

Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. Informe SESPAS 2008

Ingrid Vargas Lorenzo^a / M. Luisa Vázquez Navarrete^a / Pilar de la Corte Molina^a / Amparo Mogollón Pérez^c / Jean Pierre Unger^d

^aServei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España; ^bEx asesora de salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional, Mozambique; ^cDocente, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, Universidad del Rosario, Colombia; ^dThe Prince Leopold Institute of Tropical Medicine (IMT), Bélgica.

(Reform, equity and efficiency of the healthcare systems in Latin America. An analysis to inform the Spanish aid)

Resumen

En los años noventa, las entidades financieras internacionales promovieron cambios en la forma de financiar y organizar los sistemas de salud. Tres décadas después, la equidad y la eficiencia siguen siendo problemas centrales de los sistemas de salud en muchos países en vías de desarrollo. El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las reformas de los sistemas de salud impulsadas en Latinoamérica y sugerir elementos de mejora para la cooperación española (CE). Uno de estos cambios, la introducción de la competencia en la gestión del aseguramiento y provisión de los servicios de salud y el aumento de la participación del sector privado –competencia gestionada–, fue ampliamente promocionado a pesar de carecer de evidencia empírica y de haber contado con la oposición de sectores públicos y científicos. Años después de su implantación, la financiación de los sistemas de salud sigue siendo inequitativa y el acceso a los servicios de salud dista de ser universal y adecuado, entre otros motivos, por las barreras a la utilización que imponen las aseguradoras. Más aún, persiste la segmentación en la provisión de la atención y la ineficiencia en sistemas costosos de administrar. El Estado español, en plena transformación de su modelo de cooperación internacional, debería centrar sus esfuerzos en el redireccionamiento de la política de los organismos internacionales hacia el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en la región y, al mismo tiempo, mejorar la cantidad y la calidad de su ayuda, favoreciendo el liderazgo de los países receptores.

Palabras clave: Reformas sistemas de salud. Latinoamérica. Cooperación internacional. Equidad. Eficiencia. Competencia gestionada.

Abstract

In the 1990s, international financial multilateral agencies promoted changes in the way health systems were financed and organized. Three decades later, equity and efficiency are still central problems of the health systems in developing countries. The present article focuses on the health sector reforms introduced in Latin America in order to draw policy lessons for Spanish aid. One of those reforms, the introduction of competition in health insurance management and provision and the increase of private sector participation – managed competition –, was widely promoted, despite the lack of empirical evidence and the opposition from public and scientific sectors.

Years after its implementation, health system financing is still inequitable and access to health services is far from universal and adequate due to the barriers imposed by insurers, among other reasons. Moreover, segmentation in healthcare provision and inefficiency persist in healthcare systems that are expensive to manage. The Spanish state, currently undergoing a process of transformation of its aid model, should focus its efforts on redressing international agencies' policies toward strengthening public health systems in the region and, at the same time, toward improving the quantity and quality of aid at country level, favoring the leadership of receiving countries.

Key words: Healthcare reforms. Latin America. International aid. Equity. Efficiency. Managed competition.

Ideas clave

- Las reformas de los sistemas de salud, promovidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, fueron secundadas por la mayoría de las agencias multilaterales y cooperaciones internacionales.

Correspondencia: Ingrid Vargas Lorenzo.
Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut. Consorci Hospitalari de Catalunya.
Correo electrónico: ivargas@chc.es

- Un eje de las reformas fue la introducción del mercado en el aseguramiento y la provisión como mecanismo eficaz para mejorar la eficiencia y el acceso a la atención en salud.
- Un ejemplo es la competencia gestionada (*managed care*), ampliamente promovida en Latinoamérica, que se caracteriza por la separación de la financiación de la provisión de servicios y la introducción de un intermediario: las aseguradoras.
- Los resultados de la competencia gestionada indican un impacto contrario al deseado: disminución de la equidad, tanto en la financiación como en el gasto y en el acceso, así como elevados costes de transacción y selección de riesgo.
- La cooperación española ha apoyado el fortalecimiento de los sistemas públicos, pero con un enfoque poco efectivo.
- La cooperación española debería dirigir sus esfuerzos a la reorientación de las políticas en los organismos multilaterales y la utilización de los instrumentos de cooperación más adecuados.

