

Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud*

Mónica Bolis
Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS)

Introducción

Las transformaciones que se han producido en los últimos años en el escenario del financiamiento y el aseguramiento de la salud hacen que la regulación adquiera un papel cada vez más importante como medio para fortalecer el liderazgo estatal en salud, lograr la cohesión entre actores e intereses y garantizar la equidad en el acceso.

Las mencionadas transformaciones no se producen en un vacío sino que son consecuencia del proceso de reforma o modernización del Estado iniciado en la década de 1980, con la pretensión de abordar problemas políticos ligados a la legitimidad y la gobernabilidad, y económicos relacionados con el funcionamiento y sostenibilidad financiera de la administración de los servicios y empresas públicas. Las reformas políticas y administrativas se sustentaron en los modelos democráticos y participativos típicos de las sociedades pluralistas, que se hacen notorios por medio de la descentralización efectiva del poder hacia espacios intermedios y locales y el consiguiente fortalecimiento de los mecanismos de consulta y participación ciudadana.

* Se agradecen los comentarios de César Vieira y Rubén Suárez, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, al documento original.

El reordenamiento económico que acompañó al político trajo como consecuencia que el sector público comenzara a retirarse de actividades que no se consideraban esenciales a su quehacer, al mismo tiempo que se fortalecía la función pública de conducción y regulación. Se generó así una fuerte corriente de privatización de empresas y servicios públicos que comenzó con los sectores productivos para extenderse con posterioridad a varios rubros sociales (OPS/OMS, 1997).

Como reflejo de lo anterior, en varios países de la Región se han evidenciado marcados cambios en los sistemas tradicionales de financiamiento y prestación. De mecanismos eminentemente públicos o fundamentados en esquemas de seguridad social restringidos a la población trabajadora y con una incipiente cuota de participación privada, se ha pasado a sistemas donde el régimen contributivo se sustenta en principios de libertad de elección o libre escogencia. Por aplicación de estos principios se otorga al individuo la posibilidad de elegir la entidad que le ofrezca la administración del financiamiento y/o la prestación de los servicios, pudiendo ser esta, además, de carácter público o privado.

La libertad de elección ha resultado en la expansión de agentes privados en el ámbito de la administración del aseguramiento y/o en la prestación de servicios de salud. Asimismo, ha generado la segmentación de los mercados de aseguramiento y prestación como consecuencia de diferencias asociadas al poder adquisitivo de los individuos. Estos cambios parecen haber debilitado el principio de solidaridad que ha caracterizado

esquemas anteriores, aumentando las desigualdades al estratificarse el acceso a los servicios de salud con base en la capacidad de pago.

En el anverso de los regímenes contributivos se encuentran los sistemas públicos de servicios de salud –o subsidiados— dirigidos a atender las necesidades de poblaciones indigentes o de escasos recursos. En estos esquemas la libertad de elección es inexistente aplicándose el régimen institucional público o reduciéndose la amplitud de los portafolios de servicios.

La mencionada situación crea necesidades específicas de regulación de los distintos actores e intereses involucrados en el financiamiento y aseguramiento del sector de la salud. En primer lugar, es necesario contar con normas que encaucen el comportamiento de agentes privados antes ausentes o con una presencia muy tenue, a fin de contrarrestar actitudes de mercado. Por otra parte, se deben crear garantías para cubrir los desniveles o asimetrías que pudieran surgir en razón del debilitamiento de los principios de solidaridad o equidad.

En atención a lo anterior, el propósito de esta presentación es aportar al debate sobre los contenidos de los marcos regulatorios del financiamiento de la salud, incluyendo el financiamiento de los sistemas públicos de servicios de salud, y del aseguramiento en salud. Se parte de la base de que en el caso de los servicios y seguros de salud los mecanismos de libre mercado por sí solos han probado ser insuficientes para crear condiciones de eficiencia y equidad en la asignación de recursos. Se hace necesario

entonces rescatar la función *rectora* del Estado en la formulación de políticas públicas de regulación del financiamiento y aseguramiento en el sector de la salud. Es necesaria la identificación de instrumentos para la regulación del financiamiento y aseguramiento en salud para crear incentivos que afecten los comportamientos de individuos, agentes aseguradores y proveedores y resulten en una mayor eficiencia y equidad en la asignación de los recursos del sector. Asimismo, es necesario rescatar los principios de solidaridad de los sistemas de aseguramiento.

