

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

Daniel Titelman, Oscar Cetrángolo, Olga Lucía Acosta

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.
Inglés disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61780-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61780-3/abstract)

RESUMEN

En esta nota sobre Política de Salud examinamos la asociación entre la estructura de financiamiento de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud. Los sistemas de salud de América Latina comprenden una amplia gama de fuentes financieras, que se traducen en diferentes esquemas basados en la solidaridad, combinando fuentes de financiamiento contributivas (impuestos sobre los salarios) y no contributivas (impuestos generales). Con el propósito de avanzar hacia la cobertura universal y solidaria de salud, los países dependen, en gran medida, de su capacidad para aumentar el gasto público en salud. Es preciso ampliar los sistemas de seguros universales obligatorios y fortalecer al sector público, incluyendo el aumento del gasto fiscal. Estas acciones exigen un nuevo modelo para integrar las diferentes fuentes de financiamiento del sector salud, en el que se incluyan los ingresos generales de impuestos, las cotizaciones a la seguridad social y el gasto privado. El grado de integración que se alcance entre dichas fuentes será el principal determinante de la cobertura de salud universal y solidaria. Los desafíos fundamentales para mejorar la cobertura universal de salud no son solo incrementar más el gasto en salud, sino también reducir la proporción del gasto de bolsillo, lo cual requerirá que se aumenten los recursos fiscales.

INTRODUCCIÓN

La cobertura universal de salud muestra un patrón irregular en los países de América Latina. Los datos disponibles indican que la mejora del acceso y la cobertura, junto con la reducción de las desigualdades en materia de salud, constituyen una tarea pendiente en la mayoría de los países de América Latina, según afirma la Organización Panamericana de la Salud,[1,2] la OMS[3,4] y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.[5,6]

La estructura de financiamiento de los sistemas de salud desempeña un papel importante en el logro de la cobertura universal de salud, particularmente en el modo en que los esquemas basados en la solidaridad son financiados y puestos en práctica. En la mayoría de los países de la región, el gasto público en salud es insuficiente y se asigna de modo inadecuado. Como sucede en América Latina, cuando se depende excesivamente del gasto privado en los servicios de salud y en los medicamentos, el logro de la cobertura universal de salud se ve limitada, en gran medida, por la viabilidad de la introducción de esquemas de financiamiento que mejoren la solidaridad del sistema de salud. [7] En estos casos, los ciudadanos tienen acceso a los beneficios del sistema de atención en salud con independencia de la contribución que realicen a su financiamiento. De este modo, cada uno contribuye según sus medios, pero recibe beneficios de acuerdo con su necesidad. Como resultado, los sectores de altos ingresos contribuyen proporcionalmente más al financiamiento del sistema que las personas de bajos ingresos o las que carecen de ingresos; de ahí, el concepto de solidaridad.

Los sistemas de salud de América Latina son financiados por una amplia gama de fuentes, lo cual da lugar a diversos arreglos financieros, que se traducen en variados esquemas redistributivos. En este trabajo se identifican las prácticas de los países latinoamericanos para lograr la cobertura universal de salud. En particular, se examina la combinación de fuentes de financiamiento contributivas (impuestos sobre los salarios) y no contributivas (impuestos generales). Sostenemos que para avanzar hacia la cobertura universal de salud se deben combinar ambos tipos de financiamiento, y que, a corto y a mediano plazo, la dinámica de la cobertura universal de salud está firmemente correlacionada con el componente no contributivo del financiamiento. En este contexto, el desafío básico para mejorar la cobertura universal de salud no sólo es gastar más en salud, sino también reducir la proporción del gasto de bolsillo en salud.

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y LA ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

La estructura de financiamiento del sistema no es neutral desde el punto de vista de la igualdad. Un rasgo distintivo 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, medido como proporción del PIB, no sólo es inferior al de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sino también muestra una mayor carga del gasto privado. Como promedio, el gasto privado en la región representa el 45% del gasto total en materia de salud, el cual como porcentaje del PIB es mayor que en Europa y en los países de la OCDE. Esto implica que las propias familias financian, en gran medida, los niveles relativamente bajos de los gastos en materia de salud en los países de América Latina, a través de pagos directos de bolsillo.

