

# Los marcos regulatorios y la construcción de la solidaridad en salud

Mónica Bolis  
Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud

---

## Introducción

Como ya es conocido, la protección social en salud no fue un propósito explícito de las reformas de salud. En la mayoría de los países, estas reformas se producen como consecuencia de los procesos de transformación del Estado o de ajustes macroeconómicos. La importancia de esta clarificación es básica ya que como resultado de dichos condicionamientos, se ha generado una fuerte presión sobre el sector de la salud para mejorar la eficiencia y reducir costos, en muchos casos, a expensas de la calidad. Se suma a esto el incremento de la inequidad en el acceso que crean estas condiciones, y el impacto sobre la efectividad del gasto individual para los excluidos, ya que la perspectiva de tener que pagar del bolsillo lleva a postergar dicho gasto al máximo, con el consecuente incremento en los costos (1).

En términos de la regulación del financiamiento y aseguramiento de la salud, tema íntimamente ligado a la extensión de la protección social en salud (EPSS), existen aspectos pendientes. Estos se relacionan principalmente con la necesidad de corregir las asimetrías producidas por la fragmentación de regímenes contributivos y de tutelar la calidad y extensión de los portafolios de servicios unidos a los mismos. Se suma a esto el hecho de que, en muchos casos, persiste la falta de claridad en relación con los derechos y obligaciones de los profesionales e instituciones, públicas y privadas, atrapados en una arquitectura de sistemas en la cual predomina la eficiencia y contención de costos (2). Esta situación se agrava más aún cuando el corte eminentemente social de la salud pública es desplazado a mediados del siglo pasado por el de atención médica, dirigida no ya a prevenir la enfermedad y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad, sino centrado en atender al individuo enfermo (3).

Con base en lo anterior, el objetivo de esta presentación es reflexionar sobre la construcción normativa de la solidaridad como elemento integrante de la EPSS, resumiendo tendencias y características de la legislación para identificar aquellos elementos que podrían considerarse como la base de su morfología jurídica. Se parte de la idea de que la Región necesita de una nueva generación de reformas centradas en la salud de la población y no solamente en la búsqueda de aumentar la eficiencia de los servicios. Se suma a esto la necesidad de identificar nuevos tipos de intervenciones para el combate de la exclusión. En este sentido, las experiencias señalan que las intervenciones más

eficaces para el combate de la exclusión en salud son de naturaleza múltiple y requieren articularse con criterios de sostenibilidad financiera, aseguramiento solidario y un modelo coherente de atención (4).

### **Consideraciones previas**

Antes de comenzar con los temas centrales de esta presentación es importante realizar una serie de precisiones en términos de la exclusión y la EPSS. El nivel de exclusión, considerada como *la falta de acceso de ciertos grupos de personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan* (5), se constituye un elemento sustancial para determinar la efectividad de las políticas y legislaciones sobre EPSS. En primer lugar, debe destacarse que la naturaleza de la exclusión es multicausal y para analizarla se requiere de diversas ópticas todas ellas con impacto en cualquier formulación normativa. Siguiendo el esquema que plantean Rosenberg y Andersson (1), las dimensiones de la exclusión que en América Latina y el Caribe representa un 20 por ciento del total de la población, pueden clasificarse de la siguiente manera, y:

- *Con base en indicadores externos*, al considerar el número de personas que no están cubiertas por los sistemas de seguridad social. En América Latina este número es considerable ya que la seguridad social solo cubre a la fuerza laboral formal que aporta parte de sus ingresos, generalmente cofinanciados por el gobierno o los empleadores. En algunos casos, si bien no en todos, los familiares de los asegurados también están cubiertos. Según indican los mencionados autores, un análisis de las legislaciones sobre seguridad social demuestra que los niveles teóricos de cobertura de los sistemas de seguridad social dejan al margen a 218 millones de personas aproximadamente.
- *Con base en disparidades de acceso*, en términos del nivel de pobreza, la restricción geográfica y los antecedentes culturales. Como es obvio, la carencia absoluta de recursos origina una falta de capacidad adquisitiva que impide la satisfacción de necesidades mínimas, entre ellas las referidas al cuidado de la salud. La estimación del número de personas que viven por debajo de la línea de pobreza en América Latina y el Caribe es de 121 millones. La limitante geográfica se expresa en el número de personas que si bien tienen derecho a acceder a los servicios de salud, se encuentran demasiado alejadas —o no tienen servicios— en su comunidad. El número de estas personas se estima en 107 millones. La disparidad cultural se asocia principalmente a grupos étnicos que no se acercan a los servicios porque no se respetan sus costumbres, por el riesgo real o supuesto de ser maltratadas o porque prefieren utilizar sistemas tradicionales de curación. Se estima que 43 millones de personas en América Latina y el Caribe se encuentran en esta situación.