Algunas cooperaciones bilaterales europeas, como la francesa, la belga, la alemana y la española, siguieron apoyando el fortalecimiento de los sistemas públicos de atención de salud, pero con un impacto marginal por diversos motivos: planificación limitada, inestabilidad presupuestaria y de la continuidad de los proyectos, y dispersión de las iniciativas⁹. A su vez, desde hace unos años, algunos países latinoamericanos se han ido alejando de la estrategia seguida por los organismos multilaterales, aunque otros persisten en estas políticas^{6,10}.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre las reformas del sector sanitario promovidas durante tres décadas en Latinoamérica y analizar las consecuencias en términos de equidad y eficiencia de una de ellas, la competencia gestionada. Se considera específicamente el papel de la cooperación española y se finaliza con recomendaciones para la mejora de las políticas de cooperación internacional en salud.

Introducción

Inequidad e ineficiencia siguen constituyendo los dos problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos. Casi tres décadas después del inicio de los programas de ajuste estructural y de las reformas sectoriales, el escenario continúa siendo desalentador: el gasto público en salud como proporción del producto interior bruto (PIB) se estanca, mientras que el privado se dispara^{1,2}; los servicios públicos se deterioran³ y el acceso y la utilización de los servicios de salud han disminuido³. Se mantienen importantes desigualdades de salud y oportunidades diferentes de acceso⁴, que afectan al 39,8% de la población de la región (209 millones) en situación de pobreza⁵.

Si bien diversos factores del contexto han influido en este resultado como la desarticulación de las estructuras estatales, la corrupción y las crisis presupuestarias, no se puede negar el papel de las políticas de reforma del sector salud impulsadas por las agencias multilaterales. Organismos como el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), los bancos regionales, la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{6,7} promovieron cambios en la forma de financiar los servicios de salud y de organizar la provisión, que incluían la orientación de los servicios públicos de salud hacia el control de enfermedades y la privatización de la atención en salud. Esta elección provocó la desintegración de la atención y la prevención de las enfermedades y tuvo un importante papel en el fracaso del control de enfermedades en los países en vías de desarrollo⁸.

Las políticas de reforma del sector salud en Latinoamérica y sus actores

Tras un período de expansión de los sistemas de salud públicos latinoamericanos, la crisis económica de los años ochenta se acompañó de los programas de ajuste estructural del BM y el FMI¹¹: los países de la región debían reducir el gasto social a cambio de la extensión de créditos para financiar la deuda pública. A pesar de que se comenzó a identificar la «mala asignación» (*mis-targeting*) como causa de la escasa efectividad de las políticas estatales para responder a las necesidades básicas de los más necesitados, los nuevos programas no se centraban en aumentar la eficiencia del sector público, sino en limitar su rol³. Se promovieron políticas de reducción de la pobreza basadas en la aceleración del crecimiento económico —dejando de lado los intentos de redistribución de décadas anteriores—, la focalización del gasto en los segmentos más vulnerables; y la participación del sector privado en educación, salud y pensiones¹².

En el ámbito de la salud, el BM fue ganándole liderazgo a la OMS^{3,13}. Tras un primer intento en África¹⁴, sus informes de 1989¹⁵ y 1993¹⁶ definieron los contenidos básicos de las reformas de salud introducidas en la región en la segunda etapa de la neoliberalización¹⁰: separación de las funciones de financiación y provisión, con disminución de la intervención del Estado en la provisión de bienes y servicios y fortalecimiento de su función reguladora; reorientación de la oferta pública priorizando la prestación de servicios básicos de bajo coste para el control de algunas enfermedades para los más necesitados; descentralización de los servicios; introducción de mecanismos basados en la competencia

(casi mercados) y recuperación de costes para mejorar la eficiencia, y estímulo a la privatización, sobre todo de la asistencia médica y de la gestión del aseguramiento^{3,16}.

La mayoría de las agencias internacionales multilaterales –Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS–, algunas bilaterales –Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) – organizaciones no gubernamentales (ONG) y fundaciones privadas proporcionaron apoyo financiero, logístico y técnico a las reformas neoliberales promovidas por el BM¹⁷, con recursos y márgenes de acción muy amplios y, teóricamente, buscando la mejora de la gobernabilidad y el fortalecimiento institucional^{18,19}.

