicas y privadas. Para llevar a la práctica ese mandato constitucional, en 1993 se aprobó la Ley que creaba un sistema de seguro de salud obligatorio con dos regímenes: el contributivo para los trabajadores del sector formal de la economía y los trabajadores por cuenta propia, y el subsidiado, para los pobres y los que carecieran de seguro de salud. [52,53] La cobertura de seguros de salud está a cargo de varios planes de salud conocidos con el nombre de Empresas Promotoras de Salud (EPS), que organizan la prestación de servicios de salud mediante diferentes vías, que incluyen contratos con entidades públicas y privadas que brindan atención de la salud. Los afiliados al régimen contributivo deben recibir un conjunto de servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Se suponía que los acogidos al régimen subsidiado recibirían los mismos beneficios, pero durante un período de transición solo tuvieron acceso a un plan reducido (POSS) que, aun así, incluía el tratamiento y la atención ambulatoria en caso de varias enfermedades costosas, como el VIH/Sida, la insuficiencia renal y el cáncer. Aunque este sistema de seguro obligatorio ha enfrentado numerosos problemas, ha ampliado la cobertura de servicios integrales en la atención de salud a más del 90% de la población. Una de las áreas donde la reforma no tuvo éxito fue en la eliminación de la brecha entre los dos regímenes. La legislación inicial preveía que esa brecha se eliminara en 2001. Sin embargo, como esa disposición no se cumplió en el tiempo previsto, el Tribunal Constitucional de Colombia ordenó en 2008 que se equipararan los beneficios de ambos regímenes, lo que finalmente se logró en 2012. [54]

En México también se implementó en 2004 una importante reforma encaminada a ampliar la cobertura de la población y los beneficios en salud con la creación del *Seguro Popular*. Este seguro establece derechos explícitos mediante un paquete de beneficios bien definido, efectivo y siempre en ampliación para los casi 50 millones de mexicanos que hasta entonces no tenían acceso a un seguro de salud público. [55]

Tabla 3: Tipo de sistema de salud y segmentación en América Latina

	Tipos de sistemas de salud (clasificados según sus fuentes de financiamiento)	Integración de la seguridad social y pública
Argentina	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
Bolivia	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
Brasil	Dual: público (tres niveles) y privado (fundamentalmente suplementario)	Integrado
Chile	Dual: público o seguro social y privado	Integrado
Colombia	Tripartito: público o seguro social subsidiado, seguro social contributivo y privado	Integración en vías de implementación
Costa Rica	Dual: seguro social y privado (pequeño), pública solo la dirección–regulación	Integrado
Cuba	Único: público (no existe privado)	Integrado
República Dominicana	Tripartito: público, seguro social y privado	Integración en vías de implementación
Ecuador	Tripartito: público, seguro social (incluidos los campesinos) y privado	Segmentado
El Salvador	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
Guatemala	Tripartito: público, seguro social y privado (incluidas ONG)	Segmentado
Haití	Dual: público y privado (tres tipos)	Segmentado
Honduras	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
México	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
Nicaragua	Tripartito: público, seguro social (a través de privados) y privado	Segmentado
Panamá	Tripartito: seguro social, público y privado	Segmentado
Paraguay	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
Perú	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado
Uruguay	Dual: público o seguro social y privado (pequeño)	Integrado
Venezuela	Tripartito: público, seguro social y privado	Segmentado

ONG: Organizaciones no gubernamentales. *Algunos datos han sido actualizados a partir de Mesa-Lago.[56]*

fondos públicos están segmentados o integrados. La Tabla 3 muestra que 13 países siguen teniendo sistemas segmentados.

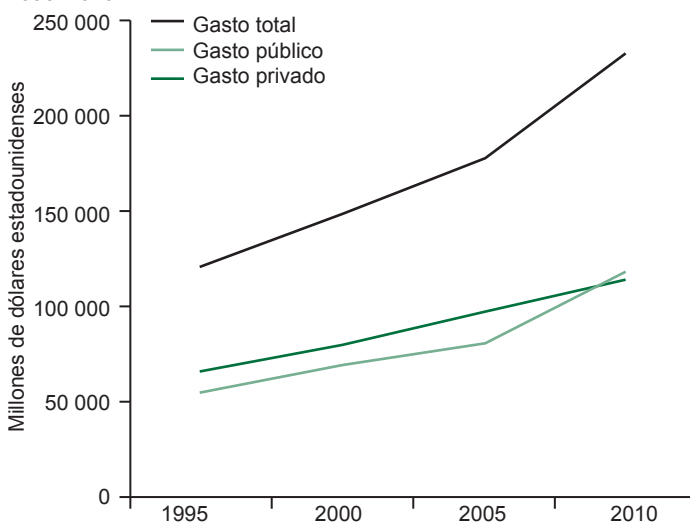
Varios factores contextuales han incidido sobre el empleo de políticas encaminadas a reducir la inequidad mediante la ampliación de la cobertura de la atención de la salud en los países latinoamericanos. Entre ellos destaca la transición epidemiológica, la transición democrática, las tasas relativamente altas de crecimiento económico y la propagación de valores relativos a la democracia y los derechos humanos.[57]