Figura: Gastos en salud y coeficiente Gini, por región

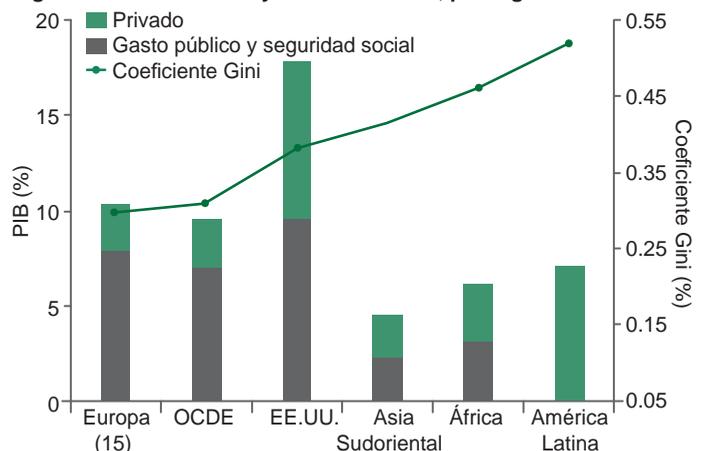


Figura usada con permiso de Cetrángolo[25] [Atribuido incorrectamente a referencia 8 en el inglés —Eds.]

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para tener acceso a servicios de salud o procurarse medicamentos es una de las mayores fuentes de inequidad y limita la capacidad de los países para avanzar hacia la cobertura universal de salud. En la figura se muestra una correlación negativa entre el gasto privado en salud y la distribución del ingreso. Los países en los que el gasto privado en salud es proporcionalmente menor presentan mejores coeficientes de Gini.

La ampliación de la cobertura conforme a los principios de universalidad y solidaridad depende del modo en que se organice el financiamiento de la salud. Las diferentes modalidades de financiamiento determinan distintos resultados en la redistribución del ingreso (entre los ricos y los pobres) y de riesgos (entre las personas saludables y las enfermas).[9] En el presente trabajo nos concentramos en el primero de esos aspectos. La solidaridad en el ingreso significa que el acceso a los servicios de salud es independiente de las contribuciones al sistema por parte de las personas o de su capacidad real para realizar pagos de bolsillo.[9,10]

Los sistemas de salud de América Latina son altamente fragmentados. Los derechos concedidos, la cobertura y la organización institucional varían entre los distintos grupos de la población. Los sistemas de salud están organizados por una combinación de los servicios tradicionales del sector público para los grupos de bajos ingresos, los servicios de seguridad social para los empleados formales (en algunos casos extensivos a sus familias), y los servicios privados para los que tienen capacidad de pago. La carencia de coordinación entre los tres subsectores ha sido fuente de ineficiencias, ya que los diversos grados de fragmentación dificultan el uso eficiente de los recursos requeridos para alcanzar la cobertura universal de salud.

En muchos de estos países, el exceso de los gastos de bolsillo en salud se debe al alcance limitado de la seguridad social financiada a través de impuestos contributivos y a las restricciones fiscales del régimen no contributivo. La combinación entre el financiamiento contributivo y no contributivo del sistema de salud tiene que ser redefinida. Pocos países de la región han tenido éxito en la integración de los sistemas de salud y logran su financiamiento mediante ingresos fiscales generales.[7] La mayoría de los países construyeron sus sistemas de salud sobre la falsa expectativa de que los pagos de los trabajadores en el mercado laboral formal cubriría todos los hogares. Hoy día sabemos que existen grandes limitaciones para alcanzar el pleno empleo, que garantice el acceso a los servicios de seguridad social y atención en salud con protección financiera, sobre todo debido al elevado porcentaje de trabajadores del sector informal en los países de la región. Los sistemas basados en el financiamiento contributivo (impuestos sobre los salarios) suelen proporcionar cobertura segmentada, dando prioridad a los trabajadores del mercado laboral formal, los cuales son mayoritariamente hombres.[11,12] Por lo tanto, no sólo una gran proporción de los gastos es financiada por gasto de bolsillo, sino también, la seguridad social tiene un efecto limitado en la distribución del ingreso.