Complejidad del escenario en que se desarrolla la regulación

La creación de marcos jurídicos para la regulación del financiamiento y aseguramiento de la salud debe ser vista como un proceso complejo que se desenvuelve en un escenario muy especial en el cual se contraponen actores y competencias. Los actores tienen visiones propias, en su mayor parte, asimétricas o conflictivas. Por un lado, yacen los individuos que, en su carácter de usuarios, buscan un aporte racional por medio del cual acceder a la máxima cobertura o, en última instancia, aportar en función de su capacidad y recibir en función de su necesidad. Al otro extremo del espectro se ubica el ente financiador/asegurador que, por su parte, apunta a lograr una máxima rentabilidad. Frente a ellos, los proveedores buscan mantener su autonomía en la toma de decisiones que afectan al paciente, y al mismo tiempo asegurar su estabilidad económica. Por encima de todos ellos se encuentra el Estado, con una situación también particular, debido a la función que debe asumir como coordinador de sistemas altamente fragmentados donde coexisten y compiten múltiples fuentes de financiamiento y prestadores de servicios, tanto públicos como privados, todos ejerciendo presiones sobre él.

La situación se complica aún más debido al carácter distintivo de la materia a regular. Si la salud se considera como un *bien público*, se crea la necesidad de garantizar que se encuentre al alcance de todos. El concepto de salud como bien público agrega entornos especiales a la regulación del financiamiento y aseguramiento de la salud, debido a que el disfrute de la salud genera externalidades positivas que exceden los beneficios individuales y, en tal carácter, deben estar disponibles para todos (Sojo, 1999) lo que, nuevamente, genera responsabilidades para el Estado en su función de formular políticas públicas de regulación para equilibrar los intereses de los diferentes grupos de la sociedad.

El escenario adquiere también entornos especiales desde otro punto de vista. El proceso de descentralización del sub-sector público transfiere a las provincias o estados y municipios responsabilidades en materia de financiamiento y en la contratación de proveedores de servicios de salud, lo cual necesita de un marco jurídico integrador. La globalización, finalmente, lleva a pensar en nuevos esquemas de aseguramiento y financiamiento internacional y en nuevos modelos para cubrir la expansión de la oferta de bienes, productos y servicios de salud por parte de empresas transnacionales que buscan insertarse en mercados nacionales en formación, y la cobertura de trabajadores internacionales migrantes o expatriados.

Importancia de la regulación

La norma jurídica constituye una manifestación de la responsabilidad del Estado de ordenar y sistematizar una realidad. Como tal, el marco jurídico adquiere singular

importancia en el complejo escenario del financiamiento y aseguramiento de la salud donde es necesario cubrir una diversidad de actores y relaciones, otorgándoles un espacio y determinando sus funciones y poder (CEPAL, 1998).

En este caso, la regulación actúa como modulador o equilibrador frente a las situaciones típicas de disparidad que se dan entre oferentes y demandantes. Aquí la función de regulación adopta distintas modalidades que se sustentan principalmente en la creación de condiciones para asegurar que las personas tengan una variedad de opciones al ejercer la libre elección, tanto en el financiamiento como en el aseguramiento, y en términos de prestadores y proveedores.

Las políticas públicas de regulación también deben contribuir a corregir las asimetrías que existen entre aseguradores y afiliados, por ejemplo, eliminando condiciones de selección sobre la base de riesgo y aportando elementos para que los contratos que formalizan la afiliación de usuarios con una entidad y establecen los servicios a cubrir, contengan por lo menos las especificaciones básicas. Lo anterior se sustenta en la necesidad de que las aseguradoras brinden a los afiliados informaciones suficientes con base en las cuales sustentar sus decisiones sobre tratamientos y opciones.