Se suma a este tipo de exclusión la que se sustenta en problemas de género.

- *Con base en indicadores internos del sector ligados al proceso de atención sanitaria*, como los que tienen que ver con la existencia de prestaciones aceptadas por la comunidad como necesarias y útiles en el sentido de que nadie, si pudiera, las evitaría. Entran en este rubro la no utilización de prestaciones de salud maternoinfantiles o el incumplimiento del calendario de vacunación. Es de suponer que si no se cumplen con estos programas es principalmente porque las familias consideran que hacerlo no compensa los costos de transporte, oportunidad y otros, o porque no están en condiciones de hacerlo. En este tipo de exclusión se encuentran un total aproximado de 165 millones de personas.

### Dimensiones de la exclusión

| Dimensiones            |                        | Causa                              | Magnitud     |
|------------------------|------------------------|------------------------------------|--------------|
| Externas               |                        | Poca cobertura SS                  | 218 millones |
| Disparidades de acceso | Pobreza                | Capacidad adquisitiva              | 121 millones |
|                        | Restricción geográfica | Carencia de servicios comunitarios | 107 millones |
|                        | Cultura y género       | Maltrato, discriminación           | 43 millones  |
| Proceso de atención    |                        | Falta de utilización de servicios  | 165 millones |

Rosenberg, H. y Andersson, *Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe*

La segunda precisión es determinar qué debe entenderse por EPSS. La EPSS es la garantía que la sociedad otorga, por medio de sus poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades de salud mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en su país, independientemente de su capacidad de pago. Es, decir, sin que su capacidad de pago sea un factor restrictivo. Tiene por objeto asegurar el acceso a la protección y al cuidado de la salud por medio de la asignación de recursos de diverso origen y no solamente a través de las medidas que toma directamente el Estado para asegurar la atención por medio de la prestación pública de servicios. En este contexto la EPSS se entiende como una garantía por parte del Estado de un derecho exigible por parte de los ciudadanos y no como una función de tipo asistencial (4).

### Los fundamentos normativos de la EPSS

Al revisar la normativa jurídica surgen algunas consideraciones básicas en términos de las diversas figuras a través de las cuales puede construirse la solidaridad en salud como una de las intervenciones destinadas a combatir la exclusión. Esto se relaciona con la situación de los individuos frente a los sistemas en su condición de acreedores de derechos; en este caso particular como acreedores de servicios de salud y de aquellos otros derechos que pueden

utilizarse para sustanciar la salud como un derecho fundamental y, en este carácter, como obligación del Estado. Comenzando con los argumentos de naturaleza constitucional la posición del individuo como acreedor de servicios puede abordarse desde las siguientes ópticas: las disposiciones específicas que reconocen la salud y el acceso a la protección social como un derecho y aquellas de naturaleza más general que crean el entorno para que estos derechos puedan sustanciarse.

### **En términos del derecho a la salud**

Las Constituciones se refieren a la salud como un derecho desde diversos enfoques y nomenclatura bastante similar:

#### *En relación con su naturaleza:*

- Como derecho social y deber del Estado garantizado mediante políticas sociales y económicas
- Como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad
- Como derecho que se realiza por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludable en lo familiar, laboral y comunitario
- Garantizando la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, solidaridad, calidad y eficiencia
- Como garantía de la integridad psíquica y física de la persona y su libre desarrollo y bienestar
- Asociado a la defensa del capital humano
- En términos de grupos específicos, como por ejemplo la infancia y los adultos y adultas mayores
- Con carácter de asistencia social para todos los habitantes
- Con carácter de bien público y creando para todas las personas e instituciones la obligación de velar por su conservación y restablecimiento
- Garantizando la atención primaria de la salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas
- Con carácter de asistencia gratuita para las personas que carezcan de recursos

#### *En términos de su alcance:*

- Reducir el riesgo de la enfermedad y permitir el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción y protección
- Prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofe o accidentes

*En términos de los actores:*

- Disponiendo que las acciones de salud se presten a través de instituciones públicas o privadas en la forma y condiciones que establezca la ley, incluyendo cotizaciones obligatorias
- Garantizando a las comunidades el derecho y el deber de participar activamente en el planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud
- Fortaleciendo la coordinación entre la seguridad social y las instituciones de salud