La aceptación por los gobiernos de las políticas formuladas por los organismos multilaterales, además de por la falta de discursos alternativos²⁰, se vio favorecida por el apoyo de algunos sectores con intereses diversos: el médico interesado en trabajar a tiempo parcial en un sector público estrangulado para seleccionar pacientes para sus clínicas privadas, el farmacéutico por la oportunidad de extender el mercado privado de atención, y las clases medias y altas, que se negaban a pagar impuestos para financiar los sistemas públicos de salud, prefiriendo que los recursos provinieran de la cooperación internacional²¹.

La aplicación de las políticas de ajuste en un contexto de crisis económicas repetidas propició un notable deterioro de los indicadores sociales¹² y el aumento de la desigualdad⁹. En el ámbito de la salud, tampoco se obtuvieron los efectos deseados; por el contrario, algunos acabaron descritos en el boletín epidemiológico de la OPS, como la primera epidemia de cólera en América en el siglo xx²².

El modelo de competencia gestionada y su impacto en la equidad y la eficiencia

Una de las reformas promovidas, relacionada con la financiación y la organización del sector salud, fue el modelo denominado «competencia gestionada» (*managed competition*), o «pluralismo estructurado» en versión latinoamericana, que surgió en Estados Unidos en los años setenta y fue ampliamente adaptado en el contexto latinoamericano³, con la expectativa de mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención¹⁷. Acompañó los procesos de liberalización de los seguros sociales y se introdujo en el sector privado²³. Chile implementó en 1981 un sistema de aseguramiento privado (ISAPRE), al que podían optar trabajadores con un salario elevado y que recibía una transferencia de fondos públicos –se trasladaba la contribución obligatoria a la ISAPRE elegida (*opting-out*)¹⁷–, mientras que

el resto de la población estaba cubierto por la aseguradora pública, FONASA²³. En Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993 se realizó una reforma radical, con la introducción de administradoras de fondos públicos –Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)– que debían garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen, a cambio de un pago per cápita²³. En 2001, la República Dominicana puso en marcha²⁴ un sistema muy parecido al colombiano. En Uruguay, el sector público cubre a la población que no ha podido comprar un seguro de salud con alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)²³. El modelo de competencia regulada, aunque con variaciones entre países, presenta dos elementos comunes³: a) la separación de la financiación y la provisión de los servicios de salud, y b) la introducción de un intermediario –las administradoras de fondos públicas y privadas– que, a cambio de una asignación per cápita, se responsabilizan de la prestación de servicios para su población afiliada, y proveen directamente o mediante su contratación con proveedores públicos o privados.

El modelo de competencia gestionada fue y sigue siendo promovido, a pesar de la controversia que ha generado por carecer del respaldo, tanto de la evidencia científica como del consenso social (en algunos países se organizaron campañas públicas en contra de la gestión de servicios públicos por aseguradoras privadas²⁵). Asimismo, diversos autores demostraron que se ha permitido la entrada de importantes multinacionales en el sector privado de aseguramiento y provisión de salud, así como su incursión en el sector público²⁵. Es más, aunque no se ha realizado hasta el momento una evaluación general sobre el impacto de las reformas sobre la equidad y la eficiencia, se dispone de resultados parciales que indican que no han obtenido el impacto deseado.

La equidad en la financiación

Un análisis de la financiación del sistema de salud en estos países –valoración de las fuentes y su peso– muestra una situación de inequidad, cuya causa es, fundamentalmente, el elevado porcentaje de gasto privado en salud –que representa la mayor parte del gasto– y la disminución de fuentes progresivas como las contribuciones a la seguridad social, con la excepción de Colombia². El elevado gasto privado en estos países responde a diversas causas: los copagos que imponen las aseguradoras²³, las numerosas enfermedades no cubiertas y unas tasas de afiliación muy bajas. Dentro del gasto privado, el gasto individual es la fuente de financiación más regresiva debido a la relación inversa entre la situación socioeconómica y la salud del individuo²⁶.

