

## PRESENTACIÓN

El profesor Jesús Lechuga Montenegro en el presente Reporte de Investigación "Las Reformas de Salud en América Latina", habla de los nuevos componentes estructurales que enfrentan las nuevas políticas de salud, transición demográfica y epidemiológica, concluyendo que la deuda en salud sigue siendo un gran pasivo que expone la ineficiencia de las políticas sanitarias aplicadas.

El Reporte consta de 5 apartados; en el primero, se expone sobre las políticas generales; en el segundo, se expone sobre las reformas en salud; en el tercero, se habla sobre el nuevo paradigma de salud; en el cuarto, se muestran los indicadores de salud; y en el quinto, se presentan las conclusiones.

Este trabajo fue desarrollado durante 2013 y es resultado de investigación del Proyecto No. 652 "La financiarización de la economía mexicana 1980-1995".

**Atentamente**



**DRA. MA. BEATRIZ GARCÍA CASTRO**  
**Jefa del Departamento de Economía**

# **REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

## **“Las Reformas de Salud en América Latina”**

Elaborado por:

**Dr. Jesús Lechuga Montenegro  
Mtro. Waldo Ivan Vieyra Romero**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA,  
UNIDAD AZCAPOTZALCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA**

Diciembre, 2013

## Las Reformas de Salud en América Latina

*Jesús Lechuga Montenegro<sup>1</sup>*

*Waldo Ivan Vieyra Romero<sup>2</sup>*

### Abstract

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

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

**Clasificación JEL:** I00, I11, I12, I18.

### Introducción

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

---

<sup>1</sup> Departamento de Economía. Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco.

[jlmo@correo.azc.uam.mx](mailto:jlmo@correo.azc.uam.mx)

<sup>2</sup> Maestro en Economía de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública.

[wvieyra@insp.mx](mailto:wvieyra@insp.mx)

dudas respecto a la eficiencia gubernamental en este ámbito. Si bien puede constatarse el éxito en ciertos aspectos, la provisión de salud como bien público en lo general sigue siendo un gran pendiente en América Latina. Para los propósitos de este trabajo se seleccionaron cinco países de acuerdo a los siguientes criterios: Argentina, Brasil y México como las economías más grandes de la región; Colombia por su situación política interna en el momento de las reformas y Venezuela por haber iniciado reformas que el propio gobierno presenta como revolucionarias.

## **1. Las políticas generales**

### *1.1 Antecedentes*

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

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

También, en la literatura de referencia se menciona la existencia de sistemas segmentados o no estructurados que llevaron a las primeras reformas de los programas de salud, segmentación en el sentido de multiplicidad de proveedores de la oferta sanitaria, sin coordinación entre ellos propiciando duplicidades y con ello aumento de costos (Frenk y Londoño, 1997). Por ejemplo, desde 1993 en Colombia se reformó el sistema de seguridad social (Ley 100 de 1993) y entre la problemática detectada se hablaba de la inequidad e

ineficiencia del sistema por su fragmentación con más de mil entidades con diferentes esquemas y beneficio (López, 1997).

Los sistemas de salud integrados son definidos como aquellos en los que aún cuando hay fragmentación, la coordinación institucional y administrativa evita la duplicidad, disminuye costos y favorece la igualdad en la provisión de servicios estructurada por las múltiples instituciones (Cezar, 2006, a).

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

Las reformas de los años noventa tuvieron éxito en varios aspectos como la disminución de la mortalidad materna e infantil<sup>3</sup> y de enfermedades infecciosas, entre otros.<sup>4</sup> El caso paradigmático es el de Colombia pues el *Informe sobre la salud en el mundo, 2000* de la Organización Mundial de la Salud, ubicó este país en el primer lugar de América Latina en cuanto al desempeño de los sistemas de salud. Para Mario Hernández (2001) la explicación radica en que ahí se incorporaron “de la manera más sistemática, entre los países latinoamericanos, los criterios centrales del modelo hegemónico de las reformas sanitarias impulsado desde el Banco Mundial”. El modelo hegemónico es el llamado de pluralismo estructurado, o bien de competencia regulada o administrada (Frenk y Londoño, 1997).

Sin embargo, en el balance también se registran deficiencias de las políticas de salud para América Latina en la época, entre las cuales no puede dejar de mencionarse el problema de cobertura, ya que en el año 2000 unas 218 millones de personas (cerca del 40% de la población) carecían de cobertura de seguridad social (Rosenberg y Anderson, 2000). Incluso, aún en 2010 la región seguía sufriendo de baja cobertura de seguridad

---

<sup>3</sup> En Colombia la disminución de la mortalidad infantil ocurrió a expensas de la mortalidad posneonatal, ya que la tasa de mortalidad neonatal casi no varió (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia; 2011.)