La regulación debe crear condiciones de seguridad o incentivos para las aseguradoras. Por ejemplo, facilitando los mecanismos que les permitan equilibrar la reducción de los costos con el uso innecesario de servicios por parte de los afiliados y absorber los costos de enfermedades catastróficas a través del acceso a reaseguros.

Finalmente, la regulación debe prevenir la competencia imperfecta entre proveedores (CEPAL, 1998 y Banco Mundial,1993).

Modalidades de los marcos regulatorios

Los procesos de regulación del financiamiento y aseguramiento de la salud no han adoptado un padrón uniforme, si bien todos convergen en necesidades básicas de regulación que, en la mayoría de los casos, han quedado insatisfechas. Por ejemplo, la necesidad de corregir las asimetrías producidas por la dualidad de regímenes, de tutelar la calidad y extensión de los portafolios de servicios, y de definir derechos y obligaciones de los profesionales e instituciones atrapados en la nueva arquitectura de los sistemas. Un rasgo característico de las políticas de regulación del financiamiento y aseguramiento de la salud es la creación de instituciones que sirven de nexo entre el Estado, los entes financiadores/aseguradores, y en algunos casos proveedores, y los usuarios, a través del control o regulación de las relaciones entre ellos. Las mencionadas instituciones, cuya denominación varía de acuerdo con los países pero que por lo común reciben el nombre genérico de *superintendencias*, son figuras surgidas de la necesidad de supervisar, regular, controlar y seguir atentamente el desenvolvimiento del sistema y sus instituciones, y aplicar los correctivos que sean necesarios. En consecuencia, están destinadas a ejercer un rol tutelar permanente del poder público sobre el sistema (Ferrada Carrasco, 1998).

En Chile se establecen dos seguros, uno público a cargo del FONASA, sustentado con fondos fiscales del Presupuesto Nacional y orientado a satisfacer las necesidades de la población de menores ingresos. El otro, un sistema privado con base en la cotización

obligatoria a cargo exclusivo del trabajador y sustentado en la libre elección de optar por el sistema público a través del FONASA, o el privado por medio de una ISAPRE. Existe una diferencia entre el racional utilizado en el caso de uno y otro ente asegurador. Mientras que el régimen establecido por el FONASA se sustenta en la solidaridad, en el régimen privado se establece una equivalencia entre el valor del plan, la contribución y la cobertura. La renovación anual del plan genera la posibilidad de seleccionar el riesgo ya que el precio y el contenido del plan se adecua a la edad y el sexo del asegurado. Debido a que las ISAPRES actúan como pagadores de terceros, el servicio es suministrado por clínicas y hospitales distribuidos en el mercado (Sojo, 1999, Fleury, 2000).

En Colombia, el seguro social es responsable del financiamiento de un sistema de carácter solidario sustentado en dos regímenes, el contributivo con base en contribuciones obrero-patronales –con un Plan Obligatorio de Salud (POS)--, y el no contributivo dirigido a los más pobres financiado con fondos en su mayor parte fiscales --que forman parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA)-- y con un POS-Subsidiado que contempla un paquete básico de intervenciones. El FOSyGA maneja las finanzas del seguro de salud integrado por sus diversas fuentes. La función financiera y aseguradora está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de carácter público o privado, que registran afiliados y recaudan fondos garantizando a aquellos la prestación del POS. Sus homólogas para el POS-Subsidiado son las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Los planes de servicios de salud están a cargo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), también públicas y privadas. Las cuotas moderadoras o los copagos – desembolsadas por el beneficiario cada vez que recibe el servicio inicial-- constituyen un mecanismo para racionalizar el uso de servicios (Sojo, 1999, Fleury, 2000).

En el Brasil la regulación se orientó a la creación de un Sistema Unificado de Salud de carácter público y descentralizado, y sustentado principalmente con fondos nacionales provenientes de ingresos de impuestos y fondos sociales y los recursos reunidos y asignados por las municipalidades y estados a sus respectivos sistemas. El SUS comprende a los proveedores públicos y a los privados con y sin fines de lucro contratados por el sistema público. Si bien la regulación está sustentada en el SUS, surgió un sistema complementario, representado por planes prepagados y compañías de seguro que, por su naturaleza, actúa como subsistema de contratación voluntaria. Este sistema que con los años se sobredimensionó y funcionó por mucho tiempo fuera de un marco legal, comenzó a regularse a través de la creación de una agencia especializada establecida para su regulación y control (Fleury, 2000).

