

The Lancet Inicio Revistas Colecciones Multimedia Conferencias Información para Presentar un Libro

THE LANCET

Bienvenido, Rafael Porras

Reclamación Suscripción | Suscribir | Mi Cuenta | Cerrar Sesión

Online First Edición actual Todos los números Temas Especiales Multimedia Información para los autores

Todo el contenido Búsqueda Avanzada

<Artículo anterior

Volumen 385, No. 9975 , p1359-1363, 04 de abril 2015

Siguiente artículo>

Acceda a este artículo en [ScienceDirect](#)

Políticas de Salud

La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad

Dr. Daniel Titelman , PhD , Prof Oscar Cetrángolo , MPhil, Olga Lucía Acosta , PHDC

Online desde: 15 de octubre 2014

18

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61780-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61780-3)

Artículo de Información

Resumen **Texto Completo** Tablas y Figuras Referencias

Resumen

Salte a la Sección

En esta Política de Salud examinamos la asociación entre la estructura de financiación de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud. Los sistemas de salud de América Latina abarcan una amplia gama de fuentes de financiación, que se traducen en diferentes esquemas basados en la solidaridad que combinan contributivas (impuestos sobre la nómina) y no contributivas (impuestos generales) las fuentes de financiación. Para avanzar hacia la cobertura universal de salud, esquemas basados en la solidaridad deben en gran medida dependerá de las capacidades de los países para aumentar el gasto público en salud. Mejora de los sistemas basados en la solidaridad tendrá la expansión de los sistemas de seguro universal obligatorio y el

Opciones del Artículo

PDF (233 kB)

Descargar imágenes (.ppt)

Email artículo

Añadir a Mi Lista de Lectura

Exportar referencia

Crear Cita Alerta

Citado por en Scopus (0)

Solicitar permisos

Serie relacionados



Cobertura Universal de Salud en América Latina

The Lancet

Publicado: 16 de octubre 2014

fortalecimiento del sector público, incluyendo el aumento del gasto fiscal. Estas acciones exigen un nuevo modelo para integrar diferentes fuentes de financiación del sector de la salud, incluidos los ingresos generales de impuestos, contribuciones a la seguridad social y el gasto privado. El grado de integración alcanzado entre estas fuentes será el principal determinante de la solidaridad y la cobertura universal de salud. Los desafíos fundamentales para la mejora de la cobertura universal de salud no son sólo de gastar más en salud, sino también para reducir la proporción de gasto fuera de bolsillo, que se necesitan más recursos fiscales.

Introducción

Salte a la Sección ▼

La cobertura universal de salud muestra un patrón desigual en los países latinoamericanos. Los datos disponibles indican que la mejora del acceso y la cobertura, junto con la reducción de las desigualdades en salud, es una asignatura pendiente en la mayoría de países de América Latina, según lo declarado por la Organización Panamericana de la Salud,^{1,2} de la OMS,^{3,4} y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.^{5,6}

La estructura de financiación de los sistemas de salud juega un papel importante en el logro de la cobertura universal de salud, sobre todo en la forma en que los sistemas basados en la solidaridad son financiados e implementados. En la mayoría de países de la región, el gasto público en salud es insuficiente e inadecuadamente asignado. Cuando, como es el caso de América Latina, hay un exceso de confianza en el gasto privado de los servicios de salud y medicamentos, logro de la cobertura universal de salud se ve limitada en gran parte por la viabilidad de la introducción de esquemas basados en la solidaridad en el financiamiento del sistema de salud.⁷ A esquema basado en la solidaridad es uno en el que los participantes tengan acceso a los beneficios del sistema de atención de salud, independientemente de la contribución que hacen a su financiación. De este modo, los participantes contribuyeran en función de sus medios, sino que reciben beneficios de acuerdo a la necesidad. Como resultado, las rentas más altas contribuyen proporcionalmente más a la financiación del sistema que lo hacen las personas de bajos o aquellos que no tienen ingresos, de ahí el concepto de solidaridad.

