

# Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú

Gap between population coverage and health benefits:  
A challenge for health reform in Peru

César Gutiérrez<sup>1,2</sup>, Franco Romani Romani<sup>3</sup>, Paolo Wong<sup>2</sup>, José Del Carmen Sara<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Piura. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica. Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>4</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Departamento Académico de Medicina Humana. Lima, Perú.

<sup>5</sup> Fondo Intangible Solidario de Salud. Lima, Perú.

An Fac med. 2018;79(1):65-70 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>

## Correspondencia:

César Gutiérrez

[cgutierrezv@unmsm.edu.pe](mailto:cgutierrezv@unmsm.edu.pe)

Recibido: 4 enero 2018

Aceptado: 17 febrero 2018

Conflictos de interés: Ninguno.

Fuentes de financiamiento:

Autofinanciado.

Citar como: Gutiérrez C, Romani Romani F, Wong P, Del Carmen Sara J. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: Un reto para la reforma de salud en el Perú. An Fac med. 2018;79(1):65-70  
DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>

## Resumen

El Aseguramiento Universal en Salud constituye una de las principales políticas públicas impulsadas en la última década en nuestro país, y se ha mantenido por más de cuatro administraciones nacionales en la agenda política. Los avances en este proceso pueden verse reflejados en el incremento en la cobertura de afiliación a algún tipo de seguro de salud, que para el caso del Seguro Integral de Salud (SIS), fue ampliada de 19,4% en el año 2006 a 50,2% para el año 2015 (Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO). Sin embargo, es posible evidenciar que mientras en el 2006 el 44,9% de los afiliados al SIS buscaban atención por problemas de salud en establecimientos del MINSA o de las redes de salud públicas de los Gobiernos Regionales, en el año 2015 este porcentaje disminuyó a 31,7%. Estos resultados obligan a prestar atención a otros factores que estarían restringiendo la mejora en el acceso a los servicios de salud, especialmente en pobladores pobres protegidos financieramente. Entre los retos para incrementar la cobertura prestacional se encuentran la brecha de infraestructura y equipamiento de servicios de salud, la poca articulación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, la subutilización de la oferta pública existente y recurso humano no bien remunerado con escasos o nulos incentivos.

**Palabras clave:** Reforma de la Atención de Salud; Cobertura Universal; Cobertura de los Servicios de Salud; Política de Salud (fuente: DeCS Bireme).

## Abstract

Health Universal Coverage is one of the principal public policy impulsive in the last decade in our country, despite four different national administrations their importance remains in the agenda. The advances in this process are evident in the increment of the insurance coverage, that in case of Seguro Integral de Salud (SIS) was broadened from 19,4% in 2006 to 50,2% in 2015 (National Household Survey – NHS). However, it is real that while in 2006, 44,9% of affiliates to SIS sought attention for health problems in public health establishments of national, regional or local level, this proportion decrease to 31,7% in 2015. These results force us to pay attention to other factors that would be restricting the improvement in the health services access, especially in poor people protected financially. Among the challenges to increase the provisional coverage are the gap in infrastructure and health services equipment, the poor articulation of health care facilities at the primary care, the underuse of the existing public offering and poorly remunerated human resources with little or no incentives.

**Keywords:** Health Care Reform; Insurance Coverage; Universal Coverage; Health Policy (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

Durante 2013 en el Perú se generaron una serie de medidas denominadas Reforma del Sector Salud, que tenían como objetivos principales el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud, la protección de la salud individual, la protección de la salud colectiva y la protección de los derechos humanos <sup>(1)</sup>.

Entre las medidas implementadas se establecieron mecanismos para incrementar la cobertura poblacional de salud, sin embargo, para alcanzar la anhelada cobertura universal de salud no sólo es necesario expandir la oportunidad de acceso a los servicios o intervenciones de salud, también se requiere reducir las brechas de la inequidad en salud, especialmente en poblaciones vulnerables, término usualmente asociado pero no limitado a la pobreza, y que incluye poblaciones rurales y dispersas, poblaciones urbanas pobres, personas en riesgo de infección de tuberculosis, personas con discapacidades físicas, minorías de género, o pueblo originarios <sup>(2)</sup>.