La experiencia regulatoria del Canadá y los Estados Unidos presenta elementos contrastantes. Canadá adopta un modelo de seguro público con una fuente única de pago para la atención denominada médicamente necesaria, y sustentado en cinco principios: administración pública, cobertura integral, cobertura universal, transferencia geográfica – portabilidad—y accesibilidad. Existe un margen privado de prestación para servicios de carácter suplementario, como por ejemplo, atención dental o anteojos, que son cancelados directamente por el interesado (Arboleda-Flores y Stuart, 2000).

El marco regulatorio estadounidense, por su parte, refleja un sistema difuso y estratificado. La función regulatoria es compartida entre el gobierno nacional y los estados. En el primer caso, se trata de las normas que establecen fondos federales para la

salud como la Ley Hill Burton, Medicare y Medicaid y las normas que crean estándares nacionales para empresas comerciales como la *Employment Retirement Income Security Act* (ERISA) de 1974. Los estados aún conservan la función regulatoria del aseguramiento; las instalaciones y los profesionales están también sujetos al licenciamiento o certificación, si bien su viabilidad financiera depende de políticas federales de reembolso.

El balance de autoridad se está volviendo cada vez más inestable, ya que proveedores independientes se unen para formar organizaciones mayores que combinan el aseguramiento con la provisión de servicios, y tanto los programas de gobierno como las aseguradoras privadas van reemplazando el sistema de reembolso por servicios por el pre-pago. Por otra parte, las agencias regulatorias acostumbradas a distintas clases de aseguradoras, hospitales, profesionales y organismos de mantenimiento de la salud (HMOs), se encuentran en la actualidad con un entramado de híbridos que requieren un ajuste detallado de las herramientas tradicionales de regulación y de los vacíos de control. El cambio de mayor importancia se da debido a que los costos de atención de la salud, que tradicionalmente se reembolsaban en base al pago por servicio, son ahora pre-pagados y otorgados por instituciones que asumen riesgos, lo que borra la distinción existente entre pagadores y proveedores (Sage, 1999).

En la evolución del sistema regulatorio de la salud en los Estados Unidos se pueden identificar varias etapas. La primera de ellas se inicia en 1973 a través del *Health Maintenance Organization Act*. En una segunda etapa, a mitad de los años 1990, serias

insatisfacciones con el sistema dieron lugar a varias normas de nivel estatal exigiendo que los planes de atención administrada acepten cualquier proveedor que esté interesado en cumplir con los términos y condiciones de la participación en el plan.

El tercer momento surge cuando los estados comenzaron a crear algunos mecanismos de control, como la obligatoriedad de ciertos estándares para la atención (por ejemplo, extensión de la estadía hospitalaria luego del parto); el acceso a la atención (pago de servicios de urgencia y la posibilidad de sobrepasar el nivel primario de atención y dirigirse directamente al especialista); la prohibición de las denominadas *gag clauses* que impiden a los profesionales discutir con los pacientes la posibilidad de tratamientos no incluidos en el plan de salud; la eliminación de la selección adversa de profesionales permitiéndoles acceso a informaciones sobre estándares para aceptación en la red de proveedores y causas de eliminación (Noble y Brennan, 1999).

Areas críticas de regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud

El análisis de los temas críticos a regular en torno al financiamiento y aseguramiento del sector de la salud amerita reflexiones. La primera de ellas atañe a la sustentabilidad de los sistemas en sí mismos. Esto tiene que ver con el paulatino desplazamiento hacia el sector privado de los recursos para la salud, fundamentalmente a través de la contribución del asalariado. El dilema consiste en preguntarse cuál será la opción al expandirse las reglas del nuevo modelo económico sustentado el debilitamiento del mercado laboral formal.

