

**EQUIDAD Y REFORMAS DEL SECTOR
SALUD EN AMERICA LATINA Y EL
CARIBE:**

Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 - 2005



**Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la
Equidad en Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas**

Abril 2006

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	3
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCION	5
DEFINICIONES Y MARCO CONCEPTUAL	7
CARACTERIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ALC) DURANTE EL PERIODO 1995-2005 Y SUS EFECTOS SOBRE LA EQUIDAD.....	12
EXPANSIÓN DEL ASEGURAMIENTO	12
CONTRATACIÓN DE PRESTADORES PRIVADOS	14
DESCENTRALIZACIÓN	15
DESCONCENTRACIÓN	16
DEVOLUCIÓN	17
AUTONOMÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.....	18
PAQUETES BÁSICOS DE SERVICIOS.....	19
LA EXPERIENCIA CUBANA EN RELACIÓN A REFORMAS: EJEMPLO DE UN ENFOQUE AMPLIO HACIA LA EQUIDAD	20
LECCIONES APRENDIDAS	22
REFERENCIAS	25

RESUMEN EJECUTIVO

El presente reporte intenta sistematizar la experiencia y lecciones aprendidas en relación a las reformas del sector salud (RSS) y sus efectos sobre la equidad en el acceso y entrega de servicios durante el periodo 1995-2005. Para ello se realizó una búsqueda y recopilación de estudios publicados en revistas internacionales (en idioma Inglés y Español) y literatura gris. La evidencia recopilada apunta a que la implementación de RSS en la mayoría de países no ha tenido los efectos esperados. En Colombia, aún cuando ha habido algunos logros en reducción de la inequidad, los mismos están asociados a disparos en el gasto de salud (por sobre el 10% del PIB) lo cual hace poco sostenible el mantener los logros e irreal el poder expandir los beneficios a la otra mitad de la población pobre que aún se encuentra por fuera del sistema.

En otros países, las características del sistema de salud que han creado inequidades en la entrega de servicios, tales como favorecer a las áreas urbanas y poblaciones de mayor riqueza, se han mantenido aún y con la implementación de RSS (Brasil). En estos contextos, la RSS pudo ser una oportunidad para reencauzar el desbalance del sistema. Sin embargo, se observa una situación que parece perpetuar la carga histórica de inequidad en el acceso a la salud.

Para otros países, la descentralización se ha implementado a la par que se ha ido reduciendo el gasto público en salud (Nicaragua, Guatemala). Esto ha hecho poco factible la tarea de reducir la inequidad en la asignación del gasto público. Existe también evidencia de que el cobro por servicios en hospitales autónomos ha afectado el acceso y utilización de la población pobre (Honduras y Perú).

Debido a los pocos resultados positivos para la región de América Latina y el Caribe, el reporte sugiere que los últimos 10 años de RSS han sido una década perdida para la búsqueda de equidad en los sistemas de salud. Lo anterior es el resultado de implementar políticas que carecen de una adecuada base teórica y empírica para apoyar la búsqueda de la equidad. Afortunadamente se percibe una nueva etapa que toma en cuenta las lecciones de los años anteriores y propone nuevos tipos de reformas sustentadas principalmente en la atención primaria. Estos renovados esfuerzos brindan esperanza de mejores logros hacia el futuro.

AGRADECIMIENTOS

La Sociedad Internacional de Equidad en Salud desea agradecer Walter Flores quien es el autor principal de este informe. El trabajo con el apoyo técnico y logístico de Mónica Riutort y Bárbara Starfield. El agradecimiento es extensivo a los miembros del capítulo de las Américas de ISEqH que hicieron llegar comentarios y sugerencias al borrador del presente documento. También se agradecen los comentarios al borrador enviados por la Organización Panamericana de la Salud. Agradecimientos especiales a Román Vega y Fabio Cabarca por todos sus comentarios. A los diferentes colegas que hicieron llegar sus publicaciones, se les agradece profundamente.

INTRODUCCION

El presente trabajo de revisión surge de la necesidad de sistematizar las políticas de salud que afectan la equidad en la región de América Latina y el Caribe (ALC). Para ello toma como eje los paquetes de políticas conocidos como 'reformas del sector salud (RSS)'. Las RSS han resultado en la implementación de diferentes políticas que afectan áreas específicas de los sistemas de salud (ej. financiamiento, recurso humano, organización de los servicios) lo cual puede tener un efecto positivo o negativo, directo o indirecto, sobre la equidad en salud

Existen varios esfuerzos que han venido documentando los procesos de RSS. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha producido perfiles de los países los cuales incluyen descripciones de los procesos de RSS que se han implementado¹. Otro trabajo analiza la producción de conocimiento en relación a equidad en la región de las Américas para el período 1971-2000.² El presente trabajo busca complementar los esfuerzos anteriores a través de sistematizar la evidencia existente en la literatura sobre los efectos que las políticas de RSS han tenido en mejorar/exacerbar la inequidad en los países de la región en un periodo específico (1995-2005).

Las preguntas claves que busca responder el presente documento son:

- ¿Cuáles son las políticas de RSS relacionadas a la equidad que se han implementado en la región y qué relación tiene con la equidad en la salud?
- ¿Cuáles son los efectos (esperados y no esperados) que dichas políticas han tenido sobre la equidad en salud?
- ¿Qué lecciones se han aprendido en el proceso de implementación de RSS y equidad?

Metodología

La captación y recopilación de la literatura siguió los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Estudios que evalúan resultados específicos: cambio en la situación de equidad, reducción o aumento de inequidades asociadas a políticas de reforma del sector salud, apoyados en datos de fuente primaria o secundaria.
- Estudios que evalúan las políticas de RSS con efectos (directos o indirectos) para la equidad en salud.
- Estudios publicados durante el periodo 1995-2005

Exclusión:

- Publicación de opiniones personales que no incluyen datos de apoyo (primarios o secundarios).

¹ Los perfiles están disponibles en: <http://www.lachsr.org>

² Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003 Dec;93(12):2037-43.

La captación y recopilación de la literatura se realizó a través de las siguientes bases de datos:

BASES DE DATOS	Términos usados en la búsqueda
PUBMED (www.pubmed.com)	'Health sector reform AND evaluation' 'Health sector reform AND equity' 'Health sector reform AND Latin America' 'Decentralization AND equity'
PARTNERSHIP FOR HEALTH SECTOR REFORM (http://www.phrplus.org)	'Health sector reform' Equity; inequity
Database journal Health policy (http://www.sciencedirect.com/science/journal/01688510)	'Health sector reform' 'equity'; inequity
Database health policy and planning	'Health Sector Reform' equity; inequity
Health Economics (www.intersciencie.wiley.com)	'Health Sector reform' equity, inequity
Scielo (www.scielosp.org)	Reforma del sector salud; Equidad; inequidad
POPLINE	Health Sector reform' equity, inequity

En adición se revisó alguna literatura gris a la cual se tuvo acceso durante el proceso de recopilación. Dicha literatura fue identificada a través de búsquedas en páginas-web de algunas instituciones relacionadas a sistemas de salud en la región de ALC.

Limitantes del reporte:

Es importante anotar que existe un número reducido de estudios evaluativos de la RSS y equidad. Esta situación ya ha sido identificada anteriormente por otros autores (Blas & Hearst 2002).

La revisión de la literatura gris (reportes de consultoría o estudios no publicados en revistas internacionales) está influenciada por las fuentes conocidas por el autor. Es probable que exista literatura que provea evidencia adicional en otras fuentes.

DEFINICIONES Y MARCO CONCEPTUAL

Los sistemas de salud y las reformas

El sistema de salud es el marco en el cual se insertan las acciones de reforma y las mismas suceden dentro de contextos específicos (realidad particular de los diferentes países). Todas las reformas buscan cambiar elementos o aspectos del 'sector salud' o 'sistema de salud' al cual van dirigidas. El determinar si una reforma específica es la adecuada para cierto país requiere primeramente una debida comprensión del sistema de salud de dicho país. Por lo tanto, una adecuada comprensión de lo que constituyen las reformas sectoriales o de sistema de salud³, requiere inicialmente que se comprenda lo que constituye un sistema de salud.

¿Qué es un sistema de salud?

La organización mundial de la salud (OMS) define al sistema de salud como aquel que *"incluye todas las actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar o mantener la salud"* (WHO 2000). Así mismo propone que los sistemas de salud debieran ser analizados y comparados a partir del desempeño de los mismos en relación a 4 funciones: rectoría, creación de recursos, entrega de servicios y financiamiento.