<sup>4</sup> Decremento de la mortalidad materna. Situación de salud en las Américas – Indicadores básicos 2006. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Análisis de salud y sistemas de información sanitaria. [<http://www.nacerlatinoamericano.com>]

social, pues el 43.2% de los trabajadores asalariados de entre 15 y 65 años de edad estaban fuera del sistema de pensiones (BID).

En el caso particular de Colombia, a pesar de un alto grado de afiliación al sistema de seguridad social en salud, las barreras para el uso pleno del derecho a la atención de salud continuaban persistiendo, especialmente para las poblaciones rurales dispersas, poblaciones indígenas y en situación de desplazamiento forzado. Por lo que al introducir su Ley 1438 (enero 2011), el país pretendió hacer frente a esta problemática ofreciendo un sistema de salud más incluyente y equitativo y retomando la atención primaria como estrategia nacional.

## 1.2 *¿Nuevas políticas?*

¿Qué ha pasado en América Latina después de dos décadas de reformas en salud y de políticas de apertura y liberalización? No obstante las críticas vertidas, el mismo discurso fue retomado. Así por ejemplo, en Colombia casi quince años después de la Ley 100 de 1993, en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (PNSP) se declara que los principios rectores son los de equidad, calidad y eficiencia buscando una cobertura total. Al mismo tiempo se consignan logros tales como el decremento de la mortalidad materna, de 105 a 73 por cien mil nacidos vivos del año 2000 a 2009 (OPS/OMS, 2012),<sup>5</sup> erradicación de la polio y eliminación del sarampión.

En el PNSP se consignan, con lenguaje renovado, principios presentes desde las primeras reformas: Universalidad (derecho a la salud con calidad para todas las personas); Equidad, Calidad, Eficiencia, Responsabilidad (garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en salud pública). Las políticas de nueva cuenta parten de mercados fragmentados y se fomenta la participación del sector privado en la atención sanitaria.<sup>6</sup> Implícitamente se reconocen problemas graves de distribución del ingreso pues la mitad de la población se ubica bajo la línea de pobreza y 14.7% bajo la línea de

---

<sup>5</sup> En México, la mortalidad materna estimada entre 2002 y 2011 pasó de 59.9 a 50.7 por cada cien mil nacidos vivos. [En] México. Evolución de la RMM, 2002-2011. Versión Conteo 2005. Observatorio de Mortalidad Materna en México. [<http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores.html>].

<sup>6</sup> La fragmentación se consigna como la existencia de diferentes agentes para la provisión de servicios sanitarios, así el sector público atiende a la población no asegurada, pobre y de bajos ingresos; la seguridad social al sector formal y el sector privado atiende a la población de altos ingresos.

indigencia.<sup>7</sup> De ello derivan problemas igualmente graves como el que la mortalidad infantil entre los hijos de mujeres con educación superior fuera tres veces inferior a la de las mujeres sin educación en 2010, es decir de 18 contra 53 por cada mil nacidos vivos.<sup>8</sup> El PNSP incorpora el nuevo perfil de salud, en donde se consignan tanto problemas asociados a la transición demográfica con tasas decrecientes de mortalidad, natalidad y crecimiento; así como los de la transición epidemiológica con la reducción de las enfermedades transmisibles y al aumento de las crónicas no transmisibles. Y se reconocen “condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización” y el impacto del conflicto armado.

Excepto la última circunstancia, las demás consideraciones aparecen en forma parecida en la definición de las políticas sanitarias en Argentina,<sup>9</sup> Brasil,<sup>10</sup> México<sup>11</sup> y Venezuela<sup>12</sup>. En suma el diseño de las políticas públicas en estos programas contenían prácticamente los mismos objetivos de hace dos décadas en el nuevo escenario de transición demográfica, epidemiológica y nutricional –con los problemas que de ello derivan–<sup>13</sup> y de mayor presencia del sector privado en este campo.

## **2. Las reformas en salud.**

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

---

<sup>7</sup> En México, los datos consignados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 señalan que aproximadamente el 18% de la población vive en condiciones de pobreza y el 47% en situación de pobreza patrimonial.