La proporción de la carga global de enfermedad atribuidas a enfermedades no transmisibles ha aumentado en las últimas décadas en todo el mundo, al tiempo que disminuye la carga atribuida a enfermedades transmisibles.[58] La presión de esta transición ha afectado el desempeño de los sistemas de salud en la región, exigiendo recursos financieros adicionales, transformaciones en los modos de atención imperantes, originalmente diseñados para hacer frente a infecciones comunes y eventos reproductivos, y el aumento de la cooperación intersectorial para atender los riesgos sociales y conductuales asociadas a las enfermedades no transmisibles.[9]

América Latina también ha sido testigo de una tendencia sin precedentes a la democratización que forma parte de lo que Huntington denomina “la tercera ola de la democracia”.[59] A inicios de la década de 1990, casi todos los países de América Latina que vivieron durante décadas bajo gobiernos militares o regímenes autoritarios dirigidos por civiles habían transitado hacia la democracia.[60]

Finalmente, las tasas de crecimiento económico de América Latina de las últimas dos décadas han tenido cierto efecto sobre la agenda en salud, al movilizar recursos adicionales para el desarrollo social, incluida la atención de la salud (Figura 2). La tasa promedio de crecimiento económico en el período 1990–

Figura 2: Gasto total, público y privado en salud América Latina 1995–2010



Datos de Cuentas Nacionales de Salud de la OMS[61]

2010 fue de 3,7% en Brasil, 5,1% en Chile, 3,5% en Colombia, 4,7% en Costa Rica y 2,8% en México.[62]

La ideología también ha incidido sobre las políticas encaminadas a reducir la desigualdad en la salud. Teniendo en cuenta el proceso de democratización de América Latina en las últimas décadas, no resulta sorprendente que los valores y principios que han guiado las políticas encaminadas a ampliar la cobertura en la región fueran los relacionados con los derechos sociales: universalidad, equidad y participación en Brasil; equidad, solidaridad y participación en Chile; universalidad y solidaridad en Colombia; universalidad, equidad y solidaridad en Costa Rica, y justicia, ciudadanía y solidaridad en México.[63–68]

Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica

Tabla 4: Caminos para la integración de los sistemas de salud en América Latina

	Primer camino (pagador público único)	Segundo camino (libertad para elegir del pagador)	Tercer camino	
			Hace explícitos los derechos de los ciudadanos a servicios esenciales específicos	Incluye la cobertura de enfermedades graves
Argentina	No	Sí, en el marco de Obras Sociales y con limitaciones	Sí	Sí
Bolivia	No	Sí, en el marco del seguro social	Sí	No
Brasil	Sí	No	Sí	Sí
Chile	Sí	Sí (ingreso mínimo exigido)	Sí	Sí
Colombia	No	Sí, pero por separado para los del sistema contributivo y (en un nivel inferior) para los del sistema subsidiado	Sí	Sí
Costa Rica	Sí	No	No	Sí
Cuba	Sí	No	No	Sí
República Dominicana	No	En implementación	Sí	Parcial
Ecuador	No	No	Sí	No
El Salvador	No	No	No	No
Guatemala	No	No	Sí	No
Honduras	No	No	No	No
México	No	No	Sí	Sí
Nicaragua	No	Sí, en seguro social	Sí	No
Panamá	No	No	Sí	Parcial
Paraguay	No	No	Sí	No
Perú	No	Sí, pero limitado a los beneficiarios del seguro social y con restricciones	Sí	En implementación
Uruguay	No	Sí, con limitaciones temporales para algunas familias de bajos ingresos	Sí	Sí
Venezuela	No	No	No	No

Datos de Mesa-Lago[56]

Este contexto brindó una oportunidad para superar la segregación social en la atención de salud. Los intentos de reducir la inequidad en la atención de salud en los países latinoamericanos han seguido tres caminos diferentes, el primero de los cuales se adoptó sobre todo antes de 1990, el segundo sobre todo en la década de 1990 y el tercero después del 2000. La Tabla 4 muestra los caminos adoptados por 19 países latinoamericanos.