Roberts et al (2004) hacen explícito los distintos elementos o componentes incluidos en un sistema de salud los cuales son:

- Todos aquellos individuos y organizaciones que prestan servicios de salud, sea público o privado, que utilizan medicina occidental o tradicional, con licencia o sin licencia (médicos, enfermeras, hospitales, clínicas, farmacias, promotores de salud y curanderos).
- Los mecanismos que hacen que fluya el dinero para financiar el sistema, ya sean oficiales o no, a través de intermediarios o pagos de bolsillo de los pacientes.
- Las actividades de aquellos que prestan insumos especializados al sistema de salud, tales como las escuelas de medicina y enfermería y los productores de medicamentos, insumos y equipos médicos.
- Los profesionales cuya labor es planificar, regular y ser los intermediarios financieros y cuyo propósito es controlar, financiar e influir a los prestadores de servicios de salud. Estos profesionales pertenecen a los ministerios de salud, finanzas, planeación, instituciones aseguradoras de tipo social y privado e instituciones reguladoras.
- Las actividades de organizaciones que prestan servicios de salud preventiva (vacunación, planificación familiar, control de enfermedades infecciosas y educación en salud.). Estas organizaciones pueden ser públicas, privadas, locales, nacionales o internacionales.

¿Qué son las reformas del sector salud?

Roberts et al (2004) definen la reforma del sector salud como un *'esfuerzo significativo e intencionado para mejorar el desempeño del sistema de salud'*. Los autores utilizan el término desempeño en función de la propuesta que ellos mismos hacen para definir un sistema de salud que incluye resultados intermedios de desempeño (eficiencia, calidad y acceso) y las metas de desempeño (estado de salud de la población, satisfacción de los ciudadanos, protección contra riesgo financiero). Los autores agregan que las reformas que llevan a cabo los países pueden diferenciarse por dos dimensiones: a) el número de aspectos o componentes que son

³ Varios autores utilizan los términos 'sector salud' y 'sistema de salud' en forma indistinta. De ésta misma forma es usado en el presente trabajo.

‘cambiados’ en un sistema de salud y b) qué tan radical son los ‘cambios’ a partir de las prácticas anteriores. Los autores sugieren que las reformas introducen cambios que combinan diferentes intervenciones en las áreas de financiamiento, pago, organización, regulación y el influir en la conducta de pacientes y prestadores de servicios.

Para el tema de equidad, el presente estudio utiliza las siguientes definiciones:

Equidad en la Salud: La ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (ISEQH 2005). *Inequidad en la salud:* Diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. (ISEQ 2005).

¿Equidad en la salud de la población o equidad en la prestación de servicios de salud?

Existe también diferencia entre equidad en la salud de la población y equidad en la prestación de los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud (WHO 1996) ha definido que la equidad en la salud se refiere a la noción en la cual toda la población debe gozar del más alto nivel de bienestar físico, psicológico y social que sea permitido por las limitaciones biológicas. Por otro lado, equidad en la provisión de servicios de salud significa que los recursos y servicios del sector salud son distribuidos y proveídos de acuerdo a la necesidad de la población, y que los mismos son financiados de acuerdo a la capacidad de pago de la población.

En forma más operativa, se puede decir que cuando hablamos de equidad en cuanto al estado de salud de la población nos referimos a los niveles de mortalidad y morbilidad que experimentan los diferentes grupos sociales. Equidad en la prestación de los servicios de salud nos referiremos a los niveles de acceso, utilización y financiamiento de los servicios de salud experimentados por los diferentes grupos poblacionales.

Equidad vertical y horizontal

La equidad horizontal es el tratamiento igual para iguales mientras que la vertical sugiere un tratamiento desigual para desiguales. Por ejemplo, si lo aplicamos al análisis de la equidad en financiamiento, la equidad horizontal busca que todos los individuos con recursos iguales realicen pagos iguales, mientras que la vertical busca que se tome en cuenta la capacidad de pago, es decir, individuos con mayores recursos contribuyen en mayor forma a financiar el sistema. En otras palabras, la equidad vertical se relaciona con subsidios y progresividad en el financiamiento del sistema de salud (Vargas et al 2002).

Marco conceptual para analizar las reformas del sector salud y equidad

Para poder analizar los efectos de las políticas de reforma sobre la equidad, se requiere primero identificar las diferentes categorías de metas de equidad, las barreras que influyen en dichos tipos de equidad y las intervenciones que se pueden implementar dirigidas a afectar dichas barreras. En este reporte hemos identificado 6 categorías de metas de equidad, sus barreras y las posibles intervenciones. Dichas categorías se resumen en la tabla I.

Tabla 1. Diferentes categorías en las metas de equidad y sus posibles intervenciones.

Categorías en las metas de equidad	Barreras que influyen	Intervenciones dirigidas a afectar las barreras
Categoría 1: Equidad en acceso a los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras físicas (distancia, topografía). • Barreras organizativas (horario limitado de los establecimientos). • Barreras culturales (prestadores (as) de servicios ajenos al idioma y cultura local). 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de servicios a través de equipos móviles (extensión de cobertura de un prestador público o privado bajo contrato). • Implementación de servicios de salud con horarios ampliados. • Entrega de servicios por prestadores (as) que hablan idiomas locales.
Categoría 2: Equidad en la utilización de servicios	Barreras financieras: <ul style="list-style-type: none"> • Pago por servicios en establecimientos públicos. • Costo de los servicios en establecimientos privados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de exención de pago a usuarios pobres o vulnerables en los establecimientos públicos de salud. • Expansión del aseguramiento médico.
Categoría 3: Equidad en la asignación de recursos	Tendencia del gobierno central a favorecer con una mayor asignación de recursos públicos a los centros urbanos y unidades territoriales con mayor riqueza e influencia política	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de fórmulas progresivas en la asignación de recursos • Desconcentración financiera hacia autoridades ministeriales locales. • Devolución de la infraestructura y recursos financieros a gobiernos locales
Categoría 4: Equidad en la entrega de servicios de calidad	Tendencia a entregar servicios de menor calidad a poblaciones pobres	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditación y certificación de prestadores públicos y privados
Categoría 5: Equidad en la entrega de servicios que son efectivos	Tendencia en que las nuevas intervenciones y/o servicios efectivos son recibidos preferiblemente por poblaciones de mayores recursos (debido a disponibilidad y costo)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de intervenciones basadas en atención primaria en salud • Entrega de servicios integrales (más allá de paquetes de servicios básicos/ preventivos)
Categoría 6: Equidad en los niveles de salud de la población	Utilización de servicios que son efectivos en la reducción de inequidades en salud Otras determinantes sociales de la salud (educación, empleo, ingreso económico, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de intervenciones basadas en atención primaria en salud. • Implementación de intervenciones integrales y multisectoriales (salud, empleo, educación, etc.).

De las 6 categorías de metas de equidad, 5 de ellas incluyen barreras e intervenciones que pueden ser abordadas directamente desde los sistemas de salud. Esto indica que los sistemas de salud juegan un rol importante que va desde implementar estrategias concretas para mejorar el acceso (categoría 1) hasta el promover la entrega de servicios que son efectivos para reducir las brechas de inequidad en los estados de salud de la población (categoría 5)⁴.

⁴ Evidencia reciente ha documentado que los sistemas de salud basados en atención primaria logran una mayor equidad en los estados de salud de la población (Starfield 2006; Starfield et al 2005).

La categoría 6: equidad en el estado de salud de la población, es la de mayor complejidad de abordar ya que en la misma influyen determinantes sociales que están por fuera del sistema de salud. En adición a ello, los niveles de salud de la población son afectados por las características de la comunidad o contexto (social, ambiental, económico, conductual y del sistema de salud) y el conjunto de las características de cada uno de los individuos que conforman la comunidad (Starfield 2002).

Una vez identificadas las diferentes categorías de metas de equidad, el siguiente paso es identificar las políticas de reforma implementadas en la región durante el periodo 1995-2005 y su relación con las categorías de metas de equidad. Estos aspectos se resumen en la tabla siguiente 2.

El primer elemento que sobresale en la tabla 2 es el hecho que las políticas de reforma únicamente han abordado 3 de las 6 categorías posibles de metas de equidad. En adición a lo anterior, la meta de equidad en el acceso se caracteriza por identificar e implementar 'paquetes básicos de servicios', es decir, se promueve la equidad en el acceso a un paquete básico únicamente y no a la integralidad o totalidad de servicios de salud disponibles en el sistema de salud.

Es importante aclarar que existen otros países en la región que están implementado una o varias de las políticas de reforma que se identifica en la tabla anterior. Sin embargo no se incluyen en este reporte debido a que no se encontró literatura publicada al respecto.

También se debe aceptar que no existe una división clara entre las diferentes políticas de reformas que se han implementado y algunos lectores pueden pensar en una organización de las políticas en categorías diferentes a la que hemos hecho en la tabla 2.

Las siguientes secciones abordarán cada una de las políticas de reforma identificada en la tabla 2. Para cada una de las políticas se hace una descripción de las características relevantes incluyendo el tipo o meta de equidad que buscan alcanzar y los supuestos que acompañan a dichas políticas. Luego se procede al análisis de la evidencia documentada en la literatura sobre los impactos de dichas políticas sobre los diferentes tipos de equidad.

