

Cobertura Universal de Salud: debates a la luz de la Segunda Reforma del Estado

Esteban Falcón

La actual propuesta del Gobierno de Cambiemos de una poner en funcionamiento una Cobertura Universal de Salud, de la cual todavía no se han provisto mayores certezas, nos obliga a discutir en clave política cuál es el tipo de Estado y de democracias que necesitamos, así como también cuáles son las políticas públicas sociales acordes a cada una de las distintas propuestas de gestión de la esfera pública.

Hablar de los “modelos de protección social” que asumen los Estados nos permite pensar este debate en clave de derechos. Los modelos de protección social podríamos definirlos en 3 tipos ideales según diversos autores: de asistencia social, de seguro social y de seguridad social universal.

Por una compleja trama histórica socio-económica y política, el proceso de constitución del Estado de Bienestar “incompleto” en Argentina no siguió el modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo, motivo por el cual algunos autores proponen hablar no de un Estado de Bienestar, sino de un “Estado de compromiso” o aún de un “Welfare State a la criolla” (Tobar, 2001).

Con características de industrialización nacional temprana y con la hipótesis del “pleno empleo” (masculino en su mayoría), ese país de hace más de 40 años se pensó concibiendo al trabajo formal y de calidad como la vía de acceso a la protección social y la salud (Ej.: asignación/salario familiar, jubilación, seguro de desempleo, salud vía Obra Social sindical, recreación-vacaciones, etc.).

Esa vinculación meritocrática de necesariamente tener empleo formal para acceder a la protección social y salud se constituyó en lo que se conoce como modelo de seguro social,

donde los derechos son condicionados por la inserción laboral de la persona en la estructura productiva.

Por otro lado, para aquellos sectores sociales que eran minoritarios hace más de 40 o 50 años y que se mantenían en situación de pobreza estructural, desocupados o como trabajadores informales (menos del 10% del total de la Población Económicamente Activa/PEA en aquel momento), se comenzó a instalar una estrategia de modelo de protección vía asistencia social (que en el caso de salud consolidó el ideario de los Hospitales públicos de beneficencia o caridad), con características compensatorias y focalizadas en aquellos que se mostraban incapaces de mantenerse y/o incorporarse en el mercado laboral formal.

La literatura coincide en que la organización y prestación de servicios de salud en la Argentina se caracteriza por un alto nivel de fragmentación, así como también por una gran complejidad, lo cual se traduce en la existencia de profundas brechas y desigualdades en el gasto asignado, en el acceso diferenciado a la prestación de servicios y a grandes disparidades en los perfiles de salud de acuerdo a las regiones del país.

Un sistema de seguridad social y salud donde prima la estratificación/segmentación social: un tipo de protección social y salud para pobres, otro salud para sectores medios formalizados y otro para ricos a través de su poder de pago de bolsillo, a través de lo que se denomina cobertura privada o empresas de medicina privada.

Estos dispositivos de asistencia social fueron la base para que los organismos internacionales como el Banco Mundial y el BID propiciaran en los '90 las políticas "focales" o "asistencialismo focalizado", operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse sólo a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes deberán demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos

para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios) para lograr percibir el "beneficio".

Una lógica de fragmentación de "beneficiarios" por programas, caritativa y que depende de alguna instancia tecno-burocrática o política que decida quién es beneficiario de qué y quién no, con prueba de medios (tener que probar que "uno es muy empobrecido") y con algunas garantías explícitas (listado de beneficios puntuales).

Pensando este proceso por etapas, podríamos decir que en un primer momento las reformas implicaron las radicales transformaciones producidas por lo que comúnmente caracterizamos como neoliberalismo, sustentado en los pilares de las consignas del fin de la historia y profecías del Consenso de Washington que muchos de los Gobiernos y países en América Latina y el Caribe acompañaron de forma muy obediente y acrítica durante la década de los '90

Dicha ofensiva neoliberal contó también con la oficiosa intervención de los organismos multilaterales de crédito como el FMI, Banco Mundial y el BID, lo cual no sólo tuvo consecuencias directas sobre la financierización de la economía, la mercantilización de la vida, la destrucción de derechos y de la naturaleza, la profundización de la desigualdad y la inequidad, la afectación a la soberanía económica y política entre otras dimensiones, sino que también trabajaron fervientemente en la construcción de agenda de reformas de los sistemas de salud y seguridad social con un propio ideario y una especial particularidad a considerar.