<sup>8</sup> De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 esta razón era de 14 vs 43 por mil al momento de la encuesta, para 2010 la brecha no se redujo y la razón creció a 18 por cada mil para mujeres con menos escolaridad y a 53 por mil para mujeres con educación superior de acuerdo a la misma encuesta en su versión 2010.

<sup>9</sup> Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Enero de 2006.

<sup>10</sup> Perfil del Sistema de Salud de Brasil. Organización panamericana de la Salud. Brasilia. Marzo de 2005.

<sup>11</sup> Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud. México.

<sup>12</sup> Misión Barrio Adentro. Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007. Venezuela. Diciembre de 2003.

<sup>13</sup> En los niños se manifiestan en baja talla, sobrepeso y obesidad y en los adultos además hacia enfermedades cardiovasculares.

En sí, los objetivos fueron los mismos, mas no los mecanismos para lograrlos. Por ejemplo, Argentina en su Programa Federal de Salud 2004-2007 planteó como objetivo el reformar los modelos de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud. El mecanismo tenía como eje principal objetivos específicos de cobertura, equidad y aumentar su eficiencia y efectividad; y al considerar un análisis de costo-beneficio implícitamente el programa estaba pensado para la inclusión del sector privado como prestador de servicios, sujeto a la libre elección del paciente (PROAPS). Y si bien un logro importante fue la reducción de la tasa de mortalidad materno infantil en 28% en el periodo 2002-2007, de otra parte en el año 2005 aproximadamente la mitad de menores de dos años padecían anemia lo mismo que el 30.5% de las mujeres embarazadas (Plan, 2010).

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

Brasil por ejemplo, lleva más de dos décadas con la institucionalización del Sistema Único de Salud (SUS) y en el Pacto por la Salud 2006 se asegura que su implantación como un proceso de descentralización se debe a la realidad social, política y administrativa del país con el fin de lograr una mejor organización y una mayor estabilidad financiera. Se habla incluso desde hace una década que la municipalización del sistema de salud es una realidad (Machado y Pereira, 2002). Se ponderan los logros como el hecho de que antes de



la implementación del SUS en 1988 la mitad de la población carecía de cobertura sanitaria y ahora con una población mucho mayor el porcentaje es del 75% desde atención ambulatoria hasta trasplante de órganos, con atención a nivel municipal. Un tema relevante es disminución de la mortalidad de lactantes de 46 a 18 por 1000 nacidos vivos, de 1990 a 2008, respectivamente.

En el caso de Venezuela se planteó la construcción de un nuevo modelo de salud en el cual el Estado asume la rectoría del sistema sanitario a fin de sustituir al modelo privatista liberal. El sistema de salud se rige por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. Se considera la existencia de una deuda social acumulada en la cual la mayor esperanza de vida se da a la par de una menor calidad de vida. En el año 2005 se reconocía la falta de un cincuenta por ciento de camas según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Estrategia, a) por lo cual se postuló una revolución hospitalaria.

El objetivo de cobertura total parece ser una bandera política obligada, mas su cumplimiento cabal requiere un gran esfuerzo social y una firme decisión política que en condiciones de subdesarrollo se antoja utópica, máxime si se tiene presente por ejemplo que en Estados Unidos en el año 2011, la cantidad de personas sin seguro social fue de 50 millones.<sup>14</sup> O también que los más pobres en Estados Unidos tienen las mismas infecciones parasitarias que afectan a los pobres de África, Asia y América Latina. Se reporta que 23% de los niños negros en zonas urbanas podrían estar infectados con nemátodos intestinales (Hotez).

El caso más sobresaliente de accesibilidad basada en principios de universalidad y equidad es el de Venezuela, con políticas específicas como Barrio Adentro con la que se da inicio al proceso de transformación de la red sanitaria-asistencial y se sientan las bases del modelo de atención integral y cuya característica principal es la gratuidad (OPS/OMS, 2006). En la base, Barrio Adentro I se refiere a la generación de consultorios populares con ayuda de médicos cubanos que brindan atención a la ciudadanía. Sin embargo, y adicional a la fragmentación del sistema resultado del procesos de descentralización de los servicios de salud que inició en la década de los noventas, la creación de la “misión barrio adentro” en

---

<sup>14</sup> En esta cantidad hay diez millones denominados no ciudadanos.

2003 contribuyó también a la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios en el sistema, lo cual inevitablemente se asocia a un uso ineficiente de los recursos.

Esta fragmentación impide que toda la población ejerza el derecho a la salud.<sup>15</sup> Por tanto a pesar de los esfuerzos, el sistema de salud venezolano sigue teniendo serias debilidades siendo un sistema altamente fragmentado en un conjunto de subsistemas y con una forma de organización inequitativa, sin universalidad de acceso a los servicios.