Tabla 2. Políticas de reforma y su relación con las metas de equidad implementadas por países de la región durante el periodo 1995-2005

Meta de Equidad	Políticas de reforma (1995-2005)	Propósito de la política en relación a la equidad	Países que han implementado dichas políticas (según este reporte)
Equidad en el acceso	Implementación de equipos móviles de prestadores de servicios que pueden ser privados (bajo contrato) o públicos para la entrega de paquetes básicos de servicios.	Mejorar el acceso a un paquete básico de servicios al reducir las barreras físicas de la población pobre que se encuentra alejada de la red de servicios públicos.	Guatemala (contratación de prestadores privados) Costa Rica (prestadores públicos)
	Definición e implementación de paquetes básicos de servicios de acceso universal	Regular el acceso universal a un paquete básico de servicios dentro de un modelo de aseguramiento médico	Colombia México
Equidad en la utilización	Expansión del aseguramiento médico	Reducir las barreras financieras a la utilización de servicios al expandir modelos de aseguramiento médico a través de modelos privados y públicos	Colombia y Chile (modelo competencia gerenciada) Brasil* (modelo de aseguramiento público)
	Autonomía a establecimientos públicos de salud	Aumentar la utilización de servicios por población pobre al ser subsidiados por los pagos realizados por población no-pobre	Perú Honduras
Equidad en la asignación de recursos	Desconcentración financiera	Mejorar la asignación de recursos al transferir la autoridad para la asignación de recursos a niveles locales dentro de los ministerios de salud	Guatemala Nicaragua
	Devolución a gobiernos locales	Mejorar la asignación de recursos, acceso y utilización al entregar la infraestructura y recursos (humanos y financieros) a los gobiernos locales	Colombia Chile Brasil*

* Es importante aclarar que Brasil ha estado implementando en años recientes, intervenciones a través del Sistema Único de Salud (SUS) dirigidas a las categorías 4 y 5 de las metas de equidad (Equidad en la calidad de servicios y equidad en la entrega de servicios que son efectivos), sin embargo no existen aún evaluaciones de dichos esfuerzos.

CARACTERIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ALC) DURANTE EL PERIODO 1995-2005 Y SUS EFECTOS SOBRE LA EQUIDAD

En este apartado se analizan las siguientes políticas: Expansión del aseguramiento, contratación de prestadores privados, descentralización y entrega de paquetes de servicios esenciales o básicos. Al final se incluye una sección sobre la experiencia del sistema de salud cubano como un caso aparte debido a que difiere de los procesos implementados en otros países.

Expansión del Aseguramiento

Las reformas del aseguramiento se han dado principalmente en aquellos países de ingresos medios (Brasil, Chile, Argentina, Colombia)⁵. Dichas reformas se proponen mejorar la eficiencia y equidad del aseguramiento médico⁶. Los aspectos específicos a la eficiencia de las reformas no se abordan en este trabajo. En el caso de la equidad, las reformas buscan extender el aseguramiento a toda la población y reducir el impacto negativo de los gastos de bolsillo en la población pobre.

Es posible identificar 2 modelos que se han utilizado para extender el aseguramiento médico. Ambos modelos están basados en el aseguramiento obligatorio de la población en empleo formal y subsidio público a la población sin capacidad de pago (o sin empleo formal). En el primer modelo, la afiliación está administrada por entes privados y quasi-privados (en Colombia también por públicos), así como los prestadores de servicios pueden ser públicos y privados (Colombia, Chile y Argentina); y el otro es un modelo de aseguramiento público universal (financiado con impuestos generales) y prestación mixta, el cual se ha implementado en Brasil. El primer modelo que expande el seguro privado, ha estado asociado a otras políticas económicas que han privatizado los fondos de pensiones (Madrid et al 1998).

El rol del Estado en promover la expansión del aseguramiento privado se lleva a la práctica al desmonopolizar la seguridad social. El principal resultado es dar la opción al afiliado de seleccionar la empresa aseguradora de su preferencia. Es decir, si optan por salirse del sistema tradicional de seguridad social, los individuos se llevan con ellos la prima y “eligen” entre las opciones privadas que se ofrecen. El propósito es generar la competencia entre los diferentes aseguradores, incluyendo el instituto de seguridad social, para afiliarse a la población. El Estado toma ya no el rol de prestador de servicios sino el de ‘modular’ y ‘regular’ la competencia y el sistema en general. Esto es lo que se conoce como ‘competencia gerenciada’⁷.

En el modelo implementado en Brasil, los afiliados pueden si lo desean, afiliarse a un seguro privado, sin embargo no pueden llevarse con ellos la prima de aseguramiento.

Impacto del aseguramiento médico sobre la equidad en el acceso

Las dos experiencias más estudiadas son Colombia y Chile. En el caso de Colombia, se ha reportado que durante el periodo 1993-1997, el porcentaje de población afiliada a un seguro

⁵ Se reporta que algunos países del Caribe Inglés han definido reformas dirigidas al aseguramiento. Sin embargo están en fase inicial y no se tiene resultados de la evaluación de dichas reformas (Análisis de las reformas del sector salud en la subregión del Caribe de habla inglesa. LACHSR (2002)

⁶ Nos referimos específicamente a seguros médicos que permiten la atención en situaciones de enfermedad. No abordamos las pensiones o contribuciones que en algunos países están asociados al aseguramiento médico.

⁷ Se ha asumido que dicha competencia promueve la eficiencia del sistema y la mejora en la calidad de servicios y satisfacción de los usuarios. Existe un cuerpo de evidencia que refuta estos supuestos (ver: Iriart et al 2001; Plaza et al 2001; Homdes & Ugalde 2005)

médico aumentó más del doble (de 23.7% a 57.2%). Todos los quintiles de ingreso aumentaron, pero la principal ganancia se obtuvo en el quintil de menor ingreso, que pasó de un 3.1% a 43.7% (Jaramillo 2002).

Existe también evidencia de una reducción en la inequidad en el aseguramiento medido a través del índice de concentración⁸. Es importante anotar que aún cuando se aumentó la población 'asegurada', el estudio no obtuvo evidencia que el aseguramiento se ha transformado en una mayor accesibilidad y utilización de los servicios. (Céspedes-Londoño et al 2002).

En cuanto a reducir las inequidades en el gasto de bolsillo, aquí la evidencia no es concluyente. Un estudio analizó la progresividad del gasto de bolsillo⁹ usando datos de 3 encuestas nacionales (1985, 1993, 1997), y encontró efectos regresivos al comparar el gasto de bolsillo contra el ingreso del hogar y efectos progresivos al compararlo con los gastos del hogar (Castano et al 2002).

El logro de Colombia en extender el aseguramiento a la población pobre se ha dado principalmente por el subsidio del sistema (a través de contribución de afiliados con capacidad de pago y el Estado). Existen sin embargo, tres preocupaciones al respecto que han sido abordadas por distintos autores. La primera es el disparo del gasto en salud que ha sucedido durante el mismo periodo. En 1990 se estimaba en 4% del PIB, para el año 1998 llegó a 10.5%. (Yépez y Sánchez 2000). Se ha estimado que el aumento en el gasto no se debe únicamente al subsidio sino que también a los costos de transacción de la privatización del aseguramiento y su administración, así como ineficiencias que aún existen (Homedes & Ugalde 2005).

En relación al aumento del gasto, ha sido motivo de preocupación el hecho que el aumento ha afectado en forma inequitativa a los diferentes grupos socioeconómicos. Datos para Bogotá estiman que durante el periodo 1993-1997, el quintil de mayor riqueza disminuyó en un 40% su contribución al gasto en salud mientras que en el quintil de mayor pobreza aumentó en un 45% su contribución al gasto (Homedes & Ugalde 2005).

La segunda preocupación tiene que ver directamente con la equidad en el acceso financiero. Existe más de un 40% de población pobre que aún no está asegurada. Esta es la población que sufre los mayores niveles de inequidades (Flórez & Tono 2002).

La tercera preocupación en Colombia es el hecho que la población asegurada al régimen subsidiado, recibe únicamente un paquete de servicios que representa la quinta parte del paquete para la población contribuyente. Se discute que ésta situación convierte el derecho a la salud reconocido en la constitución Colombiana, a un ejercicio con 2 tipos de ciudadanos: aquellos con posibilidades de cotizar al seguro y los pobres sin empleo formal (Hernández 2002)¹⁰.

En Chile, las reformas han creado dos subsistemas de aseguramiento (público y privado) el cual está claramente segmentando. El sistema público asegura a usuarios de menores recursos y mayor riesgo mientras que el privado asegura a la población de mayores ingresos y menor riesgo (Sapelli 2004). En adición a ello, el sistema público atiende a individuos que aún estando afiliados a un seguro privado, no lo utiliza debido a la incapacidad de financiar los copagos impuestos por las compañías aseguradoras (Estrada et al 1998).