El objetivo del presente artículo fue evaluar la evolución de la cobertura poblacional en salud y el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de los afiliados del Seguro Integral de Salud, en el periodo 2006-2015, dicha información fue obtenida del análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El presente análisis pretende mostrar que en un periodo de diez años, el incremento de la cobertura poblacional de aseguramiento en salud no necesariamente está en asociación directa con un incremento en la búsqueda de atención en los establecimientos públicos de salud.

## DEFINIENDO LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD Y CÓMO MEDIRLA

La Organización Mundial de Salud (OMS) definió a la Cobertura Universal de Salud (CUS) como el acceso de todas las personas y comunidades a los servicios de salud que necesitan, en materia de promoción, prevención, curación, rehabilitación

y cuidados paliativos, con la suficiente calidad para ser efectivos, y que no generen privación económica en el presente o futuro. La operacionalización de esta definición tiene tres dimensiones: la cobertura poblacional del acceso a los servicios de salud, los servicios de salud que son coberturados (buscando mejorar la calidad y ampliar la oferta de los servicios de salud), y que las personas estén protegidas contra el riesgo financiero por usar dichos servicios <sup>(3)</sup>.

Los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas incorporan a la CUS. El tercer objetivo (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades) plantea como una de sus metas *“Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”* <sup>(2,4)</sup>.

Si bien existe un consenso global sobre la transcendencia de la CUS para mejorar la salud de la población, especialmente de los más pobres, existen varias interpretaciones y falta de consenso acerca de su definición, las cuales provienen del abordaje de diferentes disciplinas <sup>(5)</sup>. En 2010, Stucklet D. y col, concluyen que en las reformas de sistemas de salud de países desarrollados, se usa el término *“Cuidado Universal de Salud”*; mientras que, en reformas implementadas en países de ingresos bajos y medios, se asocia al término *“Cobertura Universal de Salud”*. También proponen que el término CUS ha sido usado para referirse a los siguientes aspectos: acceso al cuidado (aseguramiento), cobertura, paquete de servicios, salud como un derecho humano, y la protección social y económica <sup>(6)</sup>.

Además de las dificultades existentes en alcanzar una definición consensuada sobre CUS, también es un reto la construcción de indicadores que permitan monitorizarla. La Cobertura Efectiva, planteada como una métrica para monitorizar la CUS, es definida como la fracción de potencial salud que es actualmente brindada a la población a través del sistema de salud. Está conformado

por tres componentes: la necesidad de intervención (individuo o población que necesita un servicio en salud particular), el uso de los servicios de salud y la calidad (actual beneficio en salud experimentado por el uso del servicio) <sup>(7)</sup>; para estimar dicho indicador es necesario la medición de dichas variables en forma consistente. Por ejemplo, se ha planteado un indicador de CUS basado en un servicio específico: la cobertura efectiva de cirugía de catarata, que combina una medida de cobertura con calidad (resultado visual post-operatorio) <sup>(8)</sup>.

En México, se han planteado la medición de cobertura efectiva del acceso a intervenciones de salud, estas han sido agrupadas en dos categorías: salud materna e infantil, y prevención de enfermedades crónicas en adultos. La primera categoría incluye controles de salud en menores de un año, cumplimiento de vacunación en menores de 5 años, controles prenatales; en la segunda se incluyen acceso a prueba de Papanicolaou (mujeres >25 años), control de Diabetes (adultos >20 años con diagnóstico de Diabetes), control de presión arterial (adultos >20 años con Hipertensión Arterial), y vacunación contra Influenza (adultos >60) <sup>(9)</sup>. Muchos de esos indicadores de cobertura efectivos no pueden ser medidos debido a que no se cuenta con información, sin embargo, brindan una aproximación más cercana del acceso efectivo que brinda la cobertura universal de salud <sup>(10)</sup>.

## LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD DEL PERÚ

El Aseguramiento Universal en Salud constituye una de las principales políticas públicas impulsadas en la última década en nuestro país, este esfuerzo ha sido capaz de mantenerse por más de cuatro administraciones, debido a estar enmarcado dentro del consenso político en el seno del Acuerdo Nacional, suscrito el 2002 por parte de las principales fuerzas políticas, contando con la participación de instituciones académicas, gremiales, sindicales, religiosas y de la sociedad civil.

