

Deconstruyendo el discurso de cobertura universal en la salud en India

Arima Mishra, Shreelata Rao Seshadri

Margaret Chen, en su discurso ante la Asamblea Mundial de Salud 2012, afirmó que la cobertura universal en salud es el más poderoso concepto que la salud pública puede ofrecer. A partir de la resolución de la 58ª Asamblea Mundial de Salud 2005, la Cobertura Universal en Salud (CUS) ha sido reconocida como el más importante evento en la salud pública a nivel mundial. Aunque el objetivo de lograr cobertura universal ha sido ampliamente aplaudido y reivindicado en distintos foros nacionales e internacionales, los contornos del debate son dispares. El presente comentario busca deconstruir el discurso sobre la CUS en el contexto de India y argumentar que la atención en torno a ésta debe focalizarse en lo “público” (la población) y la “salud” más que en la individualización de la atención médica.

El llamado por la CUS en India: ¿Una ruta de políticas incompleta?

En consonancia con el llamado mundial, India ha expresado su compromiso político de lograr CUS para 2020. Su gobierno designó un Grupo de Expertos de Alto Nivel (GEAN) en Cobertura Universal en Salud en 2010 para trazar la ruta operativa para aterrizar esta visión. El reporte del GEAN ha sido anunciado como un documento histórico en políticas de salud.¹ Evocando los principios de igualdad y universalidad en el cuidado a la salud, el reporte ha generado también un acalorado debate político en torno a la CUS.

Para contextualizar el discurso actual sobre CUS en la India, es pertinente preguntarse si es realmente una nueva agenda política. El Reporte

Mundial de Salud (2013)² rastrea el origen de la articulación actual del objetivo de la CUS hasta la “Salud para Todos” de la declaración de Alma Ata. Ambos movimientos subrayan la aspiración de “lograr el más alto nivel de salud posible”. Un análisis histórico de los actuales debates en torno a la CUS en la India es necesario antes de poder contemplar cualquier nueva recomendación sobre ella. La idea de la CUS en cuanto a asegurar salud para todos fue expresada por primera vez antes de la independencia de este país. El Reporte del Comité para la Evaluación de la Salud y el Desarrollo, popularmente conocido como el Reporte del Comité Bhore (1946), es considerado el más comprehensivo y detallado documento sobre planeación y políticas de salud en la India.³ Este comité recomendó un Servicio Nacional de Salud (SNS) para asegurar la cobertura universal a través de servicios integrales administrados por el estado. De manera todavía más importante, el diseño de dicho SNS contemplaba tanto servicios curativos para pacientes individuales, como preventivos y promoción de la salud para toda la población. Por tanto, apuntaba a la promoción de un entorno saludable en casa, en los lugares de trabajo y más allá. Tomando en cuenta las disparidades de los medios urbano/rural, proponía un arreglo organizativo descentralizado para asegurar que los servicios de salud fueran colocados tan cerca como fuera posible de las poblaciones para asegurar su mayor uso posible por parte de la comunidad.

El tono del reporte del Comité Bhore y la subsecuente Declaración de Alma Ata (1978) fue reflejado en la primera Política Nacional en Salud de 1983. Criticando el modelo curativo de la atención a la salud, esta política reiteraba la meta de proveer cuidados comprehensivos y universales relevantes a las necesidades y prioridades de las comunidades.⁴ A pesar de sus principios

Arima Mishra. Ph.D. Escuela de Desarrollo, Universidad Azim Premji, Bangalore, India.
Correo-e: arima.mishra@apu.edu.in

Shreelata Rao Seshadri. Ph.D. Escuela de Desarrollo, Universidad Azim Premji, Bangalore, India.

progresistas, estas políticas quedaron lejos de la realización de sus propios objetivos. Con la liberalización de la economía, la década de los años 90 atestiguó el crecimiento de los servicios de salud privados con pocas e ineficaces regulaciones. Varios cuellos de botella, incluyendo inversión pública insuficiente (tan baja como 0.9% del PIB hasta 2005 cuando fue elevado a un mero 1.4%), la ausencia de priorización política o liderazgo en el gasto social, incluyendo el de la salud, la continuación de programas focalizados en la enfermedad y un sector privado floreciente no regulado han hecho de la idea de la CUS mera retórica.