⁸ Índice de concentración en 1993 (0,34) y 1997 (0,17).

⁹ Utilizando el índice de Kakwani.

¹⁰ Los elementos anteriores serán abordados en mayor detalle bajo la política de paquetes básicos de servicios.

En Brasil, a pesar del sistema unificado de salud (SUS), el cual es la base del aseguramiento público universal, no se ha logrado llegar a la población en las regiones de mayor pobreza (norte y noroeste). Los servicios disponibles en éstas regiones siguen siendo insuficientes en comparación al resto de regiones del país (Collins et al 2000). Se cree que los resultados no satisfactorios para el seguro universal se han dado principalmente por un financiamiento insuficiente y el financiamiento que ha estado disponible se ha distribuido en una forma inequitativa entre las regiones (Almeida et al 2000)¹¹.

También en Brasil, se reporta que la calidad de servicio prestado a través del SUS no satisface las percepciones de los grupos de alto y medio ingreso los cuales buscan el aseguramiento privado, incluyendo a los trabajadores del empleo formal que eran anteriormente parte del instituto de seguro social (Collins et al 2000).

Contratación de prestadores privados

La contratación de la entrega de servicios de salud se ha definido como una estrategia para mejorar la eficiencia y mejorar la calidad en la entrega de servicios de salud (Abramson 2001). Los contratos se dan cuando el comprador pertenece al sector público o es una organización del seguro social y el proveedor es un ente autónomo de carácter estatal o una organización privada (con o sin ánimo de lucro). La contratación de prestadores privados puede abarcar los servicios que van desde un paquete integral de servicios médicos hasta servicios no-clínicos, como por ejemplo los servicios de limpieza de un hospital (England 2002).

Se puede identificar dos escenarios diferentes donde se ha implementado la contratación. Uno es donde existe una red pública de servicios en la cual ciertos servicios médicos (tales como exámenes de laboratorio, atención ambulatoria) se contrata a prestadores privados. En varios países de Centroamérica, el subsistema del seguro social ha implementado este tipo de subcontratación¹².

El segundo escenario es cuando la contratación se realiza para que se entreguen servicios en aquellas regiones de un país en donde la red pública de servicios es limitada o no existente. Este segundo escenario, además de propósitos de eficiencia, ha sido justificado para mejorar la equidad en el acceso a servicios básicos de salud.

En este reporte nos concentraremos en analizar el segundo escenario, utilizando los casos documentados de Guatemala y Costa Rica¹³.

Tanto en Guatemala como en Costa Rica, el contrato de prestadores se basa en unidades de pago por capitación por un determinado paquete de servicios (MSPAS 2002; Rosero (2004). Estos paquetes difieren sustancialmente en el nivel de servicios que ofrecen siendo el de Costa Rica de mayor amplitud y entregado por un equipo básico de profesionales médicos, mientras que en Guatemala se circunscribe a servicios básicos y entregado por 1 médico (a) apoyado por una red de voluntarios a nivel comunitario. No es el propósito de este trabajo el evaluar la eficacia de ambas modalidades, por lo tanto nos concentraremos en los efectos que la política del subcontrato ha tenido al interior de los sistemas de salud de Costa Rica y Guatemala.

¹¹ El tema de la asignación de recursos se analiza con mayor detalle bajo la política de descentralización

¹² Información verbal brindada por autoridades del Instituto de Seguridad Social de Guatemala y El Salvador.

¹³ Los prestadores en Costa Rica no son privados sino públicos. Aparte de esto, el modelo presenta características claves relacionada a las políticas de contratación.

Impacto de la contratación de prestadores privados sobre la equidad en el acceso

El escenario de contratación hacia áreas geográficas de un país en donde la red pública es insuficiente parece tener potencial de mejorar la equidad en el acceso. Esto es relevante si se toma en cuenta que existe aún un número importante de población en Latinoamérica que carece de acceso a la red pública de servicios de salud y que tampoco tiene acceso a la seguridad social (López-Acuña et al 2000; OPS-ASDI 2003).

En Costa Rica, a través de la implementación de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) y focalizándose en población con menor acceso, se ha logrado reducir la brecha de inequidad en el acceso geográfico a servicios de salud del primer nivel (Rosero-Bixby 2004)¹⁴.

En Guatemala, encuestas de hogar han identificado que la cobertura de servicios básicos de salud, tales como inmunización y atención prenatal ha aumentado en las áreas rurales del país (Gragnotati & Marini 2003).

El caso específico de Guatemala ha recibido mayor atención en la literatura debido a que la contratación se ha hecho a gran escala (Hecht et al 2004). En los últimos 5 años se han realizado contratos con alrededor de 92 proveedores privados (ONG's) que brindan un paquete básico de servicios a aproximadamente 25% de la población del país (MSPAS 2002).

La contratación a gran escala ha estado, sin embargo, asociada a problemas de gestión, particularmente en relación al monitoreo y supervisión de contratos y prestadores (DFID 2000). Estudios de caso han identificado una deficiente rendición de cuentas e incumplimiento de las cláusulas contractuales tanto en el ente que contrata como en el ente que presta los servicios. Son frecuentes los atrasos en los pagos a los prestadores de servicios y estos a su vez entregan un paquete incompleto o no cubren a toda la población. En adición, se identificaron deficiencias en la calidad de los servicios (INS 2003).

La implicación de la situación anterior es que aún y cuando hay evidencia de la reducción en la inequidad en el acceso a servicios básicos, estos servicios no están llegando con los mismos niveles de calidad para la población que los recibe.

Descentralización

Se entiende como descentralización la transferencia de la autoridad para definir políticas, tomar decisiones, implementar funciones gerenciales y el hacer uso de los recursos. Esta transferencia de autoridad se realiza dentro de un gobierno determinado (Collins 1994). La descentralización es la política o estrategia a la que más han recurrido los países de la región en sus proyectos de reforma (BID 1996).

Dentro de la descentralización se han incluido diferentes procesos y tipos tales como desconcentración, delegación, devolución, federalismo y la autogestión de unidades de provisión de servicio (MSH 2001; Ugalde & Homedes 2002). La principal diferencia entre estos diferentes tipos o procesos es el grado de responsabilidad, autoridad y autonomía que se transfieren desde el nivel central a la periferia.

¹⁴ El acceso sin embargo es medido como distancia de 4 kilómetros o menos a un prestador de servicios, lo cual no asegura la utilización de los servicios.

Es importante anotar que la descentralización como política no es exclusiva a un sector (salud o educación) sino que responde a políticas de reorganización del Estado. Es posible encontrar acciones de descentralización en más de un sector o agencia de gobierno en un país.

La importancia de analizar la descentralización reside en que la misma se ha justificado como una política que busca la mejora de la equidad (entre otros resultados). Se ha identificado, sin embargo, que una descentralización planteada en una forma inadecuada puede no ayudar a la equidad sino que por lo contrario exacerbarla (Collins & Green 1994).

A continuación se abordan los tres tipos de descentralización que se han dado en el marco de las reformas del sector salud a) desconcentración b) devolución y c) autogestión de establecimientos de salud.

Desconcentración

Por desconcentración se entiende la transferencia de alguna autoridad y responsabilidad a niveles periféricos que son parte de los ministerios y agencias del gobierno central (Rondinelli et al 1984). En el sector salud, la desconcentración implica que algunas funciones de gestión, tales como la elaboración y uso de presupuestos, sean transferidas del nivel central a niveles inferiores dentro del mismo ministerio. El control sin embargo permanece en el nivel central (FPM 1995).

La principal actividad que se ha ‘desconcentrado’ en ALC ha sido la elaboración de los presupuestos y el uso de los recursos financieros públicos. Se ha justificado que la desconcentración mejora la capacidad de respuesta de los niveles locales para responder a las necesidades de la población, incluyendo el mejorar la equidad en la asignación de recursos a las unidades geográficas (municipios, distritos) dentro de la jurisdicción de la autoridad desconcentrada.

Impacto de la desconcentración sobre la equidad en la asignación de recursos

Guatemala es uno de los países donde se ha implementado la desconcentración del nivel central hacia áreas de salud las cuales asignan recursos hacia los distritos de salud. Si la desconcentración contribuye a la reducción de inequidades, entonces se esperarían encontrar que la autoridad ‘desconcentrada’, en el caso de Guatemala el área de salud, asigna recursos a sus jurisdicciones (distritos de salud) basado en necesidades. Este no ha sido el caso para Guatemala. A pesar de tener la autoridad para asignar el gasto recurrente, las autoridades ‘desconcentradas’ continúan aplicando criterios que mezclan presupuestos históricos con capacidad instalada. Las necesidades de los distritos no son parte de los criterios para la asignación de recursos (Daniels y Flores 2004; Flores 2004).