La equidad en el gasto

Otro indicador de inequidad del sistema de salud en estos países es la diferencia en el gasto per cápita en salud entre regímenes y niveles de renta que favorecen al contributivo/privado y a los deciles de renta más altos. Por ejemplo, en Chile, a pesar de que la población que ha escogido ISAPRE —más joven y saludable— supone el 22% de la población total, gasta el 43% de toda la atención médica del país¹¹. Igualmente, los municipios que se encuentran en el decil más alto de renta gastan 22 dólares más que los situados en el decil más bajo¹⁷. En Colombia, mientras que el gasto per cápita de los afiliados al régimen contributivo es de 131 dólares, en el régimen subsidiado es de 73 dólares, y el de la población sin cobertura de 30 dólares²⁷. En Uruguay, el sistema privado IAMC destina 568 dólares por año a cada afiliado, y el sistema público destina 259 dólares²⁸.

La equidad en el acceso

El modelo de competencia gestionada se promueve, entre otras razones, como mecanismo para extender la cobertura de la atención en salud. No obstante, las tasas de afiliación siguen siendo bajas: un 67,4% en Chile²⁹, un 21% en la República Dominicana³⁰ y un 46,6% en Uruguay³¹; incluso en Colombia, país que se utiliza como ejemplo del incremento en la cobertura tras la reforma, sólo el 61,8% de la población está afiliada y, de ésta, sólo un 23% al régimen contributivo³². Además, es importante resaltar que la cobertura de seguro no equivale a acceso a una atención adecuada³³. Una importante fuente de inequidad es la diferencia entre los paquetes de beneficios para los diversos segmentos de población, junto con la concentración de la afiliación a los regímenes más generosos en los quintiles de renta más elevados. Así, en Colombia, los beneficios que disfrutan los afiliados al régimen subsidiado —precisamente aquella población con un menor nivel de ingresos y con peores niveles de salud— no alcanzan el 70% del régimen contributivo^{34,35}. En Chile y Uruguay las aseguradoras también ofrecen paquetes más amplios que el sistema público²³, especialmente en atención especializada. La probabilidad de acceder al régimen contributivo o al aseguramiento de ISAPRE e IAMC es mucho menor para la población con menos renta: en Colombia el 6,1% de la población del primer quintil de renta más baja está asegurada, frente al 78,9% del último quintil³⁶. En Chile, la mayoría de las personas de los primeros cuatro quintiles están afiliados al sistema público y sólo en el quinto quintil (el 20% más rico de la población) se aprecia una mayor afiliación a las ISAPRE³⁷.

La introducción de la competencia en el aseguramiento no parece haber revertido en un mayor ac-

ceso a los servicios públicos. En Colombia se registra una disminución de la utilización por la población no afiliada²⁷, que antes de la reforma era atendida por el sector público. En Uruguay y Chile la diferencia en las tasas de utilización se encuentra en la atención especializada³⁸, que en este último país es 3 veces mayor en el decil de renta más alto que en el más bajo³⁹. Diversos estudios muestran las numerosas barreras al acceso de la población que aseguradoras y prestadores introducen para controlar la utilización de servicios y reducir los costes^{40,41}. Entre ellos, los copagos, el control sobre la práctica médica al integrarse la aseguradora con los prestadores, las autorizaciones de los servicios y la reducción de actividad incentivada por el pago per cápita a proveedores⁴². En Chile, el 24% de los afiliados a las ISAPRE recibía servicios anualmente de los hospitales públicos por no poder afrontar los copagos⁴³. En Colombia la barrera económica es una de las principales causas por las que la población afiliada al régimen subsidiado no acude a los servicios de salud⁴⁴. Los prestadores públicos, buscando su sostenibilidad financiera, priorizan a los pacientes asegurados mejor pagados, introducen barreras a la utilización y, en ocasiones, llegan a rechazar la atención de la población sin asegurar. Estos resultados no hacen sino confirmar los estudios realizados en Estados Unidos, que muestran cómo a largo plazo la competencia entre aseguradoras puede producir una reducción en el acceso, como respuesta al incremento de costes⁴⁵.

La eficiencia

Los costes administrativos que genera la competencia gestionada son uno de los elementos de ineficiencia. La existencia de múltiples pagadores eleva el número de transacciones y los gastos asociados de afiliación, comercialización y facturación. En Chile, estos costes representan un 19% del gasto anual de las ISAPRE²⁵, y en Colombia alcanzan el 17% del gasto en salud⁴⁶. Ello contrasta con los resultados del estudio clásico de Woolhandler y Himmelstein⁴⁷, que estima que los costes administrativos de un modelo sanitario de único pagador, como el canadiense, equivalen a un 8-11% del gasto.