En la mayoría de los países de la región también se evidencian grandes diferencias en la prestación de los servicios entre las zonas urbanas y rurales (en términos de recursos humanos,

capacidad de gestión, instalaciones médicas y herramientas tecnológicas). Otra fuente importante de la fragmentación del sistema de salud y de inequidad proviene de los procesos de descentralización en países con capacidades financieras y de gestión muy desiguales dentro de sus territorios.[8] Esto sugeriría que el gobierno central debería adoptar políticas compensatorias a fin de equiparar la prestación de los servicios.[13,14]

Los sistemas más solidarios son aquellos en los que toda la población está cubierta por un sistema financiado por impuestos generales.[15] De ese modo, la cobertura sería independiente de la capacidad de pago de las personas, lo cual debería traducirse, a su vez, en una reducción del gasto de bolsillo efectuado por el beneficiario. No obstante, el nivel de cobertura efectiva y, por consiguiente, la necesidad de pagos efectuados por el beneficiario depende del nivel del gasto público en salud.[16] En Brasil, la reforma constitucional de 1988 proporcionó el acceso universal e integral a los servicios de salud estatales financiados con ingresos fiscales generales.[17] en combinación con las aseguradoras privadas que ofrecen planes complementarios privados para los más saludables y los más ricos, quienes constituyen el 25% (aproximadamente) de la población.[18]

El resto de la región ha mantenido sistemas fragmentados, conservando, como uno de los componentes del financiamiento, el que proviene de las contribuciones sobre los salarios. Algunos países han tratado de integrar los sistemas contributivos financiados por impuestos sobre los salarios con los sistemas públicos financiados por impuestos generales; en otros, sigue existiendo una gran segmentación. Costa Rica es una referencia tradicional, en razón de que las fuentes de financiamiento se integraron para asegurar un único nivel de cobertura.[7] En la actualidad, Costa Rica asegura a más del 93% de la población, y aproximadamente el 50% de la cantidad aportada por los empleados del sector formal cubre el financiamiento de los servicios médicos de la población que no contribuye.[19]

En el otro extremo se encuentra Chile, donde la integración es parcial, ya que los individuos deciden si se inscriben en el sistema público integrado (Fondo Nacional de Salud, FONASA), financiado por sus contribuciones y también por impuestos generales, o en una aseguradora privada (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). Debido a que cualquier real elección depende, de modo significativo, de los ingresos de los aportantes, el sistema chileno es considerado un sistema dual.[20] Chile tiene una cobertura casi universal del seguro médico social, donde el 80% de la población se encuentra cubierta por FONASA, y el 17% por las ISAPRES. Debido a las grandes diferencias en calidad y accesibilidad entre los dos fondos, la reforma de 2005 del sector de la salud de Chile adoptó un plan denominado *Acceso Universal con Garantías Explícitas* (AUGE). Al principio, AUGE cubría 25 enfermedades prioritarias, y en 2013 esta cifra aumentó a 80 afecciones.[21]

Un tercer modelo de organización en la región admite niveles de cobertura diferenciada según el tipo de financiamiento, al menos durante el período de transición. En Colombia, la reforma de 1993 creó dos seguros: un régimen contributivo, para los empleados formales, y otro subsidiado para la población de

bajos ingresos. En 2014, prácticamente toda la población está asegurada, y el *Fondo de Solidaridad y Garantía* agrupa las contribuciones sobre los salarios y los ingresos fiscales generales para financiar un plan de beneficios estándar. Se ha ido implementando una equiparación gradual del plan de beneficios de los sectores de bajos ingresos, mediante el incremento de los subsidios estatales, pero la transición es compleja y la tensión financiera persiste.[22] Esta reforma tuvo un efecto importante en la distribución del ingreso y redujo los gastos privados en materia de salud.[23] En Uruguay las recientes reformas constituyen un nuevo paradigma en el cual los avances parciales basados en los aumentos presupuestarios incrementales están conduciendo, de modo gradual, a mejorar la cobertura y a disminuir la heterogeneidad.[24]

Más allá de esta clasificación, los efectos sobre la eficiencia y la equidad resultantes de cada modo particular de financiamiento son mucho más complejos. Por una parte, los sistemas están siempre en transición. Como señaló Kutzin, la cobertura universal de salud es “un conjunto de objetivos que persigue el sistema de salud”, y es “una dirección en vez de un destino.”[11] Por otra lado, no sólo las fuentes y el nivel de financiamiento tienen que ser consideradas, sino también los mecanismos para la puesta en marcha y los acuerdos de compra prevalecientes en cada sistema. De todos modos, la probabilidad de suficiencia y homogeneidad de la cobertura universal de atención en salud dependerá, en primera instancia, de los recursos fiscales que cada país asigne a la salud.

LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y LOS IMPUESTOS CON QUE SE FINANCIAN: ¿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 sustenta, por una parte, en la posibilidad de aumentar los recursos disponibles para financiar al sector de la salud y, por la otra, en el desafío de mejorar los esquemas de financiamiento solidario. Al mismo tiempo, la cobertura universal de salud en América Latina constituye un poderoso instrumento para mejorar la distribución del ingreso y construir una sociedad más equitativa y cohesionada.[1,7] La cobertura garantizada por los gobiernos debe ser suficiente e igual para todos. Para ese fin, los gobiernos deben aumentar los impuestos, gastar más en atención en salud, mejorar la asignación y distribución de ese gasto, y, no menos importante, financiarla equitativamente.

Las dificultades históricas afrontadas por la región en la recaudación de impuestos son bien conocidas: la carga tributaria de América Latina fue de 18,3% del PIB en 2010 (incluidos los pagos a la seguridad social), muy inferior a los promedios de 35,2% en los países de la OCDE y de 39,2% en los países europeos. La tasa impositiva media oculta situaciones muy diversas. Sólo tres países de la región (Brasil, Argentina y Uruguay) han alcanzado cargas tributarias superiores al 25% del PIB, pero todavía son muy inferiores a los niveles europeos. En el otro extremo se encuentran los países con cargas tributarias inferiores al 15% del PIB (México, Venezuela y Guatemala, entre otros). Teniendo en cuenta las dificultades en

la recaudación de impuestos, en muchos países de América Latina los esfuerzos para generar los recursos se han concentrado en mecanismos con bajo potencial de redistribución.[25] En promedio, más de la mitad de los ingresos impositivos provienen del impuesto sobre el valor agregado (IVA) y de otros gravámenes sobre las ventas de bienes y servicios (impuestos indirectos). Sólo el 30% proviene de impuestos sobre la propiedad, la renta y otros gravámenes directos y el 20% restante procede de las contribuciones a la seguridad social. En comparación, los países de la OCDE obtienen más del 40% de sus ingresos fiscales de los impuestos directos. Con 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 es un obstáculo para la integración, constituye sin embargo, un recurso al cual, los países con problemas de financiamiento, difícilmente renunciarían. En la mayoría de los países de América Latina, los fondos recaudados a partir de las contribuciones a la seguridad social, si bien no representan un volumen sustancial como porcentaje del PIB, son fuentes relativamente importantes del financiamiento de la atención en salud.[26,27] En estos casos, no sería prudente (ni realista) sugerir su sustitución por fuentes difíciles de recaudar, en un futuro próximo.

Además, los gobiernos tienen que priorizar las políticas en materia de salud en las definiciones de su presupuesto. Aunque el gasto social ha ido en aumento en la región, este crecimiento no ha sido uniforme por sector. En promedio, las asignaciones para seguridad social, bienestar social y educación aumentaron más rápidamente, que las asignaciones para 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 las diversas presiones para que se incremente el gasto en educación[31] han comprimido el espacio disponible para un rápido aumento en los gastos públicos de salud.

Por último, el desafío de una mayor recaudación de impuestos está estrechamente vinculado con la insuficiencia de los sistemas de seguridad social. Los países con mayores cargas fiscales también presentan niveles más bajos de informalidad laboral y, en consecuencia, mayor cobertura de seguro de salud. Como ya se ha señalado, teniendo en cuenta lo difícil que resulta recaudar impuestos en algunos países, el desafío que afrontan es encontrar un equilibrio en la combinación de los recursos, para que el nivel de las contribuciones sobre los salarios no cree incentivos para la informalidad, la evasión o la elusión, sino que les permita aprovechar las contribuciones de la población que participa en el mercado laboral formal con elevada capacidad de pago. Por lo tanto, el logro de la cobertura universal necesitará grandes esfuerzos en cuanto a la regulación del mercado laboral, la implementación de políticas públicas para fomentar la formalización y el diseño de regímenes de contribución alternativa, tales como contribuciones parcial o totalmente subsidiadas.[32] Cabe destacar que muchos países han incorporado planes simplificados para contribuyentes con bajos ingresos que en algunos casos (Argentina y Uruguay) incluyen una contribución para garantizar el acceso al seguro de salud.