Un elemento de relevancia en Guatemala es el hecho que el gasto público en salud decreció en un 10% durante el período 1997-2003 (Bitrán y López 2003). Una situación similar se reporta en Nicaragua, país que también ha implementado un proceso de desconcentración del nivel central del ministerio hacia los sistemas locales de salud (SILAIS). Durante el período 1992-1996, el gasto en salud en Nicaragua cayó en más del 12% (Birn et al 2001). Las situaciones de caída en el gasto en salud no son resultados directos de la desconcentración. Más bien responden a reformas del Estado (tales como el ajuste estructural). La relevancia para el análisis de la equidad reside en el hecho que se han transferido responsabilidades a los niveles subnacionales

en periodos donde se han reducido los recursos financieros. Esta situación ha sido observada por otros autores (Ugalde & Homedes 2002).

Devolución

La devolución se ha definido como la transferencia del poder a unidades subnacionales de gobierno y cuyas actividades están fuera del control directo del gobierno central (Rondinelli et al 1984). En el caso del sector salud, la devolución implica que la responsabilidad, autoridad y la rendición de cuentas es transferido a un nivel regional, provincial, departamental o municipal de gobierno (FPM 1995).

Se asume que una jurisdicción a la cual se le ha devuelto los servicios de salud, invertirá recursos adicionales (en adición al monto que le sigue llegando por la transferencia del nivel central) de su propio tesoro para mejorar la calidad de los servicios y ampliarlo en los territorios o poblaciones con mayores necesidades. Esto puede ser positivo para la equidad.

Es posible entonces, identificar beneficios potenciales de la devolución. Sin embargo, estos están asociados a la capacidad económica de la provincia o municipio al cual se le ha devuelto la autoridad política y administrativa. Si tomamos en cuenta la amplia desigualdad que se experimenta en los países de ALC, la devolución puede ser contraproducente para aquellas unidades territoriales de bajo nivel socioeconómico si no reciben compensadores por parte del nivel central. En un escenario de devolución, la inequidad en la globalidad del país puede ser exacerbada (Collins et al 2000).

Impacto de la devolución sobre la equidad en la asignación de recursos

La evidencia disponible proviene de estudios en Colombia, Chile y Brasil. En el caso de Colombia, la devolución fue acompañada de una asignación con mayor progresividad hacia los municipios pobres. La inequidad en la asignación entre municipios en los deciles de mayor riqueza y los de mayor pobreza se redujo en el periodo 1994-1997. (Bossert et al 2003).

Se cree que la mejora en la equidad en la asignación en Colombia fue posible debido a 2 factores a) implementar formulas de asignación per cápita que se alejaron de los presupuestos históricos y b) un aumento significativo en el gasto en salud, el cual creció en un 175% durante el periodo 1984-1997 (Castaño et al 2001). De hecho, aún los municipios ricos vieron un aumento del 50% en las transferencias recibidas del gobierno central (Bossert et al 2003).

En el caso de Chile, aún cuando la asignación desde el nivel central ha seguido fórmulas progresivas, no se ha evidenciado un cierre de brechas como el observado en Colombia. Esto debido a que los municipios ricos usan una mayor cantidad de sus propios recursos para salud (Arteaga & Darras 2003).

En el caso de Brasil, la asignación per cápita a los estados y de aquí a los municipios ha seguido una fórmula basada en los tamaños de la población. La asignación no ha tomado en cuenta, sin embargo, la inequidad histórica que se ha acumulado entre las regiones del país. Por ejemplo, la transferencia para pagos de servicios hospitalarios no toma en cuenta las disparidades geográficas, perfil epidemiológico, ni las condiciones socioeconómicas de las unidades territoriales (Almeida et al 2000).

Las transferencias del nivel central a los estados para el pago de servicios ambulatorios (prestados por agentes públicos, privados y filantrópicos) siguen una situación similar. Se establece un techo financiero máximo para la transferencia que fue definido en base a presupuestos históricos. La asignación de recurso no reduce las inequidades en la asignación financiera sino que consolida y perpetua la inequidad entre regiones (Almeida et al 2000).

Se ha sugerido que la asignación basada en presupuestos históricos y capacidad instalada está exacerbando la inequidad en el Brasil. En el año 1998, los estados de mayor riqueza, a pesar de tener una menor necesidad que los estados de mayor pobreza, recibieron más del doble de la transferencia per cápita que los estados con mayor pobreza (Collins et al 2000).

Autonomía de establecimientos de salud

En esta política se transfiere cierta autonomía a un establecimiento de salud (hospital o centro de salud) del sector público para que gestione las acciones e insumos necesarios para la prestación de servicios de salud. La autonomía conlleva como principal paso, la autorización para introducir cobros por los servicios que se ofrecen en el establecimiento (Ugalde & Homedes 2002). La autogestión también conlleva que los hospitales generen recursos financieros a través de la venta de servicios a aseguradoras o médicos privados. En Managua, Nicaragua, un hospital genera casi el 50% de sus propios recursos a través de la venta de servicios (Jack 2003).

La generación de recursos a través de la venta de servicios a terceros y cobro a los usuarios puede afectar (positiva o negativamente) la equidad en la utilización de establecimientos de salud. Los recursos generados por los hospitales a través de la venta de servicios pueden tener un efecto positivo si se emplean mecanismos para subsidiar la prestación de servicios a población de escasos recursos que atiende el hospital. Por otro lado, el cobro a los usuarios puede afectar negativamente a la equidad si los mismos se convierten en barrera para que la población de escasos recursos asista a los establecimientos de salud.

Impacto de la autonomía de establecimientos para la equidad en el acceso y utilización.

La experiencia documentada en la literatura se refiere al cobro por servicio a los usuarios de establecimientos públicos en Perú y Honduras.

En Lima Perú, los cobros hospitalarios afectaron en forma diferenciada, la utilización de los diferentes estratos socioeconómicos. Durante el período 1988-1997, el estrato de mayores recursos aumentó su utilización de 35% a 53%, mientras que el estrato de menor recurso disminuyó de 25% a 20%. Aún el estrato medio experimentó disminución de 39% a 27% en la utilización de servicios hospitalarios (Arroyo 1999).

En Honduras, el cobro se realiza en toda la red de establecimientos. Estos cobros se caracterizan por ser altamente regresivos y por exacerbar la inequidad en la utilización de servicios. Por ejemplo, el costo de una consulta ambulatoria es mayor en un puesto de salud que en un hospital. La exención del pago, el cual es una medida para proteger a la población pobre, es también regresiva. Alrededor de un 90% de la población que asiste a consulta externa en un puesto de salud paga por el servicio mientras que menos de la mitad lo hace si asiste a un hospital. La mayor cantidad de población que realiza pago por servicios en los establecimientos pertenece al quintil de mayor pobreza (Fiedler y Suazo 2002).

Los datos de Honduras demuestran que el cobro por servicios, en adición a ser contraproducente para la equidad, es también ineficiente. Los recursos generados por el cobro de servicios no sobrepasan el 2% del presupuesto del ministerio de salud. Más de dos terceras partes de lo recaudado se utiliza para administrar el sistema de cobros (Fiedler y Suazo 2002).

Paquetes básicos de servicios

Esfuerzos para priorizar las necesidades y focalizar los recursos están presentes desde hace varias décadas en los países en desarrollo. De hecho, la propuesta de atención primaria en salud selectiva (APS-selectiva)¹⁵ es una propuesta de priorización en donde se discute una cantidad limitada de servicios o intervenciones hacia los cuales los países en desarrollo deberían enfocar los recursos. Los programas de supervivencia infantil son otro ejemplo en donde los recursos se concentran en intervenciones catalogadas como costo-efectivas las cuales son enfocadas hacia la población infantil.

Lo anterior nos indica que el focalizar los recursos y los servicios son políticas o estrategias que se han venido implementando en el sector salud de los países en desarrollo desde hace varias décadas. Sin embargo, la notoriedad actual dentro de los programas de reforma en los países surge a partir de la publicación del reporte del Banco Mundial para el año 1993 en donde se presentan herramientas novedosas que buscan estimar la carga de enfermedad de las sociedades y el costo-efectividad de las intervenciones disponibles para atenderlas. La gran mayoría de países incluyen, desde entonces, políticas dirigidas a focalizar los recursos y servicios, ya sea a través de un paquete esencial o básico de servicios.

Es importante anotar que los métodos usados para estimar los paquetes esenciales (tales como la carga de mortalidad y los AVISA's) no poseen una aceptación universal entre académicos e investigadores. Existe un cuerpo relevante de literatura en la cual se debate tanto la robustez técnica de los métodos de estimación así como los principios éticos que los sostienen¹⁶. No es el objetivo de este reporte el analizar dichas metodologías y herramientas. Por lo tanto nos concentraremos en analizar si la entrega de paquetes básicos de servicio mejora o exacerba la inequidad.