México, aunque en menor medida, también invirtió anticipadamente en servicios de salud con la creación de un Seguro Popular de Salud en el año 2003, que consiste en un sistema de prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos. Y en 2007 se hizo una profusa publicidad a las políticas de cobertura total en maternidad con servicios gratuitos en parto y hospitalización por medio de spots de televisión y radio como parte de la campaña nacional del Seguro Popular y del Seguro Médico de Nueva Generación,<sup>16</sup> el cual operaría con la misma estructura asistencial existente en el país y a lo largo de veinte años sería ampliada (IMSS, 2011), todo ello pese a que aún existen graves carencias en la cobertura de salud, como por ejemplo el gran déficit en camas de hospital.<sup>17</sup> De acuerdo a la información oficial el número de afiliados en el año 2011 alcanzó el 46.5% de la población total y al seguro social el 51.5%, con lo cual la cobertura es prácticamente total (98%) y el resto estaría en alguna forma de seguro privado (IMSS, 2011). Aún más, según Knaul et al (2013, 228) “La reforma mexicana de salud aporta conocimientos al movimiento global por una cobertura universal en salud (además de que) la experiencia mexicana se está utilizando como referencia en trabajos internacionales sobre calidad”. Un mundo feliz.

En contraste, en la encuesta de salud de 2012 se reporta que el 21% de la población no tiene cobertura (ENSANUT, 2012); el problema de la segmentación apenas si ha sido paliado persistiendo una alta ineficiencia del sistema de salud con lo cual la cobertura universal no adquiere la categoría de acceso (cobertura efectiva) aún en los servicios

---

<sup>15</sup> Con la información disponible en el año 2005 el 68% de la población venezolana no contaba con ningún seguro de salud (EHCD).

<sup>16</sup> El Seguro Médico de Nueva Generación contó con un presupuesto para beneficiar anualmente a 743 mil niños que no tienen ningún tipo de servicio de seguridad social. El paquete es un catálogo de servicios básicos, resumidos en 10 tipos de atenciones, como pruebas de sangre, de tipo congénito, auditivo o de deformaciones, así como un paquete de gastos catastróficos. [<http://fecal.org.mx/index.php?blog/show/938>]

<sup>17</sup> En México se tenía un índice de 0.7 camas de hospital por cada mil habitantes para el año 2006, mientras en Estados Unidos la cifra era de 3.2 camas hospitalarias por cada mil habitantes. [<http://websie.eclac.cl>] y [<http://www.paho.org>]

esenciales ni en hospitalización. Y el problema alimentario ha repercutido severamente en los aspectos nutricionales incidiendo en el perfil epidemiológico en sobrepeso y obesidad, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud el país ocupa el primer lugar en población infantil menor de cinco años con este mal; y la OCDE reporta que el país se ubica en el segundo lugar con población obesa, después de EU. Así, este vector tendrá una fuerte influencia a futuro como uno de los principales detonantes de la diabetes mellitus en el cual México ocupa el primer lugar y, por ende, en los programas futuros de salud.

Para la región los problemas que se enfrentan en salud pueden dimensionarse con objetividad considerando que en el año 2011 el gasto per cápita en salud fue de 8608 dólares en EU , en tanto que en Argentina fue de 892, Brasil 1121, Colombia 432, México 620 y Venezuela 555 (BM, 2013). O bien que en 2011 en EU el gasto en salud en relación al PIB fue de 18% en tanto que para los cinco países mencionados fue en promedio de 6% (OMS, 2013).

#### *Estado versus Mercado*

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

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

ingresos que prescindiría de la acción pública creando su propio espacio de atención sanitaria.

Estos ejemplos polares no existen en forma pura y las estrategias de salud, en tanto que bien público, hacen de la intervención del Estado una condición estructural para avanzar en la construcción de una sociedad democrática. Sin embargo, al tratarse de economías de mercado y dado el control oligopólico de patentes y la producción de medicamentos, sector público y privado coexisten con visiones diferentes de la misma problemática. El Estado no puede guiarse por la lógica del mercado y se han dado acciones reivindicativas de la intervención gubernamental en claro enfrentamiento con el sector privado en busca del bien público; a tal efecto puede citarse el caso de Brasil en la producción de antiretrovirales para la atención del VIH/SIDA como una decisión de Estado, contrariando no sólo las leyes del mercado sino primordialmente enfrentando el poder oligopólico de las grandes empresas farmacéuticas internacionales.<sup>18</sup> Se trata de una decisión de Estado, no de una asignación supuestamente eficiente de recursos a través del mercado.

