



Entreciencias: diálogos en la Sociedad
del Conocimiento

E-ISSN: 2007-8064

entreciencias@enes.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de
México
México

Lechuga Montenegro, Jesús; Vieyra Romero, Waldo Ivan
Las reformas de salud en América Latina
Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, vol. 2, núm. 4, agosto, 2014,
pp. 151-162
Universidad Nacional Autónoma de México
León, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457645126003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Las reformas de salud en América Latina

Health reforms in Latin America

Recibido: 30 de julio de 2013; aceptado: 18 de febrero de 2014

Jesús Lechuga Montenegro^{1*}, Waldo Ivan Vieyra Romero^{2}**

^{*}Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, ^{**}Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen

Las nuevas políticas de salud enfrentan no sólo los problemas ancestrales de inequidad, ineficiencia y cobertura; sino que ahora se enmarcan en un paradigma con dos nuevos componentes estructurales: transición demográfica y epidemiológica. Y en un contexto de mayor participación del sector privado en la provisión de servicios sanitarios. Los indicadores utilizados permiten concluir que la deuda en salud sigue siendo un gran pasivo que expone la ineficiencia de las políticas sanitarias aplicadas. Resultando en una mayor segmentación del sistema de salud en los tres niveles de atención: público, privado y social.

Palabras clave: transición demográfica, transición epidemiológica, reformas de salud, sistemas de salud, nuevo paradigma de salud.

Abstract

The new health policies face not only the age-old problems of inequity, inefficiency and coverage, furthermore they are part of a new paradigm with two structural components: demographic and epidemiological transition. In a context of major private sector participation in the provision of health services. The indicators allow to conclude that debt on health care remains a major liability which exposes the operational inefficiency of the health policies implemented, resulting in a greater segmentation of the health system in the three schemes of health care: public, private and social.

Keywords: demographic transition, epidemiological transition, health reform, health systems, new paradigm on health care.

INTRODUCCIÓN

A inicios de los años noventa, en el diseño de las políticas para reformar los programas de salud, se mencionaban problemas que podemos calificar de “estructurales”, como la falta de cobertura e inequidad de los servicios sanitarios provistos, y la ineficiencia en el uso de los recursos para tal fin. Sin haber resuelto esta problemática, hoy día se agregan nuevos factores que han devenido estructurales también, como la transición demográfica y la epidemiológica. En un contexto de globalización, el aumento sin precedentes de la asistencia para el desarrollo en salud no es menos que el reflejo de la creciente importancia que ha adquirido la salud

en el mundo. Sin embargo, como se verá, **y es el objeto del presente análisis**, la recuperación de los planteamientos originales y su comparación con los actuales deja serias dudas respecto a la eficiencia gubernamental en este ámbito. Pues si bien puede constatar el éxito en ciertos aspectos, la provisión de salud como bien público en lo general sigue siendo un gran pendiente en América Latina.

Para los propósitos de este trabajo se seleccionaron cinco países de acuerdo a los siguientes criterios: Argentina, Brasil y México como las economías más grandes de la región; Colombia por su situación política interna

¹ Departamento de Economía. Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco. jlmo@correo.azc.uam.mx

² Maestro en Economía de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública. wvieyra@insp.mx

en el momento de las reformas, y Venezuela, por haber iniciado reformas que el propio gobierno presenta como revolucionarias.

LAS POLÍTICAS GENERALES

Antecedentes

Las reformas de salud realizadas en América Latina en los años noventa son el seguimiento de las políticas de ajuste neoliberales encaminadas al fortalecimiento del mercado dentro del sector y a orientar la intervención del Estado a funciones de ente regulador; dichas políticas asumían que la reforma era necesaria porque los sistemas de salud eran a su vez, en general, inequitativos e ineficientes. Por esta razón se declararon como objetivos generales elevar el nivel de atención a la población, aumentar la cobertura, equidad y efectividad en la atención médica, así como mejorar la calidad y eficiencia de los sistemas y servicios en este campo.

Los argumentos de orden económico para promover las reformas hablaban de la necesidad del equilibrio financiero ante el aumento de costos de los servicios sanitarios, Mesa-Lago (2005) menciona con claridad como fines, entre otros, “la desmonopolización del subsector público y del seguro social y su sustitución, al menos parcial, por el subsector privado en la provisión y financiamiento, así como la separación de estas funciones de las de regulación y supervisión que quedan a cargo del Estado; [así como] el desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compiten entre sí”.

También, en la literatura de referencia se mencionan sistemas segmentados o no estructurados que llevaron a las primeras reformas de los programas de salud, se reconoce la segmentación en el sentido de multiplicidad de proveedores de la oferta sanitaria, sin coordinación entre ellos propiciando duplicidades y con ello aumento de costos (Frenk y Londoño, 1997). Por ejemplo, desde 1993 en Colombia se reformó el sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) y entre la problemática detectada se hablaba de la inequidad e ineficiencia del sistema por su fragmentación con más de mil entidades con diferentes esquemas y beneficio (López, 1997).

Los sistemas de salud integrados son definidos como aquellos en los que aun cuando hay fragmentación, la coordinación institucional y administrativa evita la du-

plicidad, disminuye costos y favorece la igualdad en la provisión de servicios estructurada por las múltiples instituciones (Cezar, 2006).

Aunque se reconoce la participación indelegable del Estado en los cambios propuestos para alcanzar los objetivos de cobertura, equidad y eficiencia, se puede mencionar la contratación de servicios privados en servicios públicos, competencia entre proveedores de atención sanitaria, descentralización de funciones y transferencia de recursos a entidades estatales y municipales de acuerdo a un análisis de costo-beneficio.