Los efectos del paquete básico para la equidad se pueden enfocar desde la equidad horizontal. Si existe un acceso universal a determinado paquete, entonces se puede decir que se ha mejorado este tipo de equidad. Sin embargo, se ha discutido que el proponer los paquetes básicos como elementos de equidad es un retroceso en los servicios de salud para la población de escasos recursos y con mayor necesidad. De un enfoque de servicios integrales¹⁷ se pasa a oficializar un paquete 'mínimo' de servicios y el acceso universal se reduce a ese 'paquete mínimo' y no a una atención integral (Laurell 2001).

Impacto de los paquetes de servicios sobre la equidad en el acceso

La documentación disponible analiza los paquetes de servicios diferenciados en Colombia y México. En el caso de Colombia, la población que contribuye al seguro social universal recibe un paquete estimado en \$US 100, mientras que la población pobre que es subsidiada recibe un

¹⁵ La APS-selectiva surge en contraposición a la estrategia de APS-integral o comprehensiva en donde se sugiere proveer una mayor amplitud de servicios y beneficios a la población. El principal argumento de la APS-selectiva se refiere a que la APS-integral es muy costosa para los países en desarrollo, por lo cual deben concentrarse en un número limitado de intervenciones. Ver: Warren (1998).

¹⁶ Ver: Williams 2000; Murray & Lopez 2000; Williams 1998; Sen & Koivusalo 1998; Ugalde & Jackson 1995

¹⁷ el cual era el enfoque basado en la atención primaria en salud y que todavía estaba presente en los países previo a la implementación de los procesos de reforma.

paquete estimado en \$US 20. Aún cuando algunos autores han identificado la prestación del paquete básico subsidiado a población que antes no lo recibía como un paso positivo hacia la equidad (Céspedes et al) otros autores lo identifican como la oficialización de la inequidad en el sistema de salud Colombiano (Hernández 2002).

En el caso de México, se ha discutido que la población pobre pierde beneficios con los paquetes. Aún cuando se entrega sin costo alguno, los servicios que contiene son menos de lo que tradicionalmente ha brindado el ministerio de salud. El gasto per cápita de los programas que atienden a la población sin seguro era la mitad en el año 1997 de lo que fue en el año 1982. Por tanto el acceso universal a ese paquete mínimo viene a menor costo y con menores servicios para la población (Laurell 2001).

La experiencia Cubana en relación a reformas: ejemplo de un enfoque amplio hacia la equidad

Esta sección no intenta hacer un análisis exhaustivo del sistema de salud Cubano y sus reformas¹⁸. El propósito es resaltar aquellos aspectos claves que permitan comparar la experiencia específica de Cuba con la del resto de la región y resaltar la diferencia entre reformas limitadas como las implementadas en los demás países en la última década¹⁹ y reformas con una mayor integralidad como las implementadas en Cuba.

Uno de los primeros aspectos a mencionar es el hecho que la búsqueda de literatura en las bases de datos y utilizando los términos claves, no arrojó una sola publicación referente a reformas en Cuba. Tampoco se encuentra documentación sobre reformas en Cuba en la literatura gris de los sitios web consultados. Lo anterior podría ser explicado por dos razones. Las reformas más importantes del sistema Cubano ocurrieron en la década del 70 y 80 mientras que en el resto de la región ocurrió a inicios de la década del 90. Las reformas en Cuba fueron implementadas sin el apoyo de organismos financieros internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo). Los dos elementos anteriores hacen que las reformas en Cuba tengan una temporalidad y dinámica diferente a la del resto de países de la región.

Son innegables los logros del sistema de salud Cubano en relación al acceso y entrega de servicios y el impacto que ello ha tenido en mejorar el estado de salud de la población. Estos logros son también reconocidos por las autoridades del Banco Mundial (Lobe 2001). Por ello es relevante apuntar algunos de los factores asociados a las reformas del sistema de salud cubano. La primera situación por resaltar es la descentralización (del tipo desconcentración) del sistema que ocurrió en la década del 70. Este proceso llevó la planeación y entrega de servicios hasta el nivel municipal y expandió y organizó la red de servicios alrededor de unidades 'policlínicas' (De Vos 2005).

En la década de los 80's sucede otra reforma importante con la introducción de la medicina familiar lo cual permite expandir en una forma importante la atención del primer nivel a la población en un período relativamente corto. Para el año 1995, 95% de la población estaba registrada con un médico de familia (Figueras et al 1998; MINSAP 1996).

La etapa más crítica en el sistema de salud se da en los años 90 al tener que ajustarse a la nueva situación después del colapso de la Unión Soviética y Europa del Este. Cuba pierde el

¹⁸ Este tipo de aporte ya ha sido hecho por varios autores, sobresaliendo: De Vos P (2005) "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution. *International Journal of Health Services*, Volume 35, Number 1, Pages 189-207.

¹⁹ Las reformas basadas en la eficiencia o el mercado del tipo que han sido analizadas en este reporte.

80% de su comercio, el producto interno bruto (PIB) cae en más del 30% y el déficit fiscal aumenta en casi un 40% del PIB (De Vos 2005). Esta crisis económica tuvo efectos sobre el nivel nutricional de la población y la caída rápida de recursos estuvo asociada al reaparecimiento de enfermedades transmisibles. Para el segundo lustro de la década del 90, la situación económica tuvo un reencauce y se logran controlar las enfermedades transmisibles y se experimenta una recuperación de los principales indicadores de salud hacia los niveles previos a la crisis económica.

Al comparar la experiencia de Cuba con el resto de la región sobresale que el país implementó procesos de descentralización y reorganización de los servicios 15 años antes que algunos países (Brasil, Bolivia) y 20 años antes que el resto. El modelo de medicina familiar es innovador para países en desarrollo y se ha adaptado y extendido a otros países de la región (Brasil). Tal vez el hecho más relevante del proceso cubano es que las reformas de los últimos 30 años han estado basadas en atención primaria. Lo anterior es opuesto a la tendencia del resto de países de la región quienes han estado inmersos en reformas basadas en la eficiencia (López-Acuña et al 2000).

Actualmente el sistema cubano presenta retos para mejorar la eficiencia y calidad en la entrega de servicios. Se estima que 25% de los primeros contactos de los pacientes es en hospitales de emergencia y no el médico de familia. Estos desafíos se están abordando a través de fortalecer las acciones de atención primaria en salud, particularmente el rol del médico de familia (De Vos et al 2004). Lo anterior de nuevo contrasta con la experiencia del resto de países de la región en donde la búsqueda de eficiencia y calidad se aborda a través de cobros por servicios, aseguramiento privado y 'managed competition' entre otras políticas.

LECCIONES APRENDIDAS

Es importante anotar que el esfuerzo por identificar lecciones aprendidas de las reformas se ve afectado por el poco seguimiento y evaluación que se ha hecho a la implementación de las políticas. En general, los países no definen criterios para la evaluación de sus propias reformas (OPS 2002). Aún en países como Costa Rica, que cuentan con una tradición y calidad en la producción de información, se encontró que las reformas no previeron el establecer sistemas de evaluación y seguimiento (Rosero 2004). Este vacío en la evaluación de las reformas es crucial si se toma en cuenta que las reformas son experimentos sociales que tienen impacto directo o indirecto en la salud y oportunidades de los ciudadanos (Daniels 2005).

A pesar de lo anterior, los países se han involucrado en la implementación de las RSS y probablemente continúen haciéndolo. Es por ello que se hace relevante el poder proponer lecciones aprendidas a partir de la información que se encuentra disponible y que ha sido abordada en el presente trabajo.

Enfoque limitado de las metas de equidad en las RSS

Como ha sido discutido en páginas anteriores, las políticas de RSS abordaron en su mayoría la equidad en el acceso y en menor número la equidad en la utilización y en la asignación de recursos. Por lo general, las reformas no han trascendido hacia otras metas de equidad como calidad de los servicios y entrega de servicios que son efectivos, mucho menos hacia promover esfuerzos intersectoriales e integrales dirigidos a la equidad en la situación de salud de la población. Aún dentro de las intervenciones dirigidas a la equidad en el acceso, las RSS se concentraron en intervenciones basadas, en su mayoría, en criterios de eficiencia y menos en intervenciones integrales o de mayor amplitud dirigidas a reformar la organización de los servicios o sistemas de salud. Un ejemplo de este tipo de reformas integrales constituyen las implementadas por el sistema Cubano en la década de los 80's. Costa Rica y Brasil han implementado algunas políticas de reforma siguiendo criterios y principios de la atención primaria de salud²⁰.