El primer camino consistió en la unificación de los fondos utilizados para financiar los servicios de la seguridad social y del Ministerio de Salud con el fin de crear un único pagador público. En el marco de este camino, dos países (Cuba y Costa Rica) mantuvieron la integración de las funciones de financiamiento y prestación en la misma institución, mientras que otros dos (Brasil y Chile) separaron las funciones de financiamiento y prestación de servicios. Otros países también hicieron intentos de unificar su seguridad social y sus instituciones públicas, pero enfrentaron dificultades de orden político. Las autoridades de salud mexicanas consideraron esa opción en la década de 1980, y de nuevo a finales del siglo, antes del diseño y la implementación del Seguro Popular, pero se les opusieron fuertes intereses creados.[69] Intentos similares se llevaron a cabo en Perú, Ecuador y República Dominicana, pero no tuvieron éxito debido a la oposición política.

El segundo camino fue adoptado por algunos países sobre todo durante la década de 1990 y consistía en establecer la libre elección

de la entidad aseguradora. En algunos países, los organismos de financiamiento aseguran y pagan, y en otros solamente les pagan a las instituciones que proporcionan la atención de salud. Este tipo de reforma se implementó en siete países (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Nicaragua, Perú y Uruguay) (Tabla 4). Aunque superar la segmentación era a menudo un objetivo explícito de esas reformas, en la práctica estas iniciativas adoptaron un diseño que le garantizaba esta opción sobre todo a los grupos de altos ingresos. En Argentina, Bolivia, Chile, Nicaragua y Perú, la libre elección de asegurador, hasta donde existe, se limita a los asegurados por la seguridad social. En Colombia, tras la ley aprobada en 1993, a los pobres se les dio también la oportunidad de escoger un asegurador, pero la opción se limitaba a un nicho que ofrecía un paquete con menores beneficios y que incluía la necesidad de utilizar parcialmente los hospitales públicos, hasta que el tribunal constitucional ordenó en el 2008 que se equipararan los paquetes de beneficios.[70] En los últimos años, solo Uruguay ha intentado seguir este camino hacia la integración; continúa en un período de transición durante el cual algunas familias de bajos ingresos enfrentan limitaciones en su posibilidad de escoger un proveedor o un asegurador.[71]

El tercer camino fue seguido después del 2000 y consistió en la ampliación de los servicios de atención de salud disponibles para los pobres y la población no asalariada, así como en la explicitación de los beneficios de atención de salud a los que tienen derecho todos los ciudadanos. La Tabla 4 muestra que 14

países latinoamericanos han adoptado este camino. 11 de esos 14 países han creado una agencia especial (a la que a menudo se denomina asegurador o pagador público) para canalizar los fondos destinados a financiar una lista de servicios esenciales. En siete de esos países se ha creado, además, un fondo especial para pagar el tratamiento de enfermedades graves o de alto costo.

Varios países siguen más de uno de estos tres caminos hacia la superación de la segregación. Siete países han combinado el segundo y tercer camino (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Nicaragua, Perú y Uruguay). Chile utiliza elementos de los tres caminos, ya que cuenta con un pagador público, brinda la posibilidad de elegir al asegurador y ha instituido la obligación legal de brindar los servicios esenciales a todos los ciudadanos.

Los tres caminos tienen aciertos y deficiencias. El primero (un único pagador público) es alabado por algunos especialistas como el camino más eficaz para garantizar el derecho a la atención de salud a todos los ciudadanos mediante la prestación de una cobertura universal de salud y la eliminación de una atención de salud de segunda clase.[72] Los críticos de este camino, sin embargo, señalan que a pesar que las diferencias de calidad en el sector público son eliminadas, se mantienen o crecen las existentes entre las comunidades urbanas y rurales, las áreas ricas y pobres, y los sectores público y privado (y en el caso de Cuba, mediante la prestación de servicios especiales a las personas muy importantes).[73] Los críticos de esta vía plantean también que crea poderes monopólicos que pueden conducir a la ineficiencia, un incremento explosivo de los costos y una pobre respuesta a las expectativas de los usuarios.[4]

El segundo camino ha sido criticado por centrarse en la ampliación de las opciones de las personas de mayores recursos, al tiempo que les brinda pocos beneficios a las familias de bajos ingresos.[74] Además, a menudo ha sido difícil regular con efectividad el mercado de seguros, lo que ha llevado a la aparición de problemas de selección de riesgos, que tienden a implicar que los casos más costosos y la atención de las personas mayores terminan siendo responsabilidad del gobierno. Varios países han realizado esfuerzos sustanciales para fortalecer la capacidad de sus reguladores, pero la regulación de los mercados de seguros sigue siendo un reto importante en todos los países de la región.