Las reformas de los años noventa tuvieron éxito en varios aspectos, como la disminución de la mortalidad materna e infantil³ y de enfermedades infecciosas, entre otros (OPS, 2006). El caso paradigmático es el de Colombia pues el *Informe sobre la salud en el mundo, 2000 de la Organización Mundial de la Salud*, ubicó este país en el primer lugar de América Latina en cuanto al desempeño de los sistemas de salud. Para Mario Hernández (2001) la explicación radica en que ahí se incorporaron “de la manera más sistemática, entre los países latinoamericanos, los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias impulsado desde el Banco Mundial”. El modelo hegemónico es el llamado de pluralismo estructurado, o bien de competencia regulada o administrada (Frenk y Londoño, 1997).

Sin embargo, en el balance también se registran deficiencias de las políticas de salud para América Latina en la época, entre las cuales no puede dejar de mencionarse el problema de cobertura, ya que en el año 2000, casi 218 millones de personas (cerca de 40% de la población) carecían de cobertura de seguridad social (Rosenberg y Anderson, 2000). Incluso en 2010, la región seguía sufriendo de baja cobertura de seguridad social, pues el 43.2% de los trabajadores asalariados de entre 15 y 65 años de edad estaban fuera del sistema de pensiones (BID, 2010).

En el caso particular de Colombia, a pesar de un alto grado de afiliación al sistema de seguridad social en salud, las barreras para el uso pleno del derecho a la atención de salud continuaban persistiendo, especialmente para las poblaciones rurales dispersas, poblaciones indígenas y en situación de desplazamiento forzado. Por lo que al introducir su Ley 1438 (enero 2011), el país

³ En Colombia la disminución de la mortalidad infantil ocurrió a expensas de la mortalidad posneonatal, ya que la tasa de mortalidad neonatal casi no varió (Profamilia, 2011).

pretendió hacer frente a esta problemática ofreciendo un sistema de salud más incluyente y equitativo, y retomando la atención primaria como estrategia nacional.

¿Nuevas políticas?

¿Qué ha pasado en América Latina después de dos décadas de reformas en salud y de políticas de apertura y liberalización? No obstante las críticas vertidas, el mismo discurso fue retomado. Así, por ejemplo, en Colombia casi quince años después de la Ley 100 de 1993, en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (PNSP) (República de Colombia, 2007) se declara que los principios rectores son los de equidad, calidad y eficiencia buscando una cobertura total. Al mismo tiempo se consignan logros tales como el decremento de la mortalidad materna, de 105 a 73 por cien mil nacidos vivos del año 2000 a 2009 (OPS/OMS, 2012),⁴ erradicación de la polio y eliminación del sarampión.

En el PNSP se consignan, con lenguaje renovado, principios presentes desde las primeras reformas: Universalidad (derecho a la salud con calidad para todas las personas); equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad (garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública). Las políticas de nueva cuenta parten de mercados fragmentados y se fomenta la participación del sector privado en la atención sanitaria.⁵ Implícitamente se reconocen problemas graves de distribución del ingreso pues la mitad de la población se ubica bajo la línea de pobreza y 14.7% bajo la línea de indigencia.⁶ De ello derivan problemas igualmente graves como el que la mortalidad infantil entre los hijos de mujeres con educación superior fuera tres veces inferior a la de las mujeres sin educación en 2010, es decir, de 18 contra 53 por cada mil nacidos vivos.⁷ El PNSP in-

corpora el nuevo perfil de salud, en donde se consignan tanto problemas asociados a la transición demográfica con tasas decrecientes de mortalidad, natalidad y crecimiento; así como los de la transición epidemiológica con la reducción de las enfermedades transmisibles y al aumento de las crónicas no transmisibles. Y se reconocen “condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización” y el impacto del conflicto armado.

Excepto la última circunstancia, las demás consideraciones aparecen en forma parecida en la definición de las políticas sanitarias en Argentina, Brasil, México y Venezuela. En suma el diseño de las políticas públicas en estos programas contenían prácticamente los mismos objetivos de hace dos décadas en el nuevo escenario de transición demográfica, epidemiológica y nutricional —con los problemas que de ello derivan—⁸ y de mayor presencia del sector privado en este campo.

Las reformas en salud

Cada país de América Latina es diferente en varios aspectos, y la salud no es la excepción; sin embargo, existen cuestiones generales en dicho sector que vale la pena reconsiderar, pues es la baja calidad de los servicios, ineficiencia y poca efectividad de las políticas de salud que han llevado a los países a una reestructuración del sistema.

En sí, los objetivos fueron los mismos, mas no los mecanismos para lograrlos. Por ejemplo, Argentina en su Plan Nacional de Salud 2004-2007 (Presidencia de la Nación Argentina, 2004) planteó como objetivo el reformar los modelos de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud. El mecanismo tenía como eje principal objetivos específicos de cobertura, equidad y aumentar su eficiencia y efectividad; y al considerar un análisis de costo-beneficio implícitamente el programa estaba pensado para la inclusión del sector privado como prestador de servicios, sujeto a la libre elección del paciente (Proaps, s/f). Y si bien un logro importante fue la reducción de la tasa de mortalidad materna-infantil en 28% en el periodo 2002-2007, por otra parte en el año 2005 aproximadamente la mitad de menores de dos años

⁴ En México, la mortalidad materna estimada entre 2002 y 2011 pasó de 59.9 a 50.7 por cada cien mil nacidos vivos. (Observatorio de Mortalidad Materna, 2011).

⁵ La fragmentación se consigna como la existencia de diferentes agentes para la provisión de servicios sanitarios, así el sector público atiende a la población no asegurada, pobre y de bajos ingresos; la seguridad social al sector formal y el sector privado atiende a la población de altos ingresos.

⁶ En México, los datos consignados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007) señalan que aproximadamente 18% de la población vive en condiciones de pobreza y 47% en situación de pobreza patrimonial.