Habiendo optado por una estrategia de provisión selectiva de cuidados primarios -por ser menos costosa y realizable que una oferta comprehensiva- el país ha tenido un gran número de programas “verticales” de control de enfermedades, operados y financiados de manera centralizada (también llamados “esquemas promovidos centralmente”). Estos programas están dirigidos hacia enfermedades de importancia para la salud pública, incluyendo la salud reproductiva y la infantil, VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, cataratas y lepra. Son administrados, implementados y monitoreados por un arreglo institucional complejo que involucra actores centrales, estatales, distritales y comunitarios.

A nivel estatal, los servicios públicos de salud son proveídos por una extensa red de instalaciones de atención primaria, secundaria y terciaria, cada una con sus propias reglas de operación y patrones de contratación. No obstante tan elaborada estructura organizativa, la mayoría de estas instalaciones sufren severas restricciones presupuestarias y, de hecho, no proveen cuidados a la salud de calidad. Para complejizar aún más la situación de la organización jerárquica multinivel de servicios de salud públicos, se tiene un amplio sector privado, altamente no regulado y extremadamente variado, que incluye sanadores tradicionales que suministran remedios caseros, practicantes de sistemas medicinales propiamente indios, farmacéuticos, doctores que atienden pacientes en consultorios de un sólo cuarto, asilos y sofisticados

centros de atención terciaria. El ochenta por ciento de las consultas son tratadas por el sector privado, lo que resulta en un alto costo directo para las poblaciones pobres y marginales.

A pesar de algunos logros en el pasado reciente relativos a reducciones en la mortalidad materna e infantil, así como a una mejoría en la esperanza de vida, los indicadores de salud en la India continúan rezagados con respecto al logro económico del 6% de crecimiento anual sostenido durante la última década. Por otra parte, no sólo tiene un peor desempeño respecto a países con PIB *per capita* comparable, sino que es ya claro que los Objetivos de Desarrollo del Milenio no se lograrán en el caso de la salud (con mortalidades infantil y materna actuales, de 47/1000 y 212/100,000 respectivamente, en contraste con las metas de 28/1000 y 109/100,000 que se establecieron para 2005).⁵

Existen diferencias regionales e interestatales significativas dentro del país y en los indicadores con base en género y clase socioeconómica. Por ejemplo, la mortalidad infantil fue de 82/1000 en el cuartil más pobre, mientras que en el más rico fue de 34/1000 durante 2005-06. Más aún, la mortalidad infantil entre menores de cinco años en madres sin educación, en comparación con aquéllas con más de cinco años de escolaridad fue de 106/1000 y 49/1000, respectivamente, entre 1995-96 y 2005-06.⁶ En términos de diferencias interestatales, la mortalidad materna fue tan alta como de 390 en el estado de Assam, mientras que en los estados del Sur, como Kerala y Tamil Nadu, fue de 87 y 92, respectivamente.⁷

El llamado por la CUS en India se da, por tanto, en muy buen tiempo para responder a la alarmante situación de escaso acceso a atención médica asequible, baja calidad de la atención integral disponible y desigualdad en los indicadores de salud. ¿Pero, qué tanto revive este llamado las metas no realizadas de salud comprehensiva y universal reflejadas en el Reporte del Comité Bhole (1946) y la Declaración de Alma Ata (la cual, India, como muchos otros países, suscribió comprometidamente en 1978)?

De “Salud para Todos” a Cobertura Universal en Salud

A pesar de la aparente continuidad entre la Declaración de Alma Ata y el llamado a la CUS, existen diferencias entre ambos planteamientos respecto a algunos elementos básicos.⁸ Las diferencias se dan tanto en función del papel del estado *vis-a-vis* el sector privado en términos del financiamiento y provisión de atención a la salud, como en relación a la noción misma de salud pública. Enmarcado en un clima económico de reformas neoliberales, crecimiento exponencial del sector privado en salud e incremento en las disparidades en el acceso a la atención a la salud, el discurso en torno a la CUS se enfoca en replantear la obtención de servicios de salud en situaciones de dificultades financieras. De forma que los niveles ínfimos del gasto en salud han sido típicamente el punto de entrada de la agenda de la CUS; para la cual la OMS identifica tres dimensiones clave para la cobertura: población, servicios y costo.