Para la región latinoamericana en su conjunto, en la década actual se ha acentuado la entrada de capital privado al campo de la salud, fomentando la expansión de compañías aseguradoras, sobre todo de capital estadounidense.<sup>19</sup> Lo anterior puede explicarse como una respuesta a la creciente demanda de atención médica de calidad de la población de mayores ingresos, la cual usualmente supera la infraestructura y la capacidad de atención de las instituciones públicas de salud.<sup>20</sup> Empero la pretendida mayor eficiencia derivada hipotéticamente a su vez de una mayor competencia, lleva también a prácticas no deseadas de selección adversa de pacientes y de procedimientos por parte de proveedores y asegurados, respectivamente.

---

<sup>18</sup> En 2002 el gobierno de Brasil enfrentó al laboratorio suizo Roche y produjo el medicamento genérico Nelfinavir y al laboratorio Merck obteniendo reducciones de 66 a 59 % en los medicamentos Indinavir y Efavirenz . En 2005 se logró un acuerdo con el laboratorio Abbott para reducir el costo del medicamento Kaletra. Y la empresa se comprometió a proporcionar tecnología al laboratorio estatal Farmanguinhos para producirlo a partir del año 2009.

<sup>19</sup> En México, de 1997 a 2003, el desarrollo del sector privado de seguros llevó la cobertura de 2.1 a 3.8 millones de asegurados en el plan de gastos médicos mayores, con 35 compañías registradas. Sin embargo ello representaba únicamente el 4% de la población y en 2013 sólo el 6.4% [Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros].

<sup>20</sup> Por ejemplo en México el 5% de la población más rica concentra el 30% del Ingreso total.

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

### 3. Nuevo paradigma de salud

El nuevo paradigma de salud tiene ahora dos componentes estructurales que vertebran las políticas del sector: la transición demográfica y la epidemiológica. En la clasificación usual de la transición demográfica se consideran cuatro etapas: incipiente, moderada, plena y avanzada.<sup>21</sup> Brasil, Colombia, México y Venezuela se ubican en la etapa III, en plena transición; en tanto que Argentina se ubica en la etapa IV de transición avanzada (Bayarre et al, 2006). En el caso de Brasil desde la segunda mitad de los años noventa se había confirmado la transición hacia una población de cada vez mayor edad con patrones reproductivos próximos a los de los países europeos (Schwartzman, 1997).

Respecto a la transición epidemiológica, las cifras revelan con claridad que se está en presencia de un nuevo perfil sanitario, pues en 1985 en América Latina por cada diez muertes debido a enfermedades transmisibles se tenían quince por enfermedades no transmisibles; en tanto que la cifra estimada para el año 2015 es de setenta por cada diez (Bayarre et al, 2006).<sup>22</sup> De acuerdo con Bayarre et al, la transición epidemiológica supera al concepto de transición demográfica pues comprende tanto los cambios en mortalidad como en morbilidad, con lo cual el significado de enfermedad se modifica radicalmente al convertirse en un estado crónico padecido por un gran número de personas en su mayoría de edad durante un largo periodo, con lo cual se da la paradoja de mortalidad descendente con morbilidad creciente.

---

<sup>21</sup> En 1992, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) elaboró una tipología que indica las etapas de la transición demográfica en que se encuentran los países de América Latina. Esa tipología usa como criterios de clasificación las tasas brutas de natalidad y mortalidad, mismas que determinan el crecimiento natural de la población y su estructura por edades. CELADE clasifica 4 fases: **I.** Transición incipiente. Son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%. **II.** Transición moderada. Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado, cercano al 3%. **III.** En plena transición. Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2%. **IV.** Transición avanzada. Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1%.”

<sup>22</sup> En el PNSP de Colombia se señala un progresivo cambio en la estructura de las causas de mortalidad infantil, erradicación del polio y eliminación del sarampión; descenso de la fecundidad, disminución de la población joven respecto a aquella en edad de laborar y aumento de la tercera edad.

Los datos desagregados de enfermedades en crónico degenerativas, infecciosas y causas externas para los países seleccionados muestra la alta prevalencia del primer grupo con una participación en un rango del 62% a casi el 80%; en el segundo grupo (infecciosas) Brasil se dispara notablemente de la media; y en el tercer grupo (causas externas) Colombia es el caso extremo (Cuadro 1).