Los sistemas de salud de América Latina se financian con una amplia gama de fuentes, dando lugar a diversos arreglos financieros, que se traducen en diferentes esquemas de solidaridad. En este trabajo se identifican los sistemas utilizados por algunos países de América Latina para lograr la cobertura universal de salud. En particular, se examinan cuestiones de solidaridad en el contexto de los sistemas de salud que combinan contributivas (impuestos sobre la nómina) y no contributivas (impuestos generales) las fuentes de financiación. Argumentamos que avanzar hacia la cobertura universal de salud, planes de solidaridad deben ser capaces de combinar ambos tipos de financiación y que, a corto y medio plazo la dinámica de la cobertura universal de salud están fuertemente correlacionados con el componente no contribuyentes de financiamiento. En este contexto, los retos fundamentales para la mejora de la cobertura universal de la salud no sólo de gastar más en salud, sino también para reducir la proporción de gasto fuera de bolsillo.

Cobertura de salud universal y la estructura de financiamiento de la salud

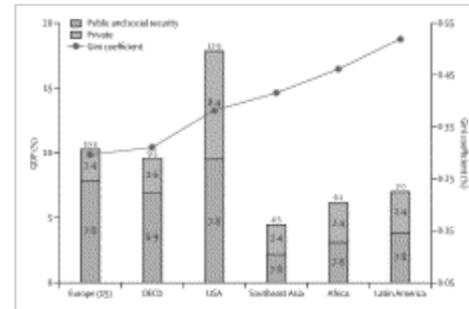
Salte a la Sección ▼

Estructura de financiación del sistema no es neutral desde el punto de vista de la igualdad. Un rasgo

The Lancet s nueva serie de Cobertura Universal de Salud (UHC) cartas de América Latina en las complejas fuerzas políticas, económicas y sociales que la formulación de políticas de salud forma. Un documento de Política de Salud adjunto examina la asociación entre la estructura de financiación de los sistemas de salud y UHC. En las últimas décadas, las políticas importantes e iniciativas estratégicas en la salud y el desarrollo han sido adoptadas por América Latina, con la participación activa y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS y otros asociados. América Latina es un laboratorio para estudiar la mecánica de aplicación de UHC.

Leer más

distintivo clave de la estructura de financiamiento de la salud en América Latina es la importancia relativa del gasto privado. Como se muestra en la figura,⁸ el gasto en salud en la región no sólo es medido más bajo como proporción del PIB que en la Organización para el Desarrollo (OCDE) la Cooperación y, pero también muestra una mayor carga de gasto privado. En promedio, el gasto privado en la región representa el 45% del gasto sanitario total, que como porcentaje del PIB es mayor que en Europa y los países de la OCDE. Esto implica que las propias familias en gran medida financian los relativamente bajos niveles de gasto en salud en los países de América Latina, a través de pagos directos de su bolsillo.



Figura

El gasto en salud y el coeficiente de Gini, por región

Los datos son de referencia 8. OCDE = Organización para la Cooperación y el Desarrollo.

[Ver imagen grande](#) | [Ver Hi-Res imagen](#) | [Descargar PowerPoint Slide](#)

La necesidad de incurrir en gastos de su propio bolsillo para tener acceso a servicios de salud o consumir medicamentos es una fuente importante de inequidad y limita la capacidad de los países para avanzar hacia la cobertura universal de salud. La figura muestra una correlación negativa entre el gasto privado en salud y la distribución del ingreso. Países en los que el gasto privado en salud es proporcionalmente menor tienen mejores coeficientes de Gini.