*En términos de la naturaleza del servicio*

- Con carácter de relevancia pública
- Con carácter gratuito y obligatorio para todos los habitantes en términos de la atención básica
- Con base en la libertad de elegir el sistema de salud al que desee acogerse –público o privado
- Con carácter de asistencia pública
- Como servicio público a cargo del Estado

**En relación con el derecho a la seguridad social**

Las Constituciones de los países de América Latina han tratado el tema de la protección social con base en la cobertura de seguridad social y de acuerdo a una serie de parámetros que la hacen más o menos restrictiva en términos de la protección que confieren –beneficios—y el ámbito en que se gesta la solidaridad –asociado a la condición de empleo formal, en relación con titulares y derechohabientes, en términos de su extensión progresiva a toda la sociedad. En tal sentido el derecho a la seguridad social puede considerarse con base en los siguientes elementos:

*En relación con su naturaleza:*

- Como beneficio otorgado por el Estado
- Como un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los poderes públicos y de la sociedad
- Como servicio público de carácter obligatorio
- Con carácter integral, irrenunciable y obligatorio
- Como deber del Estado y derecho irrenunciable de todos sus habitantes
- Como derecho irrenunciable de todos los habitantes que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado
- Con base en principios como la eficiencia, universalidad y solidaridad
- Como derecho universal y progresivo de toda persona

- Extendiéndose progresivamente a toda la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella

*En relación con su finalidad:*

- Para protección de la persona frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida

*En relación con los actores:*

- Con la intervención de entidades públicas, privadas o mixtas y de conformidad con la ley

### **En cuanto a la salud como derecho social de prestación**

Con diversidad de vocabulario, las Constituciones insertan a la salud en el marco de los *derechos sociales*. Algunas de ellas colocan este derecho en el rango de *derecho fundamental* lo cual genera una indiscutida obligación de acción por parte del Estado. En aquellos casos en que el derecho a la salud no es reconocido como un derecho fundamental, no se constituye en un derecho de aplicación inmediata sino que está más bien sujeto a las políticas públicas que se determinen para su sustentación de acuerdo con el proceso democrático, fundamentalmente a través de la intervención del legislador con miras a definir políticas públicas y su necesaria instrumentación orgánica y presupuestaria (6).

Si bien las obligaciones en términos de proveer son distintas según que el orden constitucional considere o no a la salud como un derecho fundamental, el reconocimiento de la salud como derecho social de prestación se vería validado con dos variables:

- *La cláusula del estado social de derecho:* Unas pocas Constituciones de América Latina se refiere al Estado con carácter de Estado como estado social de derecho, o como Estado democrático y social. Las otras, si bien no utilizan esa terminología, son de por sí Constituciones de corte social al establecer como finalidades del Estado el logro de la solidaridad, la búsqueda de la justicia social y la equidad, el reconocimiento de las garantía de derechos sociales, el progreso o desarrollo social, y al contextualizar la libertad económica en el marco de aquello que no se oponga al interés social. Esta conceptualización del Estado orienta la acción de los poderes públicos hacia el logro de la justicia redistributiva y la vigencia de los valores sociales por medio de la formulación de políticas públicas acotadas a dicho objetivo. Asimismo, permite aplicar recursos como el de tutela en términos de su posible utilización para la protección de derechos sociales de prestación como es el derecho de atención de la salud.

- *El criterio de conexión:* El no reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en las Constituciones se atenúa también debido a su conectividad con otros derechos, especialmente el derecho a la vida y a la integridad personal que sí son reconocidos en tal carácter. La salud constituye entonces *un derecho fundamental de naturaleza derivada* a través de su conexión con aquellos derechos a los cuales la Constitución sí reconoce esa condición (6).

### **La inserción del principio de solidaridad en la normativa. Algunas comparaciones**

La solidaridad se ha conformando en la normativa jurídica con diversas modalidades:

1. Las disposiciones que buscan la universalización a través de la extensión progresiva de la seguridad social en esquemas en donde la solidaridad se construye de dos maneras:
  - i. entre grupos particulares como el de los trabajadores y trabajadoras
  - ii. complementándose con la solidaridad indirecta del resto de la población a través del aporte proveniente de fondos estatales.
2. Las que crean de sistemas únicos financiados por una gama de fuentes que provienen de impuestos, fondos sociales y recursos asignados por las municipalidades y estados a sus respectivos sistemas.
3. Frente a las dos modalidades anteriores, se encuentran aquellas otras que escapan a los seguros sociales para sustentarse en regímenes subsidiados con fondos públicos focalizados en segmentos específicos de la población que, por determinadas razones, se consideran en condiciones especiales.