⁷ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 esta razón era de 14 vs. 43 por mil al momento de la encuesta, para 2010 la brecha no se redujo y la razón creció a 18 por cada mil para mujeres con menos escolaridad y a 53 por mil para mujeres con educación superior de acuerdo a la misma encuesta en su versión 2010.

⁸ En los niños se manifiestan en baja talla, sobrepeso y obesidad y en los adultos además hacia enfermedades cardiovasculares

padecían anemia lo mismo que el 30.5% de las mujeres embarazadas (República de Argentina, 2010).

La formulación de los programas estaba orientada a asegurar, por un lado, un papel activo de un “Estado garante” del bienestar; y por otro, la descentralización administrativa y financiera, es decir, un sistema de salud organizado en redes regionales de servicios, de gestión pública y privada, cuyos distintos componentes son instituciones organizadas según niveles de atención. Así, dichos niveles expresaban una fragmentación del sistema en subsectores (público, de la seguridad social y privado), en jurisdicciones (nacional, estatal, provincial y municipal) y en niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel); todo lo cual generó un uso ineficiente de los recursos disponibles al duplicar innecesariamente ofertas y servicios, y, por tanto, los gastos. Con variantes, en el Plan Federal de Salud 2010-2016 se parte del perfil epidemiológico dual y en las metas y estrategias se retoman los modelos para el desarrollo institucional de Atención, Gestión y Financiamiento (en cuyo caso se establece un seguro contra enfermedades catastróficas). Así también se reconoce la persistencia de la fragmentación, desarticulación y segmentación de los mercados; por lo cual, de nueva cuenta se planteó articular los servicios públicos con los privados como una sola entidad, la capital con las provincias y éstas con los gobiernos locales o municipales.

Brasil por ejemplo, lleva más de dos décadas con la institucionalización del Sistema Único de Salud (SUS) y en el Pacto por la Salud 2006 se asegura que su implantación como un proceso de descentralización se debe a la realidad social, política y administrativa del país con el fin de lograr una mejor organización y una mayor estabilidad financiera. Se habla incluso desde hace una década que la municipalización del sistema de salud es una realidad (Machado y Pereira, 2002). Se ponderan los logros como el hecho de que antes de la implementación del SUS en 1988 la mitad de la población carecía de cobertura sanitaria y ahora con una población mucho mayor el porcentaje es de 75% desde atención ambulatoria hasta trasplante de órganos, con atención a nivel municipal. Un tema relevante es disminución de la mortalidad de lactantes de 46 a 18 por mil nacidos vivos, de 1990 a 2008, respectivamente.

En el caso de Venezuela se planteó la construcción de un nuevo modelo de salud en el cual el Estado asu-

me la rectoría del sistema sanitario a fin de sustituir al modelo privatista liberal. El sistema de salud se rige por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Se considera la existencia de una deuda social acumulada en la cual la mayor esperanza de vida se da a la par de una menor calidad de vida. En el año 2005 se reconocía la falta de 50% de camas según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Gobierno Bolivariano de Venezuela, OPS, OMS, 2006) por lo cual se postuló una revolución hospitalaria.

El objetivo de cobertura total parece ser una bandera política obligada, mas su cumplimiento cabal requiere un gran esfuerzo social y una firme decisión política que en condiciones de subdesarrollo se antoja utópica, máxime si se tiene presente por ejemplo que en Estados Unidos en el año 2011, la cantidad de personas sin seguro social fue de 50 millones.⁹ O también que los más pobres en Estados Unidos tienen las mismas infecciones parasitarias que afectan a los pobres de África, Asia y América Latina. Se reporta que 23% de los niños negros en zonas urbanas podrían estar infectados con nemátodos intestinales (BBC Mundo, 2007).

El caso más sobresaliente de accesibilidad basada en principios de universalidad y equidad es el de Venezuela, con políticas específicas como Barrio Adentro, con la que se da inicio al proceso de transformación de la red sanitaria-asistencial y se sientan las bases del modelo de atención integral y cuya característica principal es la gratuidad (Gobierno Bolivariano de Venezuela, OPS, OMS, 2006). Sustancialmente, Barrio Adentro I se refiere a la generación de consultorios populares con ayuda de médicos cubanos que brindan atención a la ciudadanía. Sin embargo, y adicional a la fragmentación del sistema resultado del procesos de descentralización de los servicios de salud que inició en la década de los noventa, la creación de la “Misión Barrio Adentro” en 2003 contribuyó también a la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios en el sistema, lo cual inevitablemente se asocia a un uso ineficiente de los recursos.

Esta fragmentación impide que toda la población ejerza el derecho a la salud.¹⁰ Por tanto, a pesar de los esfuerzos, el sistema de salud venezolano sigue teniendo

⁹ En esta cantidad hay diez millones denominados “no ciudadanos”.

¹⁰ Con la información disponible en el año 2005 el 68% de la población venezolana no contaba con ningún seguro de salud (EHCD) (Gobierno Bolivariano de Venezuela, 2005).

serias debilidades siendo un sistema altamente fragmentado en un conjunto de subsistemas y con una forma de organización inequitativa, sin universalidad de acceso a los servicios.

México, aunque en menor medida, también invirtió anticipadamente en servicios de salud con la creación de un Seguro Popular de Salud en el año 2003, que consiste en un sistema de prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos. Y en 2007 se hizo una profusa publicidad a las políticas de cobertura total en maternidad con servicios gratuitos en parto y hospitalización por medio de spots de televisión y radio como parte de la campaña nacional del Seguro Popular y del Seguro Médico de Nueva Generación,¹¹ el cual operaría con la misma estructura asistencial existente en el país y a lo largo de veinte años sería ampliada (IMSS, 2011), todo ello pese a que aún existen graves carencias en la cobertura de salud, como por ejemplo el gran déficit en camas de hospital.¹² De acuerdo a la información oficial, el número de afiliados en el año 2011 alcanzó 46.5% de la población total y al seguro social, 51.5%, con lo cual la cobertura es prácticamente total (98%) y el resto estaría en alguna forma de seguro privado (IMSS, 2011). Aún más, según Knaul *et al.* (2013: 228) “La reforma mexicana de salud aporta conocimientos al movimiento global por una cobertura universal en salud (además de que) la experiencia mexicana se está utilizando como referencia en trabajos internacionales sobre calidad”. Un mundo feliz.