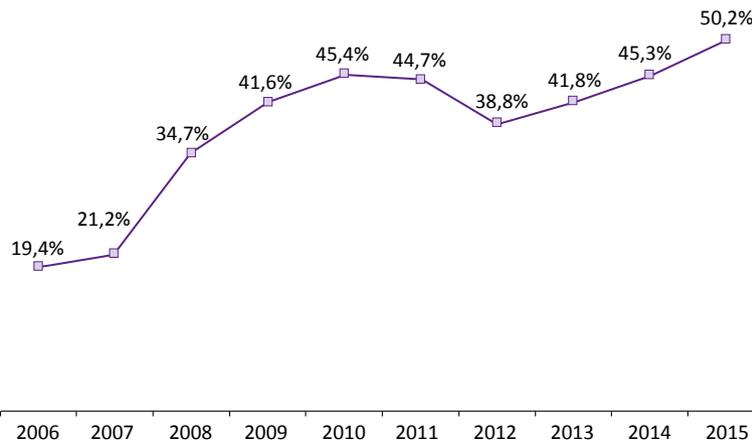


Figura 1. Evolución de la proporción de afiliados al SIS a nivel nacional. Perú, 2006-2015. Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, Perú 2006-2015. Elaboración propia.



Figura 2. Ampliación del plan de beneficios para los pacientes afiliados al Seguro Integral de Salud en el Perú. Fuente: Seguro Integral de Salud – Fondo Intangible Solidario de Salud. Elaboración propia.

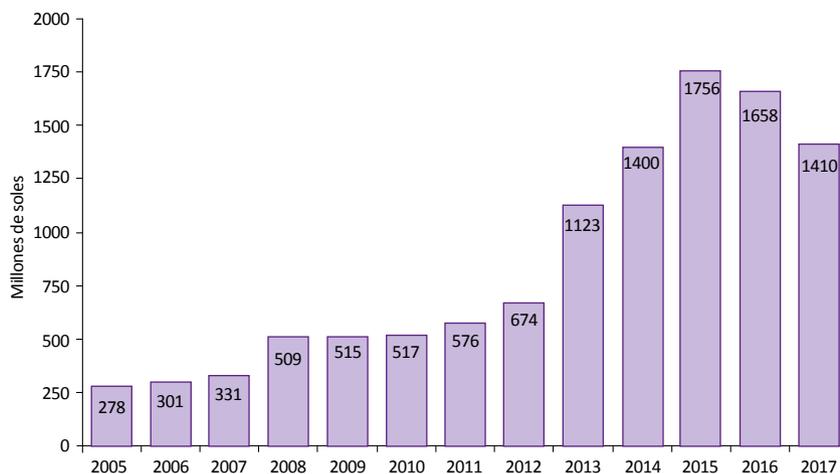


Figura 3. Presupuesto institucional del Seguro Integral de Salud (SIS). Perú, 2005-2017. Fuente: Consulta Amigable del MEF, Perú. Elaboración propia.

En dicho acuerdo, se señala como uno de los compromisos trazados para los futuros gobiernos, el “asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables” (11,12).

Los avances en el cumplimiento de este objetivo, pueden verse reflejado en el incremento en la cobertura de afiliación a algún tipo de seguro de salud, registrada a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) que, para el caso del Seguro Integral de Salud (SIS), fue ampliada de 19,4% en el año 2006 a 50,2% para el año 2015 (Figura 1).

Es importante destacar que este incremento en la cobertura de afiliación del SIS, fue acompañado de un crecimiento en el Plan de Beneficios y sus alcances por grupo etario, pasando de una cobertura que para el año 2002 estaba enfocada únicamente en la atención de madres gestantes y niños, para incorporar a partir del año 2006 los casos de emergencia de pacientes de otros grupos de edad en condición de pobreza.

Para el año 2007, mediante Decreto Supremo No. 004-2007-SA, se aprueba el “Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” (LPIS) (13), que incluye intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, destinadas a cubrir las necesidades de atención en salud de la población pobre en los diferentes grupos de edad. Este hecho derivó en un progresivo incremento de la población afiliada adulta y adulta mayor, con el consecuente aumento en la demanda de servicios de mayor complejidad, a lo que se suma en los últimos cuatro años, la cobertura de enfermedades de alto costo como el cáncer y la enfermedad renal crónica (1) (Figura 2).

Si bien este avance en el marco de implementación de la política de aseguramiento, no fue acompañado desde un inicio de un mayor financiamiento, a partir del 2013 se evidencia un incremento sustancial en el presupuesto destinado al tratamiento de los pacientes afiliados al SIS, el que cual ha declinado a partir del 2016 (Figura 3).

**Tabla 1.** Razones por las cuales no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud. Perú, 2004-2015 (Porcentaje respecto de la población con algún problema de salud que no consultó a un establecimiento de salud).

Año	Falta de dinero (%)	Queda lejos / falta de confianza / demoran (%)	Remedios caseros o se autorrecetó (%)	No fue necesario (%)	Otras (%)
2004	24,7	12,3	42,8	32,2	11,0
2005	24,4	11,4	37,1	35,1	13,2
2006	21,8	10,7	36,1	35,0	13,4
2007	22,1	10,7	33,1	35,1	17,0
2008	18,6	12,1	32,1	36,2	20,2
2009	15,2	13,7	28,9	39,2	24,4
2010	13,6	14,8	28,7	38,5	28,3
2011	12,9	15,3	27,9	40,5	26,8
2012	11,5	16,0	30,7	41,2	26,6
2013	10,4	16,3	30,9	43,1	24,0
2014	8,5	17,0	34,2	43,5	23,9
2015	6,9	18,2	35,1	46,2	22,0

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, Perú 2004-2015.

El porcentaje de personas que refiere a la barrera económica como un obstáculo para acceder a los servicios de salud se ha reducido. El 2004, el 24,6% de la población señalaba a la falta de dinero como motivo para no acudir a un establecimiento de salud ante una enfermedad, dicho porcentaje bajó a 6,9% el 2015 a nivel nacional (ENAHO) (Tabla 1).

A pesar que la falta de dinero es per-

cibida cada vez menos como una barrera para no acudir a los establecimientos de salud, la proporción de afiliados al SIS que buscan atención en establecimientos de salud tiene una tendencia decreciente. Para el 2006, el 44,9% de los afiliados al SIS buscaban atención por problemas de salud en establecimientos del MINSA o de las redes de salud públicas de los Gobiernos Regionales, mientras que

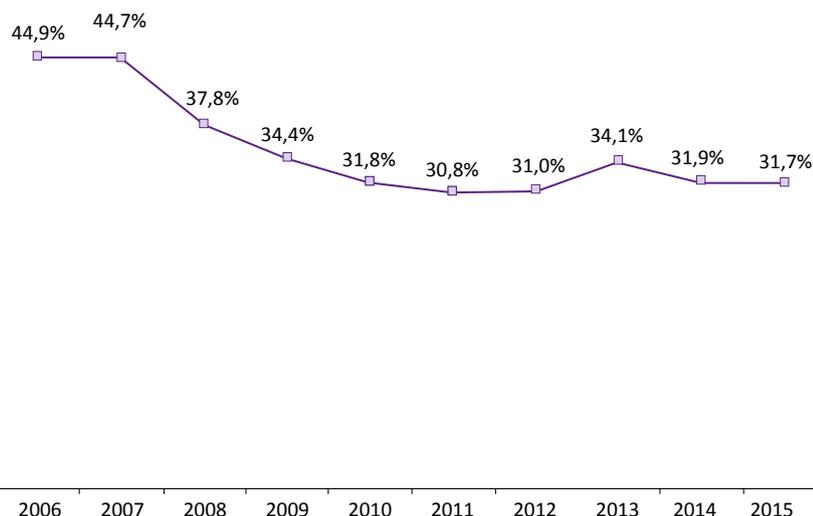
para el 2015 este porcentaje disminuyó al 31,7% (Figura 4).

Estos resultados obligan a prestar atención a los otros factores que estarían mermando el porcentaje de población pobre financieramente protegidos que acceden a los servicios de salud. Entre dichos factores están; la demora en la atención, desconfianza u otras causas, que explican el 40% de personas con problemas de salud que no acuden al establecimiento de salud.

Petrera<sup>(14)</sup> analizó la reducción porcentual del acceso y el número absoluto de personas atendidas, encontrando que en el 2004, el 54,3% (100 mil) de pacientes afiliados al SIS en zonas urbanas y 46% (250 mil) en zonas rurales declaraban haber accedido a un establecimiento de salud público del MINSA; mientras que en el 2010, dicho porcentaje fue del 29,1% y 33,6% de los pacientes en zonas urbanas y rurales, respectivamente. En términos absolutos dichos porcentajes representan aproximadamente 350 mil y un millón 190 mil pacientes, respectivamente.

En tal sentido, es posible identificar como un elemento crítico, la saturación de la oferta de servicios públicos, la misma que ha permanecido casi invariable durante este proceso de expansión de la cobertura poblacional de aseguramiento en salud, no siendo suficiente para la atención de la demanda y generando como consecuencia que la proporción de asegurados del SIS que buscan atención en el sistema tenga una tendencia decreciente. Así, la presión sobre la oferta de los servicios de salud públicos conlleva a una afectación del derecho de acceso a los servicios, incremento de la posibilidad de discriminación y exclusión de la población más pobre, y aumento de la desconfianza hacia la labor en los establecimientos de salud, lo cual trae como resultado final incremento en la no consulta por problemas de salud y la búsqueda de solución en otros proveedores (Figura 5).

El Ministerio de Salud (MINSA) reporta que el 60% de los usuarios que efectúan consulta en establecimientos públicos (MINSA / Direcciones Regionales de Salud) terminan gastando en el sector privado, dicha proporción supera el 90% en el Seguro Social, lo cual refuerza la



**Figura 4.** Búsqueda de atención por problemas de salud a establecimientos del MINSA por parte de afiliados al SIS.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, Perú 2006-2015. Elaboración propia.



Figura 5. Acceso a los servicios de salud de la población en pobreza relativa afiliada al seguro integral de salud.

Elaboración propia. Basado en: Petrera M. Seguro Integral de salud y Protección Social en el Perú 2004-2010. Tesis Doctoral en Salud Pública.

hipótesis que dentro de la oferta de servicios de salud públicos, no se completa el circuito de atención para los pacientes. El surgimiento de ésta paradoja ha sido descrito por Petrera<sup>(15)</sup> y tendría como causa principal la falta de capacidad de respuesta del sistema de salud.

La identificación de esta seria limitación evidencia que no es suficiente el destinar recursos financieros para el pago de prestaciones, puesto que en muchas regiones del país no existe la capacidad resolutoria para la atención de patologías de mediana o alta complejidad, debiendo emitirse normas como el Decreto Supremo No.005-2012-SA, que aprueba disposiciones para el Intercambio Prestacional y la compra de servicios entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (EsSalud)<sup>(16)</sup>. A través de estos dispositivos se busca mejorar el acceso a los servicios de salud, tanto para la población afiliada al SIS que requieren de atención compleja en regiones donde no existe oferta pública de servicios de salud, como también para los afiliados a EsSalud que habitan en lugares donde dicha institución no cuenta con establecimientos para su atención, en especial en el primer nivel de atención.

En tal sentido, dentro de los retos que deben ser superados para incrementar la cobertura prestacional y continuar con la tendencia ascendente en la cobertura poblacional se encuentran:

- La brecha de infraestructura y equipamiento de servicios de salud, en

especial para la atención de pacientes de mediana complejidad en el ámbito nacional, así como por la saturación y/u obsolescencia de muchos de los grandes hospitales.

- Débil organización y gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, que se suman a los escasos recursos con los que cuentan.
- Subutilización de la oferta pública existente, derivada del limitado recurso humano con el que cuentan, que se suman a las restricciones normativas y financieras para la incorporación de nuevo personal o la ampliación de horarios a través del pago de horas extras.
- Recurso humano no bien remunerado, con escasos o nulos incentivos que conlleva a su deserción con mayor impacto en las zonas del interior del país.

## CONCLUSIONES

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos 10 años en el Perú para incrementar la cobertura poblacional en salud (afiliación al SIS), ha existido una tendencia decreciente en la búsqueda de atención en los servicios de salud del Ministerio de Salud. Este escenario adverso para al logro del objetivo aspiracional de la Cobertura Universal de Salud, puede ser explicado por la falta de políticas basados en los principios de justicia y equidad.

Bajo dichos principios y en situaciones de limitados recursos financieros, de infraestructura, tecnológicos y hu-

manos es inaceptable aproximarse a la CUS a costas de expandir la cobertura de servicios de salud de baja prioridad en desmedro de servicios de alta prioridad, si no se dan esquemas de cobertura dirigidos a trabajadores informales, población pobre o vulnerable, si no se cobertura servicios menos costosos pero de alta demanda poblacional, si se expande la cobertura de servicios a poblaciones acomodadas en desmedro de poblaciones pobres o de zonas rurales, lo cual incluye expandir la cobertura a poblaciones en las cuales la cobertura de determinados servicios ya es alta<sup>(17)</sup>.

Las acciones complementarias a los dispositivos emitidos en el marco de la reforma deben estar destinadas a: actualizar el “Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” categorizando según prioridades los servicios de salud, expandir la cobertura de los servicios considerados de alta prioridad a toda la población, y priorizar la expansión de la cobertura hacia grupos vulnerables (población pobre, rural y vulnerable)<sup>(17)</sup>, es decir medidas que incrementen la correspondencia entre “ser asegurado” y poder acceder a servicios básicos que deben brindarse, reduciendo las restricciones de la oferta pública y del sistema de salud<sup>(15)</sup>.

Además en forma complementaria, se recomienda establecer definiciones claras y consenso acerca de la categorización de los servicios de salud, con reglas de decisión transparentes; generar información epidemiológica sobre la carga de enfermedad de los principales problemas sanitarios del país, e investigación que genere evidencias acerca de la carga económica de las enfermedades para las familias<sup>(18)</sup>. A nivel operativo es necesario mejorar la gestión de la tecnología, recursos humanos e infraestructura de los servicios de salud de todos los niveles de atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velazquez A, Suarez D, Nepo E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):546–55.
2. Sakolsatayadorn P, Chan M. Breaking down the barriers to universal health coverage. *Bull World Health Organ* [Internet]. el 1 de febrero de

- 2017 [citado el 21 de marzo de 2017];95(2):86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327950/>.
3. Health Systems Financing. The path to universal coverage. Executive Summary. The World Health Report. World Health Organization; 2010.
  4. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asamblea General Naciones Unidas. A/69/L.85. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>.
  5. Abiro G, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC International Health and Human Rights*. 2015;15(17).
  6. Stuckler D, Feigl A, Basu S, McKee M. The political economy of universal health coverage. *Firts Global Symposium on Health Systems Research. Science to accelerate universal health coverage*. 2010.
  7. Ng M, Fullman N, Dieleman J, Flaxman A, Murray C. Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001730.
  8. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: An indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. *PLOS ONE* [Internet]. el 1 de marzo de 2017 [citado el 21 de marzo de 2017];12(3):e0172342. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172342>.
  9. Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ. Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. *Health Policy Plan* [Internet]. el 1 de febrero de 2016 [citado el 21 de marzo de 2017];31(1):28–36. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/31/1/28/2363261/Evolution-of-health-coverage-in-Mexico-evidence-of>.
  10. Fajardo G, Gutierrez JP, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex*. 2015;57:180–6.
  11. Nepe E, Velazquez A. El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(3):540–5.
  12. Acuerdo Nacional: Consensos para empujar al Perú. Acuerdo Nacional. Primera edición. Lima, Perú. 2014.
  13. Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS. Decreto Supremo N°004-2007-SA. Normas Legales El Peruano. 2007.
  14. Petrerá M. Seguro Integral de Salud y Protección Social en el Perú. 2004-2010. Tesis Doctoral en Salud Pública. Escuela de Post grado Víctor Alzamora Castro. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
  15. Petrerá M. Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. *Economía*. 2016;39(78):35–65.
  16. Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud - SIS y el Seguro Social de Salud - ESSALUD en el marco de la Ley N°29344, Marco de Aseguramiento en Salud. Decreto Supremo N°005-2012-SA. Normas Legales. El Peruano.
  17. Norheim O. Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-offs on the Path to Universal Health Coverage. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(11):711–4.
  18. Verguet S. Defining Pathways and Trade-offs Toward Universal Health Coverage; Comment on "Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-offs on the Path to Universal Health Coverage". *Int J Health Policy Manag* [Internet]. el 1 de julio de 2016 [citado el 21 de marzo de 2017];5(7):445–7. Disponible en: [http://www.ijhpm.com/article\\_3200.html](http://www.ijhpm.com/article_3200.html).