En este primer grupo es posible mencionar los siguientes ejemplos:

- *Colombia.* A través de la Ley No. 100 de 1991, por medio de la cual 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 (7)(8).

- *República Dominicana.* La Ley No. 87 de 2001 crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social que se estructura con base a tres regímenes, el contributivo, el subsidiado y el contributivo subsidiado, estos últimos a través de un calendario de ejecución gradual y progresiva, y busca la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia a través del *seguro familiar de salud* con el fin de alcanzar la cobertura universal. El régimen contributivo se sustenta en las cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y empleadores, incluyendo el Estado como empleador. Los beneficiarios del régimen subsidiado son los desempleados urbanos y rurales, y sus familiares, los discapacitados y los indigentes urbanos y rurales y sus familiares y está financiado por el Estado. Los beneficiarios del régimen contributivo subsidiado son los trabajadores y técnicos que trabajan independientemente y sus familiares, los trabajadores por cuenta propia urbanos y rurales y sus familiares, los trabajadores a domicilio y sus familiares y los jubilados y pensionados de este régimen. Este régimen se financia con aportes de los trabajadores y un subsidio estatal para suplir la falta del empleador. El Consejo Nacional de Seguridad Social, determina mediante estudios la distribución del costo per capita del plan básico de salud entre el trabajador y el Estado dominicano. También en esta Ley se garantiza la libre elección por parte de los afiliados entre el Seguro Nacional de Salud con carácter de asegurador público y las Administradoras de Riegos de Salud con carácter de entidades públicas, privadas o mixtas, según el régimen al que pertenezcan. La provisión de los servicios de salud está a cargo de las Prestadoras de Servicios de Salud, también con carácter de entidades públicas, privadas o mixtas.
- *Brasil.* En 1990 por medio de la Ley No. 8.080 se estableció el Sistema Único de Salud (SUS) 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 (8).

Los otros esquemas pueden catalogarse como públicos, financiados con impuestos generales para cubrir grupos más pobres o con condiciones específicas. Constituyen mecanismos por medio de los cuales el Estado, a través del Ministerio o Secretaría de Salud, focaliza o cubre las necesidades de grupos específicos. En este grupo podrían incorporarse los siguientes:

- *Bolivia*
  - En 2002 se emite la Ley de Seguro Maternoinfantil (SUMI) para la atención gratuita de la madre embarazada (desde la gestación hasta después de sexto mes del parto) y el niño/a hasta los cinco años de edad de carácter universal, integral y gratuito en todos los niveles de atención pública. Esta norma se inscribe en el marco de la Constitución Política, la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización, la Ley de Municipalidades, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, la Ley de Administración y Control Gubernamental SAFCO, y la Ley del Diálogo Nacional 2000. El financiamiento del SUMI proviene en parte del Tesoro General de la Nación que paga el costo de los recursos humanos requeridos, el 10 por ciento de la coparticipación tributaria municipal para financiar los insumos, los servicios no personales y los medicamentos esenciales. Si estos fondos no fueran suficientes se pueden utilizar hasta el 10 % de la cuenta especial Dialogo 2000. Este esquema financiero ha sido acordado satisfactoriamente con la mayoría de los gobiernos municipales.
- *México.* Ley General de Salud de 29 abril de 2003 establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social. Su objetivo principal son las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud. La norma establece un seguro público y voluntario, subsidiado por el gobierno federal para recibir atención en las clínicas y hospitales de los servicios estatales de salud. Se estructura como un programa conjunto entre el Gobierno Federal y los gobiernos de los Estados. Es un programa de protección financiera que promueve la solidaridad entre sanos y enfermos. Al afiliarse, el asegurado hará un pago proporcional a su ingreso que sustituye las cuotas de recuperación actuales. El resto del costo de su atención será cubierto mediante un subsidio público.

- *Perú.* En 2002 se aprueba en el Perú la Ley No. 27. 812 que determina las fuentes de financiamiento del Seguro Integral de Salud para su sostenibilidad en el tiempo y el cumplimiento de sus objetivos. Este financiamiento surge, entre otros aportes, de recursos ordinarios provenientes del Presupuesto General de la República, de los recaudados por la operatividad del Seguro Integral de Salud y otras rentas y donaciones, y los recursos que le transfiera el Fondo Intangible Solidario. Este Fondo se encuentra destinado únicamente a favorecer el acceso a prestaciones de calidad de la población excluida.