En contraste, en la encuesta de salud de 2012 se reporta que 21% de la población no tiene cobertura (INSP, 2012); el problema de la segmentación apenas si ha sido paliado persistiendo una alta ineficiencia del sistema de salud con lo cual la cobertura universal no adquiere la categoría de acceso (cobertura efectiva) aún en los servicios esenciales ni en hospitalización. Y el problema alimentario ha repercutido severamente en los aspectos nutricionales incidiendo en el perfil epidemiológico en sobrepeso y obesidad, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el país ocupa el primer lugar en

población infantil menor de cinco años con este mal; y la OCDE reporta que el país se ubica en el segundo lugar con población obesa, después de Estados Unidos. Así, este vector tendrá una fuerte influencia a futuro como uno de los principales detonantes de la diabetes mellitus en el cual México ocupa el primer lugar y, por ende, en los programas futuros de salud.

Para la región, los problemas que se enfrentan en salud pueden dimensionarse con objetividad considerando que en el año 2011 el gasto per cápita en salud fue de 8 mil 608 dólares en Estados Unidos, en tanto que en Argentina fue de 892, Brasil mil 121, Colombia 432, México 620 y Venezuela 555 (BM, 2013). O bien que en 2011 en Estados Unidos el gasto en salud en relación al PIB fue de 18% en tanto que para los cinco países mencionados fue en promedio de 6% (OMS, 2013).

Estado versus Mercado

La discusión a la que nos enfrentamos es si en verdad la mayor participación del sector privado cumple los objetivos propuestos por los programas de salud o si, por el contrario, los servicios prestados actualmente son más inequitativos e ineficientes pues no cubren el acceso a toda la población, sino que se trata de una atención más selectiva y menos incluyente.

Se ha observado una redefinición de los roles del sector público y el privado en un contexto de transición demográfica y epidemiológica, graves problemas de distribución del ingreso —inequidad social— y reformas neoliberales que impulsan la preeminencia del mercado como mecanismo idóneo de asignación de recursos. La discusión de fondo se ubica en la contradicción entre maximización de la tasa de ganancia versus una tasa de rentabilidad social. En el primer enfoque el Estado es un simple regulador de la competencia como árbitro de última instancia que complementa al sector privado en aquellos sectores donde la baja capacidad adquisitiva de la población no le permite el acceso a los servicios de salud. En el segundo enfoque el Estado asume la responsabilidad total en la provisión de servicios de salud, con un segmento de la población con altos ingresos que prescindiría de la acción pública creando su propio espacio de atención sanitaria.

Estos ejemplos polares no existen en forma pura y las estrategias de salud, en tanto que bien público, hacen

¹¹ El Seguro Médico de Nueva Generación contó con un presupuesto para beneficiar anualmente a 743 mil niños que no tienen ningún tipo de servicio de seguridad social. El paquete es un catálogo de servicios básicos, resumidos en 10 tipos de atenciones, como pruebas de sangre, de tipo congénito, auditivo o de deformaciones, así como un paquete de gastos catastróficos.

¹² En México se tenía un índice de 0.7 camas de hospital por cada mil habitantes para el año 2006, mientras en Estados Unidos la cifra era de 3.2 camas hospitalarias por cada mil habitantes.

de la intervención del Estado una condición estructural para avanzar en la construcción de una sociedad democrática. Sin embargo, al tratarse de economías de mercado y dado el control oligopólico de patentes y la producción de medicamentos, sector público y privado coexisten con visiones diferentes de la misma problemática. El Estado no puede guiarse por la lógica del mercado y se han dado acciones reivindicativas de la intervención gubernamental en claro enfrentamiento con el sector privado en busca del bien público; a tal efecto puede citarse el caso de Brasil en la producción de antiretrovirales para el **tratamiento** del VIH/sida como una decisión de Estado, contrariando no sólo las leyes del mercado sino primordialmente enfrentando el poder oligopólico de las grandes empresas farmacéuticas internacionales.¹³ Se trata de una decisión de Estado, no de una asignación supuestamente eficiente de recursos a través del mercado.

Para la región latinoamericana en su conjunto, en la década actual se ha acentuado la entrada de capital privado al campo de la salud, fomentando la expansión de compañías aseguradoras, sobre todo de capital estadounidense.¹⁴ Lo anterior puede explicarse como una respuesta a la creciente demanda de atención médica de calidad de la población de mayores ingresos, la cual usualmente supera la infraestructura y la capacidad de atención de las instituciones públicas de salud.¹⁵ Empero la pretendida mayor eficiencia derivada hipotéticamente a su vez de una mayor competencia, lleva también a prácticas no deseadas de selección adversa de pacientes y de procedimientos por parte de proveedores y asegurados, respectivamente.

La característica de mercado de la atención a la salud en el ámbito privado, sujeta a distintos tipos de calidad y a una serie de servicios diferenciados de acuerdo a la capacidad de pago, opera en el sentido de reforzar la brecha sanitaria de los mercados segmentados.