La cantidad que cada país tiene que asignar para gastos en materia de salud depende de varios factores y resulta, por tanto, difícil de determinar.[33] No obstante, hemos sostenido que el uso más eficiente y equitativo de los recursos en América Latina depende de la capacidad para aumentar la parte de los gastos en salud financiada con fondos públicos, por lo que los países tendrán que ampliar la base tributaria para obtener mayores recursos provenientes de los impuestos generales.

CONCLUSIÓN

Muchos factores determinan el potencial para avanzar hacia la cobertura universal de salud y, con frecuencia, tienen raíces políticas. En este trabajo nos hemos centrado en los factores relacionados con el financiamiento de la salud. A fin de avanzar hacia la cobertura universal de salud, los países de la región deben fortalecer y universalizar el financiamiento de la cobertura de los riesgos en salud, para que el gasto de bolsillo deje de ser un obstáculo para el acceso a los servicios de salud. Los dos desafíos básicos para alcanzar mayor equidad y lograr cobertura universal de salud son la necesidad de aumentar los recursos financieros que fluyan hacia el sector y el perfeccionamiento de los esquemas de solidaridad.

Para mejorar la solidaridad se requerirá ampliar los sistemas de seguros universales obligatorios y fortalecer el sector público. Lo primero requiere un nuevo modelo para integrar las diferentes fuentes de financiamiento del sector salud: ingresos impositivos generales, contribuciones de la seguridad social y gasto privado. El logro de la integración determinará la solidaridad y la cobertura universal de salud.

Teniendo en cuenta la dinámica del mercado laboral en los países de América Latina y su desigual distribución de los ingresos, los esfuerzos para alcanzar la cobertura universal de salud requerirán un gran aumento del gasto público, que se ve limitado por las restricciones fiscales. Por consiguiente, los esfuerzos por incrementar una cobertura eficaz tendrán que ir acompañados por reformas fiscales orientadas a incrementar la disponibilidad de los recursos públicos y a mejorar los efectos de las estructuras impositivas sobre la distribución del ingreso.

La creación de capacidades para avanzar hacia la consecución de la cobertura universal de salud en América Latina requiere que se tomen medidas en cuatro áreas: (1) aumento de los ingresos impositivos y una combinación equilibrada de los recursos de los impuestos generales y de los impuestos sobre los salarios que no cree incentivos para la informalidad, la evasión o la elusión; (2) esfuerzos por parte de los gobiernos para aumentar la proporción del gasto público en salud, para que la capacidad del individuo de hacer pagos de bolsillo no se constituya en una barrera para el acceso a los servicios de salud; (3) optimización de la asignación y distribución de ese gasto, mediante un nuevo modelo de integración de las diferentes fuentes, capaz de garantizar fondos para los gobiernos subnacionales; y (4) financiamiento equitativo para aumentar la capacidad de redistribución de los sistemas tributarios.

RECONOCIMIENTOS

Este documento acompaña a una Serie financiada por la Fundación Rockefeller mediante una subvención otorgada a la CEPAL. Agradecemos a la comisión y a la fundación haber convocado varias reuniones de autor y las muy útiles sugerencias de los participantes. 