Análisis prerreforma y reforma

Varios de los estudios que existen sobre las reformas ofrecen una descripción y evaluación limitada de la situación de los sistemas de salud previa a las reformas. Para el tema de la equidad, significa que es necesario abordar en forma objetiva los problemas de inequidad que han venido acarreado los sistemas de salud de la región previa al apareamiento de las RSS. Esto para poder identificar si las RSS afectaron negativamente la equidad (que estaba en mejor situación antes de), empeoraron una situación inequitativa que ya se traía de antes o fueron poco relevantes para un sistema con inequidades asentadas en la estructura misma del sistema de salud y la sociedad. Se sugiere que estudios evaluativos de las RSS aborden con mayor profundidad el escenario prerreforma.

²⁰ Como se mencionó anteriormente, Brasil ha estado realizando esfuerzos importantes hacia reformas de mayor amplitud e integralidad cuyos resultados no han sido evaluados aún en una forma amplia.

Extensión del aseguramiento médico

En Brasil, el aseguramiento público está disponible para todos, sin embargo es usado principalmente por la población en situación de pobreza. En Chile, debido a la selección adversa, el sistema público asegura a los más enfermos y pobres mientras que el privado lo hace a los ricos que presentan menor enfermedad. En Colombia, los logros parecen limitados si se toma en cuenta que alrededor de la mitad de la población que necesita ser subsidiada en el aseguramiento se encuentra fuera del sistema. El caso de Colombia, que es el más publicitado por el logro de extender el aseguramiento a la población pobre, parece no ser recomendable si se toma en cuenta que dicho logro está asociado a un disparo en el gasto en salud (11% del PIB), el cual probablemente ningún país de la región pueda sostener.

Contrato de prestadores privados

La entrega de servicios por prestadores privados, financiado con recursos públicos (sin gasto de bolsillo para el usuario), es un mecanismo para mejorar la cobertura de servicios básicos en poblaciones con acceso limitado a la red pública de servicios. Este tipo de intervención debe ir acompañada de una supervisión cercana de los prestadores para asegurar la calidad en la entrega de servicios. De no ser así, existe el riesgo de extender servicios de menor calidad a la población pobre lo cual abre una nueva brecha entre la población pobre y no-pobre (acceso a servicios de calidad).

Pago por servicios en hospitales

La evidencia de Honduras y Perú es irrefutable en demostrar que la autonomía de hospitales no ha tenido buenos resultados para la equidad en el acceso y utilización. El cobro por servicios a usuarios ocasiona barreras para el acceso y es además ineficiente como generador de ingresos para los hospitales (2% del presupuesto en Honduras). Es por ello que la existencia de cobros por servicios solo pueden seguir siendo justificada como mecanismo de venta de servicios a terceros que poseen aseguramiento privado o público (o capacidad comprobada de pago) para evitar la transferencia de costos que se ha hecho del sector privado al sector público.

Descentralización

Colombia es el único caso en donde la descentralización ha sido acompañada de una reducción en la brecha inequitativa de asignación de recursos entre municipios pobres y ricos en un periodo determinado. Esto ha sido posible debido a un aumento en el gasto público en salud. En los otros países analizados (Nicaragua y Guatemala) la descentralización ha sido acompañada de una caída en el gasto público, lo cual dificulta poder compensar a aquellas unidades territoriales que tienen mayores necesidades.

Otra lección aprendida es que la oportunidad que ofrece la descentralización para mejorar la equidad en la asignación se vuelve irrelevante si las autoridades 'descentralizadas' continúan aplicando presupuestos históricos para asignar a las unidades dentro de su territorio (Guatemala). La falta de una asignación progresiva puede también ocasionar que se exacerbe la inequidad entre regiones geográficas (Brasil).

Paquetes básicos o esenciales de servicios

La meta anterior a la reforma de brindar atención integral a todos los ciudadanos (bajo los preceptos de la atención primaria en salud y los derechos constitucionales) se ha reducido a un 'paquete básico' durante la reforma. Estos paquetes no son de acceso universal a toda la población (Colombia, México), por lo tanto en la práctica se ha fraccionado aún más los beneficios que recibe la población y se observan 3 categorías de ciudadanía en relación al acceso a la salud: a) ciudadanos con capacidad de pago con acceso a servicios completos e integrales b) ciudadanos pobres con acceso a un 'paquete esencial' de servicios y c) ciudadanos pobres sin acceso a algún tipo de servicio.

La década perdida en la búsqueda de la equidad en salud

¿Podemos hablar de una década perdida para los sistemas de salud y la equidad? Probablemente. Pero el elemento más relevante es que no se debe pedir o esperar que los sistemas de salud de la región vuelvan a lo que eran antes de implementar las RSS. De los países abordados en este trabajo, únicamente Costa Rica tiene antecedentes de sistema de salud pro-equidad anterior a la reforma. Para el resto de países, las RSS se insertaron en sistemas de salud históricamente inequitativos.

Próximos pasos

Se ha hablado de la necesidad de una 3ª generación de reforma (Lopez-Acuña et al 2000) y de nuevas reformas basadas en la equidad (Gwatkin 2002). Lo anterior puede ser beneficioso siempre y cuando estas 'nuevas reformas' usen procedimientos democráticos e incluyentes para su definición y monitoreo. Hasta ahora, la gobernabilidad del proceso de definición e implementación de las reformas ha sido una de las mayores debilidades en la mayoría de los países (OPS 2002). Actualmente existen experiencias y herramientas para que regiones descentralizadas y la sociedad civil participen en un monitoreo activo de los procesos de implementación de las políticas de salud (Daniels & Flores et al 2005).

Es necesario también expandir los esfuerzos hacia la mejora de la equidad y ver más allá de las políticas estrictamente relacionadas al sector salud. La propuesta actual de la OPS para analizar e intervenir sobre la protección social en salud parece tener potencial al abarcar aquellas condiciones que crean inequidad y exclusión que sobrepasan los límites del sector salud (Levcovitz & Acuña 2003).

Finalmente, parece esencial recuperar y renovar la atención primaria en salud (PAHO 2005), por el potencial de obtener mejores resultados para la equidad de lo que se ha obtenido hasta ahora con las RSS. Es importante anotar que no todos los países de la región han implementado RSS basadas únicamente en la eficiencia y/o el mercado. Algunos esfuerzos de reforma previos a los de la década 1995-2005, como los realizados en Cuba y en Brasil en la década de los 80's, fueron basados en la filosofía y principios de la atención primaria en salud como los planteados en la declaración de Alma Ata. Este tipo de reformas parecen más duraderas y con mayor relevancia para abordar la necesidad de alcanzar la equidad, no únicamente en el acceso sino que también en las condiciones de salud de la población. Existe evidencia, tanto de países industrializados como de países en desarrollo, que los sistemas de salud basados en atención primaria logran mejores resultados en la salud de la población y a un menor costo que aquellos sistemas basados en la especialización médica (Starfield et al 2005; Shi et al 2004; Politzer et al 2003; Macinko et al 2003).

REFERENCIAS

- Almeida C (2002) Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública* 18(4):905-925.
- Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra M (2000) Health sector reform in Brazil: A case study of inequity. *International Journal of Health Services* 30 (1): 129-162.
- Abramson W (2001) Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy and Planning* 16 (4): 404-411
- Alvarez B, Pellisé L & Lobo F (2000) Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OECDE. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2):55-70
- Arroyo J (1999) La autonomización de los hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud, Lima, 1988-1997. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 6(5).
- Arteaga O & Darras Christian (2003) Decentralization and equity of resource allocation in Chile. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (12): 914
- Barraza-Llorens, Bertozzi E, González-Pier E, Gutierrez J (2002) Addressing Inequity in Health and Health Care in México. *Health Affairs* 21 (3): 47-56
- Birn A, Zimmerman S, Garfield R (2000) To decentralize or not to decentralize, is that the question? Nicaraguan health policy under structural adjustment in the 1990s. *International Journal of Health Services* 30 (1): 111-128.
- Berman P & Bossert T (2000) *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?* Paper prepared for the DDM Symposium: Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries'. Washington DC.
- Bitrán R & López A (2003) *Asignación presupuestaria al MSPAS de Guatemala*. Proyecto PHRplus Guatemala. Powerpoint presentation.
- Blas E, Hearst N (2002) Health sector reform and equito-learning from evidence? *Health Policy and Planning* 17 (Suppl 1):1-4
- Bossert T., Larrañaga O, Giedion U, Arbelaez J, Bowser D (2003) Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (2): 95-100.
- Castano RA, Arbelaez JJ, Giedion, UB, Morales LG (2002). Equitable financing, out-of-the-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy Plan* 17 (suppl): 5-11
- Castaño R, Arbelaez J, Giedion U, Morales L (2001). *Evolución de la equidad en el sistema Colombiano de Salud*. Serie financiamiento y desarrollo 118. Santiago de Chile: CEPAL.