¹³ En 2002 el gobierno de Brasil enfrentó al laboratorio suizo Roche y produjo el medicamento genérico Nelfinavir y al laboratorio Merck obteniendo reducciones de 66 a 59% en los medicamentos Indinavir y Efavirenz. En 2005 se logró un acuerdo con el laboratorio Abbott para reducir el costo del medicamento Kaletra. Y la empresa se comprometió a proporcionar tecnología al laboratorio estatal Farmanguinhos para producirlo a partir del año 2009.

¹⁴ En México, de 1997 a 2003, el desarrollo del sector privado de seguros llevó la cobertura de 2.1 a 3.8 millones de asegurados en el plan de gastos médicos mayores, con 35 compañías registradas. Sin embargo ello representaba únicamente 4% de la población y en 2013 sólo 6.4%.

¹⁵ Por ejemplo, en México 5% de la población más rica concentra 30% del ingreso total

NUEVO PARADIGMA DE SALUD

El nuevo paradigma de salud tiene ahora dos componentes estructurales que repercuten las políticas del sector: la transición demográfica y la epidemiológica. En la clasificación usual de la transición demográfica se consideran cuatro etapas: incipiente, moderada, plena y avanzada.¹⁶ Brasil, Colombia, México y Venezuela se ubican en la etapa III, en plena transición; en tanto que Argentina se ubica en la etapa IV de transición avanzada (Bayarre *et al.*, 2006). En el caso de Brasil, desde la segunda mitad de los años noventa se había confirmado la transición hacia una población de cada vez mayor edad con patrones reproductivos próximos a los de los países europeos (Schwartzman, 1997).

Respecto a la transición epidemiológica, las cifras revelan con claridad que se está en presencia de un nuevo perfil sanitario, pues en 1985 en América Latina por cada diez muertes debido a enfermedades transmisibles se tenían quince por enfermedades no transmisibles; en tanto que la cifra estimada para el año 2015 es de setenta por cada diez (Bayarre *et al.*, 2006).¹⁷ De acuerdo con Bayarre *et al.*, la transición epidemiológica supera al concepto de “transición demográfica” pues comprende tanto los cambios en mortalidad como en morbilidad, con lo cual el significado de “enfermedad” se modifica radicalmente al convertirse en un estado crónico padecido por un gran número de personas en su mayoría de edad durante un largo periodo, con lo cual se da la paradoja de mortalidad descendente con morbilidad creciente.

Los datos desagregados de enfermedades en crónico degenerativas, infecciosas y causas externas para los países seleccionados muestra la alta prevalencia del primer grupo con una participación en un rango de 62% a casi

¹⁶ En 1992, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade) elaboró una tipología que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países de América Latina. Esa tipología usa como criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad, mismas que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. Celade clasifica 4 fases: **I.** Transición incipiente. Son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5 por ciento. **II.** Transición moderada. Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano a 3 por ciento. **III.** En plena transición. Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano a 2 por ciento. **IV.** Transición avanzada. Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden de 1 por ciento.”

¹⁷ En el PNSP de Colombia se señala un progresivo cambio en la estructura de las causas de mortalidad infantil, erradicación del polio y eliminación del sarampión; descenso de la fecundidad, disminución de la población joven respecto a aquella en edad de laborar y aumento de la tercera edad.

80%; en el segundo grupo (infecciosas) Brasil se dispara notablemente de la media; y en el tercer grupo (causas externas) Colombia es el caso extremo (cuadro 1).

Cuadro 1. Causa de muerte por grandes grupos de enfermedad (2008)

| País | Crónico degenerativas (Enfermedades no transmisibles) (% del total) | Infecciosas (Enfermedades transmisibles) (% del total) | Causas externas (Lesiones) (% of total) |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Argentina | 80.1% | 13.6% | 6.3% |
| Brasil | 73.9% | 14.1% | 12.0% |
| Colombia | 65.9% | 13.1% | 21.0% |
| México | 77.7% | 12.0% | 10.3% |
| Venezuela | 65.6% | 13.5% | 20.9% |

Fuente: World DataBank, 2014.

La transición epidemiológica puede constatararse en Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela en el sentido descrito en el cuadro 1. México en particular es un “país en transición demográfica con un perfil epidemiológico complejo, con incremento de enfermedades no transmisibles, accidentales y estilos de vida no saludables. “Persisten marcadas inequidades estructurales históricas y una concentración del ingreso que han determinado inequidades en el acceso a servicios básicos” (OPS/OMS, 2013). Así mismo en México, como referencia de transición epidemiológica plena en un lapso inferior a un periodo generacional, se tiene que en el año 2000 las enfermedades no transmisibles representaron 73.3% de la mortalidad proporcional contra 49.8% en 1980. Y hoy día la diabetes mellitus es la primera causa de muerte (IMSS, 2011).

Venezuela tiene un perfil de acumulación epidemiológica que se expresa en la superposición de enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y lesiones por causas externas. La morbilidad en la demanda atendida es principalmente por infecciosas y la mortalidad es centralmente por enfermedades crónico degenerativas (Gobierno Bolivariano de Venezuela, OPS, OMS, 2006).

En suma, hay una amplia documentación de la Organización Panamericana de la Salud que ubica a las enfermedades cardiovasculares como principal causa de defunción en América Latina (OPS, 2013).

De lo anterior, dado que la principal preocupación ha

sido el decremento de las tasas de fecundidad y mortalidad infantil, ahora han surgido nuevos problemas asociados o derivados de la nueva estructura poblacional y, en lo que aquí interesa, nuevas prioridades en salud. En un lapso de veinte años se han consolidado ciertas tendencias observadas y se ha configurado un nuevo perfil de demanda sanitaria.