En el mencionado escenario la oferta privada parecería circunscribirse a dos opciones: la afiliación individual a pre-pagos y planes médicos lo que parece muy improbable frente al deterioro creciente de las condiciones económicas, y la compra pública de servicios. En este último caso, la expansión de figuras a la manera de los contratos de gestión acompañados del fortalecimiento de la capacidad negociadora del Estado, constituirían uno de los mecanismos más eficientes de regulación para garantizar la equidad en el acceso.¹

También asociada al financiamiento público se encuentra la necesidad de contrarrestar las asimetrías que se encuentran en sistemas donde no existe posibilidad de opción y el individuo debe acceder a un esquema institucional con portafolios elementales o cuando este acceso, no siendo institucional, también adolece de limitaciones en torno a los mismos. Igual preocupación surge en relación con la estratificación causada en los sistemas previsionales por el condicionamiento del plan de salud al nivel de ingreso del asalariado. Es muy difícil que una norma aislada pueda resolver esta situación de inequidad que surge de la propia morfología del sistema.² Algunos países están tratando de subsanar esta situación a través de propuestas de sistemas universales de seguridad social.³

¹ En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, las agencias federales –Department of Health and Human Services, Department of Labor, Office of Personnel Management y Department of Defense—establecen reglas para gobernar la compra de planes de salud privados (American Association of Health Plans, 1998).

² Uno de los mecanismos más efectivos en este sentido se encuentra articulado en la legislación canadiense. El incumplimiento por parte de las provincias de alguno de los cinco principios fundamentales que condicionan el acceso a la atención, genera la pérdida de los recursos federales (Arboleda-Flores y Stuart, 2000).

³ Anteproyectos de legislación boliviana y venezolana.

Las áreas críticas de regulación pueden también analizarse desde la dinámica de interacción entre usuarios, proveedores y financiadores/aseguradores. En relación con los usuarios, la Comisión Asesora del Presidente Clinton –1994—identificó los siguientes principios (Ross, 1999):

- *Acceso a información:* Los consumidores y afiliados tienen el derecho a recibir información fidedigna sobre los beneficios del plan al cual suscriben.
- *Red adecuada de proveedores:* Cada plan de salud debe ofrecer un complejo suficiente de proveedores.
- *Acceso a especialistas:* Los afiliados deben tener acceso directo a especialistas.
- *Continuidad del servicio:* Los nuevos suscriptores que se encuentran bajo tratamiento de dolencias crónicas y cambian de plan, deben continuar recibiendo tratamiento por parte de su red anterior de proveedores.
- *Acceso a atención de urgencia:* Acceso a atención de emergencia cuando existan síntomas que, a juicio de cualquier persona, deban ser objeto de este tipo de atención.
- *Prontitud de las autorizaciones de reembolso por servicios:* Las decisiones de los planes de salud a este respecto deben llevarse a cabo dentro de un plazo prudencial.
- *Prohibición de cláusulas para la limitación de información (gag clauses):* Los planes de salud no deben prohibir a los proveedores brindar información sobre opciones de tratamiento, ni influenciarlos a no hacerlo.

- *Derecho de apelación:* Los afiliados deben tener acceso a instancias imparciales de apelación en el caso en que se denieguen sus derechos.
- *Posibilidad de elegir planes:* Debe tener carácter de obligatoriedad.

En lo que respecta a los proveedores, la *Patient Access to Responsible Care Alliance (PARCA)* ha identificado lo siguiente (Ross, 1999):

- La necesidad médica debe ser determinada exclusivamente por el proveedor que atiende el caso. Se pretende así preservar la autonomía de la decisión del proveedor. El asegurador –comprador—solo debe pagar la cuenta.
- Los planes de salud no pueden diferenciar entre proveedores de igual calidad y condición.
- Los profesionales de una misma especialidad serán los únicos capacitados para juzgar la decisión de otro profesional del mismo nivel sobre la pertinencia de un tratamiento.
- El profesional que atiende el caso es el único capacitado para tomar la decisión en cuanto al tiempo de internación. También se trata del ejercicio de la autonomía de la decisión del profesional. El asegurador –comprador—solo debe cancelar los costos.
- La posibilidad de optar por redes alternativas y atención integrada y coordinada debe ser obligatoria.
- Debe existir igualdad de honorarios para proveedores dentro y fuera de la red.
- Los planes de salud no deben diferenciar reembolsos con base en el licenciamiento: un psicólogo debe ser reembolsado de la misma manera que un psiquiatra.