Ampliación de la cobertura consistente con los principios de universalidad y solidaridad depende de cómo se organiza la financiación de la salud. Diferentes arreglos financieros determinan resultados diferentes en la redistribución del ingreso (entre los ricos y pobres) y en la distribución de riesgos (entre personas sanas y enfermas).⁹ Aquí nos concentramos en la primera de ellas. Por solidaridad ingreso nos referimos a que el acceso a los servicios de salud es independiente de las contribuciones de las personas en el sistema o su capacidad real para hacer los pagos directos de su bolsillo.^{9, 10}

Los sistemas de salud de América Latina están muy fragmentados. Los derechos concedidos, la cobertura y la organización institucional varían entre los diferentes grupos de población. Los sistemas de salud están organizados por una combinación de servicios tradicionales del sector público para los grupos pobres, los servicios de seguridad social para los empleados formales (en algunos casos extenderse a sus familias), y los servicios privados para aquellos que pueden permitírselo. La falta de coordinación entre los tres subsectores ha sido la fuente de ineficiencias, ya que los diferentes grados de fragmentación dificultan la cobertura universal de salud eficaz.

En muchos de estos países, el exceso de gasto de bolsillo en salud se debe al alcance restringido del

seguro social financiado a través de impuestos contributivos y las restricciones fiscales del régimen no contributivo. La mezcla entre el financiamiento del sistema de salud contributivo y no contributivo tiene que ser redefinido. Pocos de los países de la región han tenido éxito en la integración de los sistemas de salud pública y su financiación mediante impuestos generales.⁷ La mayoría de ellos han construido sus sistemas de salud en la falsa expectativa de que la cobertura financiada con los pagos de los trabajadores en el mercado formal alcanzaría todos los hogares. Hoy sabemos que existen importantes limitaciones a alcanzar el pleno empleo que garantice el acceso a los servicios de seguridad social y de salud con la protección financiera, sobre todo debido al alto porcentaje de trabajadores informales en los países de la región. Los sistemas basados en financiamiento contributivo (impuestos sobre la nómina) suelen proporcionar cobertura segmentada, dando prioridad a aquellos en el mercado laboral formal, que son hombres de manera desproporcionada.^{11, 12} Por lo tanto, no sólo son una gran proporción de los gastos financiados con cargo a los bolsillos de la gente, pero, además, sociales seguridad tiene un efecto limitado en la distribución del ingreso.

En la mayoría de países de la región también hay evidencia de grandes diferencias en la prestación de servicios entre las zonas urbanas y rurales (en términos de recursos humanos, capacidad de gestión, instalaciones médicas, y herramientas tecnológicas). Otra importante fuente de fragmentación del sistema de salud y la inequidad proviene de los procesos de descentralización en los países con las capacidades financieras y de gestión muy desigual dentro de los territorios.⁸ Esto sugeriría que el gobierno central debe adoptar políticas compensatorias para equilibrar la prestación de servicios.^{13, 14}

Los sistemas con la mayor solidaridad son aquellos en los que toda la población está cubierta por un sistema financiado por impuestos generales.¹⁵ Por lo tanto, la cobertura es independiente de la capacidad de pago de las personas, que a su vez se traduciría en una reducción del gasto fuera de bolsillo. Sin embargo, el nivel de cobertura efectiva y, en consecuencia, la necesidad de que los pagos directos de su bolsillo depende del nivel de gasto público.¹⁶ En Brasil, la reforma constitucional de 1988 proporcionó el acceso universal e integral a los servicios de salud estatales financiados con los ingresos generales,¹⁷ en combinación con las aseguradoras privadas que ofrecen planes complementarios privados para el más sano y más rico el 25% (o menos) de la población.¹⁸

El resto de la región se ha mantenido sistemas fragmentados, mientras que en parte la preservación financiamiento a través de impuestos a la nómina. Algunos países han tratado de integrar los sistemas contributivos financiados a través de impuestos sobre la nómina en los sistemas públicos financiados a través de impuestos generales; en otros mucho segmentación permanece. Costa Rica es un caso tradicional en punto, en el que las fuentes de financiación se integraron con un nivel de cobertura.⁷ Hoy, Costa Rica asegura a más del 93% de la población, con aproximadamente el 50% de la cantidad aportada por el sector formal de la salud empleados financiación servicios para grupos no son contribuyentes.¹⁹