El nuevo modelo de salud tiene las siguientes características:

- 1) La persistencia de los factores estructurales relativos a cobertura, equidad y eficiencia.
- 2) La transición demográfica implica a su vez la transición hacia la provisión acrecentada de servicios sanitarios para las personas de tercera edad.
- 3) La transición epidemiológica con el cambio correspondiente en el perfil de la demanda de salud.
- 4) Aumento en los costos de la atención sanitaria por las nuevas tecnologías y en medicamentos en mercados oligopólicos que dan al oferente la ventaja de fijar precios.¹⁸
- 5) Factores culturales de cada vez mayor importancia por el conocimiento e información de la población acerca de la salud como bien público.

Salud y política: ¿una antinomia?

Es claro que las reformas se plantean como objetivos de largo plazo, mas si se parte de las fechas iniciales de las mismas, el tiempo transcurrido ya ha sido suficiente como para haber logrado los objetivos planteados. Sorprende que se exprese que lo político, por su carácter de corto plazo, sea un obstáculo per se a las reformas. Por ejemplo, en opinión de Cezar (2006) “buena parte de las reformas se interrumpieron y pasaron por debates y cambios de opinión antes de completarse o de que avanzasen sustancialmente en su implementación, llevando a los países que las iniciaron a incurrir en enormes costos de transacción y alimentando la resistencia social a dichos procesos. Como resultado, actualmente las clases políticas en América Latina temen mencionar el tema de las reformas de salud, las cuales acaban por generar dividendos políticos negativos y amenazar su gobernabilidad”.

¹⁸ Un resultado tecnológico importante no referido al instrumental médico o a los fármacos es la administración y al almacenamiento de información en medios digitales, que ha dado lugar al expediente clínico electrónico, con el cual hay un ahorro considerable de tiempo y de recursos para diagnóstico, solicitud de análisis, provisión de recetas, etc.

Cabe preguntarse si es la política en sí otro componente estructural de la ineficiencia e inequidad sanitarias. En nuestra consideración, la gobernabilidad se ve amenazada por un conjunto de factores políticos, sociales, culturales, etcétera, que van más allá de la mera discusión de las reformas de salud. Todo el espectro anterior no puede obviarse del impacto negativo que ha tenido el débil crecimiento económico en Latinoamérica que afectó los ingresos públicos y, por lo tanto, los recursos destinados al rubro de salud en condiciones de suyo adversas con una población no sólo mayor en número y más longeva, sino también más demandante de servicios sanitarios por los procesos de urbanización y desarrollo de una cultura de salud. Y en cuanto a los países seleccionados cuyos datos de desempeño económico se muestran en el cuadro 2, hay que agregar severos episodios de crisis que han tenido un efecto colateral en cuanto a la cobertura dado el crecimiento explosivo de la informalidad en el empleo.¹⁹ Para los propósitos de este trabajo el resultado es el aumento en la desprotección sanitaria de la población, la cual tiene que cubrir esta necesidad con gastos de bolsillo que en buena medida son catastróficos (Lechuga y Mayen, 2009).

En México, cerca de 50% del gasto total en salud es gasto de bolsillo y privado (INSP, 2012). Y se estima que entre 2 y 3 millones de familias se empobrecen al año debido a que emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos de salud. Estimaciones para el año 2000 indicaron que 57.8% del total de la población no estaba asegurada por alguna institución de seguridad social; mientras que de acuerdo a las estadísticas del INEGI, para 2010, del total de la población, 33.85% no contaba con derechohabencia a servicios de salud y de otro 1.6% se desconocía su condición (Secretaría de Salud, 2001; INEGI, 2010).

Cuadro 2. Tasas de Crecimiento del PIB 1990-2010

| | |
|----------------|------|
| Argentina | 4.4% |
| Brasil | 3.0% |
| Colombia | 3.4% |
| México | 2.7% |
| Venezuela | 2.8% |
| América Latina | 3.2% |

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas de indicadores económicos de CEPAL, 2012.

¹⁹ En Argentina el empleo informal explica 50% de la PEA, Brasil 40%, México 60% (OIT, 2012).

Por último, a fin de despojarnos de subjetividad interpretativa respecto al temor de las clases políticas en el tema de salud, es conveniente analizar información estadística precisa a fin de tener una imagen más definida de las similitudes y diferencias en salud pública en el universo de estudio.

INDICADORES DE SALUD

Se han seleccionado varios indicadores para tratar de evaluar la eficiencia de las reformas de salud en los países de estudio, comparándolos con los de Estados Unidos. La comparación no puede considerarse ociosa ni odiosa pues muestra con claridad que, a la persistencia de la brecha sanitaria interna con mercados fragmentados, se agrega la brecha sanitaria con el centro.

En el cuadro 3 se observa que, excepto en Venezuela, con respecto a Estados Unidos se habían logrado cifras similares, incluso superiores, de vacunación hasta el año 2010. Lo mismo se observa en cuanto a la cobertura de la atención prenatal y partos atendidos por personal de salud calificado (cuadro 4). Por lo cual pudiera considerarse un éxito de las reformas en salud en estos aspectos.

Cuadro 3. Estadísticas de la cobertura de los servicios de salud

| País | Una dosis de vacuna contra el sarampión (2010) | Tres dosis de vacuna contra la Hepatitis B (2010) | Tres dosis de vacuna contra la Difteria, la Tosferina y el Tétanos (2010) |
|---------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Argentina | 99 | 94 | 94 |
| Brasil | 99 | 96 | 98 |
| Colombia | 88 | 88 | 88 |
| México | 95 | 93 | 95 |
| Venezuela | 79 | 78 | 78 |
| Estados Unidos de América | 90 | 91 | 94 |

Fuente: OMS, UNICEF (2014).

Sin embargo, en el caso de la tuberculosis, enfermedad asociada a condiciones precarias de higiene, las cifras se disparan por completo aun cuando el caso de México sea el menos desfavorable (cuadro 4). Y las tasas de mortalidad infantil y neonatal (cuadro 5) desdibujan la situación observada en cuanto a vacunación y cobertura prenatal y partos atendidos; y de manera poco destaca-

da la mortalidad materna por parto tiene para México menor tasa dentro del grupo pero al igual que para el resto de los países la situación es muy desfavorable al compararla con Estados Unidos, particularmente en el caso de Venezuela y Colombia.