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

País	Crónico Degenerativas (Enfermedades No transmisibles) (% del total)	Infecciosas (Enfermedades Transmisibles) (% del total)	Causas Externas (Lesiones) (% of total)
Argentina	80.1%	13.6%	6.3%
Brasil	73.9%	14.1%	12.0%
Colombia	65.9%	13.1%	21.0%
México	77.7%	12.0%	10.3%
Venezuela	65.6%	13.5%	20.9%

Fuente: World DataBank. Basado en los datos de las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS. Consultado en:

<http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators>

La transición epidemiológica puede constatar en Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela en el sentido descrito en el Cuadro 1. México en particular es un “país en transición demográfica con un perfil epidemiológico complejo, con incremento de enfermedades no–transmisibles, accidentales y estilos de vida no saludables. Persisten marcadas inequidades estructurales históricas y una concentración del ingreso que han determinado inequidades en el acceso a servicios básicos “ (Estrategia, b). Así mismo en México, como referencia de transición epidemiológica plena en un lapso inferior a un periodo generacional, se tiene que en el año 2000 las enfermedades no transmisibles

representaron el 73.3% de la mortalidad proporcional contra 49.8% en 1980. Y hoy día la diabetes mellitus es la primera causa de muerte.<sup>23</sup>

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

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

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

El nuevo modelo de salud tiene las siguientes características:

- i) La persistencia de los factores estructurales relativos a cobertura, equidad y eficiencia.
- ii) La transición demográfica implica a su vez la transición hacia la provisión acrecentada de servicios sanitarios para las personas de tercera edad.
- iii) La transición epidemiológica con el cambio correspondiente en el perfil de la demanda de salud.
- iv) Aumento en los costos de la atención sanitaria por las nuevas tecnologías y en medicamentos en mercados oligopólicos que dan al oferente la ventaja de fijar precios.<sup>24</sup>
- v) Factores culturales de cada vez mayor importancia por el conocimiento e información de la población acerca de la salud como bien público.

---

<sup>23</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social. [www.imss.gob.mx]

<sup>24</sup> Un resultado tecnológico importante no referido al instrumental médico o a los fármacos es la administración y al almacenamiento de información en medios digitales, que ha dado lugar al expediente clínico electrónico, con el cual hay un ahorro considerable de tiempo y de recursos para diagnóstico, solicitud de análisis, provisión de recetas, etc. [www.politicadigital.com.mx]

### *Salud y política: ¿una antinomia?*

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

Cabe preguntarse si es la política en sí otro componente estructural de la ineficiencia e inequidad sanitarias. En nuestra consideración la gobernabilidad se ve amenazada por un conjunto de factores políticos, sociales, culturales, etcétera, que van más allá de la mera discusión de las reformas de salud. Todo el espectro anterior no puede obviarse del impacto negativo que ha tenido el débil crecimiento económico en Latinoamérica que afectó los ingresos públicos y, por lo tanto, los recursos destinados al rubro de salud en condiciones de suyo adversas con una población no solo mayor en número y más longeva, sino también más demandante de servicios sanitarios por los procesos de urbanización y desarrollo de una cultura de salud. Y en cuanto a los países seleccionados cuyos datos de desempeño económico se muestran en el Cuadro 2, hay que agregar severos episodios de crisis que han tenido un efecto colateral en cuanto a la cobertura dado el crecimiento explosivo de la informalidad en el empleo.<sup>25</sup> Para los propósitos de este trabajo el resultado es el aumento en la desprotección sanitaria de la población, la cual tiene que cubrir esta necesidad con gastos de bolsillo que en buena medida son catastróficos (Lechuga y Mayen, 2009).

En México cerca de 50% del gasto total en salud es gasto de bolsillo y privado (Ensanut, 2012). Y se estima que entre 2 y 3 millones de familias se empobrecen al año debido a que emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos de

---

<sup>25</sup> En Argentina el empleo informal explica el 50% de la PEA, Brasil 40%, México 60%. OIT (2012).



salud. Estimaciones para el año 2000 indicaron que 57.8% del total de la población no estaba asegurada por alguna institución de seguridad social; mientras que de acuerdo a las estadísticas del INEGI, para el 2010, del total de la población, el 33.85% no contaba con derechohabiencia a servicios de salud y de otro 1.6% se desconocía su condición.<sup>26, 27</sup>

**Cuadro 2**  
**Tasas de Crecimiento del PIB 1990-2010**

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

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas e indicadores económicos de CEPAL. 2012. [<http://interwp.cepal.org>]