Aunque ya lo venía haciendo desde etapas anteriores, es en este clima y contexto de época y a partir de la publicación del documento "Invertir en Salud" del año 1993, que puede considerarse al Banco Mundial como actor social dentro del campo de la salud colectiva, en especial, construyendo agenda y proponiendo modelos de reformas.

Esta reforma sectorial, si bien por un lado es hija de la publicación de “Invertir en Salud” del Banco Mundial, por otro lado se produce también como consecuencia de una marcada crisis del modelo de acumulación capitalista de mediados de los 70s y 80s, que produjo recesión mundial, profundas transformaciones en las formas de producción, dominio del capital financiero en el sistema económico mundial, creciente endeudamiento interno y externo de los países, crecimiento del déficit fiscal, alta inflación, problemas de balance de pagos y desempleo.

En los países latinoamericanos, esta situación implicó cambios profundos en el papel del Estado, ya que desde los organismos multilaterales de crédito se visualizó al Estado como parte del problema. Así, para América Latina y el Caribe los procesos de reforma en salud no provinieron de la necesidad de disminuir el gasto social como ocurría en los Estados de Bienestar europeos, sino de la excesiva contracción impuesta por estos ajustes económicos y por el vertiginoso incremento de las desigualdades sociales como consecuencia directa e indirecta del Consenso de Washington.

En un contexto restrictivo de las cuentas públicas y el financiamiento de los Estados, sumarse a la agenda de reformas en cada país fue también una forma de acceder a préstamos internacionales que permitieran financiar la aguda crisis de los servicios públicos y de la seguridad social en los países latinoamericanos. De hecho, Salud fue uno de los sectores que más préstamos recibió de parte del Banco Mundial con, por ejemplo, US\$ 16.800 millones otorgados en 1999.

Básicamente, esta primera etapa de reforma sectorial, promovida con soporte de préstamos internacionales, sirvió de base para la elaboración de marcos jurídicos (leyes, decretos, resoluciones ministeriales, reformas constitucionales) que facilitaron la instalación discursiva del neoliberalismo en el plano simbólico, y como política en las sociedades latinoamericanas, a partir de la crisis del Estado de Bienestar.

Una de las principales estrategias empleadas en esta primera etapa de reformas en salud consistió en lo que se conoció como **asistencialismo focalizado**. Dispositivos del viejo modelo de asistencia social fueron la base para que los organismos internacionales propiciaran las políticas "focales" o "asistencialismo focalizado", operaciones sociales asistenciales que debían dirigirse sólo a los focos de pobreza extrema y grupos vulnerables más profundos (focalización), quienes debían demostrar su incapacidad como individuos y/o grupos para cubrir sus necesidades personales y las de su familia (prueba de medios) para lograr percibir el "beneficio".

Como bien lo ejemplifica Celia Almeida,

“este proceso cuestionó el derecho a la salud como un derecho humano o un beneficio social. La inspiración conservadora de esta agenda y su forma más radical limitan la reforma a la provisión de cuidados médicos individuales, sin tener en consideración el sistema de salud como un todo y las necesidades de salud de la población, ni relacionar el proceso de reforma sectorial con estrategias multisectoriales para la salud, con el objetivo de superar las desigualdades”
(Almeida, 2002).

Ahora bien, los fracasos sociales de la Reforma del Estado en los años '80 y '90 se evidenciaron en sucesivas crisis sociales y económicas que terminaron en crisis políticas (como los casos de Argentina, Venezuela, Bolivia y Ecuador, otros), la formación de coaliciones populares “anti-neoliberales” que se conformaron en varios países, y en los cambios de Gobierno.

Dicho fracaso, reconocido sólo en cierta medida o parcialmente incluso por los organismos que los promovieron, generó un ámbito político mucho más crítico sobre estos postulados y sus consecuencias económicas y sociales en las sociedades latinoamericanas.

Esto llevó a dichas entidades supranacionales a plantear una segunda reforma o Modernización del Estado para atenuar los problemas causados por la primera y recuperar la legitimidad cuestionada. En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la "cuestión social" y, por ello, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales.