Lo anterior ha motivado mucha discusión en torno a la provisión de un “paquete” de servicios a través de la expansión de la cobertura de los seguros médicos. Como ya se mencionó, los ínfimos niveles de inversión pública en salud han sido una dura realidad en India y no se puede negar que los altos niveles de gasto personal son un impedimento fuerte para acceder a atención médica de calidad. La CUS busca dar salida a esta innecesaria catástrofe financiera; no obstante, reducir la CUS al financiamiento de la atención a la salud es compactarla a un sólo aspecto de la trama, y uno específicamente poco sano, en el mejor de los casos. Existe mucha evidencia que muestra las limitaciones de responder a los altos costos del cuidado a la salud mediante la expansión de la cobertura de los seguros médicos a través de arreglos como el *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY, introducido en 2008).⁹⁻¹¹ Tales esquemas han recibido mayor apoyo en el 12^o Plan Quinquenal, incluyendo el actual borrador de las Políticas Públicas en Salud (2015).¹²

El reporte del GEAN previene oportunamente en contra depender de esquemas de seguros para implementar un mecanismo de CUS porque existe el peligro de fragmentar el sistema de atención a la

salud a través de falta de inversión en atención primaria, salud preventiva, promoción de la salud y cuidados rehabilitativos, mientras se favorecen instituciones de cuidados secundarios y terciarios. Otros peligros implícitos incluyen, claro, el crecimiento indirecto del sector privado como proveedor privilegiado de cuidados, absorbiendo financiamiento público. En un escenario con pocas regulaciones sobre un gran y heterogéneo sector privado, tales esquemas promoverían, irónicamente, precisamente los problemas que se plantean enfrentar: el alto costo de la atención a la salud y las grandes variaciones en la calidad de la misma. El modelo de seguros para la CUS se base en el principio fundamental de separar financiamiento de provisión de servicios médicos (financiamiento público a proveedores privados), privilegiando la cobertura a nivel terciario y secundario para dolencias específicas.⁸ Estos principios son los que se distancian del discurso de Alma Ata basado en “Salud para Todos”, anclado en un sistema robusto de salud pública y atención comprehensiva a la salud.

La semántica de “atención comprehensiva a la salud primaria” (cubriendo todos los aspectos del cuidado en respuesta a las necesidades de una comunidad y encarando los determinantes sociales de salud) y “cobertura” (provisión de un paquete predefinido de servicios a la población) indican diferencias de enfoques en el propio planteamiento en torno a la salud (es decir: desde la base vs desde arriba). En este sentido, el segundo enfoque corre en contra de la agenda de la Misión Rural Nacional de Salud (MRNS) que busca llevar a cabo “correcciones arquitectónicas” al sistema de salud pública en áreas rurales. Mediante el enfoque de revitalizar la atención primaria a la salud, lanzada en 2005, la MRNS buscaba fortalecer la atención primaria mediante acciones intersectoriales, integrando previos programas de salud verticales y reintegrando al público (a la comunidad) la salud pública mediante el reclutamiento de trabajadores de salud de y para cada población, sesiones abiertas sobre salud y nutrición, plantación de la salud a nivel comunidad así como monitoreo comunitario.¹³ El debate sobre la CUS tiene que ser integralmente asociado al MNRS y fortalecer el compromiso político por una atención a la salud comprehensiva, integrada y accesible para todos.

La “Salud para Todos” se sostiene con participación de personas, comunidades y sus representantes políticos a nivel local y estatal. Lo anterior ha sido adoptado por la modificación constitucional 73 a la constitución de la India y subsecuentemente reforzado en el diseño y la implementación del MNRS. La salud ha sido por mucho tiempo periférica a la agenda política en India. El debate en torno a la CUS hasta ahora se ubica en el “centro”, es decir, a nivel nacional; pero no es todavía claro cómo ha sido recibida esta agenda en términos de posición política y prioridades en los diferentes estados. Lo anterior es relevante puesto que la provisión de servicios de salud como parte de la estructura de gobierno hindú es responsabilidad de cada estado. Por otro lado, sin suficiente compromiso político por parte de cada uno, sería difícil que India lograra la CUS. Una meta como la CUS no puede depender de un tipo de organización vertical, de hecho, una de las mayores críticas del reporte del GEAN es la inadecuada apreciación de la fisura fundamental entre perspectivas verticales y las demandas implícitas en el funcionamiento práctico de los servicios ligados a la CUS,¹⁴⁻¹⁵ el diálogo continuo entre la arquitectura y la operatividad de la CUS y con los distintos estados de India es imperativo.