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

#### **4. Indicadores de salud**

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

<sup>26</sup> Secretaría de Salud 2001. Programa de Acción: Protección Financiera en Salud. En [<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/protfinan.pdf>]

<sup>27</sup> INEGI 2010. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. [<http://www.inegi.org.mx/>]

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

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

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

Fuente: WHO/UNICEF (2013). Immunization summary. A statistical reference containing data through 2011. (Edición 2013). Disponible en:

[[http://www.childinfo.org/files/immunization\\_summary\\_2012\\_en.pdf](http://www.childinfo.org/files/immunization_summary_2012_en.pdf)]

Sin embargo en el caso de la tuberculosis, enfermedad asociada a condiciones precarias de higiene, las cifras se disparan por completo aun cuando el caso de México sea el menos desfavorable (Cuadro 4). Y las tasas de mortalidad infantil y neonatal (Cuadro 5) desdibujan la situación observada en cuanto a vacunación y cobertura prenatal y partos atendidos; y de manera poco destacada la mortalidad materna por parto tiene para México menor tasa dentro del grupo pero al igual que para el resto de los países la situación es muy desfavorable al compararla con EU, particularmente en el caso de Venezuela y Colombia.

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

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

Fuente: The World Bank. Catalog Sources World Development Indicators. [<http://data.worldbank.org/indicato>]

**Cuadro 5**  
**Estadísticas del estado de salud: mortalidad**

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

Fuente: The World Bank. Catalog Sources World Development Indicators. [<http://data.worldbank.org/indicato>]

En cuanto a personal calificado las diferencias con Estados Unidos son muy notorias. Así, se tiene que respecto al número de médicos las cifras son igualmente favorables en Argentina y México y en el caso del número de camas hospitalarias la situación en Argentina y Brasil no es tan dispar con respecto a EU; en tanto que en los indicadores de enfermeras y parteras, razón entre enfermeras y parteras y médicos; y trabajadores sanitarios, las diferencias son muy marcadas. (Cuadro 6)

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

País	Número de médicos (por 10 000)	Número de enfermeras y parteras (por 10 000)	Razón entre el número de enfermeras y parteras y el número de médicos	Número de trabajadores sanitarios (por 10 000)	Número de camas hospitalarias (por 10 000)
Argentina	31.6	4.8	0.2	36.4	41
Brasil	17.2	65.0	3.8	82.2	24
Colombia	13.5	5.5	0.4	19.0	10
México	28.9	39.8	1.4	68.7	16 <sup>a</sup>
Venezuela	19.4	11.3	0.6	30.7	13 <sup>a</sup>
Estados Unidos de América	26.7	98.2	3.7	124.9	31

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Disponible en: [[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf)]

Por último, respecto al gasto en salud si bien el indicador del gasto del gobierno general como porcentaje del gasto total del gobierno en salud es en la media superior al de Estados Unidos, destacando con mucho el caso de Colombia; respecto al gasto sanitario como porcentaje del PIB y gasto per cápita las cifras ya no admiten comparación. (Cuadro 8)

**Cuadro 7**  
**Estadística de los sistemas de salud**

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

Fuente: World Health Organization 2013. World health statistics 2013. Disponible en: [[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf)]

Las cifras anteriores no dejan lugar a dudas respecto a la brecha sanitaria, una más, con el centro, aún cuando se trata de las economías de mayor desarrollo relativo de la región. Es claro que la deuda en salud sigue siendo un gran pasivo no solo al interior de cada país, sino que también expone la ineficiencia de las políticas sanitarias que a lo largo de tres décadas han pretendido superar el atraso social en esta materia.

### **Conclusiones generales**

Los argumentos para promover reformas a los programas de salud no difirieron en mucho de los esgrimidos a principios de los años noventa. Las políticas que en un principio buscaban disminuir las brechas existentes entre los distintos niveles de la población, abatir

el rezago y atenuar las discrepancias en la atención, solo segmentaron aún más la provisión sanitaria en los tres niveles de atención: pública, privada y social (asistencial); encareciendo en muchos casos los costos de atención médica y generando la búsqueda de alternativas por parte de la población más pobre. Incluso a esta problemática se suman cuestiones de índole cultural pues la población perteneciente a etnias está propensa a sufrir rechazos, o por el arraigo tan profundo de sus costumbres prefieren buscar alternativas en la medicina herbolaria o en otros tipos de medicina alternativa.

Lo anterior ha generado que la atención médica puede llegar a considerarse un servicio de lujo dado la dificultad y el costo que suponía -aún actualmente- acceder a servicios médicos de calidad y con tecnología de punta.