REFERENCIAS

- Pan American Health Organization. *Championing health: sustainable development and equity. Strategic plan of the Pan American Health Organization 2014–2019*. Disponible en: http://www.paho.org/q/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22850&Itemid=270&lang=en (citado 1 de junio, 2014). Inglés.
- Pan American Health Organization. *Strategy for universal health coverage. 154th Session of the Executive Committee. 2013*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25710&Itemid=270&lang=es (citado 1 de junio, 2014). Inglés.
- WHO. *World health report 2013: research for universal health coverage*. Ginebra: World Health Organization, 2013. Inglés.
- WHO. *World health report 2010: health systems financing—the path to universal coverage*. Ginebra: World Health Organization, 2010. Inglés.
- ECLAC. *Social panorama of Latin America 2013*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
- ECLAC. *Sustainable development in Latin America and the Caribbean: follow-up to the United Nations development agenda beyond 2015 and to Rio+20*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
- ECLAC. *Shaping the future of social protection: access, financing and solidarity*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2006. Inglés.
- Cetrángolo O, Goldschmit A. *Fiscal decentralization: increasing social cohesion among widely disparate territorial units*. En: *Decentralization and reform in Latin America. Improving intergovernmental relations* (Capítulo 3). Brosio G, Jiménez JP, eds. London: Edward Elgar Publishing, 2013: 38–69. Inglés.
- Wagstaff A. *Social health insurance vs. tax-financed health systems—evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper 4821. Washington, DC: The World Bank, 2009. Inglés.
- Titelman D. *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes*. Financiación del desarrollo. series, No. 104 (LC/L.1425-P/E). UN publication, Sales No. S.00.II.G.99. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2000.
- Kutzin J. *Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy*. Bull World Health Organ 2013; 91: 602–11. Inglés.
- ECLAC. *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2012*. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2013. Inglés.
- Musgrave R, Musgrave P. *Public finance in theory and practice*. New York: McGraw–Hill Inc, 1989. Inglés.
- Oates W. *Fiscal federalism*. New York: Harcourt–Brace, 1972. Inglés.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, eds. *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1992. Inglés.
- Medici AC. *Seguros públicos de salud en América Latina: ¿Cuáles son las perspectivas?* En: *Seguro público de salud. Aportes para un debate abierto*. Compilado por Báscolo EP. Rosario: Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, 2004: 7–21. Inglés.
- Afonso J. *El financiamiento bifurcado de la protección social y de la salud en Brasil*. En: *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión peritoria de algunas de sus dimensiones*. Sojo A, Uthoff A, eds. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2007: 209–18.
- Marten R, McIntyre D, Travassos C, et al. *An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS)*. Lancet 2014; publicado en línea 30 de abril. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60075-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60075-1). Inglés.
- Cercone J, Pacheco J. *Costa Rica: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in low and middle-income countries*. En: *Good practices in health financing*. Gottret P, Schieber J, Waters H, eds. Washington, DC: The World Bank, 2008: 182–226. Inglés.
- Titelman D, Uthoff A. *El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud*. En: *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*. Compilado por Titelman D, Uthoff A. Santiago: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Bitran R, Urcullo G. *Good practice in expanding health coverage—lessons from reforms*. En: *Good practices in health financing*. Gottret P, Schieber J, Waters H, eds. Washington, DC: The World Bank, 2008: 89–136. Inglés.

22. Giedion U, Acosta O. Sistema de salud y democracia, el caso de Colombia. En: La política fiscal para el afianzamiento de las democracias en América Latina: reflexiones a partir de una serie de estudios de caso. Compiled by Bárcena A, Kacef O. Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2011: 127–58.
23. Glassman A, Escobar ML, Giuffrida A, Giedion U. From few to many; ten years of health insurance expansion in Colombia. Washington, DC: Inter-American Development Bank and The Brookings Institution, 2009. Inglés.
24. PAHO. Perfil de sistemas de salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2009.
25. Cetrángolo OD, Goldschmidt A, Gómez Sabaini JC, Moran D. Montotributo en América Latina. Los casos de Argentina, Brasil y Uruguay. Lima: OIT-FORLAC, 2014.

LOS AUTORES

Daniel Titelman PhD (autor para correspondencia daniel.titelman@cepal.org), División de Desarrollo Económico, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago, Chile.

Oscar Cetrángolo MPhil, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Olga Lucía Acosta, candidata a doctorado, CEPAL Bogotá, Colombia.

*Traducción aprobada por los autores:
5 de febrero, 2015*

*Declaraciones: Ninguna
Citación sugerida: Titelman T, Cetrángolo O, Acosta OL. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S68–72. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-titelman.php>*