Perspectiva de igualdad en la CUS

Si la CUS se trata del financiamiento de servicios para asegurar la universalidad en el acceso a la asequibilidad de los servicios: ¿Cómo se ha desarrollado el tema de la desigualdad en su debate actual? ¿Asegurar la cobertura universal de servicios de salud se traduce en equidad en los niveles de salud de la población?

Los obstáculos financieros son sólo una de varias limitantes para acceder a cuidados a la salud de calidad. Cobertura es un término inadecuado en relación al tema de la igualdad en la medida en que no necesariamente abarca acceso universal a atención a la salud, la cual queda determinada por accesibilidad física y financiera, así como con la consideración integral de los determinantes sociales de salud. La atención a la salud es sólo un aspecto de la salud de una población. Las desigualdades y su impacto sobre el acceso a servicios de salud tiene que ser más claramente consideradas en la estructuración de la CUS.

Claramente existen dos dimensiones distintas en la esfera de la desigualdad: la primera se ubica en relación con los determinantes sociales de salud. Los estudios sobre desigualdad en el acceso a cuidados para la salud y los niveles de salud observados, aunque ampliamente reconocidos en el campo de la salud pública, son referidos más en relación a “asociaciones” (casta, clase, edad, género) que impactan indicadores de salud y acceso a los servicios. Un entendimiento analítico de dichas desigualdades concluye que traducen en un acceso inequitativo a los servicios, vulnerabilidad e indicadores de salud pobres. Tal comprensión conformaría entonces el diseño de mecanismos y procesos mediante los cuales las desigualdades en salud serían reversibles. En este sentido, el Reporte Mundial de Salud (2103) acertadamente subraya la importancia de la investigación en el establecimiento de rutas relevantes para lograr la cobertura universal como meta en común, toda vez que muchas de las soluciones y rutas hacia este objetivo tienen que ser locales.² Las rutas en dirección a la CUS deben ser cuidadosamente desarrolladas para asegurar que en nombre de la universalidad no se refuercen las desigualdades ya presentes.¹⁶

El GEAN, tanto en su definición como en su reporte, ha elaborado sobre los determinantes sociales de la salud en cuanto a condiciones estructurales (casta, clase, género), también ha hecho un llamado por más amplias inversiones en sectores transversales como alimentos, infraestructura sanitaria, agua y vivienda. Sin embargo, como con otros muchos aspectos del reporte, las modalidades de implementación están lejos de ser claras. Para que los determinantes sociales de la salud fueran centrales al discurso de la CUS (cuestionando así la desigualdad frontalmente), el diálogo en torno a ésta requeriría ir más allá del sector salud *per se* y aliarse con otras campañas, como el derecho a la alimentación o al agua “para constituir un amplio movimiento popular en el sector social”.⁸

El debate en torno a la CUS en este contexto debiera hacer suyo lo expuesto por el amplio reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.¹⁷ Mientras que las acciones intersectoriales representan el mejor futuro posible,

el sector salud por sí mismo podría hacer bastante para asumir el impacto de los determinantes sociales sobre la salud, incluyendo cambios en las prácticas clínicas, promoción, educación y entrenamiento, así como buenas condiciones de empleo para trabajadores del sector.¹⁸⁻²⁰ En un reciente se ha llamado a la inclusión de los determinantes sociales de la salud en el debate sobre la CUS para construir un modelo equitativo. Marmot (2013) propone una estructura de monitoreo de indicadores de salud y atención a la misma en función del estatus socioeconómico, la edad, la distribución geográfica y hasta la educación como marcadores de equidad en el acceso a la salud.¹⁹ Previene que si un país es serio no sólo en asegurar acceso universal a la salud, sino igualdad en la salud de la población, tiene que trabajar sobre las causas estructurales de la desigualdad.