Otra de las fuentes de ineficiencia relacionada con la competencia en el aseguramiento es la selección de riesgo. Las aseguradoras poseen poderosos mecanismos —los planes de seguro ajustados por riesgo— para excluir, por ejemplo, a los pacientes crónicos, de forma que a medida que el afiliado envejece se va reduciendo el grado de protección efectiva⁴⁸. Como consecuencia de ello, los afiliados con enfermedades crónicas acaban retornando al sistema público. En Chile, por ejemplo,

los mayores de 65 años se concentran en mayor medida en el sistema público (FONASA), con un 86,1%, y menos en las ISAPRE (3,2%)⁴⁹.

Finalmente, los defensores de los modelos de competencia mantienen que bajo una regulación apropiada, una mayor competencia entre las administradoras junto con una mayor capacidad de elección del consumidor, podría mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios²³. No obstante, diversos autores muestran, en países como Estados Unidos, la complejidad de regular mercados de aseguramiento por los problemas de información asimétrica⁵⁰. En países con un funcionamiento débil del Estado, como los de esta región, la regulación se vuelve aún más problemática^{23,51}.

El papel de la cooperación española en las políticas de salud de la región

La salud es uno de los sectores prioritarios de la Cooperación Española (CE) desde la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Ley23/98)⁵², pero no se articuló como eje fundamental para el desarrollo hasta los Planes Directores⁵³. El fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud se definió como línea prioritaria de intervención^{54,55} y la CE apoyó diversos aspectos de las reformas de salud relacionados con la descentralización de los servicios de salud, el aumento de la cobertura, la planificación y la gestión a nivel de distrito y la formación de recursos humanos⁵⁶.

No obstante, la CE se ha caracterizado por su dispersión geográfica, la financiación por numerosas entidades públicas y la ejecución por muchos actores⁵⁷, con escasas evaluaciones sobre su actuación⁵⁸. La ayuda se ha canalizado a través de multiplicidad de proyectos (mayoritariamente implementados por ONG), asistencias técnicas, cursos y seminarios, que no siempre constituían respuestas a demandas locales⁵⁷. Es un tipo de cooperación que se considera poco efectivo por los altos costes de transacción, duplicación de esfuerzos, fragmentación y el impacto limitado que conlleva⁵⁹.

La CE se ha comprometido a aumentar el volumen y, sobre todo, la calidad de la ayuda en consonancia con el nuevo enfoque articulado tras la Declaración de París. Así, incorpora en su último Plan Director⁵³ la apropiación y el liderazgo nacionales y el compromiso de alinear sus políticas con las de los países receptores. Se trataría de cambiar la composición de la ayuda y canalizarla a través de los nuevos instrumentos (ver Jané y Figuerola en este volumen).

No obstante, las acciones en el sector sanitario han sido tímidas y algunas contrarias a estos principios. En 2006, sólo el 0,8% del total de la ayuda oficial al desarrollo neta, por parte de España, se destinó a los nue-

vos instrumentos ya establecidos, sin iniciar ninguno adicional; se mantuvo un importante volumen de fondos para proyectos de las ONG⁶¹ y se impulsaron iniciativas regionales en Centroamérica que afectan a competencias de los Estados (compras de medicamentos esenciales e insumos estratégicos) y podrían debilitar sus sistemas públicos de salud⁵⁵.

Conclusiones y recomendaciones

La introducción del mercado en el aseguramiento y provisión se promovió como mecanismo eficaz para mejorar la eficiencia y el acceso a la atención en salud. A pesar de que en muchos países se ha impulsado la separación de funciones, los casi mercados o la participación privada en los sistemas de salud, en Latinoamérica estas reformas han sido mucho más radicales. En ello ejercieron un papel fundamental los organismos multilaterales, con el apoyo de diversos actores con intereses coincidentes. La cooperación española, como otras cooperaciones bilaterales europeas, mantuvieron su apoyo a los sistemas públicos, pero su influencia parece haber sido limitada debido a factores diversos, entre ellos la dispersión en microproyectos ajenos a las políticas de los países receptores.