Sin embargo, la lectura de los textos programáticos de esta reforma aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad.

Desde la publicación de Invertir en Salud el enfoque dominante de la política de salud ha sido el económico y no el de satisfacer las necesidades de salud de la población. Esto no ha cambiado con la segunda reforma del Estado, que empero llevó a una revisión crítica de aquel primer documento. Se reconoce ahora que la cobertura universal en salud es una exigencia de los ciudadanos a sus gobiernos, que debe ser resuelta para favorecer la cohesión social.

A partir de la introducción de la Segunda Ola de Reformas, el Banco Mundial propone modificar la estrategia de "protección social" por la de Gerencia del Riesgo Social, así como también el concepto de pobreza por el de vulnerabilidad (Laurell, 2010).

Esta segunda Reforma del Estado está centrada en el aseguramiento, la definición y establecimiento de costes de paquetes de servicios, la competencia y el subsidio público para respaldar el mercado. De acuerdo con la descripción de Ozlak,

"la 'segunda reforma' parece estar inspirada más por urgencias fiscales y presupuestarias, que por una legítima convicción acerca de la necesidad de

preservar para el estado nacional un rol trascendente en la orientación y desarrollo de la economía o en la morigeración de las desigualdades sociales, objetivos irrenunciables de una auténtica transformación estatal (Ozlak, 1999)”.

Es en este contexto donde el aseguramiento emerge como el mecanismo preferente de financiamiento para reducir los gastos catastróficos producto del incremento de la equidad, además con la finalidad de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, incrementar la eficiencia y eficacia, abatir la corrupción y contener los costos. Este modelo hegemónico es el que hoy se conoce como “Cobertura Universal de Salud” (CUS).

En ambas etapas se suprime la idea del derecho universal a la salud, vigente durante todo el periodo de la segunda posguerra, y tienen una fuerte orientación mercantilizadora y privatizadora. Se trata pues de abrir el sector salud a intereses privados para la generación de ganancias y acumulación de capital.

Propuestas de intervención del Banco Mundial para la Primera Reforma del Estado y la Segunda o Proceso de Modernización del Estado

Banco Mundial – INVERTIR en SALUD (1993)	<u>Principios y nociones destacados</u>	<u>Términos usados por el Banco Mundial</u>	<u>Consecuencias concretas</u>
<p><u>1993: Principios y nociones dominantes en discurso del Banco Mundial (Fuente: Invertir en Salud Resumen, Banco Mundial 1993)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Competencia y lógica del mercado - Focalización del gasto público para los más pobres - Disminución del financiamiento público de los sistemas de salud - Descentralización - Principio de costo efectividad y de prestaciones esenciales de salud 	<p><i>"promover la diversidad y la competencia"</i> <i>"La mayor utilización del sector privado (...) puede contribuir a elevar el grado de eficacia."</i> <i>"garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse"</i> <i>"cobrar a los pacientes acomodados que usen los hospitales y servicios estatales"</i> <i>"Los gobiernos también podrían subvencionar a los proveedores de asistencia sanitaria del sector privado que prestan servicios clínicos esenciales a los pobres"</i> <i>"la descentralización puede contribuir a incrementar la eficiencia"</i> <i>"concentrarse en garantizar una asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre."</i></p>	<p>Privatizaciones</p> <p>Cuotas y copagos en los establecimientos de salud.</p> <p>Descentralización de las competencias en salud sin los recursos necesarios: degradación de las prestaciones/servicios de salud (pública especialmente).</p> <p>Aumento de las inequidades sociales en salud.</p>

Fuente: extraído de Basile, Gonzalo (2013). Las 7 Falacias de los seguros de salud: un camino (in)seguro hacia el derecho a la salud en América Latina.