Cuadro 4. Estadísticas de la cobertura de los servicios de salud

| País | Cobertura de la atención prenatal (2005-2010) (último año disponible) | Partos atendidos por personal de salud calificado (2003-2010) (último año disponible) | Incidencia de la tuberculosis con baciloscopia positiva (por 100,000) (2010) |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Argentina | 99% | 95% | 27 |
| Brasil | 98% | 97% | 43 |
| Colombia | 97% | 98% | 33 |
| México | 96% | 95% | 22 |
| Venezuela | 94% | 95% | 33 |
| Estados Unidos de América | 100% | 99% | 4 |

Fuente: World DataBank (2014).

Cuadro 5. Estadísticas del estado de salud: mortalidad

| País | Probabilidad de morir (por 1000 nacidos vivos) menores de 5 años. Niños y niñas. Tasa de mortalidad infantil (2010) | Tasa de mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos, cumplidos los 28 días de vida). Niños y niñas. (2010) | Razón de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos) (2010) |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Argentina | 15 | 13 | 77 |
| Brasil | 17 | 15 | 56 |
| Colombia | 18 | 16 | 92 |
| México | 17 | 14 | 50 |
| Venezuela | 16 | 13 | 92 |
| Estados Unidos de América | 8 | 7 | 21 |

Fuente: World DataBank (2014).

En cuanto a personal calificado las diferencias con Estados Unidos son muy notorias. Así, se tiene que respecto al número de médicos las cifras son igualmente favorables en Argentina y México y en el caso del número de camas hospitalarias la situación en Argentina y Brasil

no es tan dispar con respecto a Estados Unidos; en tanto que en los indicadores de enfermeras y parteras, razón entre enfermeras y parteras y médicos; y trabajadores sanitarios, las diferencias son muy marcadas (cuadro 6).

Cuadro 6. Estadísticas de los sistemas de salud (2000-2010)

| País | Número de médicos (por 10 mil) | Número de enfermeras y parteras (por 10 mil) | Razón entre el número de enfermeras y parteras y el número de médicos | Número de trabajadores sanitarios (por 10 mil) | Número de camas hospitalarias (por 10 mil) |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Argentina | 31.6 | 4.8 | 0.2 | 36.4 | 41 |
| Brasil | 17.2 | 65.0 | 3.8 | 82.2 | 24 |
| Colombia | 13.5 | 5.5 | 0.4 | 19.0 | 10 |
| México | 28.9 | 39.8 | 1.4 | 68.7 | 16 |
| Venezuela | 19.4 | 11.3 | 0.6 | 30.7 | 13 |
| Estados Unidos de América | 26.7 | 98.2 | 3.7 | 124.9 | 31 |

Fuente: OMS, 2011.

Por último, respecto al gasto en salud, si bien el indicador del gasto del gobierno general como porcentaje del gasto total del gobierno en salud es en la media superior al de Estados Unidos, destacando con mucho el caso de Colombia; respecto al gasto sanitario como porcentaje del PIB y gasto per cápita las cifras ya no admiten comparación (cuadro 7).

Cuadro 7. Estadística de los sistemas de salud

| País | Gasto sanitario total (% del PIB) (2010) | Gasto sanitario total per cápita (dólares internacionales) (2010) | Gasto del gobierno general en salud (% de los gastos totales del gobierno) (2010) | Gasto del gobierno general en salud (% del gasto total en salud) (2010) |
|---------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Argentina | 8.3% | 1 321 | 17.7% | 64% |
| Brasil | 9.0% | 1 009 | 10.7% | 47% |
| Colombia | 6.5% | 614 | 17.8% | 75% |
| México | 6.3% | 962 | 12.1% | 49% |
| Venezuela | 5.3% | 642 | 9.0% | 48% |
| Estados Unidos de América | 17.6% | 8 233 | 19.9% | 39% |

Fuente: OMS, 2013.

Las cifras anteriores no dejan lugar a dudas respecto a la brecha sanitaria, una más, con el centro, aun cuando se trata de las economías de mayor desarrollo relativo de

la región. Es claro que la deuda en salud sigue siendo un gran pasivo no sólo al interior de cada país, sino que también expone la ineficiencia de las políticas sanitarias que a lo largo de tres décadas han pretendido superar el atraso social en esta materia.

CONCLUSIONES GENERALES

La literatura y datos analizados revelan mejoría en los indicadores de salud (tasas de mortalidad infantil, desnutrición, mortalidad materna y de atención especializada al parto, entre otras) en los países que implementaron reformas estructurales. Sin embargo la mayor parte de las reformas implementadas en América Latina no han logrado reducir la falta de coordinación entre los sistemas de salud; es decir, romper frontalmente la fragmentación institucional que caracteriza el sector.

Estas reformas, en las que se buscaba sólo ajustes en el gasto en salud y flexibilización de los mercados laborales en el sector, no siguieron un mismo modelo, como bien se apreció en el análisis de los países seleccionados. En cambio sí, el diseño de las políticas públicas contenían prácticamente los mismos objetivos de hace dos décadas pero enmarcados en el nuevo escenario de transición demográfica, epidemiológica y nutricional y de mayor presencia del sector privado en este campo.

Asimismo, algunas de las motivaciones explícitas de las reformas fueron comunes. La baja calidad de los servicios, los déficit en cobertura, prestación de servicios no equitativos entre zonas rurales y urbanas y poca efectividad de las políticas de salud, configuraron las reformas como respuesta a las necesidades, frente a las restricciones en la expansión del gasto social asociadas a las crisis económicas y fiscales de los años ochenta, justo en una etapa en la que la transición demográfica y epidemiológica impusieron un aumento en la demanda por servicios de salud en un contexto de acelerado proceso de urbanización en América Latina.