Aunque no se puede atribuir a la competencia gestionada el origen de las inequidades en salud –también fruto de las profundas desigualdades en estos países, la debilidad de sus Estados y sus deficiencias democráticas–, tampoco han supuesto una mejora en relación con los modelos previos. Los análisis del incremento de cobertura en la afiliación que se utilizan como indicador de éxito no tienen en cuenta la población que utilizaba los servicios públicos antes de la reforma, el aumento en el gasto ni los límites en el acceso³². A pesar de ello, se siguen promoviendo.

Hay otros modelos más equitativos y fáciles de administrar, como los sistemas nacionales de salud y los seguros sociales únicos, como se deduce de los indicadores de salud de países como Costa Rica que, con un gasto per cápita 9 veces menor que Estados Unidos, obtiene resultados mejores o iguales en los principales indicadores demográficos⁶². Asimismo, los gastos catastróficos en salud de Costa Rica son 52 veces inferiores a los colombianos⁶³. A corto plazo, se trataría de coordinar los distintos subsistemas de salud con función pública, para construir redes que permitan avanzar hacia un sistema nacional de salud.

La CE, en primer lugar, debería ejercer su influencia en la orientación de las políticas del BM y agencias de las Naciones Unidas para promover el fortalecimiento de sistemas públicos de salud y utilizar la propia experiencia en la organización de uno de los sistemas de salud más eficientes de Europa. Pero, sobre todo, de-

bería intervenir en la Unión Europea para que la cooperación conjunta desempeñe un rol estratégico en la región, reformule su política internacional en salud y adecue sus instrumentos.

A escala nacional, la participación de la CE en los enfoques sectoriales (ver Jané y Figuerola en este volumen) podría ser una oportunidad para ir disminuyendo de forma paulatina la ayuda canalizada a través de los instrumentos tradicionales. Asimismo, en los Estados receptores que carecen de una política social, se debería contribuir a su desarrollo, con un apoyo al proceso nacional de planificación y rectoría en salud, en colaboración con las instituciones sanitarias y las universidades locales, mediante las actividades que sean requeridas (demostración, investigación y capacitación) y organizar estas actividades de forma coordinada y adaptada a cada país.

Bibliografía

1. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, División de Estadística y Proyecciones económicas; 2006.
2. WHO. The World Health Report 2006. Working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Almeida C. 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*. 2002;18:905-25.
4. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Capítulo III. Protección social y sistemas de salud. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile: CEPAL; 2006.
5. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2007.
6. WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
7. Commission of European Communities. Communication from the Commission to the Council & the European Parliament: health and poverty reduction in developing countries. Brussels: Commission of European Communities; 2002.
8. Unger JP, D'Alessandro U, De Paepe P, Green A. Can malaria be controlled where basic health services are not used? *Trop Med Int Health*. 2006;11:314-22.
9. Mazarrasa L, Montero MJ. La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:214-20.
10. Muntaner C, Guerra R, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv*. 2006;36:803-11.
11. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gac Sanit*. 2002;16:54-62.
12. Solimano A. Hacia nuevas políticas sociales en América Latina: crecimiento, clases medias y derechos sociales. *Rev Cepal*. 2005;87:45-60.
13. Zwi A, Mills A. Health policy in less developed countries: past trends and future directions. *J Int Develop*. 1995;7:299-328.
14. World Bank. Better Health in Africa. Experience and lessons learned. Washington: World Bank; 1994.
15. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Economía de la salud. Perspectivas para la América Latina. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud; 1989. p. 145-59.
16. World Bank. Investing in health. World Development Report 1993. Oxford: Oxford University Press; 1993.
17. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71:83-96.
18. USAID. Resumen de las actividades de USAID en América del Sur 2002-029. Washington: USAID; 2002.
19. Markensten K. Organización de Estados iberoamericanos para la educación, las ciencias y la cultura. *Pensar Iberoamérica. Revista de Cultura*. 2007; 4.
20. Navarro V. The world situation and WHO. *Lancet*. 2004; 363:1323.
21. Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. De-integrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care*. 2006;186:14.
22. Terris M. The neoliberal triad of anti-health reforms: government budget cutting deregulation, and privatization. *J Public Health Policy*. 1998;20:2.
23. Medici AC, Londoño JL, Coelo O, Saxenian H. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. Innovations in health care financing. Washington: World Bank; 1997. p. 215-33.
24. República Dominicana. Ley N.º 87-01 sobre Sistema Dominicano de Seguridad Social. Santo Domingo, 2001.
25. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med*. 2001;52:1243-53.
26. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the delivery of health care: methods and findings. En: Wagstaff A, Van Doorslaer E, Rutten FF, editors. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 49-86.
27. Restrepo JH. El seguro y el acceso a los servicios de salud. Observatorio de la Seguridad Social. 2005;11:3-5.
28. Mitjavila M, Fernández JE. Evaluación de la reforma de salud en Uruguay: equidad y redefinición del Welfare State. Montevideo: Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay-CIESU; 2005.
29. OPS. Perfil del sistema de servicios de salud. Chile. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
30. OPS. Perfil de los sistemas de salud. República Dominicana. Washington, DC: 2007.
31. OPS. Uruguay. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002. p. 588-97.
32. Yepes FJ, Sánchez LH. La reforma del sector salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada? *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8:1-6.
33. Aday LA, Andersen RM. Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care*. 1981;19:4-27.
34. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:991-1001.
35. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De Tabora M. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2000;2:193-220.
36. Restrepo JH. El seguro y el acceso a los servicios de salud. Observatorio de la Seguridad Social. 2005;11:7-9.
37. Titelman D. Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
38. Rodríguez C, Tokman MR. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