Banco Mundial – “Combatir la inequidad en Salud”(2011)	<u>Principios directores y nociones destacados en la implementación de los seguros de salud</u>	Principales ejes de la argumentación del Banco Mundial a favor de los “seguros de salud”.	Términos y justificación el BM extraídos de <i>Combatir la Inequidad en Salud</i> (Abdo S. Yazbeckp Jefe economista del sector salud del Banco Mundial) y “ <i>Prioridades en el Sector Salud: de América Latina</i> ” (Banco Mundial 2011 http://wbi.worldbank.org/wbi/stories/prioridades-en-el-sector-salud-la-historia-de-america-latina)
<p><u>Principios y nociones presentes en el discurso actual del BM sobre la protección social en salud / los seguros de salud:</u></p> <p>Incorporación y transformación de nociones a favor de la universalidad de los sistemas de salud en el paradigma neoliberal del Banco Mundial.</p>	<p>« Cobertura universal en salud »/“Acceso gratuito a la salud”</p> <p>« Protección social en salud »</p> <p>Superar la barrera económica del acceso a la salud</p> <p>“Paquetes básicos de servicios de salud” / “prestaciones explícitas de salud”</p> <p>Focalización y prueba de medios</p> <p>Derecho restringido a la salud</p> <p>Seguros de salud subsidiados: financiamiento de la demanda y transferencia de recurso públicos al sector privado</p>	<p>Apolitismo/pragmatismo</p> <p>Equidad</p> <p>La cuestión económica es la principal barrera en el acceso a la salud.</p> <p>Recursos limitados que implican la lógica de costo efectividad.</p> <p>La lógica del mercado permite la mejora de los sistemas de salud</p>	<p><i>“Dada la importancia del contexto local, la falta de un marco de trabajo universal no es el problema”</i> (Abdo S. Yazbeckp.86)</p> <p><i>“No necesitamos identificar todas las limitaciones de oferta y demanda que enfrentan los pobres –sólo las más importantes”</i> (Abdo S. Yazbeckp.86)</p> <p><i>“un cubrimiento universal de los seguros de salud muy probablemente beneficiaría a los pobres”</i> (Abdo S. Yazbeckp p.111)</p> <p><i>“El sistema se basa en el pago previo de un conjunto de servicios que se ampliará a medida que la demanda y el financiamiento lo permitan.”</i></p> <p><i>« Para alcanzar las metas de atención médica, las sociedades y sus sistemas de salud tienen que establecer prioridades, ocuparse de los grupos más vulnerables y decidir qué servicios financiarán y prestarán y cuáles quedarán excluidos. ”</i> (“Prioridades en el Sector Salud: de América Latina” Banco Mundial 2011)</p> <p><i>« los juicios, si bien son una estrategia legítima para garantizar que todas las personas reciban un trato igualitario y un mecanismo eficaz para proteger el derecho a la salud, también pueden distorsionar la asignación de recursos y afectar de manera negativa los planes que benefician a los pobres”</i> (acerca de los amparos en Colombia “Prioridades en el Sector Salud: de América Latina” Banco Mundial 2011)</p> <p><i>“nueva faceta de la asignación de fondos según desempeño son los acuerdos contractuales con proveedores no gubernamentales que atan el pago al desempeño. La contratación en el sector salud está creciendo y la evidencia sobre los efectos positivos de atar el pago a los resultados es alentadora”</i> (Abdo S. Yazbeckp p.76)</p> <p><i>“La expansión del seguro de salud a los pobres en Colombia incluyó varias acciones para fortalecer los pactos, entre ellas el uso de medios sustitutos para identificar a los pobres y mejorar la distribución, el subsidio de las primas de los pobres (mejor asignación), (...), y la separación entre financiación y provisión por medio de contratos.”</i> (Abdo S. Yazbeckp p.135)</p>

Fuente: extraído de Basile, Gonzalo (2013). Las 7 Falacias de los seguros de salud: un camino (in)seguro hacia el derecho a la salud en América Latina.

Cobertura Universal de Salud: el obligado debate de experiencias

Como se mencionó al comienzo del documento, la propuesta de implementación de una Cobertura Universal de Salud por parte del gobierno de Cambiemos, obliga a dar el merecido debate respecto de las diferentes modalidades existentes en relación a los seguros sociales, y el acceso a los servicios que a estos viene aparejado, a la luz de las experiencias de otros países de la región que han llevado a cabo políticas de seguros de salud.

En este sentido, los países que han instrumentado el modelo asegurador/mercantilizador, ejemplificados por Chile, Colombia y México, no han cumplido sus propósitos de cobertura universal, acceso equitativo a los servicios de salud requeridos y mejoramiento de las condiciones de salud (Laurell, 2016).