Céspedes-Londoño J, Jaramillo- Pérez I, Castaño-, Castaño-Yepes A (2002) Impacto de las reformas del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 18 (4): 1003-1024.

Collins C, Araujo J, Barbosa J (2000) Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 52 (113-127).

Collins C, Green A (1994) Decentralisation and primary health care: some negative implications. *International Journal of Health Services* 7(2): 58-68

Collins C (1994) *Management and Organization of Developing Health Systems*. Oxford University Press. Oxford, UK.

Culyer A (1991) *Health, Health expenditures, and equity*. Discussion paper No. 83 Centre for Health Economics, University of York.

Daniels N, (2005) Toward Ethical Review of Health System Transformations. *American Journal of Public Health* (in press)

Daniels N, Flores W (2004) An Evidence-Based Approach to Benchmarking Fairness in Health Sector Reform in Latin America, pp 101-114 in: *Diálogo y cooperación en Salud. 10 años de Bioética en la OPS*. Lolas, F (Editor). OPS. Serie Publicaciones, Unidad de Bioética IKM. Santiago de Chile.

Daniels N, Flores W, Pannarunothai S, Ndumbe P, Bryant J, Ngulube T, & Wang Y (2005) An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health-sector reform in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol 83, 7 (pp 534-540)

De Vos P (2005) "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution. *International Journal of Health Services*, Volume 35, Number 1, Pages 189-207.

De Vos P, Murlá P, Rodríguez A, Bonet M, Mas P, Van der Stuyft P (2004) Shifting the demand for emergency care in Cuba's health system. *Social Science & Medicine* 60, Pages 609-616.

DFID (2000) 'Making the most of the private sector': A Workshop organised on behalf of the UK Department for International Development May 11th and 12th 2000. Department for International Development. London, UK.

England R (2002) *La Contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud: Conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica* Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC) London, UK

Estrada, A., Barilari, E., Sepulveda, J., Riquelme, S., & Soto, M. (1998). *Atención gerenciada en América Latina: su papel en la reforma de los sistemas de salud: el caso de Chile*. Informe final. Mimeo, Santiago. Citado por Iriart et al (2001)

Fiedler J, Suazo J (2002) Ministry of health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras. *Health Policy and Planning* 17(4): 362-377.

- Figueras M, Pérez-Villanueva O (1998) La realidad de lo imposible. La salud pública en Cuba. Editorial de ciencias sociales, Havana. Citado por: De Vos P (2005) "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution. *International Journal of Health Services*, Volume 35, Number 1, Pages 189-207.
- Flores W (2004) *Estudio de Medición de las Inequidades en Salud a nivel de las Áreas de Salud de Izabal, Jutiapa y Santa Rosa*. Reporte de consultoría. Proyecto PRRAC-Salud. Guatemala.
- Flórez C & Tono T (2002) *La equidad en el sector salud: una mirada de 10 años*. Documento de trabajo No. 6. Fundación Corona. Bogotá, Colombia.
- Frankel, S (1991) Health needs, health -care requirements, and the myth of infinite demand, *The Lancet*, 337: June 29, 1588-1,590
- FPM (1995) *Decentralizing Health and Family Planning Services*. The Family Planning Manager March/April Volume IV, Number 2. Management Sciences for Health. Boston
- Gragnolati M & Marini A (2003) *Health and Poverty in Guatemala*. World Bank Policy Research Working Paper 2966.
- Gwatkin D (2002) La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 11(5/6):310-315
- Gwatkin D, Bhuiya A, Victora C (2004) Making health systems more equitable. *Lancet* 364: 1273-80
- Haines A & Cassels A (2004) Can the millennium development goals be attained? *BMJ* 329; 394-397
- Hecht R, Bastón A, Brenzel L (2004) Making Health Care Accountable. *Finance & Development*, March, pp 16-19
- Hernández M (2002) Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*, 18 (49): 991-1001
- Homedes N & Ugalde A (2002) Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica *Gac Sanit*;16(1):54-62
- Homedes N, Ugalde A (2005) Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 81: 83-96
- Infante A, de la Mata I & López-Acuña D (2000) Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2):13-20
- INS (2003) Monitoreo del Derecho a la Salud en el Marco de la Reforma del Sector Salud en Guatemala. Instancia Nacional de Salud.
- Iriart C, Merhy E, Waitzkin H (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine* 52; 1243-1253

ISEqH (2005) *Conceptos y Definiciones*. Sociedad Internacional por la Equidad en Salud.
www.iseqh.org

Jack W (2003) Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy and Planning*; 18(2): 195–204

Jaramillo I (2002) Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. *Gaceta Sanitaria* 16 (1):48-53

Laurell A (2001) Health Reform in Mexico: The promotion of inequality. *International Journal of Health Services*. Volume 31 (2): 291-321.

Levcovitz E & Acuña C (2003) Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. No. 5, Diciembre. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín J, Zeballos L (2000) Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8 (1/2): 147-150

Lobe J (2001) Learn from Cuba, says World Bank. Third World Network service. April 30. <http://www.oneworld.net/external/?url=http%3A%2F%2Fwww.twinside.org.sg%2Ftitle%2Flearn.htm> (September 10 2005).

Macinko J, Starfield B, Shi L (2003) The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. Jun;38(3):831-65.

Marín J (2000) Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8 (1/2).

MINSAP (1996) Dirección Nacional de Estadística. Anuario estadístico 1996. Havana. Citado por: De Vos P (2005) “No one left abandoned”: Cuba’s national health system since the 1959 revolution. *International Journal of Health Services*, Volume 35, Number 1, Pages 189-207

MSH (2001) *Tools for Managers: Decentralization*. The Management Development and Leadership Project. Management Sciences for Health.

MSPAS (2002) *Extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el primer nivel de atención a través de organizaciones (ONG's) prestadoras y administradoras de servicios de salud*. DG-SIAS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

Murray C & Lopez A (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: A response to Williams *Health Economics*. 9: 69–82

OPS (2002) *Análisis de las reformas del sector salud en la subregión de Centroamérica y la República Dominicana* (2ª. Edición). Organización Panamericana de la Salud.

OPS-ASDI (2003) *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington DC.

- PAHO (2005) *Renewing Primary Health Care in the Americas*. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Draft for discussion 12/Jul/05.
- PAHO (2000) *Health Sector inequalities and Poverty in Guatemala*. Pan American Health Organization. Washington DC, 2000.
- PAHO (1997) *Cooperation of the Pan American Health Organization in Health Sector Reform Processes*. Washington DC.
- Plaza, B, Barona A, and Hearst N. (2001) Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy and Planning*; 16(Suppl 2):44-51.
- Politzer RM, Schempf AH, Starfield B, Shi L (2003) The future role of health centers in improving national health. *J Public Health Policy*. 2003;24(3-4):307-11.
- Restrepo H & Valencia H (2002) Implementation of a new health system in Colombia: Is this favourable for health determinants? *J Epidemiol Community Health*; 56:742-743
- Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M (2004) *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. Oxford University Press, New York, USA.
- Rosero L (2004) Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 15(2):94-103
- Rosero-Bixby L (2004) Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine* 58, 1271-1284
- Rondinelli D, Nellis J, Cheema G (1984) *Decentralization in developing countries: a review of recent experience*. World Bank Staff Working Paper No. 581.
- Sapelli C (2004) Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. *Social Science & Medicine* 58, 259-265.
- Sen K & Koivusalo M (1998) Health Care Reforms and Developing Countries: A Critical Overview. *International Journal of Health Planning and Management* 13, 199-215
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, Wulu J (2004) Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 58(5):374-80
- Starfield B (2006) State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law* Vol 31, No. 1, pp 11-32.
- Starfield B, Shi L, Macinko J (2005) Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 83:457-502.
- Starfield B (2002) *Equity in Health*. *J Epidemiol Community Health*. 56:483-484

Vargas I, Vázquez M, Jané E (2002) Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública* 18 (4): 927-937.

Ugalde A & Jackson T (1995) The World Bank and International Health Policy: a critical review. *Journal of International Development* 7, 525-541.

Ugalde A & Homedes N (2002) Descentralización del sector salud en América Latina *Gac Sanit* 16(1):18-29

Vergara C (2000) El contexto de las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8 (1/2):7-12

Warren K (1988) The evolution of selective primary health care. *Social Science and Medicine* 26: 8491-8498

Williams, A (1998) Calculating the Global Burden of Disease: time for a strategic reappraisal? *Health Economics* 1999; 8: 1-8

Williams A (2000) Comments on the response by Murray and Lopez *Health Economics* 9: 83-86

World Health Organization. (1996) *Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative*. Geneva,

WHO (2000) *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva, Switzerland.

Yépez F, Sánchez L (2000) La reforma del sector salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?. *Revista Panamericana de Salud Publica* 8 (1/2).