39. Gobierno de Chile. Ministerio de Planificación. División Social. Primeros resultados de la encuesta Casen. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2004.
40. Bertranou FM. Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy*. 1999;47:19-36.
41. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*. 2003;4:1.
42. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS. Barreras de acceso al continuo de servicios de salud en Colombia. *Gac Sanit*. 2007; 21 Supl 2:39.
43. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17:1-17.
44. Grupo de Economía de la Salud-GES. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
45. Manning WC, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med*. 1984;310:1505-10.
46. Recursos para salud crecieron en los últimos 10 años, en Colombia. *El Tiempo*. 2007; Mar 27.
47. Woolhandler S, Himmelstein DU. The deteriorating administrative efficiency of the US health care system. *N Engl J Med*. 1991;324:1253-8.
48. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). La brecha de la equidad: una segunda evaluación. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
49. Gobierno de Chile. Ministerio de salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud. Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud; 2007.
50. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *J Health Politics, Policy Law*. 1988;13:305-21.
51. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries: a critical overview. *Int J Health Plan Manag*. 1998;13:199-215.
52. Boletín Oficial del Estado n.º 162, de 8 de Julio de 1998. Ley 23/1998, de 7 de Julio de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
53. Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo. Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2005.
54. Agencia Española de Cooperación Internacional. Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2004.
55. Dirección General de Cooperación con Iberoamérica AEdCI. Plan de Acción de Salud, Programa de Cooperación Regional con Centroamérica. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2006.
56. HLSP. Evaluación de la Cooperación Española en salud en Mozambique. Madrid: Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo; 2005.
57. Jané E, Martínez J, De la Corte P. Revisión de la estrategia española de cooperación en salud bajo el marco de las nuevas políticas de cooperación internacional de la nueva administración. Barcelona: HLSP Consulting; 2004.
58. González C, Kreisler I, Fanjul G, Ladra S, Alonso JA, Sanahua JA. La realidad de la ayuda 2006-2007. Barcelona: Intermón Oxfam; 2006.
59. Martínez J, Seco S. El enfoque sectorial en el sector salud (ESS). Una revisión de la experiencia internacional con los ESS (SWAP) y de su posible aplicación en América Latina. Londres, 2002.
60. Europe Aid. Aid Delivery Method Concept Paper, a contribution to development thinking. Institutional Assessment and Capacity Development, Why, what and how'. Bruselas: Comisión Europea; 2005.
61. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas y Evaluación para el Desarrollo. Avance del Seguimiento PACI 2006. La Ayuda Oficial al Desarrollo en 2006. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2007.
62. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. *Am J Public Health*. En prensa 2007.
63. Xu Keal. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362:111-7.