En cambio, han abierto la salud como un ámbito de generación de ganancias de los aseguradores y prestadores privados de salud. No inesperadamente ha sido un campo propicio del florecimiento de las prácticas perversas de las fallas del mercado, señaladas desde hace mucho tiempo por los economistas de salud.

Además, existen evidencias de fraudes y tráfico de influencias que, en el caso colombiano, han abonado a su quiebra. Sin embargo, una vez establecido y fortalecido política y económicamente, resulta muy complejo sustituir este modelo por otro de carácter público, universalista, redistributivo y equitativo.

De acuerdo con Basile, es posible mencionar las siguientes falacias en relación a los supuestos beneficios que enunciaban los impulsores del modelo de seguros en salud y los resultados realmente obtenidos (Basile, 2013):

1. *“El Aseguramiento es un camino a la Universalidad”*: La experiencia ejemplar de Chile que en plena dictadura de Pinochet desmantela su sistema nacional de salud y construye el actual modelo de aseguramiento demuestra que a 30 años de la primer reforma latinoamericana existe aún hoy un 11,2% de población sin ningún tipo de seguro/cobertura. El caso de Colombia con 15 años de reforma a partir de la Ley 100 deja en evidencia que un 12% tampoco llega a tener NINGÚN seguro/cobertura (los *“desvinculados”*) actualmente. Podríamos tomar los casos de Perú, México u República Dominicana evidenciando el *“estancamiento”* en las tasas de aseguramiento también que de *“universal”* no tienen nada.

2. *“¿Los seguros de salud pueden ser integrales?”*: Los seguros construyen coberturas individuales asistenciales-curativas ya que su facturación depende de vender asistencia/servicios a enfermedades. Con lo cual *los seguros* no son capaces ni tienen interés en aspectos epidemiológicos, preventivos y promocionales a nivel poblacional. Así las emergencias, epidemias/endemias, campañas masivas de información y promoción, entre otras dimensiones quedan como responsabilidad de la *salud pública residual ya que no hay “ingresos” o rentabilidad en ello.*

3. *“La Libre competencia entre seguros mejora la eficacia-eficiencia de la cobertura de los asegurados”* o *“La Libre elección del Usuario mejora la calidad del servicio”*. En la práctica la supuesta libre competencia genera un *“mercado de prestadores”* a los seguros de salud, con posibilidades de elección entre un mix público-privado con y búsqueda de rentabilidad por prestaciones, lo cual beneficia al proceso de mercantilización del derecho a la salud y de lucro del sector privado de salud.

4. *“Los seguros de salud pueden incorporar la estrategia de Atención Primaria de la Salud”*: Lo primero que se constata es que la *“atención primaria de la salud”* en contextos de aseguramiento en realidad funciona como una *“atención asistencial de paquetes básicos/mínimos o de bajo costo para los más pobres”*, es decir,

“salud para pobres con pobres recursos”. De estrategia integral no tiene nada. Los seguros tienen adicción a la enfermedad y a los servicios de salud curativo/asistenciales, porque este modelo vende/factura prestaciones/servicios al Pagador con lo cual crea un mercado de “enfermos” de hecho.

5. “Las claves del acceso a la salud está en las barreras económicas/financieras a los servicios de salud”: esta idea instalada como única verdad aduciendo que la principal barrera de acceso a la salud es la económica se justifica con argumentaciones en parte “obvias”, o sea que la “población empobrecida” es la que más “gasta” en salud de su disminuido presupuesto familiar cotidiano y los que más enferman por sus precarias condiciones de vida. El problema no son estas obviedades que expresa dicha corriente, sino las propuestas que se postulan para resolverlo.

Se plantea: 1- Subsidio a la demanda, es decir, no financiar el desarrollo de más y mejor oferta de servicios de salud públicos integrales, sino subsidiar a los propios “beneficiarios” -la demanda-; y - abrir la competencia entre lo público y lo privado, e incluso en contextos donde no hay desarrollo de servicios públicos de salud se fortalece la idea que se “responda con los prestadores” disponibles y más eficientes sea el sector privado lucrativo, privado sin fines de lucro (ONGs, Fundaciones), u otros que serán “prestadores” de los seguros para la población empobrecida.