## **Conclusiones preliminares**

Del análisis anterior surge que es necesario un repensar del marco de la solidaridad, con el propósito de hacer efectivas la EPSS. Las Normas Constitucionales, albergan principios que sientan las bases de fundamento de la EPSS. En primer lugar, el reconocimiento del salud como un derecho, a través de un lenguaje diverso, pero en definitiva, conceptualmente apto. Se suman a esto las Disposiciones Constitucionales referidas a la seguridad social, también con carácter de derecho de diversa magnitud, amplitud, y mecanismos de interacción. Finalmente, la concepción de estado social de derecho que constituye la sustancia del constitucionalismo de corte social, también aparece a través de diversas figuras.

Al revisar la legislación aplicable, se nota que continúa aún la fragmentación. La solidaridad aparece como una cuestión de grupos específicos y del total de la población de manera indirecta a través de la contribución al engrose de las rentas fiscales. En algunos casos, estas se combinan, existiendo aún un fuerte componente de responsabilidad estatal en términos de aquellos que, por razones específicas, sea por su carencia de vínculo laboral formal, su estado de indigencia y o por alguna otra condición de riesgo en la cual se encuentren. En este caso, sigue existiendo un componente del Ministerio en carácter de financiador a través de diversas fuentes, también públicas.

La inquietud que surge tiene dos componentes. Uno de ellos se refiere a la cantidad de personas excluidas, que sigue siendo considerable no importa cuán bien interesada sea la norma. La segunda se refiere a las prestaciones que ofrecen en términos de las coberturas existentes, sobre todo en relación con los portafolios básicos o con prestaciones específicas de acuerdo con las necesidades del grupo cubierto. ¿Estarían estos de por sí generando inequidades?

¿Qué posibles soluciones existen en términos de la solidaridad y la construcción de la EPSS? Aparentemente, la financiación pública y universal vía tributos generales es la que tiene la mayor potencialidad de solidaridad y de contribución efectiva a la equidad, la universalidad y la integralidad de la atención. Las grandes interrogantes, son más bien su viabilidad política y

factibilidad económica en manera y volumen adecuados. Depende fundamentalmente, en la capacidad que tenga el sistema tributario de cumplir con la función de redistribución y actuar como instrumento de EPSS. Para el logro de los principios y objetivos deseados, la EPSS debe ser responsabilidad de todos bajo la conducción del Estado. Ya no cabe la discusión sobre la responsabilidad principal del Estado. Un Estado verdaderamente moderno es un *Estado de bienestar renovado* que al mismo tiempo amplíe efectivamente su rol de dinamizador y regulador de mercados. No existe contradicción entre esos roles, sino que estos deben ser sinérgicos y complementarios entre sí (9).

## Notas

1. ROSENBERG, H. y ANDERSSON, B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2), 2000. OPS/OMS, Washington, D.C.
2. BOLIS, M. "Marco jurídico para la regulación del financiamiento y aseguramiento del sector de la salud". Ponencia presentada durante el *Taller sobre Nuevos Marcos e Instrumentos para la Regulación del Financiamiento y el Aseguramiento en el Sector de la Salud*, Santiago de Chile, 16-19 de enero de 2001.
3. ACHESON, E. *The principle of hope*. Cambridge: MIT Press, 1995. Citado por Tapia Conyer, R. y Motta Murguía, M. L., "El derecho a la protección de la salud pública".
4. OPS/OMS. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo. Tema presentado en la 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana, 54ª. Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., 23-27 de septiembre de 2002. Documento CSP26/12 (Esp.), 16 julio 2002. <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-12-s.pdf>
5. LEVCOVITZ, A., ACUÑA, C. "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud". <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>
6. ARBELAEZ, M. Jurisprudencia de la Corte. Colombia.
7. SOJO, Ana, *Reforma de la gestión en salud en América Latina*, CEPAL, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile, 2000.
8. 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.
9. MACEDO, Carlyle Guerra de Macedo, "La extensión de la protección social en el nuevo Estado Latinoamericano". Documento presentado en el V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, República Dominicana, 24-27 de octubre de 2000. Revista del CLAD Reforma y Democracia, No. 19 de febrero de 2001, Caracas, Venezuela.