Siguiendo condiciones muy variadas, los argumentos esgrimidos en las políticas sanitarias de los países de América Latina persiguieron prácticamente los mismos objetivos de las primeras reformas pero intentando enmarcarlas en el nuevo escenario de transición. La redefinición en la estructura de financiamiento del sistema y la ampliación de cobertura y acceso para la población más desprotegida fueron los temas recurrentes en los proce-

sos de reformas, dentro de un sistema fragmentado y no estructurado de salud. Fragmentación que lleva a una serie de consecuencias negativas: duplicación de cobertura en unos casos y la ausencia de cobertura en otros; selección adversa de pacientes por parte de los proveedores, e incluso selección adversa de procedimientos por parte de los asegurados, entre otras. Llevando así a inequidad en el acceso a los servicios de salud para algunos segmentos de la población y a mayores costos en la provisión de los mismo servicios.

Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, los argumentos para promover reformas a los programas de salud no difirieron en mucho de los esgrimidos a principios de los años noventa. Muchas de las reformas no lograron un pacto social que permitiese a los distintos grupos de interés sentirse beneficiados. Aún más, las políticas que en un principio buscaban disminuir las brechas existentes entre los distintos niveles de la población, abatir el rezago y atenuar las discrepancias en la atención, sólo segmentaron aún más la provisión sanitaria en los tres esquemas de atención: pública, privada y social (asistencial), generando conflictos de interpretación acerca de la dirección y efectividad de los objetivos, prioridades e instrumentos de reforma.

La paradoja es que sin haber resuelto los problemas estructurales que dieron origen a las primeras reformas de los programas de salud, ahora se agregan los factores de transición demográfica y epidemiológica, culturales, de urbanización, violencia y de tecnología sanitaria, encaminado a un aparente aumento de la segmentación-fragmentación del sistema de salud como un todo.

REFERENCIAS

- Bayarre, H.; Pérez, J. y Menéndez, J. (2006). *Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. Publicación de Gerontología y Geriatria. GEROINFO*, 1 (3).
- BBC Mundo (2007). Parásitos sin fronteras. Recuperado de http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7160000/7160146.stm, consultado el 16 de mayo de 2014.
- BID (2010). Banco Interamericano de Desarrollo/ Indicadores de Trabajo. Recuperado de <http://www.iadb.org/es/temas/trabajo-y-pensiones/>

- [indicadores-de-trabajo,2955.html](#)
- BM (2013). Banco Mundial. Gasto en salud (% del PIB). Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.
- Cezar, A. (2006). Las Reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*, 2 (1).
- Gobierno Bolivariano de Venezuela (2005). EHCD, La Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela.
- Gobierno Bolivariano de Venezuela, OPS, OMS (2006). Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Recuperado de www.paho.org/spanish/d/csu/CCSVEN-InformeFinal.pdf, consultado el 16 de mayo de 2014.
- Frenk, J. y Londoño, J. L. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 153.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Recuperado de http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf, consultado el 16 de mayo de 2014.
- Hernández, M. (2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, enero-junio, 2001. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Colombia. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>.
- IMSS (2011). Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011. México.
- INEGI, (2010). Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/>.
- INSP, (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut).
- Knaut, F., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Sandoval, R. Caballero, F. Hernández-Ávila, M. Kershenobich, D., Nigenda, G., Ruelas, E., Sepúlveda, J., Tapia, R., Soberón, G., Chertorivski, S. y Frenk, J. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*, 55 (2).
- Lechuga, J. y Mayen, E. (2009). El gasto en salud en América Latina. *Comercio Exterior*. Febrero
- López, C. (1997). La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23 (1-2).
- Machado, M. H. y Pereira, S. (2002). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1). Recuperado de <http://scielo.isciii.es>.
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile: Cepal. Diciembre. Documentos de proyectos.
- OIT (2012). Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2012.
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whroo_es.pdf?ua=1, recuperado el 16 de mayo de 2014.
- _____ (2011). World Health Statistics. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf, consultado el 16 de mayo de 2014.
- _____ (2013). Organización Mundial de la Salud. Disponible en www.who.int/countries/usa/es/.
- OMS, UNICEF (2014). Immunization Summary. Recuperado de http://www.childinfo.org/files/immunization_summary_2012_en.pdf, consultado el 16 de mayo de 2014.
- OPS (2006). Decremento de la mortalidad materna. Situación de salud en las Américas – Indicadores básicos 2006. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.nacerlatinoamericano.com>.
- _____ (2013) Principales causas de muerte en adultos mayores en América.
- OPS/OMS (2012). Salud en las Américas. Capítulo Colombia. Recuperado de <http://new.paho.org/> Recuperado de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=208%3Aestrategia-cooperacion-mexico-

- ops-oms&Itemid=1, consultado el 16 de mayo de 2014.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2011). Evolución de la RMM, 2002-2011. Versión Conteo 2005. Recuperado de <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores.html>.
- Presidencia de la Nación Argentina (2004). Plan Nacional de Salud 2004-2007.
- Proaps (s/f). Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (Proaps).
- Profamilia (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia.
- República de Argentina (2010). Plan Nacional de Salud Pública 2010-2016.
- República de Colombia (2007). PNSP. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Colombia.
- Rosenberg, H. y Andersson, B. (2000). Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1/2).
- Schwartzman, S. (1997). *La transición demográfica brasileña*. Brasil: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.
- Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Protección Financiera en Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/protfinan.pdf>.
- World DataBank (2014). World Development Indicators. Recuperado de <http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>, consultado el 16 de mayo de 2014.