Otra dimensión relevante de la desigualdad es la disparidad en la provisión de servicios y de recursos humanos (a la par de la escasez total), que han sido un problema persistente para el acceso a servicios de salud de calidad en India. El país cuenta con 6.5 doctores por cada 10,000 personas, menos de la mitad del promedio global de 14.2. Las desigualdades regionales son grandes y la distribución dispareja, estados como Tamil Nadu o Kerala, Karnataka, Goa o Delhi presentan una promoción mucho más alta que Haryana, Bihar y Uttar Pradesh.²¹ Aunque el MNRS, hasta cierto punto, ha buscado revertir estas diferencias, específicamente en algunos estados rurales, la CUS debiera apoyar la profundización de estos esfuerzos revisando la calidad de la educación médica, el desarrollo de mejores protocolos y guías de acción para servicios y cuidados, además de capacitar al personal en el desarrollo de las habilidades para proveer cuidados desde una perspectiva de equidad. Narayan y Narayan (2012:e2247) lamentan en este contexto la inadecuada atención del GEAN a preocupaciones prácticas como incentivar a los trabajadores de la salud a laborar en áreas desfavorecidas, asegurar que los programas de educación continua sigan lineamientos que apunten a la CUS, así como desarrollar estrategias de promoción de la salud que disminuyan las desigualdades.¹⁴

Se necesita un nuevo énfasis en recursos humanos con nuevas dimensiones y enfoques, tipos de personas, formas de entrenamiento, necesidades específicas de distintos lugares para establecer un sistema de salud más centrado en la gente. La falta de tal perspectiva mueve el foco de la discusión a las aseguradoras y sus coberturas, en vez de la gente, como si la CUS fuera un proyecto económico en torno a la oferta de opciones administrativas y financieras solamente.²¹ Previendo acerca de una tendencia mundial similar, Kutzin (2013)²² acertadamente argumenta que las discusiones sobre los mecanismos financieros para la CUS tienen que estar ligadas estructuralmente a objetivos y metas en cuanto al sistema de salud, específicamente, a la equidad en salud, financiera y la responsividad del sistema a los requerimientos de toda la población. Insta a “ubicar el objeto de análisis correctamente” en el debate de la CUS. Tenemos que enfocar dicho debate en la población y sus sistemas de salud y no en esquemas de financiamiento individual que permitan la cobertura y uso en sí.

Buena gobernanza

Es bien sabido que el estado actual del sistema de salud en la India es atribuido al mal manejo tanto del sector público como del privado. La orientación del debate de la CUS en torno a este asunto es crítica en la preservación de su *momentum* transformativo, así como en el logro de sus objetivos. Aunque el creciente y diverso sector privado no puede ser ignorado y requiere ser incluido en la estrategia para lograr una meta común, sería importante definir mecanismos efectivos para lograr una articulación ideal de ambos sectores, así como mecanismos y procesos para auditarlos. Hace falta un debate mejor informado acerca de la articulación óptima entre los sectores público y privado. ¿Cuáles han sido los resultados hasta ahora de las iniciativas de este tipo? ¿Cómo pueden capitalizarse las lecciones derivadas de experiencias previas en el debate actual? ¿Cómo puede incrementarse la regulación y monitoreo del sector privado, dado que las estrategias usuales no han funcionado? ¿Qué mecanismos específicos innovadores podrían funcionar en la gobernanza y la regulación del

sector privado? ¿Cuáles son las experiencias con el sector privado en distintos estados? Se requiere comprender las diferencias entre ambos sectores y la dinámica de poder en el interior del sector privado, considerando el alto nivel de heterogeneidad propio a éste. ¿Qué tipo de cooperación productiva intersectorial puede desarrollarse a partir de la tipificación de sus diferencias?