- El ingreso anual de proveedores debe ser obligatorio aunque existan suficientes.
- Los pagos por capitación y por ajuste con base en el riesgo dirigidos a crear incentivos indirectos para limitar servicios, deben estar prohibidos.
- El profesional tratante debe ser el único capacitado para determinar la manera y condiciones en que se debe prestar la atención. Se trata de otra situación de autonomía en el ejercicio de la profesión; el asegurador –comprador—solo debe cancelar la cuenta.

Cuál sería la visión de las áreas críticas de regulación de parte de los financiadores/aseguradores? La literatura no ha sido tan exhaustiva como en los dos casos anteriores. Sin embargo, tal vez deberían mencionarse los incentivos que podrían surgir de otras áreas de regulación que no son específicas de salud como, por ejemplo, los de carácter tributario. O, más puntualmente, la necesidad de contar con legislación específica para seguros de salud, área que sigue enmarcada en la norma genérica, con las consiguientes estrecheces en relación con la particularidad de la materia a regular. Una norma de este tipo crearía garantías en cuanto a las relaciones con asegurados/afiliados, el Estado y las propias aseguradoras entre sí.

Conclusiones

La complejidad de relaciones que se albergan en el ámbito del financiamiento y aseguramiento de la salud, y la característica especial de la salud en su condición de bien público hacen necesario fortalecer la capacidad del Estado en la regulación del tema para

garantizar que el mercado funcione de manera consistente con los principios de equidad de las políticas nacionales de salud. Existen una serie de aspectos que todavía quedan inconclusos, como por ejemplo, equilibrar corrientes económicas de flexibilización con la necesidad de fortalecer los esquemas de financiamiento privado a través de contribuciones que dependen de niveles económicos asociados principalmente a condiciones de empleo. Junto a este factor se encuentran los problemas de la equidad y la solidaridad, al generarse mecanismos que por su propia dinámica establecen opciones cuyos beneficios están estrechamente vinculados al nivel distributivo en que se ubiquen los individuos. Por otro lado destacan los elementos relativos a la posición de los individuos frente a los financiadores/aseguradores, a los proveedores y las relaciones de estos entre sí. En este complejo tejido las preguntas qué regular, cómo y hasta dónde, deben responderse en conjunto entre todos los interesados, con el Estado recuperando su rol de árbitro y garante del equilibrio social.

Referencias

AMERICAN ASSOCIATION OF HEALTH PLANS. *The Regulation of Health Plans*, 1993

ARBOLEDA-FLORES, Julio y STUART, Heather, “Una perspectiva canadiense sobre el acceso a los servicios de salud en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte”, en *Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC*, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, 2000.

FERRADA CARRASCO, Raúl. “La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Chile”, en *V Curso-Taller OPS/OMS-CIESS Legislación de salud sobre problemas emergentes de los procesos de cambio II: Marco jurídico del financiamiento en salud*. Serie Informes Técnicos No. 68. Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, OPS/OMS, 1998.

- FLEURY, Sonia. *Universales, duales o plurales? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina*. Conferencia presentada para INDES-BID, Washington, D.C., 2000.
- NOBLE, Alice y BRENNAN, Troyen. “The Stages of Management Care Regulation: Developing Better Rules” en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, diciembre 1999.
- OPS/OMS. *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial*, Washington, D.C., 1997.
- PAHO/ECLAC. *Health, Social Equity, and Changing Production Patterns in Latin America and the Caribbean*. Technical Paper No. 46, 1998.
- ROSS, Clarke, “Regulating Managed Care: Interest Group Competition for Control and Behavioral Health Care”, en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, diciembre 1999.
- SAGE, William, “Health Care Law 2000: The Legal System and the Changing Health Care Market”, en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, marzo 2000.
- SOJO, Ana, *Reforma de la gestión en salud en América Latina*, CEPAL, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile, 2000.
- WORLD BANK, *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford University Press.