El tercer camino ha permitido ampliar los beneficios y mejorar la calidad de los servicios que se les brindan a los pobres, pero ha sido criticado por dos razones. La primera crítica es que la creación de un asegurador público, separado de la seguridad social, refuerza la segmentación y la segregación.[75] La segunda tiene que ver con la sostenibilidad y afirma que la equiparación de los beneficios que se brindan a los pobres y al sector formal distorsiona los incentivos, porque los trabajadores pierden la motivación para integrarse al sector formal (donde tienen una productividad mayor y contribuyen al financiamiento de la atención de salud).[76] Sin embargo, sobre la base de la perspectiva histórica empleada en este artículo, se sugiere que en estas críticas se pierda el punto central, y es que estas reformas son imperfectas y deben entenderse como parte de una estrategia dinámica. Consisten en esfuerzos encaminados a elevar los beneficios y la calidad de la atención de salud que se brinda a los pobres y los miembros del sector informal hasta hacerlos similares a los de las instituciones de la seguridad social. Una

vez que se reduzcan las brechas en los beneficios y la calidad, se harán posibles reformas ulteriores que resultan políticamente difíciles en este momento. La historia global mundial muestra que muchos países han realizado una transición similar para integrar posteriormente a sus poblaciones. En las últimas décadas, Turquía, Corea y Taiwán han seguido este camino.[77–79]

CONCLUSIONES

¿Está avanzando América Latina hacia la cobertura universal y la equidad en salud? Siguen existiendo dos puntos de vista opuestos sobre el asunto. Uno enfatiza el enorme progreso en las condiciones de salud y la contribución de la inversión en la salud al desarrollo económico; el otro, el sentimiento persistente de injusticia asociado a la segregación social que todavía caracteriza a la mayoría de los sistemas de salud de la región. Un grupo de analistas e historiadores subraya los importantes avances en los resultados de salud.[80] La expectativa de vida en América Latina casi se triplicó en el siglo XX y se acerca ahora a la de los países de altos ingresos. La mortalidad infantil y la fecundidad han decrecido sustancialmente, incluso en los países más pobres. Buena parte de este progreso se logró durante las décadas en que los países de la región emprendieron ambiciosas intervenciones para controlar las enfermedades infecciosas, ampliar los servicios de agua y saneamiento, y proporcionarles a las madres mejores servicios reproductivos y una mayor educación. Otros, por el contrario, subrayan las diferencias en la atención y la protección financiera que reciben los diversos grupos de la población en instituciones públicas de atención de salud separadas, y el insuficiente acceso de una gran parte de la población a los servicios de mayor calidad que ofrece la seguridad social.[81] Esta segregación se torna cada vez más inaceptable a medida que se amplían las expectativas de los ciudadanos relacionadas con el crecimiento económico, la consolidación de la democracia y la idea de que la atención de salud constituye un derecho social.

La evaluación de los progresos (o de la ausencia de ellos) también depende del rango de tiempo que se utilice para el análisis. Nuestro enfoque histórico muestra que los sistemas de salud cambian sustancialmente y que los países de América Latina han convergido periódicamente en soluciones políticas similares, alcanzando lo que podríamos llamar un consenso latinoamericano en muchas áreas. No obstante, la convergencia de las políticas y el cambio exigen tiempo, y solo se evidencian cuando se emplea una visión a largo plazo en el análisis.

De este artículo podemos extraer las siguientes conclusiones básicas, asociadas con un conjunto de lecciones globales que se presentan en el Panel 3.

La segmentación de los sistemas de salud en América Latina creció por la falta de equidad imperante en la región y se ha convertido en fuente de nuevas formas de inequidad. La segmentación de los sistemas de salud contribuyó al proceso de segregación social, al separar a una población que se benefició de lo que fue un estado de bienestar trunco de una población excluida de sus beneficios. Esta segmentación se ha convertido en un obstáculo para el logro de una mayor equidad en el contexto de esfuerzos gubernamentales explícitos para combatir la pobreza y reducir la desigualdad.

Nuestro enfoque histórico reveló una aparente paradoja: algunas de las décadas de mayor incremento de la esperanza de vida del

Panel 3: Lecciones globales de los esfuerzos latinoamericanos por superar la segmentación de los sistemas de salud

Dejados a su propia inercia, los sistemas de salud en sociedades desiguales tienden a desarrollarse de modo segmentado, lo que conduce a nuevas formas de desigualdad y segregación social. Los países que se encuentran en un estadio temprano del desarrollo deben evitar la creación de sistemas de salud segmentados.