Estas cuestiones deben ser exploradas de maneras más constructivas y colaborativas que requieren de un debate mucho más intenso e informado del que ha ocurrido en torno al CUS hasta ahora. La crítica más fuerte hacia el GEAN, por el momento, es su silencio acrítico respecto al sector privado, lo cual ha contribuido a una agresiva corporativa del sector, misma que ha influenciado las políticas públicas a nivel local, estatal y nacional.^{14,15, 23} El origen de esta preocupación está en el hecho de que el discurso sobre la CUS opera en un contexto profundamente intrincado de servicios privados para la salud que privilegian la “responsabilidad y elección individual por encima de la solidaridad social, lo cual genera dilemas éticos en el diseño de un sistema de salud universal e igualitario”.²² La orientación presente y futura para la implementación de la CUS por fuerza se verá implicada con la dinámica de poder en el interior del sector, toda vez que la regulación no es un tema técnico, sino político. La falta de un debate serio ocasionaría que la cooperación público-privada en el sector salud adoleciera de malas prácticas y abusos a partir de los mecanismos de financiamiento, hiper medicalización, sobre prescripción de servicios y tratamientos, así como una mayor exclusión de poblaciones vulnerables. La evidencia disponible sobre algunos programas de salud basados en el financiamiento vía seguros ya evidencia estas tendencias.⁹

Conclusión

Si la CUS se plantea seriamente asegurar los derechos a la salud de todos los ciudadanos hindúes, el lenguaje predominantemente comercial y financiero del debate requiere adoptar una “lógica social” enfocada a lo “público” y la “salud”.²⁴⁻²⁵ Desde hace mucho se admite que un modelo de salud que no considera los determinantes sociales se vuelve costoso e

insostenible. Se perdería una gran oportunidad si la CUS se restringe solamente al financiamiento de servicios curativos. Aunque discutido en el contexto específico de India, esta preocupación ha sido expresada ampliamente como parte del debate global respecto a la CUS²⁶. Esta es una meta común y los derroteros para lograrla deben transcurrir por diálogos intensos y continuos entre las distintas partes e intereses de la sociedad, partidos políticos, diseñadores de políticas, la comunidad académica, la sociedad civil y las comunidades. Tales diálogos, múltiples y dilatados, son un imperativo para construir una “hegemonía progresista” en torno al concepto de CUS.¹⁵ Las experiencias de otros países muestran que un fuerte compromiso político con la salud como meta social, basada en sólidos principios de equidad, participación política e involucramiento de la comunidad, abren buena brecha en el camino a garantizar la salud de todos. La India necesita hacer uso de estas experiencias para lograr la voluntad política necesaria para reconocer la CUS como una meta social y política, así como un derecho humano fundamental.

Referencias

1. Planning Commission of India. (2011). *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India. Working Papers*. Nueva Delhi. Disponible en <https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id4646.html> o http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.pdf
2. World Health Organization. (2013). *The world health report 2013: research for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization Press. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789-240690837_eng.pdf?ua=1
3. Health Survey and Development Committee. (1946). *Report of the Health Survey and Development Committee* (Vol. 1). Calcuta. Disponible en http://www.nhp.gov.in/sites/default/files/pdf/Bhore_Committee_Report_VOL-1.pdf
4. Ministry of Health and Family Welfare. (1983). *National Health Policy*. Nueva Delhi. Disponible en http://www.communityhealth.in/~commun26/wiki/images/6/64/Nhp_1983.pdf
5. Census of India. (2012, octubre). Sample Registration System. *SRS Bulletin*, 47(2), 1–6. Disponible en http://censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Bulletins/SRS_Bulletin-October_2012.pdf. Consultado el 18 de mayo de 2013
6. Balarajan, Y., Selvaraj, S., y Subramanian, S. (2011, febrero). Health care and equity in India. *The Lancet*, 377(9764), 505–515. doi:10.1016/S0140-6736(10)61894-6