En el otro extremo se encuentra Chile, en el que la integración es parcial, ya que los individuos deciden si debe inscribirse en el sistema público integrado (Fondo Nacional de Salud, FONASA), financiado a través de sus contribuciones y los impuestos generales, o con una aseguradora privada

(Instituciones de Salud Previsional , Isapres). Debido a que cualquier opción real depende sustancialmente de la renta, el sistema chileno es considerado como un sistema dual.²⁰ Chile tiene cobertura de seguro social de salud casi universal, con el 80% cubierto por FONASA, y el 17% en las ISAPRES. Debido a las grandes diferencias en la calidad y la accesibilidad entre los dos fondos, la reforma de salud chileno de 2005 adoptó un plan denominado Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Al principio, AUGE cubierto 25 condiciones de salud prioritarios, y para el año 2013 esta cifra había aumentado a 80 condiciones.²¹

Un tercer modelo evidente en la región tiene capacidad para niveles de cobertura diferenciada en función del tipo de financiación, al menos durante el período de transición. En Colombia, la reforma de 1993 creó dos regímenes, contributivo para los empleados y subsidiados para la población de bajos ingresos. En 2014, casi toda la población está asegurada, y el Fondo Nacional de Equidad recoge las contribuciones sobre la nómina y los ingresos generales para financiar un plan de prestaciones estándar. Equiparación gradual de la cobertura fue tratado para los sectores de bajos ingresos mediante el aumento de los subsidios estatales, pero la tensión financiera persiste.²² Esta reforma tuvo un efecto importante en la distribución del ingreso y la reducción del gasto privado de salud.²³ En Uruguay, las recientes reformas constituyen un nuevo paradigma en el que avances parciales en base a los aumentos presupuestarios incrementales está llevando poco a poco a la mejora de la cobertura y menos heterogeneidad.²⁴

Más allá de esta clasificación, los efectos sobre la eficiencia y la equidad resultante de cada modo particular de financiación son mucho más complejas. Por un lado, los sistemas están siempre en transición. Como Kutzin señaló, la cobertura universal de salud es "un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud", y es "una dirección en lugar de un destino".¹¹ Por otra parte, no sólo lo hacen las fuentes y nivel de financiación han de considerarse , sino también los mecanismos de puesta en común y los acuerdos de compra vigentes en cada sistema. De todos modos, la posibilidad de prestación de la cobertura universal de salud suficiente y homogénea dependerá en primera instancia de los recursos fiscales que cada país destina a la salud.

La cobertura universal de salud y la financiación de impuestos: ¿podemos cambiar la estructura de financiamiento de la solidaridad?

Como ya hemos comentado, la cobertura de salud en América Latina es insuficiente. La capacidad financiera para avanzar hacia la cobertura universal de salud se apoya, por un lado, en la necesidad de aumentar los recursos disponibles para financiar el sector de la salud y, por otro, en el reto de mejorar los esquemas de solidaridad financiera. Al mismo tiempo, la cobertura universal de salud en América Latina es una poderosa herramienta para mejorar la distribución del ingreso y construir una sociedad más justa y cohesionada.^{1,7} cobertura garantizada por los gobiernos debería ser suficiente e igual para todos. Con este fin, los gobiernos deben aumentar los impuestos, gastar más en atención de la salud, mejorar la asignación y distribución de ese gasto, y, no menos importante, financiar equitativamente.

Dificultades históricas de la región en la recaudación de impuestos son bien conocidos: la carga tributaria de América Latina fue de 18 · 3% del PIB en 2010 (incluyendo los pagos de seguridad social), muy por debajo de los promedios de 35 · 2% en los países de la OCDE y 39 · 2% en Europa

países. La tasa impositiva promedio esconde situaciones muy diferentes. Sólo tres países de la región (Brasil, Argentina y Uruguay) han alcanzado cargas fiscales superiores al 25% del PIB, pero todavía muy inferior a los niveles europeos. En el otro extremo, hay países con cargas fiscales inferiores al 15% del PIB (México, Venezuela y Guatemala, entre otros). En vista de las dificultades en la recaudación de impuestos, en los esfuerzos de muchos países de América Latina para generar recursos se han concentrado en los mecanismos de bajo potencial redistributivo.²⁵ En promedio, más de la mitad de los ingresos fiscales proviene de IVA y otros impuestos sobre las ventas de bienes y servicios (los impuestos indirectos). Sólo el 30% proviene de la propiedad, la renta y otros impuestos directos, y el 20% restante proviene de las contribuciones de seguridad social. Por el contrario, los países de la OCDE obtienen más del 40% de sus ingresos fiscales de los impuestos directos. Con los sistemas de seguridad social más desarrollados, en estos países los recursos provenientes de las contribuciones sociales representan casi el 27% del total.

Debemos reconocer que el financiamiento contributivo, si bien en un obstáculo para la integración, es sin embargo un recurso que es difícil para los países con problemas de financiación a renunciar. En la mayoría de países de América Latina, los fondos recaudados de las cargas sociales, aunque no representan un volumen sustancial como porcentaje del PIB, son fuentes relativamente importantes de financiación de la atención sanitaria.^{26, 27} En estos casos, no sería prudente (o poco realista) para sugerir su sustitución en un futuro próximo con las fuentes que son difíciles de recopilar.

Además, los gobiernos tienen que dar prioridad a las políticas de salud en sus definiciones presupuestarias. Aunque el gasto social ha ido en aumento en la región, este crecimiento no ha sido uniforme por sector. En promedio, encontramos que las asignaciones habían aumentado más rápidamente a la seguridad social, el bienestar y la educación, y más lentamente a la salud.²⁸ Durante las últimas décadas, las crisis en los sistemas de pensiones,³⁰ la necesidad de nuevas iniciativas sociales, como los programas de transferencias condicionadas,³⁰ y diferentes presiones para aumentar el gasto en educación³¹ han comprimido el espacio disponible para aumentar los gastos de salud pública.

Por último, el reto de recaudar más impuestos está estrechamente vinculado con la insuficiencia de los sistemas de seguridad social. Los países con mayores cargas fiscales también tienen los grados más bajos de la informalidad laboral y, en consecuencia, la mayor cobertura de seguro de salud. Como se señaló anteriormente, en vista de las dificultades en la recaudación de impuestos en algunos países, el reto para estas sociedades es encontrar una combinación equilibrada de los recursos para que el nivel de las contribuciones sobre la nómina no crea incentivos para la informalidad, la evasión o elusión, pero les permite tomar ventaja de las aportaciones realizadas por la población que participa en el mercado laboral formal con una elevada capacidad de pago. Por lo tanto, el logro de la cobertura universal necesitará grandes esfuerzos en materia de regulación del mercado laboral, la implementación de las políticas públicas de fomento de la formalización, y el diseño de los regímenes de cotización alternativas, como las contribuciones en parte o totalmente subvencionados.³² esquemas simplificados Cabe destacar que muchos países han incorporado para pequeños contribuyentes que, en algunos casos (Argentina y Uruguay), incluyen una contribución a garantizar el acceso al seguro de salud (datos no publicados).

¿Cuánto cada país tiene para gastar en salud es, por tanto, difícil de determinar,³³ ya que esto

depende de varios factores. Sin embargo, hemos argumentado que hacer un uso más eficiente y equitativa de los fondos en América Latina depende de la capacidad para aumentar la porción financiada con fondos públicos de los gastos en salud. Los países tendrán entonces será capaz de ampliar la base tributaria para obtener mayores recursos de los impuestos generales.

Conclusión

Salte a la Sección ▼

Muchos factores determinan el potencial para avanzar hacia la cobertura universal de salud, y muchos de ellos tienen raíces políticas. En este trabajo nos hemos centrado en los factores relacionados con la financiación de la salud. Para avanzar hacia la cobertura universal de salud, los países de la región deben fortalecer y universalizar la cobertura financiera de riesgo para la salud, por lo que la necesidad de hacer fuera de su propio bolsillo los pagos deja de ser un obstáculo para el acceso a servicios de salud. Los dos retos fundamentales para el mejoramiento de la equidad y el logro de la cobertura universal de salud son la necesidad de aumentar los recursos financieros que fluyen hacia el sector de la salud, y para mejorar los sistemas basados en la solidaridad.

Mejora de los sistemas de solidaridad tendrá la expansión de los sistemas de seguro universal obligatorio y el fortalecimiento del sector público. La primera exige un nuevo modelo para integrar diferentes fuentes del sector salud de financiamiento: ingresos generales de impuestos, contribuciones a la seguridad social y el gasto privado. La medida en que se logra la integración será principalmente determinar la solidaridad y la cobertura universal de salud.

En vista de la dinámica del mercado laboral en los países de América Latina y su distribución desigual de los ingresos, los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud tendrá un gran aumento en el gasto público, que se ven limitados por las restricciones fiscales. De acuerdo con ello, tendrán que ir acompañadas de reformas fiscales encaminadas a aumentar la disponibilidad de recursos públicos y la mejora de los efectos de las estructuras de impuestos sobre la distribución del ingreso esfuerzos para aumentar la cobertura de salud eficaz.

La creación de capacidad para avanzar hacia la cobertura universal de salud en América Latina necesita acción en cuatro áreas: (1) el aumento de los ingresos fiscales y una combinación equilibrada de los recursos de los impuestos generales y los impuestos sobre la nómina que no crea incentivos para la informalidad, la evasión o elusión; (2) los esfuerzos de los gobiernos para aumentar la participación del gasto público en salud, por lo que la capacidad de hacer pagos directos de su bolsillo no es una barrera de acceso a servicios de salud; (3) la asignación y distribución de ese gasto mejorado, por medio de un nuevo modelo de integración de diferentes fuentes, capaz de asegurar los fondos para los gobiernos subnacionales; y (4) la financiación equitativa para aumentar la capacidad de redistribución de los sistemas tributarios.

Colaboradores

Todos los autores contribuyeron por igual.

Declaración de intereses

Declaramos intereses en conflicto.

Agradecimientos

Este documento acompaña a una serie financiado por la Fundación Rockefeller a través de una subvención a la CEPAL. Damos las gracias a la comisión y las bases para la convocatoria de diversas reuniones de autor, y sus participantes para sugerencias muy útiles.

Referencias

Salte a la Sección ▼

1 Organización Panamericana de la Salud. La defensa de la salud: el desarrollo sostenible y la equidad. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud ((consultado el 01 de junio 2014).)

Ver el artículo

2 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154.a reunión del Ejecutivo ((consultado el 01 de junio 2014).)

Ver el artículo

3 OMS. Informe mundial de la salud 2013: investigación para la cobertura universal de salud . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2013

Ver el artículo

4 . La OMS Informe sobre la salud 2010 Mundo: financiación a la ruta de los sistemas de salud de cobertura universal . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2010

Ver el artículo

5 CEPAL. Panorama social de América Latina 2013 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2013

Ver el artículo

6 CEPAL. El desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe: seguimiento a la agenda de desarrollo de las Naciones Unidas después de 2015 y de Río + 20 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2013

Ver el artículo

7 CEPAL. El futuro de la protección social: acceso, financiamiento y solidaridad . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2006

Ver el artículo

8 Cetrángolo, O y Goldschmit, A. La descentralización fiscal: el aumento de la cohesión social entre las unidades territoriales muy dispares. En: La descentralización y reforma en América Latina. . La mejora de las relaciones intergubernamentales (Capítulo 3) en: G Brosio, JP Jiménez (Eds.) Edward Elgar Publishing , Londres , 2013 : 38-69

Ver el artículo

9 Wagstaff, A. Social seguro de salud frente a la salud financiados con impuestos los sistemas de pruebas de la OCDE. Política de Trabajo de Investigación de Trabajo 4821 . El Banco Mundial , Washington, DC ; 2009

Ver el artículo | CrossRef

10 Titelman, D. Reformas al Sistema de Salud en Chile: Desafíos pendientes. Serie Financiamiento del desarrollo, N° 104 (LC / L.1425-P / E). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.00.II.G.99 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2000

Ver el artículo

11 Kutzin, J. Financiación de la salud para el rendimiento y la cobertura del sistema de salud universal: conceptos e implicaciones para la política. *Bull World Health Organ* . 2013 ; **91** : 602-611

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (7)

12 CEPAL. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2012 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2013

Ver el artículo

13 Musgrave, R y Musgrave, P. Las finanzas públicas en la teoría y la práctica . McGraw-Hill Inc , de Nueva York ; 1989

Ver el artículo

14 Oates, W. El federalismo fiscal . Harcourt-Brace , Nueva York ; 1972

Ver el artículo

15 en: E Van Doorslaer, A Wagstaff, F Rutten (Eds.) La equidad en el financiamiento y la prestación de asistencia sanitaria: una perspectiva internacional . Oxford University Press , Oxford , 1992

Ver el artículo

16 . Medici, CA Seguros Públicos de Salud en América Latina: ¿Cuales hijo las Perspectivas ?. en: Seguro Público de Salud. Aportes para el debate abierto de las Naciones Unidas. Compilado por Báscolo EP . Instituto de la Salud "Juan Lazarte" , Rosario , 2004 : 7-21

Ver el artículo

17 Afonso, J. El Financiamiento bifurcado de la Protección Social y de la salud en Brasil. En: La cohesión social en América Latina y el Caribe: una Revisión perentoria de ALGUNAS de Sus Dimensiones. en: Un Sojo, A Uthoff (Eds.) Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago ; 2007 : 209-218

Ver el artículo

18 Marten, R, McIntyre, D, Travassos, C et al. Una evaluación de los avances hacia la cobertura universal de salud en Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica (BRICS). *Lancet* . 2014 ; (publicado en línea el 30 de abril.) [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60075-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60075-1) .

Ver el artículo

19 Cercone, J y Pacheco, J. Costa Rica: buenas prácticas en la ampliación de la cobertura de salud. Lecciones de las reformas en los países de bajos y medianos ingresos. En: Buenas prácticas en la financiación de la salud. en: P Gottret, J Schieber, H Aguas (Eds.) , el Banco Mundial , Washington, DC ; 2008 : 182-226

Ver el artículo

20 Titelman, D y Uthoff, A. El Mercado de la Salud y las REFORMAS al Financiamiento de los Sistemas de Salud. en: D Titelman, A Uthoff (Eds.) Ensayos sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Los Casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia . Fondo de Cultura Económica , Santiago ; 2000

Ver el artículo

21 Bitran, R y Urcullo, G. Las buenas prácticas en la ampliación de la cobertura-lecciones de salud de las reformas. en: P Gottret, J Schieber, H Aguas (Eds.) Buenas prácticas en la financiación de la salud . El Banco Mundial , Washington, DC ; 2008 : 89-136

Ver el artículo

22 Giedion, U y Acosta, O. Sistema de salud y democracia, El caso de Colombia. en: Un Bárcena, oh Kacef (Eds.) La Política parafiscal el afianzamiento de las democracias en América Latina:

reflexiones a partir de Una serie de Estudios de Caso . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago ; 2011 : 127-158

[Ver el artículo](#)

23 Glassman, A, Escobar, ML, Giuffrida, A y Giedion, U. De pocos a muchos; diez años de expansión de seguro de salud en Colombia . Banco Interamericano de Desarrollo y la Brookings Institution , Washington, DC ; 2009

[Ver el artículo](#)

24 . OPS Perfil de Sistemas de Salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma . Organización Panamericana de la Salud , Washington, DC ; 2009

[Ver el artículo](#)

25 Gómez, J. El rol De la política tributaria Para El Fortalecimiento del Estado en América Latina. en: Un Bárcena, oh Kacef (Eds.) La Política parafiscal el afianzamiento de las democracias en América Latina: reflexiones a partir de Una serie de Estudios de Caso . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago ; 2011 : 71-94

[Ver el artículo](#)

26 . la OPS La salud en las Américas . Organización Panamericana de Salud , Washington, DC ; 2002

[Ver el artículo](#)

27 Cetrángolo, O y Gómez, J. La tributación directa en América Latina y los Desafíos a la imposición Sobre la Renta, Serie Macroeconomía del desarrollo N ° 60 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2007

[Ver el artículo](#)

28 CEPAL. Panorama social de América Latina 2012 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2012

[Ver el artículo](#)

30 Bastagli, F. Desde red de protección social a la política social? El papel de las transferencias condicionadas de efectivo en el desarrollo del estado de bienestar en América Latina. Documento de Trabajo N ° 60, diciembre 2009 . Centro de Análisis de la Exclusión Social (CASE), Escuela de Londres de Economía y Ciencias Políticas , Brasilia ; 2009

[Ver el artículo](#)

31 Romaguera, P y Gallegos, S. Financiamiento de la Educación en Chile: Desafíos de Calidad y equidad ". en: Un Bárcena, oh Kacef (Eds.) La Política parafiscal el afianzamiento de las democracias en América Latina: reflexiones A Partir De Una Serie de Estudios de Caso . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago ; 2011 : 159-184

[Ver el artículo](#)

32 Gómez, J y Morán, D. Informalidad y tributación en América Latina. Explorando los nexos párr Mejorar La Equidad. Serie Macroeconomía del desarrollo N ° 124 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2012

[Ver el artículo](#)

33 Savedoff, W. ¿Cuánto debería gastar en los países de la salud? Documento de debate 2-2003 . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2003

[Ver el artículo](#)

Referencia uncited

29 Mesa-Lago, C. Las REFORMAS de pensiones en América Latina y su Impacto en los Principios de la Seguridad Social. Serie Financiamiento del Desarrollo No.144 . Comisión Económica para América Latina y el Caribe , Santiago , 2004

[Ver el artículo](#)

Los Diarios Lancet

The Lancet	The Lancet Hematología
The Lancet Diabetes y Endocrinología	The Lancet VIH
The Lancet Mundial de la Salud	The Lancet Oncology
The Lancet Infectious Diseases	The Lancet Psiquiatría
The Lancet Neurology	La Medicina Respiratoria Lancet
EBioMedicine	

Información y soporte

[Sobre Nosotros](#)
[Información para los autores](#)
[Información para los lectores](#)
[Las Carreras Lancet](#)
[Servicio Al Cliente](#)
[Contáctenos](#)
[Política De Privacidad](#)
[Términos y Condiciones](#)

Suscripción

[Su cuenta](#)
[Opciones de suscripción](#)
[Los suscriptores de impresión existente](#)

Copyright © 2015 Elsevier Limited excepto determinados contenidos facilitados por terceros.

El Lancet® es una marca registrada de Reed Elsevier Properties SA, utilizada bajo licencia.

La página web Lancet.com es operado por Elsevier Inc. El contenido de este sitio está destinado a profesionales de la salud.

Las cookies son establecidas por este sitio. Para rechazar ellos o conocer más, visite nuestra página de cookies .