El derecho a la salud trasciende la idea del derecho a un paquete de servicios básicos. Aunque los analistas siguen empleando los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la búsqueda de una cobertura universal de salud, los países en vías de desarrollo deben ir más allá de esos indicadores e incorporar indicadores de resultados relativos a las enfermedades no transmisibles, la protección financiera y la satisfacción de los usuarios. Los países verán que se conceda cada vez mayor importancia a la equidad al evaluar los éxitos de sus respectivos sistemas de salud.

Los valores son importantes. El fortalecimiento de la democracia, unido al rápido crecimiento económico, contribuye al establecimiento del derecho a la salud y ello, a su vez, se convierte en un catalizador de la reforma de salud.

La difusión de las políticas constituye un poderoso catalizador para el cambio. Las instituciones que apoyan la difusión de las políticas brindan un bien público (o un mal público). Es importante destacar que el aprendizaje que tenga lugar entre los países esté basado en evidencias rigurosas. Los países en vías de desarrollo deben crear mejores canales de aprendizaje dentro y entre las regiones, utilizar los mecanismos de difusión que tiene un gobierno transparente y basar sus recomendaciones sobre evidencias rigurosas.

Las fronteras del Ministerio de Salud cambian constantemente, pero nunca encierran todos los elementos necesarios para lograr resultados de salud y protección social. La cooperación intersectorial para enfrentar los riesgos de salud y los determinantes sociales de la salud deben entenderse como parte de los esfuerzos para lograr la atención universal de salud.

El camino que conduce hacia la atención universal de salud requiere aprendizajes y adaptaciones constantes. La rica experiencia que ha tenido lugar en América Latina no ha producido un consenso en torno a cuál es el mejor modelo. Los países latinoamericanos han descubierto la necesidad de mejorar constantemente sus modelos. A menudo, las mejoras que se incorporan en un país se originan en las lecciones aprendidas de países que han adoptado un camino diferente.

conjunto de la población fueron también los años en que más se afianzó la segmentación de los sistemas de salud. En América Latina siguen existiendo muchos desacuerdos sobre los instrumentos y las instituciones creadas durante ese período. Buena parte de esos desacuerdos tiene que ver con el instrumento de medición con que se evalúa el desarrollo; algunos analistas enfatizan los resultados de salud, mientras que otros subrayan la inequidad y la insuficiente protección social en salud.

El cambio de valores ha sido un catalizador de los cambios a lo largo de la historia. La evolución de los sistemas de atención de salud en América Latina ha estado asociada a cambios en los valores y las lógicas de la inversión en salud. La razón fundamental para invertir en la salud pública evolucionó desde la mitigación de los riesgos para el comercio, a la apertura de nuevos territorios económicos y después a la rentabilidad social de las inversiones en capital humano. Un conjunto diferente de valores respaldó la evolución de la atención personal de salud, que inicialmente se concebía como un objeto de la caridad, se transformó en un beneficio laboral para los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias, y finalmente alcanzó el estatus de derecho social.


América Latina ha sido testigo de varias oleadas de difusión de políticas, durante las cuales los países han aprendido unos de otros y han introducido innovaciones institucionales aprovechando la experiencia de sus vecinos. Este proceso de difusión de políticas fue perjudicado o favorecido por organizaciones multilaterales, bancos de desarrollo, agencias donantes, centros académicos e instituciones filantrópicas, y ha tenido resultados dispares que han dependido de la idea política que se difundía, la agencia que respaldaba la política y la capacidad de negociación del país receptor.

Los límites de lo que se ha considerado sector de la salud han cambiado con el tiempo, y también lo ha hecho la naturaleza de las acciones intersectoriales. Los departamentos de salud pública a menudo se establecieron por primera vez como parte de las instituciones encargadas de aplicar la ley. Avanzado el siglo XX, se transformaron en ministerios independientes encargados de las intervenciones de salud pública, que a menudo incluían el abastecimiento de agua y el saneamiento. En una fase posterior, a esos ministerios se les adicionó la responsabilidad de la asistencia social, pero ésta no incluía la prestación de servicios personales de salud para los trabajadores de la economía formal, responsabilidad que se le asignó a agencias de seguridad social usualmente vinculadas al Ministerio del Trabajo. Más adelante en el mismo periodo, los ministerios de salud pública incorporaron a sus responsabilidades la atención a la madre y al niño. Fue solo entonces que los ministerios adoptaron el nombre de Ministerio de Salud. A la vez, la descentralización y el creciente rol del gobierno global y de las entidades encargadas del manejo ambiental y del saneamiento a menudo redujeron el papel del Ministerio de Salud al manejo de las intervenciones de salud pública, lo que aumentó la necesidad de establecer una colaboración intersectorial para el logro de resultados en salud.