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

### **Bibliografía**

- Bayarre Vea, Héctor D.; Pérez Piñero, Julia; Menéndez Jiménez, Jesús. (2006). *Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad*. Publicación de Gerontología y Geriatria. GEROINFO. RNPS. 2110. Vol. 1 No. 3. Cuba. [<http://www.sld.cu>.]
- BID. Banco Interamericano de Desarrollo/ Indicadores de Trabajo. [en] <http://www.iadb.org/es/temas/trabajo-y-pensiones/indicadores-de-trabajo.2955.html>
- BM (2012), Banco Mundial, Reporte
- BM (2013), Banco Mundial. Gasto en salud (% del PIB).
- Cezar Medici, André. (2006). *Las Reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política*. Bienestar y Política Social. Vol. 2, No. 1. primer semestre. Conferencia Interamericano de Seguridad Social.

- Cezar Medici, André (2006,a). *Las Reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política*. Bienestar y Política Social. Vol. 2, No. 1. Primer semestre 2006 [Conferencia Interamericano de Seguridad Social] [[www.bienestar.ciss.org.mx](http://www.bienestar.ciss.org.mx)].
- **EHCD, La Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela 2005.**
  - ENSANUT (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
  - Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. [[www.paho.org/spanish/d/csu/ccsven-informefinal.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/csu/ccsven-informefinal.pdf)].
  - Estrategia (a) de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. 28 de junio de 2006. [[www.paho.org/spanish/d/csu/CCSVEN-InformeFinal.pdf](http://www.paho.org/spanish/d/csu/CCSVEN-InformeFinal.pdf)].
  - Estrategia (b). Estrategia de Cooperación. Organización Mundial de la Salud. [www.paho.org](http://www.paho.org).
  - Frenk, Julio; Londoño, J. L. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo 153.
  - Hernández, Mario. (2001). *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, 2001. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. Colombia. [<http://redalyc.uaemex.mx>].
    - IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011, México 2011.
    - Knaul, Felicia Marie y Eduardo González-Pier et al (2013), Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México* / vol. 55, no. 2, marzo-abril.
    - Hotez, Peter. Universidad George Washington. Revista Académica PLoS Neglected Tropical Diseases. Ciencia y Tecnología. BBC MUNDO. [<http://news.bbc.co.uk>]
  - Lechuga Montenegro, Jesús y Ernesto Mayen Herrera (2009). El gasto en salud en América Latina. Comercio Exterior. Febrero 2009.



- López Pardo, Cándido (1997). *La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe*. Revista Cubana de Salud Pública. V. 23 n.1-2. Ciudad de La Habana. ene.-dic. 1997.
- Machado, M. H. y S. Pereira. (2002). *Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil*. Gaceta Sanitaria. V.16 n.1. Barcelona, España. enero-febrero. [<http://scielo.isciii.es>]
- Mesa-Lago, Carmelo. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago de Chile. Diciembre. CEPAL- Documentos de proyectos.
- Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Enero de 2006.
- OIT (2012), Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2012.
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Análisis de salud y sistemas de información sanitaria. *Decremento de la mortalidad materna. Situación de salud en las Américas – Indicadores básicos 2006*. Organización Panamericana de la Salud.
  - OMS (2013), Organización Mundial de la Salud [ [//www.who.int/countries/usa/es/](http://www.who.int/countries/usa/es/)]
  - OPS/OMS (2006). Estrategia de cooperación con Venezuela 2007-2010. 28 de junio de 2006. [[www.paho.org](http://www.paho.org)].
  - OPS/OMS (2012). Salud en las Américas. Capítulo Colombia. OPS Edición 2012. [en] [http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=30&itemid=30&lang=es](http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=30&itemid=30&lang=es)
  - OPS (2013) Organización Panamericana de la Salud. Principales causas de muerte en adultos mayores en américa. 2013.
  - Perfil del Sistema de Salud de Brasil. Organización panamericana de la Salud. Brasilia. Marzo de 2005.
  - PNSP. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. República de Colombia. Agosto de 2007.
  - Plan Nacional de Salud Pública 2010-2016. República de argentina. Junio 2010.
  - PROAPS. Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) [<http://www.proaps.cba.gov.ar>]
  - Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud. México.

- Rosenberg, Hernán; Andersson, Bernt. (2000). *Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana de Salud Pública. año 79, Vol. 8, No. 1/2, julio – agosto.
- Schwartzman, Simon. (1997). *La transición demográfica brasileña*. Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Brasil.