6. “El aseguramiento debe ir de la mano de la descentralización de los servicios de salud”: Aunque virtuoso como propuesta, en la práctica los procesos de reforma liderados por los organismos financieros internacionales instalaron la descentralización como principio por 2 razones principales: 1- Desresponsabilización y ruptura con el Estado nacional rector y proveedor; 2- Como una estrategia para disminuir la resistencia a los procesos de privatización y

aseguramiento deteriorando la presencia del Estado nacional y garante del derecho a la salud en los casos que existiera.

7. “Los modelos de aseguramiento a la Europea fueron un camino a la Universalidad que debemos copiar en América Latina”: Este enfoque no contempla la realidad de las sociedades excluyentes heredadas del neoliberalismo en América Latina. ¿Los seguros por grupos sociales son una respuesta en sociedades donde el 60 o 70% de la fuerza del trabajo en AM es informal y entre el 35 al 45% en situación de pobreza? ¿Quién decide quién es pobre, vulnerable, apto para ser “beneficiario” de un seguro y quien no lo es? Las inequidades son constitutivas de las sociedades latinoamericanas, y no se pueden resolver profundizando inequidad con seguros parciales que segmentan de acuerdo al vínculo con el empleo formal, o el ingreso o demostrar ser “muy pobre”. En definitiva, esta falacia sólo reproduce “neocolonialismo” en el diseño de políticas públicas en nuestro continente.

En resumen, el “aseguramiento” o “Seguros de Salud”:

- Buscan la fragmentación, no por un error del Sistema, sino para dividir a los prestadores, a los usuarios/poblaciones, para crear competencia y mercados.
- Segmentación de las sociedades. Entre asegurados “pobres”, asegurados “medios” y asegurados “ricos”.
- Estas reformas irremediablemente llevan a la “judicialización” de la salud para lograr atenciones integrales o necesarias de salud.

Conclusiones

Como se mencionó al comienzo, la realización de la presente ponencia está ligada al necesario y obligado debate que plantea el reciente anuncio por parte del Gobierno de

Cambiamos de la implementación de una Cobertura Universal de Salud, de la que todavía no se han aportado mayores certezas.

Ahora bien, y no obstante esa ausencia de precisiones que aún no se han provisto, resulta del todo necesario tener presentes las experiencias de otros países de la región que han implementado estrategias de Seguros en Salud, a luz de las corrientes impuestas por el proceso de Reforma del Estado en América Latina. En especial, para analizar y criticar estas experiencias en “clave argentina”, atendiendo a las particularidades que presenta nuestro país y, en especial, nuestro Sistema de Salud.

Y, sobre todas las cosas, para cuestionarnos de manera profunda, y atendiendo a ese particular funcionamiento de nuestro sistema de salud, cuál es la verdadera motivación para establecer una estrategia de Cobertura Universal de Salud en la Argentina para aquellos que no poseen cobertura privada o de la seguridad social, cuando no debería existir discusión alguna respecto del hecho de que el sub-sistema público de salud debería garantizar el acceso a una atención integral de salud.

Bibliografía

Almeida, Celia. (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90*. Cadernos de Saúde Pública, 18(4), 905-925.

Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400002>

Basile, Gonzalo. (2013). *Las 7 Falacias de los seguros de salud: un camino (in)seguro hacia el derecho a la salud en América Latina*. Disponible en: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Las-7-falacias-del-Aseguramiento-Seguros-en-Salud-en-ALyC-Gonzalo-Basile2013.pdf>

Laurell, Asa Cristina. (2016). *Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultado*. Cuad. relac. labor. 34(2): 293-314. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53458>

Laurell, Asa Cristina. (2010). *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*. Medicina social. Volumen 5, número 1, marzo. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/laurell__revisando_las_politicas_y_discursos_en_salud_en_america_latina.pdf

Laurell, Asa Cristina & Herrera Ronquillo, Joel. (2010). *La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios*. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(2):137-148.
Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000200002

Ozslak, Oscar. (1999). *De menor a mejor. Los desafíos de la segunda reforma del Estado*. Nueva Sociedad 160: 81-100.
Disponible en:
<http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursoshumanos/OSZLAKmenorymayor.pdf>

Tobar, Federico (2001). *Breve historia de la prestación de servicios de salud en Argentina*. Disponible en: http://federicotobar.com.ar/sal_01.htm