Los países latinoamericanos están convergiendo en su deseo de superar la segregación en la atención de salud, pero no en el mejor camino para hacerlo. Han adoptado tres caminos diferentes para alcanzar ese objetivo. El camino de un pagador único, que consiste en la unificación de los fondos del sector público en una sola institución con la intención de proporcionarle los mismos servicios a toda la población; el camino de la elección del asegurador, que les permite a las familias optar entre varios aseguradores o agentes de financiamiento, en un intento por eliminar la segregación de la población ampliando las opciones, y el camino de explicitar los beneficios, que intenta equiparar los beneficios y la protección social que se les brinda a los grupos de la población cubiertos por las distintas instituciones del sector público mediante el establecimiento de beneficios explícitos

de atención de salud para la población excluida de la seguridad social. No existe un consenso acerca de la superioridad de cualquiera de estos caminos. No obstante, existe un creciente consenso de que cada uno de ellos tiene méritos y que ningún país ha llegado al final del camino. De hecho, los países que siguen cada uno de estos tres caminos están incorporando instrumentos y políticas elaborados por países que han adoptado otros caminos, y todos reconocen que las aspiraciones implícitas en la cobertura universal de salud supondrán ajustes constantes a sus modelos.

RECONOCIMIENTOS

Agradecemos a la comisión y a la fundación la convocatoria a varias reuniones de los autores, y a los participantes en ellas sus sugerencias, que nos resultaron sumamente útiles. El patrocinador no tuvo ninguna participación en el diseño del estudio, la búsqueda en bases de datos, los análisis, la interpretación o la redacción del informe. DC tuvo la responsabilidad final en la decisión de someterlo para su publicación. Esta revisión es obra personal de DC y no expresa las opiniones del Banco Mundial. 

REFERENCIAS

1. Backman G, Hunt P, Khosla R, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; 372: 2047–85. Inglés.
2. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997; 41: 1–36. Inglés.
3. Frenk J. La salud en transición. *Nexos* 1988; XXII: 25–30. 4.
4. Roemer MI. Medical care and social class in Latin America. *Milbank Mem Fund Q* 1964; 42: 54–64. Inglés.
5. OXFAM. Universal health coverage. Why health insurance schemes are leaving the poor behind. Disponible en: <http://go.oxfam.ca/docs/universalhealth-coverage-2013-10.pdf> (citado 19 de noviembre, 2013). Inglés.
6. Adams O, Shengeila B, Stilwell B, et al. Provision of personal and non-personal health services. Proposal for monitoring. Ginebra: WHO, 2002. Inglés.
7. 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 octubre 16. 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.
8. CEPAL. La transición demográfica en América Latina. Disponible en: www.eclac.cl/celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html (citado 7 de noviembre, 2013).
9. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López-Cervantes M. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy Plan* 1989; 4: 29–39. Inglés.
10. Garretón MA. Revisando las transiciones democráticas en América Latina. *Nueva Sociedad* 1997; 148: 20–29.
11. Roemer MI. Medical care in integrated health programmes of Latin America. *Med Care* 1963; 1: 182–90. Inglés.
12. Terris M. The changing relationships of epidemiology and society: the Robert Cruikshank lecture. *J Public Health Policy* 1985; 6: 15–36. Inglés.
13. Howard-Jones N. The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851–1938. Ginebra: World Health Organization, 1975. Inglés.
14. Brown ER. Public health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad. *Am J Public Health* 1976; 66: 897–903. Inglés.
15. Márquez PV, Joly DJ. A historical overview of the ministries of public health and the medical programs of the social security systems in Latin America. *J Public Health Policy* 1986; 7: 378–94. Inglés.
16. Howard-Jones N. The Pan American Health Organization: origins and evolution. Ginebra: World Health Organization, 1981. Inglés.
17. Cueto M. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2004. Inglés.
18. Muriel J. Hospitales de la Nueva España. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.
19. Gambone L. El movimiento libertario en Chile desde 1840 hasta hoy. Disponible en: http://www.archivochile.com/Historia_de_Chile/ante_1950/HCHante19500012.pdf (citado 13 de noviembre, 2013).
20. UNICEF. The 1950s: era of the mass disease campaign. Disponible en: <http://unicef.org/sowc96/1950s.htm> (citado 5 de noviembre, 2013). Inglés.
21. Hunt S. América Latina en el siglo XX. ¿Se estrecharon las brechas o se ampliaron más? In: González de Olarte E, Iguíñiz-Echeverría JM, eds. Desarrollo económico y bienestar: homenaje a Máximo Vega-Centeno. Perú: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 2009: 23–55.
22. Terris M. The three world systems of medical care: trends and prospects. *Am J Public Health* 1978; 68: 1125–31. Inglés.
23. Savedoff WD, Smith AL. Achieving universal health coverage. Learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden. Maine: Results for Development Institute, 2011. Inglés.
24. Molina-Bustos C. Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile. *Polis* 2004; 9: 1–35.
25. Declaration A–A. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponible en: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (citado 5 de noviembre, 2013). Inglés.
26. UN Documents. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Disponible en: <http://www.un-documents.net/a36r43.htm> (citado 5 de noviembre, 2013). Inglés.
27. De Ferranti D, Perry DG, Ferreira FHG, Walton M. Inequality in Latin America: Breaking with history? Washington, DC: The World Bank, 2004. Inglés.
28. González-Block M, Leyva R, Zapata O, Loewe R, Alagón J. Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation, and results of policy. *Health Policy Plan* 1989; 4: 301–15. Inglés.
29. Bossert T, Larrañaga O, Ruiz-Meir F. Decentralization of health systems in Latin America. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8: 84–92. Inglés.
30. Bossert TJ, Larrañaga O, Giedion U, Arbeláez JJ, Bowser DM. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Organ* 2003; 81: 95–100. Inglés.
31. De Ferranti D. Paying for health services in developing countries. An overview. Washington, DC: The World Bank, 1985. Inglés.
32. World Bank. Financing health services in developing countries. An agenda for reform. Washington, DC: The World Bank, 1987. Inglés.
33. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing—how much do we know? *Lancet* 2004; 364: 1365–70. Inglés.
34. Save the Children. An unnecessary evil? User fees for health care in low-income countries. London: Save the Children, 2005. Inglés.
35. James CD, Hanson K, McPake B, et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy* 2006; 5: 137–53. Inglés.
36. Frenk J, Knaut FM, Gómez-Dantés O. Closing the relevance—excellence gap in health research: the use of evidence in Mexican health reform. In: Global Forum Update on Research for Health. London: Pro-Book Publishing, 2004: 48–53. Inglés.
37. World Bank. World Development Report 1993. Investing in health. Washington, DC: World Bank, 1993. Inglés.
38. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global Health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382: 1898–955. Inglés.
39. De la Jara JJ, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy* 1995; 32: 155–66. Inglés.
40. Manuel A. The Chilean health system: 20 years of reforms. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 60–68. Inglés.
41. Bitrán R. Explicit health guarantees for Chileans: the AUGE benefits package. Washington, DC: The World Bank, 2013. Inglés.
42. Camposeco VM. La Habana antes de Fidel. *Letras Libres* 2011; 13: 14–20.
43. Roemer MI. Perspectiva mundial de los sistemas de salud. Ciudad de México: Siglo Veintiuno Editores, 1980: 135–37.
44. Farag E. Cuban health care. An analysis of a community-based model. Disponible en: http://ambassadors.net/archives/issue8/cuba_select.htm (citado 11 de noviembre, 2013). Inglés.
45. Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Cien Saude Colet* 2009; 14: 743–52. Inglés.
46. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1778–97. Inglés.
47. Rodríguez-Herrera A. La reforma de salud en Costa Rica. Santiago: CEPAL, 2005.
48. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. *Am J Public Health* 2008; 98: 636–43. Inglés.
49. Sáenz MR, Bermúdez JL, Acosta M. Universal health coverage in a middle-income country: Costa Rica. Ginebra: World Health Organization, 2010. Inglés.
50. Montenegro-Torres F. Costa Rica case study: primary health care achievements and challenges within the framework of the Social Health Insurance. Washington, DC: The World Bank, 2013. Inglés.

51. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. Household catastrophic health expenditures. A comparative analysis of 12 Latin American and Caribbean countries. In: Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, eds. *Financing health in Latin America. Household spending and impoverishment*. Disponible en: <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1190487.files/financinghealthvol1.pdf> (citado 13 de enero, 2014). Inglés.
52. Montenegro-Torres F, Bernal-Acevedo O. Colombia case study: the subsidized regime of Colombia's National Health Insurance System. Washington, DC: The World Bank, 2013. Inglés.
53. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Mex* 2011; 53 (suppl 2): S144–55.
54. Guerrero R. Financing universal enrollment to social health insurance: lessons learned from Colombia. *Well-being Soc Pol* 2008; 4: 75–98. Inglés.
55. 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.
56. Mesa-Lago C. Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, 2008. Inglés.
57. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2014; publicado en línea octubre 16. 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.
58. IHME. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013. Inglés.
59. Huntington SP. Democracy's third wave. *J Democracy* 1991; 2: 12–34. Inglés.
60. Mainwaring S. The consolidation of democracy in Latin America. A rapporteur's report. Disponible en: <http://kellogg.nd.edu/publications/workingpapers/WPS/073.pdf> (citado 13 de junio, 2013). Inglés.
61. WHO. Global Health Expenditure Database. Disponible en: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en> (citado 23 de septiembre, 2014). Inglés.
62. The World Bank. Data. GDP growth (annual %). Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (citado 25 de junio, 2013). Inglés.
63. Constitution of the Federative Republic of Brazil 1988. Disponible en: <http://www.brazilyellowpages.com/constitution.html> (citado 19 de noviembre, 2013). Inglés.
64. Biblioteca del Congreso Nacional. Historia de la Ley 19.966 que establece un régimen de garantías de salud. Disponible en: http://www.leychile.cl/Consulta/portada_hi?tipo_noram=XX1&nro_ley=19966 (citado 20 de noviembre, 2013).
65. Sandoval-Orellana H. Mejor salud para los chilenos. Fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuad Med Soc* 2004; 43: 5–20.
66. Salas A. CCSS presente y futuro. Disponible en: http://www.cendeisss.sa.cr/seguridadsocial/index_archivos/presente.pdf (citado 20 de noviembre, 2013).
67. Martínez J. La seguridad social en Costa Rica: percepciones y experiencias de quienes menos tienen y más la necesitan. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2006.
68. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001–2006. La democratización de la salud en México. Hacia un Sistema universal de salud. México City: Secretaría de Salud, 2001.
69. Lakin JM. The end of insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001–2007. *J Health Polit Policy Law* 2010; 35: 313–52. Inglés.
70. Ministerio de Salud de Colombia. La reforma a la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados. Bogotá: Ministerio de Salud, 1994.
71. Aran D. Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública Mex* 2013; 53 (suppl 2): S265–74.
72. Heredia N, Cristina Laurell AC, Feo O, et al. The right to health: what model for Latin America? *Lancet* 2014; publicado en línea octubre 16. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8). Inglés.
73. Feinsilver JM. Healing the masses. Cuban health politics at home and abroad. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1993. Inglés.
74. Hombres N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71: 83–96. Inglés.
75. Laurell AC. Health system reform in Mexico: a critical review. *Int J Health Serv* 2007; 37: 515–35. Inglés.
76. Levy S. Good intentions, bad outcomes. Social policies, informality and economic growth in Mexico. Washington, DC: Brookings Institution Press, 2010. Inglés.
77. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan* 2009; 24: 63–71. Inglés.
78. Lu JF, Hsiao WC. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 77–88. Inglés.
79. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet* 2013; 382: 65–99. Inglés.
80. Deaton A. The great escape. Health, wealth and the origins of inequality. Princeton: Princeton University Press, 2013. Inglés.
81. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv* 2001; 31: 729–68. Inglés.

LOS AUTORES

Daniel Cotlear DPhil (autor para correspondencia: dcotlear@worldbank.org), Banco Mundial, Unidad de Salud, Nutrición y Población Washington, DC, Estados Unidos.

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

Felicia Knaul PhD, Harvard Global Equity Initiative, Boston, Estados Unidos.

Rifat Atun FRCP, Escuela de Salud Pública, Universidad Harvard, Boston, MA, USA.

Ivana C. H. C. Barreto PhD, Harvard University, Boston, Estados Unidos; Universidad de Federal do Ceará y Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

Oscar Centrángolo MPhil, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Marcos Cueto PhD, Fiocruz, Manguinhos, Río de Janeiro, Brasil.

Pedro Francke MSc, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

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

Ramiro Guerrero MSc, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia.

Rafael Lozano MD, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México e Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, Estados Unidos.

Robert Marten MPH, Rockefeller Foundation, Nueva York, NY, Estados Unidos.

Rocio Sáenz MD, Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.

Traducción aprobada por los autores: 29 de diciembre, 2014

*Declaraciones: OC fue subsecretario de Finanzas encargado de las Relaciones Intergubernamentales de Argentina en 1999–2001. PFRa fue Presidente del Fondo de Inversión Social de Perú. RG fue viceministro para la Protección Social de Colombia en 2004–07. RS fue Ministra de Salud de Costa Rica en 2002–06. Esta Reseña forma parte de una serie financiada por la Fundación Rockefeller mediante una subvención a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. DC, OGD, FK, RA, ICHCB, MC, PFre, RI y RM declaran que no existen conflictos de intereses. Citación sugerida: Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto ICHC, Centrángolo O, et al. La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina. *MEDICC Rev*. 2015;17 Suppl:S40–52. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-cotlear.php>*