7. Maternal Mortality Ratio (MMR), Maternal Mortality Rate & Life Time Risk 2007-09 (SRS Bulletin- June, 2011). (2011, junio), 207. Disponible en http://planningcommission.nic.in/data/datatable/data_2312/DatabookDec2014_207.pdf. Consultado el 18 de mayo de 2013
8. Sengupta, A. (2013, mayo). Universal health care in India: Making it public, making it a reality. *Occasional Paper*, (19). Disponible en http://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/Sengupta_Universal_Health_Care_in_India_Making_it_Public_May2013.pdf
9. Shukla, R., Shatrugna, V., y Srivatsan, R. (2011). Aarogyasri Healthcare Model: Advantage Private Sector. *Economic and Political Weekly*, XLVI(49), 38–42. Disponible en http://hsrii.org/wp-content/uploads/2014/06/IN_XLVI_49_031211_Insight_Rajan_Shukla.pdf
10. Das Gupta, M., y Muraleedhran, V. R. (2014, agosto). Universal Health Coverage. Reform of the Government System Better Than Quality Health Insurance. *Economic and Political Weekly*, 49(35), 29–32. Disponible en http://www.epw.in/system/files/pdf/2014_49/35/Universal_Health_Coverage.pdf
11. Sodhi, C., y Rabbani, A. (2014). Health Service System in India. Is Insurance the Way Forward? *Economic and Political Weekly*, 49(35), 26–28. Disponible en http://www.epw.in/system/files/pdf/2014_49/35/Health_Service_System_in_India.pdf
12. Ministry of Health and Family Welfare. (2015, diciembre). *National Health Policy 2015 Draft*. Nueva Delhi. Disponible en <http://www.mohfw.nic.in/showfile.php?lid=3014>
13. Ministry of Health & Family Welfare. (s/f). *National Rural Health Mission Document 2005-2012*. Nueva Delhi. Disponible en http://www.nird.org.in/brgf/doc/RuralHealthMission_Document.pdf. Consultado el 28 de abril de 2013
14. Narayan, R., y Narayan, T. (2012, marzo 28). Universal health coverage for India. *BMJ*, 344, e2247. doi:10.1136/bmj.e2247
15. Srivatsan, R., y Shatrugna, V. (2012, febrero 28). Political Challenges to Universal Access to Healthcare. *Economic & Political Weekly*, XLVII(8), 61–63. Disponible en <http://indiagovernance.gov.in/files/universalhealthcare.pdf>
16. Gwatkin, D. R., y Ergo, A. (2011, junio). Universal health coverage: friend or foe of health equity? *The Lancet*, 377(9784), 2160–2161. doi:10.1016/S0140-6736(10)62058-2
17. Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
18. Marmot, M. (2013, octubre). Universal health coverage and social determinants of health. *The Lancet*, 382(9900), 1227–1228. doi:10.1016/S0140-6736(13)61791-2
19. Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., y Keshavjee, S. (2006, octubre 24). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine*, 3(10), e449. doi:10.1371/journal.pmed.0030449
20. Wong, S. T., Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Godwin, O., et al. (2011). Enhancing measurement of primary health care indicators using an equity lens: An ethnographic study. *International Journal for Equity in Health*, 10(1), 38. doi:10.1186/1475-9276-10-38
21. Kollannur, A. (2013, septiembre 18). Will India deliver on universal health coverage? *BMJ*, 347, f5621. doi:10.1136/bmj.f5621
22. Kutzin, J. (2013, agosto 1). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 602–611. doi:10.2471/BLT.12.113985
23. Baru, R. V. (2012, febrero 25). A Limiting Perspective on Universal Coverage. *Economic and Political Weekly*, 47(08). Disponible en http://www.epw.in/system/files/pdf/2012_47/08/A_Limiting_Perspective_on_Universal_Coverage.pdf
24. Sengupta, A., y Dumontier, M. B. (2013). Health for All in India: Public, not “packaged”. *Global Health Check*. Disponible en <http://www.globalhealthcheck.org/?m=201305>. Consultado el 5 de mayo de 2013
25. Sengupta, A., y Prasad, V. (2011, junio). Developing a Truly Universal Indian Health System: The Problem of Replacing “Health for All” with “Universal Access to Health Care”. *Social Medicine*, 6(2), 69–72. Disponible en <http://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/587/1126>
26. Latko, B., Temporão, J. G., Frenk, J., Evans, T. G., Chen, L. C., Pablos-Mendez, A., et al. (2011, junio). The growing movement for universal health coverage. *The Lancet*, 377(9784), 2161–2163. doi:10.1016/S0140-6736(10)62006-5

Recibido: 16 de septiembre de 2013.

Aprobado: 29 de junio de 2014.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos