

**AVANCES EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE, COLOMBIA Y CUBA  
DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS**

**Hubert Alexis Montañez Galvis  
Javier Hernan Chantre Camero  
Zully Hasdelvi Polo Cerquera**

**Fundación Universitaria del Área Andina  
Facultad de Salud  
Bogotá D.C.  
2016**

**AVANCES EN LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE, COLOMBIA Y CUBA  
DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS**

**Hubert Alexis Montañez Galvis**

**Javier Hernan Chantre Camero**

**Zully Hasdelvi Polo Cerquera**

**Trabajo de grado**

**Requisito para optar al título de  
Especialista en auditoria en salud**

**Asesor:**

**Rodolfo Gutierrez Silva**

**Fundación Universitaria del Área Andina**

**Facultad de Salud**

**Bogotá D.C.**

**2016**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

---

**Bogotá, D.C. Fecha**

## **Dedicatoria**

### **A Dios.**

Por habernos permitido llegar hasta este punto y proveernos de salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A nuestros Familiares y amigos**

Por respaldarnos en cada momento de nuestro proceso académico y tenernos paciencia en por los espacios que no pudimos compartir debido a nuestra educación.

### **A nuestros profesores.**

Por orientarnos adecuadamente en cada una de las asignaturas cursadas, logrando formar en nosotros colombianos íntegros y eficientes para la sociedad

## **GLOSARIO**

**Sistema de Salud.** Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud

**Mortalidad infantil.** Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

**Esperanza de vida al nacer:** Es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes.

**Enfermedades cardiovasculares:** son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Se clasifican en: hipertensión arterial (presión alta); cardiopatía coronaria (infarto de miocardio).

**Mutuales:** es un sistema solidario de servicios mutuos, fundado en la asociación voluntaria de personas que se unen sobre la base de objetivos comunes de ayuda recíproca.

**Morbimortalidad:** es la estadística sobre las muertes en una población también determinada. Así, juntando ambos subconceptos podemos entender que la idea de morbilidad, más específica, significa en otras palabras aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos

Enfermedad cerebrovascular: Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente

Enfermedades crónicas no transmisibles: Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación

Enfermedad isquémica del corazón: Es una designación genérica para un conjunto de trastornos íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca. La isquemia se genera por una obstrucción del riego arterial al músculo cardíaco y causa, además de hipoxemia, un déficit de sustratos necesarios para la producción de ATP y un acúmulo anormal de productos de desecho del metabolismo celular.

Medicina Natural: Doctrina que defiende el empleo de medios naturales en todos los aspectos de la vida, especialmente para conservar la salud y tratar las enfermedades.

Sistema de Salud: Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

## **CONTENIDO**

<b>RESUMEN</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>MÉTODOS</b> .....	14
<b>SURGIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE, COLOMBIA Y CUBA.</b> .....	16
<b>CONTEXTO</b> .....	23
<b>Chile</b> .....	23
<b>Cuba</b> .....	26
<b>Colombia</b> .....	29
<b>COBERTURA Y FINANCIAMIENTO.</b> .....	31
<b>Cuba.</b> .....	34
<b>Colombia.</b> .....	35
<b>Chile.</b> .....	36
<b>MEDICINA NATURAL Y ALTERNATIVA.</b> .....	38
<b>Cuba</b> .....	40
<b>Chile</b> .....	41
<b>Colombia</b> .....	42
<b>EQUIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD</b> .....	43
<b>DISCUSIÓN.</b> .....	51
<b>CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	57
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	59

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los avances de los Sistemas de Salud de Chile, Colombia y Cuba durante los últimos 10 años. **Método:** Empleando un enfoque de tipo descriptivo y comparativo, a partir de la revisión de literatura existente el estudio desarrolló una evaluación de los avances en los sistemas de salud en Chile, Colombia, y Cuba. **Resultado:** En cuanto a Chile, su Sistema de Salud pasó de concentrarse en la descentralización y el desarrollo del sector privado, hasta garantizar eficacia y equidad, temas en los que trabajan los actuales gobiernos democráticos. En el caso cubano, luego de la crisis de los 90's, se concentraron los cambios en procesos de reorganización, compactación y regionalización de los servicios obteniendo reducciones de costos importantes. Para Colombia desde la ley 100 de 1993 que ofreció avances importantes en temas de universalidad y acceso, los esfuerzos se concentran en regionalización para permitir la coexistencia de un modelo de competencia regulado y un modelo no competitivo, así como la integración de recursos. **Conclusiones:** Los sistemas de salud evaluados, pese a los indicadores de desempeño, deberían considerar reestructurarse en lo relativo a estructuración, descentralización y recursos compartidos entre los sistemas público y privados que garantice la equidad y universalidad de los servicios de salud.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the progress of the Health Systems of Chile, Colombia and Cuba during the last 10 years. **Method:** Using a descriptive and comparative approach, based on an existing literature review, the study developed an evaluation of advances in health systems

in Chile, Colombia, and Cuba. **Result:** The Chilean system went from the reforms introduced by Pinochet that aimed at the decentralization of the system and the development of the private sector to increase efficiency and equity, issues in which the current democratic governments work. In the Cuban case, after the crisis of the 90's, the changes in processes of reorganization, compaction and regionalization of services were concentrated, obtaining important cost reductions. For Colombia since Law 100 of 1993, which provided important advances in universality and access, efforts are focused on regionalization to allow the coexistence of a model of regulated competition and a non-competitive model, as well as the integration of resources. **Conclusions:** The health systems evaluated, despite performance indicators, should consider restructuring in terms of structuring, decentralization and shared resources between public and private systems that guarantee the equity and universality of health services.

### **Palabras Clave**

Sistemas de Salud, Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP), Colombia, Cuba, Chile

### **Key Words**

Health Systems, International Classification of Primary Care (ICHPCC), Colombia, Cuba, Chile

## INTRODUCCIÓN

Tres indicadores insoslayables para evaluar el grado de éxito del sistema de salud de un país son la esperanza de vida de la población, la mortalidad infantil y la mortalidad materna; esto es particularmente cierto ya que sería imposible que en un país con una infraestructura sanitaria precaria las personas vivan muchos años; por el contrario, como lo afirma Mizrahi (2017), parecería ser que cuanto mejor sea ésta, y mayores los cuidados que pueda brindar a los ciudadanos, es más probable que estos vivan más<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta que de lo que hablamos es de la vida de las personas, el tema de los sistemas de salud ha ocupado un lugar especial en la agenda política de los gobiernos en las últimas décadas, para Almeida (2005), esto se debe principalmente a que no se está mirando como un tema aislado, sino que por el contrario hacer parte de un amplio programa de transformaciones estructurales, la cuales incluyen cambios en los sistemas de salud, dichos cambios:

Han sido influidos por varios fenómenos simultáneos, tanto endógenos como exógenos, tales como las transformaciones de la economía mundial y sus turbulencias concomitantes; las opciones internas de los Estados nacionales frente a la globalización; las crisis fiscales del Estado y la disminución de las

---

<sup>1</sup> De acuerdo con la OMS (2016), los países de América Latina con mayor esperanza de vida al nacer, son: Chile (80,5 años), Costa Rica (79,6 años) y Cuba (79, 1 años); Colombia se ubica apenas por encima de Venezuela, Paraguay y Bolivia en Suramérica (74,8 años), ubicado en el puesto 19 del continente. En relación con la mortalidad infantil, los países con las tasas más bajas (muertes de cada 1000 nacidos vivos) son Cuba (5.5), Chile (8.1), Costa Rica (9,7) y Uruguay (10.1), Colombia ocupa el puesto 16 en América, con 15, 9 muertes. En cuanto a la mortalidad materna (que se mide por cada 100.000 mujeres nacidas vivas), los mejores indicadores latinoamericanos son Uruguay (15) Chile (22), Costa Rica (25), Cuba (39); Colombia se sitúa en el lugar 15 de toda América con 64 muertes.

inversiones públicas; el aumento de las desigualdades entre los grupos sociales; la democratización política del continente; el apremiante rescate de la ingente deuda social acumulada; y la ineficiente y baja efectividad de las acciones en el sector salud. (Almeida, 2005, p. 7).

Lucas (1988) y Salas (1996), citados por Hejduková & Kureková (2016) mencionan que la salud es el factor más importante del crecimiento económico, hecho que es reconocido por las políticas públicas de todos los países desarrollados (Hejduková & Kureková, 2016, p. 241); en consecuencia un buen sistema de atención médica debería proporcionar servicios calificados a todas las personas cuando y donde lo requieran. La forma exacta de los servicios y de cómo se ofertan, difiere de país a país, pero en todos los casos se necesitan mecanismos de financiación enormes, mano de obra bien entrenada e información confiable.

La construcción de un sistema nacional de salud asequible y eficaz es una preocupación importante de los gobiernos de todo el mundo; de hecho sobre ésta base se han estructurado las grandes reformas en los diferentes países de Latinoamérica; superar las desigualdades y alcanzar la equidad; pese a que las evidencias disponibles no confirman ese resultado, como lo menciona Almeida (2005).

Un buen sistema de salud es uno de los elementos más importantes para asegurar la salud de una población en cualquier sociedad moderna. Sin embargo, no existe un sistema de salud perfecto; casi todas las naciones del mundo ponen grandes esfuerzos en mejorar su sistema de salud. La comparación de los sistemas de salud es un campo con un alto crecimiento en los últimos años, tal como lo manifiesta Wang (2016), toda vez que son la base del diseño y

construcción de políticas y servicios de salud. Esto es particularmente cierto en la tendencia actual de la globalización, en la que se están analizando formas alternativas de resolver problemas inherentes a los sistemas de salud y mejorar el rendimiento de los mismos.

El objetivo del presente trabajo es dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación ¿existe alguna relación entre la arquitectura de los sistemas de salud y sus resultados o indicadores de desempeño?

Entender cómo están organizados los sistemas de salud de países con indicadores de desempeño sobresalientes en la región, puede llevarnos a proponer alternativas de solución a los problemas de cobertura, universalidad, equidad y calidad que hoy vivimos en Colombia, de ahí la importancia de este estudio.

De acuerdo con los indicadores de esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil y mortalidad materna, los países de mejor desempeño en Latinoamérica son Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay; resulta interesante la revisión de dos sistemas de salud tan disímiles, como lo son el chileno y el cubano, dónde uno privilegia políticas de libre competencia y mercado y el otro se caracteriza por ser asistencialista y entregar el monopolio de la salud al Estado, por ésta razón estos sistemas de salud se revisarán y compararán con el sistema colombiano.

Buscamos revisar cómo están organizados los sistemas de salud de Chile, Cuba y Colombia; cómo han llegado al lugar actual, así como buscar entender qué elementos podrían apropiarse para el sistema de salud de Colombia para mejorar sus indicadores. Ésta revisión se hace con base en los cuatro principales componentes que conforman un sistema nacional de atención

en salud, de acuerdo con Goodwin (2016), esto es: forma de financiamiento, recursos disponibles y gasto público y privado (gasto de bolsillo) en salud, estructura de los servicios y administración. Para esto se llevó a cabo una revisión bibliográfica de más de 80 documentos, usando los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) en bases de datos reconocidas, se revisaron los resúmenes y en los casos que se relacionaban con la temática señalada se documentaban en una matriz que además de servir de documento matriz de relación, permitía señalar los acuerdos y desacuerdos entre los diferentes autores y una categorización que posteriormente permitió establecer los capítulos del documento final.

El documento está distribuido en cinco (5) capítulos, dónde abordamos, en primer lugar una descripción general de los países cuyos Sistemas de Salud se describen a lo largo del trabajo; luego se profundiza en el financiamiento, toda vez que este elemento permite entender de mejor forma las clasificaciones y divisiones a veces complejas de éstos sistemas; hecho ese barrido por la descripción y forma de financiación, dedicamos un capítulo a comprender cómo nacen los sistemas de salud, un recuento histórico que permite entender cómo las condiciones económicas y políticas de cada país son determinantes en la estructuración del sistema de salud. Un capítulo de especial interés para el desarrollo de la monografía tiene que ver con la forma como la medicina natural o alternativa es integrada de manera formal a los sistemas de salud y por esa razón dedicamos una sección a este tema. Por último abordamos, de manera general, el tema de Equidad y Atención Primaria en Salud, como dos pilares sobre los cuales cualquier Sistema de Salud debe ser estructurado.

## MÉTODOS

Para el desarrollo del trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos (SciELO, ScienceDirect, Scopus, Pubmed Ovid, Proquest, Hinary, Medline) de artículos de revisión y reflexión y portales web oficiales de los ministerios de salud de los países mencionados. Se utilizaron los términos: APS **O** atención primaria (primary health care OR primary care) **Y** sistemas de salud (health systems) **Y** América Latina (Latin America) **O** Cuba **O** Chile **O** Colombia **Y** reforma de la atención de salud **O** reforma sanitaria (health care reform OR health reform) **Y** política de salud **O** política nacional de salud (health policy OR national health policy). Adicionalmente, se revisaron las listas de referencias de los artículos publicados acerca de los sistemas de salud de Chile, Colombia y Cuba. También se revisaron otras fuentes bibliográficas como capítulos de libros e información legal. Los artículos y documentos fueron revisados a partir del resumen y los libros desde la tabla de contenido para determinar su pertinencia. Se establecieron como criterios de exclusión idiomas diferentes al inglés y español, así como artículos no arbitrados y literatura gris. También se descartaron los estudios que en el título o resumen no incluyeran los temas de la revisión y aquellos que hacían referencia a temas relacionados pero no directamente vinculados. El análisis de la literatura científica se llevó a cabo por los autores de forma independiente, buscando una mayor objetividad en el análisis de la información. Los documentos de recopilación estadística, como los informes de los Organismos Nacionales e Internacionales sobre las métricas en salud, no se cotejaron con fuentes más allá de las oficiales y se tomaron como referente para el desarrollo del documento. Toda la información considerada relevante, de acuerdo con los criterios señalados, fue incluida en una Matriz que

buscaba comparar cada artículo revisado, para encontrar puntos de acuerdo y de desacuerdo, para de ésta manera armar los diferentes capítulos del documento.

## **SURGIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN CHILE, COLOMBIA Y CUBA.**

De acuerdo con Maceira (2007), existen tres marcos metodológicos de gran influencia en el diseño de reformas de salud en la región, estos son: el Modelo Clásico, el Modelo de focalización, y uno tercero que denomina “regional y sistémico, apoyado en la búsqueda de mecanismos de financiamiento alternativos ante la presencia de un sector salud segmentado tanto en cuanto a recursos disponibles como en la existencia de redes superpuestas de prestación”. El modelo sanitarista **clásico**, que “considera a la salud como un derecho para la totalidad de la población, con iguales posibilidades de todos los sectores de disfrutar de la tecnología moderna” (Maceira, 2007, p. 4); el **modelo focalizado de financiamiento**, el cual busca que se optimice la intervención pública en los servicios de salud, dado que entiende que los recursos públicos son limitados y deben gastarse de la mejor forma, al igual que la capacidad limitada del Estado para intervenir, de acuerdo con este enfoque y según Maceira (2007), aquellos servicios de salud que el Estado no va a proveer, bien sea por su capacidad, por su costo o por la política pública que haya adoptado, deben ser adquiridos en el sector privado, de acuerdo con las preferencias e ingresos de las familias. Sí bien existen posturas intermedias, éstas se caracterizan principalmente porque reconocen la limitada capacidad del Estado, lo que implica apalancarse en el sector privado y la búsqueda de mecanismos que permitan maximizar el uso de los recursos disponibles a través de fuentes de financiamiento colectivas y mecanismos de pago.

Según Maceira (2007), en las sucesivas reformas de los sistemas de salud en América Latina se ha incorporado, al menos uno de los siguientes elementos: (a) descentralización de la

arquitectura del sistema de salud, (b) redistribución de los recursos a partir de mecanismos de financiamiento colectivos, por lo general a partir de aportes descontados a los trabajadores y (c) incentivos monetarios de los agentes participantes en la prestación de los servicios, lo cual se ve reflejado en cada uno de los sistemas de salud estudiados, por ejemplo Cuba recientemente ha pasado de tener una arquitectura totalmente centralizada a una estructura que permite la administración regional de ciertos servicios; en Colombia y Chile, el sistema es financiado con descuentos que se hacen a los trabajadores y con estos recursos también se busca cubrimiento para quienes no tienen ningún tipo de cobertura, etc.

Las reformas que se dieron en la región, empezaron en el siglo XX, como una responsabilidad del Estado, generando una ola de creación de institutos de seguros sociales durante los años veinte y los años treinta. Estos institutos, generalmente, se organizaron como una empresa pública o como una institución autónoma como ente descentralizado del Estado con el fin de ofrecer protección social, tanto en términos de acceso a los servicios de salud como en forma de pensiones, a los trabajadores del sector formal (Saéñz Madrigal, 2015). Después de ésta tendencia regional y especialmente durante las últimas décadas los diferentes gobiernos han buscado sus propias respuestas, frente a los problemas de cobertura y financiación, principalmente. Es así como Brasil, pasó de un sistema de salud fragmentado a uno que se financia, al igual que el de Cuba, con recursos totalmente públicos y de ésta manera garantiza el acceso universal a los servicios; Chile y Colombia, han mantenido la estructura de un seguro social que permite el acceso a los servicios a la población que trabaja en la formalidad, y el Estado se encarga del resto de la población. Almeida (2005) asegura que Chile implementó una política diversificada al establecer un esquema basado en planes privados en salud para la población afluente al lado de un esquema financiado por contribuciones

sociales e impuestos generales para servir a la población con menos ingresos o sin capacidad de pago; mientras que Colombia implementó una reforma radical aplicando los instrumentos de la competencia regulada estableciendo dos paquetes de beneficios, uno para la población contributiva y otro para la no contributiva.

Sin embargo, en el caso colombiano las reformas al sistema de salud se han visto salpicadas por problemas de salud pública como desnutrición, malnutrición<sup>2</sup>, otros del mismo sistema que se refieren a la falta de cobertura, demoras en los trámites de referencia y contrarreferencia, calidad de los servicios prestados y otros, no menos graves, relacionados con la corrupción tanto en el sector público como en el privado; lo cual dificulta aún más que el sistema de salud colombiano se incorpore como ejemplo o referente en la región. Estas dificultades, de orden ético, son cuestiones que deben tomarse muy en serio, de acuerdo con la WHO (2015), toda vez que a diferencia de los años 80's cuando se diseñaron los modelos de sistema de salud actuales tanto de Chile como de Colombia, hoy el mundo está mucho más globalizado, las fronteras existen como un referente de administración pública, pero los ciudadanos se mueven a través de ellas sin mayores restricciones y eso obliga a la definición

---

<sup>2</sup> De acuerdo con Palacio (2013) citado por Osorio et al (2016), todas las causas que afectan directa o indirectamente la desnutrición y muerte de los niños deben configurarse en diferentes niveles o escalas geográficas, teniendo en cuenta variables a nivel individual, comunitario y del hogar; en cualquier caso dichas variables se ven afectada por comportamientos que promueven la salud, como el consumo de salud preventiva, por ejemplo; y otras que lo deterioran como hábitos malsanos (cigarrillo, alcohol, etc.) y la inasistencia médica. De acuerdo con Osorio et al (2016) En 2005 en promedio el 9,1% de los niños en Colombia presentaron retardo en el crecimiento, causada por desnutrición crónica; en 2010 la cifra subió a 9,2%, siendo las regiones más afectadas La Guajira y Vaupés. De acuerdo con un informe de 2013 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo citado por Parkin Daniels (2017), 50 niños mueren por cada 1000 nacidos vivos en la región de La Guajira, una tasa comparable con la de Ruanda, y en marcado contraste con el resto de Colombia, donde la tasa de mortalidad infantil ha ido disminuyendo en los últimos años, según las cifras, 278 niños murieron de desnutrición entre 2009-13, según la agencia nacional de estadísticas de Colombia. El 99% de esos niños pertenecían a la tribu Wayuu indígena. Los líderes locales sospechan que la mortalidad es más alta que la tasa registrada por el gobierno ya que el pueblo Wayuu que puebla la región tradicionalmente entierra a los niños en su propia tierra, lo que dificulta que las autoridades determinen exactamente cuántos están muriendo.

de políticas globales conjuntas y porque no, hablar de un sistema de salud global. Para Franco et al (2009):

Aún no se cuenta con una política pública global de salud. Esto hace pensar que la acción que se necesita debe ser realmente mundial, preferiblemente supranacional, lo que supone más que el esfuerzo nacional o internacional, la construcción de un espacio global de responsabilidad y rendimiento de cuentas por encima de la injerencia de los Estados y las naciones. (Franco et al, 2009, p. 545)

En las décadas de 1970 y 1980, una inflación incontrolablemente alta, que superó el 1000% en Argentina, Brasil y Perú; ciclos económicos de auge y de quiebra y recesiones caracterizaron la situación económica en América Latina, imponiendo restricciones fiscales sobre los gastos del gobierno en los sistemas de salud, con resultados adversos para la salud (World Bank - HNP, 2010). Argentina (1980 y 1982) y posteriormente Perú (1980 y 1984), Costa Rica (1981, 1983, y 1984), México (1982), Venezuela (1982), Brasil (1983 y 1986–87), Chile (1983), y Uruguay (1983 y 1987) dejaron de pagar su deuda soberana, precipitando la crisis de la deuda latinoamericana, lo que conllevó a la intervención del Fondo Monetario Internacional, a partir de 1982 (Ocampo et al., 2014). Un período de reformas macroeconómicas resultó a finales de la década de 1980, con un patrón común de las políticas consagradas en el llamado Consenso de Washington, encaminadas a reducir los gastos del gobierno y a la imposición de una disciplina fiscal (Williamson, 1993). A pesar de que muchos países se resistieron a estas reformas, las presiones se sintieron en toda América Latina. La crisis económica y la alta inflación asociada llevaron a la ampliación de las desigualdades socioeconómicas y de los ingresos, con el índice de Gini persistentemente

desfavorable, el cual solo comenzó a declinar después del 2005, posiblemente coincidiendo con las reformas sociales destinadas a reducir la pobreza, tales como los planes de transferencia monetaria condicionada. Cuba mantuvo una economía cerrada expuesta solamente a los países del bloque socialista. Sin embargo, la desintegración de la Unión Soviética obligó a la Federación Rusa a suspender repentinamente el financiamiento a Cuba, precipitando una severa contracción de la economía cubana, seguida por décadas de inestabilidad económica.

Dadas estas turbulentas condiciones económicas, la velocidad y el contenido de las reformas del sistema de salud variaron en los países estudiados, incluyendo lo que tiene que ver con la cobertura universal en salud, su diseño e implementación. Cuba, por ejemplo, estableció la salud como un derecho fundamental después de la revolución de 1959, obligando al Estado a garantizar cobertura universal gratuita suministrada a través del Servicio Nacional de Salud cubano, establecido en los 70 (De Vos, 2015)

En 1991, la nueva Constitución de Colombia estableció una serie de derechos y la Corte Constitucional para proteger los derechos del individuo. En una importante decisión en el 2008, la Corte Constitucional confirmó el derecho a la salud, ordenándole al Estado colombiano unificar los planes de seguros contributivos y subsidiados y lograr la cobertura universal de salud (Navarrete Torres & Acosta Trujillo, 2009). En 1993 se expide la Ley 100 que reglamenta el nuevo sistema general de salud, sin embargo, para Palacio Acosta (2013) esa Ley entró a considerar la salud como un “negocio” y no como un “derecho fundamental”, argumenta que con la intermediación de las EPS, mayoritariamente de orden privado, se marcó una profunda división entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado,

obligando en muchos casos acceder a los servicios, solamente mediante la interposición de acciones legales, principalmente la Acción de Tutela; las EPS, abusando del poder que les concedía la intermediación financiera, sin mencionar los casos de corrupción no aislados que se presentaron durante más de 20 años, limitaron los servicios, abandonaron los conceptos de salud pública y desconocieron la importancia de la atención primaria; todo esto llevó a la “quiebra” al sistema. Todo esto obligó a varias reformas al Sistema de Salud, siendo la última de ellas la que quedó establecida mediante la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) cuyo espíritu, de acuerdo con la Junta Médica Nacional “trata de hacer sostenible en el tiempo el desarrollo del sector salud Colombiano, debidamente enfocado en la protección de las libertades de los individuos finales que se involucran en la salud y la enfermedad: el médico y su paciente” (Herrera Arbelaez, 2015, p. 42), adicionalmente logró elevar el derecho a la salud a derecho fundamental, lo cual obligará al Estado a hacer mayores esfuerzos para garantizarlo de forma oportuna y universal.

Chile, a partir de 1980 con el artículo 19 de la Constitución Política redactada por la dictadura militar, garantizó el derecho a la protección en salud y estableció la obligación del Estado de garantizar acceso gratuito e igualitario a la salud, por lo que los ciudadanos pueden elegir entre los sistemas de salud público o privados. De acuerdo con Unger et al (2008), esas reformas introducidas por Pinochet, crearon un sistema de salud dual con profundas divisiones en el financiamiento, los beneficios y las condiciones de afiliación entre los dos sistemas de afiliación y aportación: el sistema de seguro social público (Fondo Nacional de Salud) y las aseguradoras privadas (Isapre). Para reducir las desigualdades, la Ley 19966 del 2005 de Garantías de Salud (Acceso Universal con Garantías Explícitas [AUGE]) introdujo

los derechos exigibles a los servicios de salud para 40 enfermedades, con mecanismos administrativos y judiciales, las cuales se incrementaron a 80 en el 2013.

Los países latinoamericanos, en general, introdujeron reformas en el financiamiento de la salud y la estructura organizativa para fortalecer los sistemas de salud y para avanzar hacia la cobertura universal de salud; Chile, Colombia y Cuba, han logrado el financiamiento universal de salud con un acceso significativo a un amplio paquete de servicios de salud.

Entre 1995 y 2010, Chile, Colombia y Cuba, incrementaron los gastos totales en salud en términos absolutos y como una proporción del producto interno bruto, con una mayor proporción de los gastos totales en salud procedentes de las fuentes públicas. De acuerdo con Atun, et al (2015), el financiamiento incrementado de salud ha permitido la expansión de la cobertura del seguro de salud para las poblaciones pobres y rurales; sin embargo, los gastos de salud privados, la mayoría de los cuales son de bolsillo, se mantienen altos.

Almeida (2005), señala que a partir de 1980, muchos países latinoamericanos comenzaron a hacer reformas para aliviar la pobreza, reducir la brecha social, mejorar los indicadores en sus sistemas de salud y proporcionar protección contra el riesgo financiero. La siguiente década, la de los años 90's, se concentraron las reformas en fortalecer los sistemas de salud para reducir las desigualdades en el acceso a la servicios y ampliar la cobertura universal de salud, especialmente para la población más vulnerable.

En América Latina, las reformas del sistema de salud han producido un enfoque distinto a la cobertura universal de salud, respaldado por los principios de equidad, la solidaridad y la

acción colectiva para superar las desigualdades sociales. En la mayoría de los países estudiados, la financiación del gobierno permitió la introducción de intervenciones relacionadas con la oferta para ampliar la cobertura en seguridad para los ciudadanos que estaban por fuera del sistema, con beneficios definidos y ampliación de los paquetes, en el caso colombiano denominado POS, y para ampliar la prestación de servicios de salud. Países como Brasil y Cuba introdujeron los sistemas de salud universales financiados con impuestos. Señala Atun et al. (2015) que estos cambios se combinaron con intervenciones relacionadas con la demanda, destinados a reducir la pobreza y mejorar el acceso de las poblaciones más desfavorecidas.

## **CONTEXTO.**

### **Chile**

De acuerdo con proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas, Chile cuenta con una población de poco más de 18 millones de habitantes, 50.5% son mujeres y 49.5% son hombres (INE. 2015), ésta población está concentrada principalmente en zonas urbanas (86,5%) y la mayoría (40% del total de la población) vive en el área metropolitana de la capital, lo que hace que su sistema de salud se enfoque, mayoritariamente en los problemas que aquejan a las personas que viven en la ciudad.

Junto con Cuba y Costa Rica, Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso espectacular entre 1970 y 2005: de 82 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos pasó a 8.1 (WHO-World Health

Organization, 2016). En 2015, el índice de mortalidad materna fue de 22 por 100 000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio de Suramérica (71.1). La esperanza de vida también es sobresaliente, con respecto a la región, aumentó de 63.5 años en 1970 a 80.5 años en 2015. Esto significa que los chilenos presentan hoy una probabilidad de vivir al nacer cuatro veces mayor que la que presentaban a principios del siglo pasado. El hecho que la mayoría de los habitantes vivan en centros urbanos y casi la mitad en la región metropolitana de la ciudad, ha sido acompañado de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. Según la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010), que mide los indicadores vitales más importantes de la población, incluyendo las causas de mortalidad en Chile; los padecimientos con mayor prevalencia son las enfermedades cardiovasculares, que afectan a más de la mitad de la población adulta, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas, la depresión y la diabetes, entre otras; de acuerdo con el Ministerio de Salud (2011) existen dos factores de riesgo conductuales para estas enfermedades: el consumo de tabaco y el consumo de alcohol que, además, se asocia al nivel educacional de forma inversa: a menor educación mayor consumo.

El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se conforma por todos los organismos estatales que hacen parte de la red pública de establecimientos de salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. Esto puede deberse básicamente a que, como lo explica Homedes & Ugalde (2002), las ISAPRE ofrecen diferentes tipos de cubrimiento para cada familia, con copagos y deducibles diferentes, además pueden cambiar cada año las condiciones de la póliza

dependiendo de la enfermedad del trabajador o su familia durante la vigencia del contrato, esto hace que sea muy difícil y prácticamente imposible para un usuario identificar el mejor paquete de servicios entre los miles que ofrece una sola ISAPRE (En 1995 ofrecían 8.800 planes, totalmente diferentes, de salud); por otro lado, está el hecho que sí un trabajador decide al año cambiar de Entidad, aunque lo puede hacer, tiene que empezar de cero con otros médicos tratantes, otros especialistas, etc.; práctica que, desde el punto de vista de la atención primaria, es poco aconsejable. La financiación general del sector se hace a través de impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el Fondo Nacional de Salud (FONASA). En cuanto al sector privado, su mayor fuente de financiamiento proviene de las contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a la clase alta del país o de mayores ingresos. De manera paralela, tres compañías mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales (INE, 2015). Las mutuales proveen atención en sedes propias. Los chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE prestan sus servicios en sedes propias, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público.

Dependiendo de lo que cada afiliado contrate o pague con la ISAPRE, podrá o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase más adinerada del país, realiza pagos directos a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Un 10% de la población están cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de

la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud. (Becerril et al. 2011).

El sistema de salud de Chile presenta varios desafíos; el envejecimiento progresivo de la población que a su vez conlleva a un incremento en las patologías degenerativas de alto costo, las desigualdades en la situación de salud de la población según su nivel de ingresos, la cobertura de acuerdo con el tipo de afiliación al SNSS, la insatisfacción de la población respecto al sistema de salud y el mantenimiento de los logros alcanzados. (Goic, 2015; Becerril et al, 2011; Lugo, 2012).

### **Cuba**

Según datos estimados para 2015, Cuba contaría con 11.238.661 habitantes, de los cuales 50.1% son hombres y 49.7% mujeres. (Ministerio de Salud Pública, 2015). En 2015 la densidad de población en la isla era de 101.4 habitantes por km<sup>2</sup>, destacándose la capital del país (La Habana) con una densidad muy superior a la del resto de las provincias (2952.3 habitantes por km<sup>2</sup>). El grueso de la población (75.4%) reside en áreas urbanas.

De acuerdo con la OMS (2016), Las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años descendieron de 43.7 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 5.5 por 1000 en 2015. De hecho, la tasa de mortalidad infantil es la más baja de América Latina, comparable solamente con los índices de Estados Unidos y Canadá.

La transición demográfica por la que atraviesa el país se caracteriza por una muy baja fecundidad (1.5 hijos por mujer), una baja mortalidad (7.3) y el aumento de la esperanza de

vida al nacer, que llegó a 79.1 años en 2015. Naturalmente una transición demográfica como la que presenta Cuba, viene acompañada de una consecuente transición epidemiológica, que se caracteriza por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como causas de morbimortalidad. Las tres principales causas de muerte de la población, en general, de acuerdo con cifras oficiales, se refieren a enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedad cerebrovascular, concentrando 64 % del total de defunciones en 2015. De las diez primeras causas de muerte, siete son enfermedades crónicas no transmisibles, posiblemente esto se deba a hábitos de consumo de cigarrillo, de acuerdo con el doctor Francisco Durán, director nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, citado por Fariñas (2015), en 2014 la población de 15 años y más consumía unos 1527 cigarrillos por persona, lo que significa que cada cubano de esas edades fumó 4.24 cigarrillos diarios; adicionalmente, afirma el especialista que más del 25% de la población mayor de 15 años sufre de hipertensión en la isla.

Según Domínguez et al (2015), el sistema de salud cubano opera bajo el principio de que la salud es un “derecho social inalienable”, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud. La financiación de los servicios de salud corre por cuenta casi exclusivamente del Estado. El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, concentra los recursos dedicados a la salud y opera los servicios en todos sus niveles, de donde se concluye que es un sistema claramente centralizado. Existen tres niveles de atención, el primario que debe dar solución aproximadamente a 80 % de los problemas de salud de la población en policlínicos y consultorios médicos o con una enfermera de familia; el secundario que cubren cerca de 15% de los problemas de salud, su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y

realizar una rehabilitación inmediata, por último el tercer nivel se encarga de atender alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades.

Una de las limitantes principales del sistema de salud de Cuba para el cumplimiento de sus retos y perspectivas es la compleja situación económica por la que atraviesa el país, que se ve notoriamente agravada por el bloqueo económico y social impuesto por los Estados Unidos desde hace varias décadas, y que obliga al país a adquirir equipamiento médico, medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica a precios mucho más altos que al resto de los países. Pese a esta enorme dificultad, el sistema de salud cubano, lo contrarresta con la gratuidad del mismo, los más de 50 años de experiencia de trabajo bien estructurado y de alta calidad, la permanente política del Estado de priorizar el sector de la salud; la amplia oferta de recursos humanos para la salud, tanto de nivel profesional como técnico; la participación de la comunidad en las acciones de salud; el alto nivel educativo de la población cubana, que incluye una elevada educación sanitaria y el vertiginoso desarrollo de la biotecnología, que ha permitido disminuir las importaciones de medicamentos y medios diagnósticos, entre muchas otras. (Domínguez et al, 2011; Rojo et al, 2010; Luna et al, 2009). Es incierto el panorama de la Isla, en relación con sus relaciones con los EEUU que con el nuevo presidente ha sido claro en que priorizará las necesidades locales antes de ofrecer cualquier tipo de ayuda o subvención a otro pueblo; contrastando con la muerte de su líder político quien por años ha defendido la economía comunista; sin embargo Cuba tendrá que mantener sus indicadores de salud sobresalientes, como hasta ahora, basado en la prevención y atención primaria en salud.

## **Colombia**

De acuerdo con proyecciones del DANE, en 2015 la población de Colombia se estima en 48.202.617 de habitantes, 50.6% mujeres y 49.4% hombres. Alrededor de siete millones de personas (16.2% del total) viviría en la ciudad de Bogotá y cerca de tres cuartas partes de la población en zonas urbanas. (DANE. 2010)

El DANE (2010), reporta una esperanza de vida al nacer para el quinquenio 2010-2015 de 72.07 años. Por su parte, la OMS (2016), señala que la tasa de mortalidad infantil bajó de 30.8 por 1 000 nacidos vivos en 1990 a 15.9 en 2015. Sin embargo, esta cifra corresponde a una estadística global y se encuentran diferencias significativas entre los departamentos, pues mientras algunos han logrado abatir la mortalidad infantil hasta alcanzar 14.5 por 1 000 nacidos vivos (Caldas), hay otros en donde la tasa sigue siendo de hasta 68.1 por 1 000 nacidos vivos (Chocó), lo cual está íntimamente relacionado con los niveles de corrupción y pobreza de la región.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2015), las principales causas de muerte en el último lustro en la población adulta fueron la enfermedad isquémica del corazón, muertes violentas relacionadas con agresiones y sus secuelas, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. El Ministerio de Salud (2015), señala que entre el 2005 y el 2013 las cuatro principales causas de muerte en Colombia fueron: enfermedades del sistema circulatorio (29.92%); enfermedades asociadas con la diabetes, problemas nutricionales, con problemas respiratorios y con el hígado, se agruparon en un paquete que representa el 24.26%; en tercer lugar se encuentran las enfermedades asociadas con tumores (20.42%) y por último, muertes por causas externas con 16.79%, que

no es menos alarmante ya que corresponde a casi 300.000 muertes; naturalmente el conflicto interno y la imprudencia (en el caso de accidentes de tránsito) fueron elementos determinantes en estas defunciones.

El sistema de salud de Colombia está compuesto, al igual que el de Chile, una parte por un sector de seguridad social, denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que cuenta a su vez con dos regímenes: el contributivo (RC) y el subsidiado (RS); y por otro lado, cada vez con menor participación un sector exclusivamente privado. En relación con el SGSSS, el régimen subsidiado afilia a las personas que no tienen capacidad de pago, mientras el RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. Los regímenes especiales, por su parte, afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas.

De acuerdo con Guerrero et al (2011) el régimen contributivo opera con base en una cotización de sus afiliados, mientras el régimen subsidiado opera con base en un fondo integrado por aportes de los trabajadores más otros ingresos procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria para todos los empleados e independientes y es requisito para el ingreso a cualquier etapa de la educación pública o privada y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), que pueden ser de naturaleza pública o privada, que se encargan de ofrecer, por lo menos, el Plan Obligatorio de Salud (POS) o bien el POS-S para los afiliados al RS. Las EPS entregan los fondos reunidos de las cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS el monto

equivalente a la unidad de pago por capitación (UPC) ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tengan. Lo mismo ocurre en el régimen subsidiado, aunque no se ajusta por riesgo y su denominación se diferencia en que se agrega una S al final. Las instituciones prestadoras de servicios (IPS), son las encargadas de prestar los servicios, en instalaciones propias y con infraestructura propia, dichas IPS pueden estar o no integradas a las EPS, pero en todo caso son contratadas por éstas y pueden ser de naturaleza pública o privada. El sector exclusivamente privado es utilizado principalmente por la clase alta que, aun cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo.

Los retos que enfrenta el sistema de salud en Colombia son múltiples, desde las dificultades asociadas a la universalidad y equidad, hasta la sostenibilidad financiera (de acuerdo con datos del Ministerio de Salud, el 48% de las personas pertenece al RC y el 42 restante al RS). Algunos jueces han ordenado masivamente la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS, lo que compromete seriamente la sostenibilidad financiera del sistema. Un reto primordial para el sistema colombiano es fijar límites a la cobertura de los servicios de una manera que sea respetada y acatada tanto por la comunidad médica y científica como por el sector judicial. Subsisten asimismo fallas y quejas en la prestación de los servicios. Hay una tensión permanente entre pagadores y prestadores.

Claramente los sistemas de salud no son una especie de programas de gobierno que cambian con cada nuevo actor político que entra en la arenas, dice Juan P. Uribe (2015) que los sistemas de salud son complejos, dinámicos, con actores de múltiple origen y que por lo tanto

requieren una visión colectiva, como el sueño compartido de largo plazo, que reúna lo mejor de las expectativas y necesidades de la sociedad, de los ciudadanos que son quienes finalmente deben hacer uso del mismo. Es fácil entender por qué el sistema de salud de Colombia ha privilegiado la sostenibilidad financiera a la calidad en salud:

Si alguien quisiera intentar generar esta visión basado en las dinámicas imperantes en el sector, el resultado sería triste y preocupante. Nada de competencia entre los responsables del aseguramiento y gran parte de los prestadores, con muy poca libertad de elección efectiva en los ciudadanos. Un único énfasis político y regulatorio centrado en el control del gasto, de precios y tarifas, traducido en regulación tras regulación sobre prestadores, industria y profesionales. Desdén completo por la calidad y la innovación, por el mejoramiento continuo, por el conocimiento y la especialización. Al mismo tiempo, continuo crecimiento de posiciones dominantes rentistas, con marcada presencia de conflictos de intereses en una mezcla infinita de roles e incumplimiento permanente frente a la normatividad. Proliferación de facultades de medicina y profesionales generales llenos de dudas sobre su futuro. Una débil agenda de salud pública entremezclada con una agobiada red de hospitales públicos y una frágil función de rectoría, vigilancia y control. El resultado: erosión generalizada de la confianza y creciente judicialización, arrastre de problemas crónicos (entre ellos, la corrupción) y una reactividad inmediateista asombrosa, donde el oportunismo y la desazón van de la mano. (Uribe, 2015 p. 158).

Todo esto llevo a diseñar una Ley Marco para el sistema de salud, que aunque está en etapa de implementación, es muy ambiciosa en términos de “garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” ( Ministerio de Salud, 2016, p.30). Uno de los grandes cambios que propone la Ley Estatutaria de la Salud es migrar de un sistema de competencia regulada, donde el Estado prácticamente se limitaba a su función de fiscalización y regulación hacía el fortalecimiento de la rectoría pública. Por otro lado plantea cuatro estrategias principales de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS): 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

Otro reto que enfrenta el sistema de salud en Colombia es el de garantizar la salud como derecho de los ciudadanos, así lo plantea la nueva Ley Estatutaria; y no es de marca menor el tema, de acuerdo con la Defensoría del Pueblo (2015), más de la mitad de las Tutelas que se presentan en el país son asociadas a reclamaciones de salud y lo más preocupante es que de ellas, el 61.70% son por eventos incluidos en el POS, el 95.15% por solicitudes de especialistas también incluidos en el POS como: ortopedia, neurología y neumología; el 83.26% estaba asociado con tratamientos incluidos en el POS; 62.74% relacionado con imágenes diagnósticas que se incluyen en el POS como resonancia nuclear magnética, TAC abdominal y endoscopia de vías digestivas altas. De ahí la urgente necesidad de implementar un sistema de salud con base en atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, entre otros.

## **COBERTURA Y FINANCIAMIENTO.**

Tres temas sensibles en todo sistema de salud, es la capacidad del mismo para atender a toda la población, sin distingo de su condición, sea cual sea ésta; también los recursos que, como porcentaje del PIB, se invierten en temas relacionados con el mismo y la forma como se administra el sistema; Para Maceira (2007) la descentralización en lo que tiene que ver con la administración de los servicios, los temas financieros y de contratación, etc., puede arrojar mejores resultados en términos de cobertura, calidad y eficacia.

### **Cuba.**

Según Domínguez et al (2011), el sistema de salud cubano se financia completamente con dineros públicos, lo que hace que no exista competencia entre aseguradoras o, como en el caso chileno, una amplia oferta de servicios empaquetados en pólizas, para los asegurados. Para Rojo Pérez et al (2010) en Cuba el Estado regula, financia y presta los servicios de salud, estos servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud. Dicho sistema cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los insumos, el recurso humano y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios (Delgado García, 2010).

En cuanto al gasto e infraestructura en Salud, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2015), para 2015 el gasto en salud de Cuba ascendió a \$ 7.178.622.700 el equivalente a 270.891.422, 64 USD, contaba con 495.609 trabajadores en salud, de los cuales 89.999 era personal de enfermería, 63.850 técnicos medios, 375 técnicos básicos, 87.982 médicos (un médico por cada 127 habitantes) y 17.542 estomatólogos (1 por cada 640 habitantes).

Como parte de la infraestructura con la que actualmente cuenta el Sistema de Salud de Cuba, se tienen 151 hospitales, 12 institutos de investigación, 451 policlínicos, 110 clínicas estomatológicas, 136 hogares maternos, 28 bancos de sangre. (Ministerio de Salud Pública, 2015). De acuerdo con el Banco Mundial, Cuba invierte el 11.05% del PIB en Salud (World Bank, 2016). Afirma De Vos (2015) que, desde una perspectiva de salud pública, Cuba sigue siendo un laboratorio social interesante como su experiencia, que desafía el discurso dominante de la reforma sanitaria neoliberal, podría proporcionar nuevos conocimientos sobre la relación entre las reformas, las condiciones socioeconómicas y los catalizadores para el cambio. La comunidad internacional de salud pública no puede dejar de prestar más atención al sistema de salud de Cuba y sus desarrollos recientes.

### **Colombia.**

Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. En el régimen contributivo se realiza el proceso de compensación que consiste en descontar las cotizaciones recaudadas por cada periodo al que pertenece el pago de la cotización, los recursos que el Sistema reconoce por concepto de pago por unidades de

capitación. Como resultado de la anterior relación, señala el Ministerio de Salud (2014), los recursos superavitarios se trasladan a las respectivas EPS Y EOC (Entidades obligadas a Compensar) la suma correspondiente. En el régimen subsidiado se realiza la liquidación mensual de afiliados, conforme lo establecido en el Decreto 971 de 2011, en la cual se determinan el número de afiliados por los que se liquida la UPC que se le reconoce a la EPS, determinando el monto que se debe aplicar por cada una de las fuentes que financian este régimen, las cuales son de carácter nacional y regional.

Como ya se describió en el capítulo de contexto, el sistema de salud colombiano está compuesto por el SGSSS que se compone una parte del régimen contributivo y otra parte del régimen subsidiado y los aporte provienen principalmente de dos fuentes: aportes de los trabajadores e independientes y financiación por parte del Estado, una pequeña parte, pero no menos significativa en términos monetarios, siguen siendo los gastos de bolsillo.

De acuerdo con Amaya Lara et al, (2013) el total de recursos destinados para el SGSSS en 2014 ascendía a unos 3.7 billones de pesos una cifra cercana a los 1.3 millones de dólares. En relación con el recurso humano disponible, los estudios son realmente bajos y desactualizados, se cuentan con proyecciones y algunas muestras realizadas en la primera década del 2000. De acuerdo con el Banco Mundial (2016), Colombia invierte el 7.20% del PIB en Salud.

### **Chile.**

Según Becerril et al (2011), el Sistema Nacional de Salud (SNS), presta servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA. La administración de la atención

primaria, a nivel municipal está a cargo de los servicios municipales de atención en salud, los cuales dependen del Ministerio de Salud. Los usuarios del FONASA pueden escoger entre dos modalidades de atención, la atención institucional o MAI y la libre elección o MLE. La MAI se refiere fundamentalmente a la atención que ofrecen las instituciones públicas de salud con algunas limitantes en lo que tiene que ver con la elección del prestador de los servicios; en estos caso, el usuario hace un copago, que varía entre el 10% y el 20% del precio del servicio, algunos sectores vulnerables de la población como los adultos mayores y los más pobres. En cuanto a la modalidad institucional, ésta suele afiliar a las personas más pobres y en general a todas las personas que deciden acogerse al plan de beneficios del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

La financiación en general, de los servicios públicos de salud, proviene de los impuestos, de los aportes de los municipios y de los copagos que hacen los afiliados al FONASA. Los afiliados a las ISAPRE, de acuerdo con Homedes & Ugalde (2002) representan cerca de 22% del total de afiliados al SNSS, pero consumen el 43% de los recursos disponibles para atención médica. En cuanto a los servicios privados, estos se financian 100% con los denominados gastos de bolsillo, es decir pagos realizados directamente por el usuario, sin financiamiento de ningún tipo. Señalan Vergara & Martínez (2010) que es obligación de todos los trabajadores hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y que pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE. De acuerdo con el Banco Mundial (2019), Chile invierte el 7.78% del PIB en Salud.

## **MEDICINA NATURAL Y ALTERNATIVA.**

De acuerdo con Alves & Alves (2011), la naturaleza ha sido la fuente de agentes medicinales durante miles de años, y un número impresionante de los medicamentos modernos se han aislado a partir de fuentes naturales, muchos de ellos basados en su uso en la medicina tradicional.

En los tiempos modernos, sobre todo desde la década de 1980, al igual que la mayor parte del mundo occidental, América Latina ha sido testigo de la aparición de una fuerte demanda social de diferentes modelos terapéuticos clínicos que se identifican como medicina natural/tradicional y/o alternativa/complementaria, TC-CAM por sus siglas en inglés (Resolución No. 13. Ley Marco de Medicina Tradicional para América Latina y El Caribe, 2009). El Banco Mundial (2016), señala que, durante el año pasado el crecimiento del mercado de las medicinas tradicionales ha sido exponencial en todo el mundo. Sobre la base de amplios estudios sobre el aumento del uso de este tipo de medicamentos en América Latina, se puede estimar que alrededor de 3 mil millones de dólares se gastan anualmente en estos productos de la región, por lo que es un sector económico de gran interés en el cuidado de la salud.

Basado en el proceso de las 3S (Figura 1), planteado por Caceres et al (2015), la mayoría de los países en la región tal vez se encuentren entre las fases 3 y 5; mientras que Gonzáles & Quindós (2010), señalan que existe legislación particularmente en lo que tiene que ver con plantas medicinales, pero también en otros asuntos como la acupuntura y la homeopatía. Chile y Colombia se encuentran en estas fases.

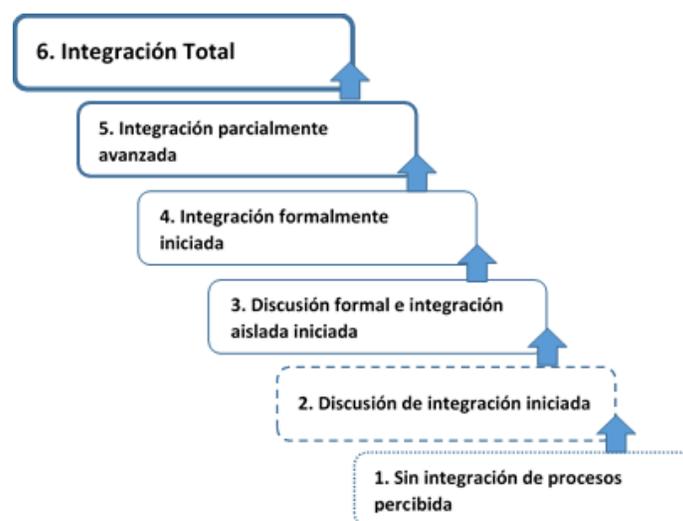


Figura 1. Proceso histórico de integración de TN-CAM en el sistema de salud formal/público en América Latina. Elaboración propia a partir de (Caceres Guido, Ribas, Gaioli, Quattrone, & Macchi, 2015)

### **Importancia de la Medicina Tradicional en los Sistemas de Salud**

De acuerdo con la OMS (2013), la Medicina tradicional es una parte importante y, normalmente subestimada, de la atención en salud que contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a los servicios de salud; tiene una utilización cada vez mayor y generalizada, particularmente en lo que tiene que ver con productos adquiridos directamente por pacientes y personas, en general. El sector de TC-CAM, juega un papel muy importante en el desarrollo financiero de algunos países, a la vez que su uso, en el marco de las actuales restricciones financieras globales, podría reducir costos en los servicios sanitarios dado el mejoramiento de la salud, la prevención de enfermedades y la autoatención:

Desde la puesta en marcha de la primera estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 se han registrado progresos significativos y constantes en materia de aplicación, reglamentación y gestión de la MTC en la mayoría de las regiones del mundo. Si bien los Estados Miembros actuaron por

iniciativa propia, el documento de estrategia original desempeñó un papel importante en apoyo de sus esfuerzos. (OMS, 2013, p. 20).

En Europa, por ejemplo, señalan Wolfgang et al (2011), el estatus de la medicina complementaria y alternativa (CAM) se caracteriza por una enorme heterogeneidad en todos los aspectos. Esto incluye la terminología utilizada, los métodos proporcionados, la prevalencia, así como la situación jurídica y reglamentación. Hay una necesidad urgente de reunir más información para obtener una visión general de las cuestiones relacionadas con la CAM, su disponibilidad y su suministro seguro y legítimo a los ciudadanos de la Unión Europea (UE). En la actualidad no existen comparaciones fiables entre los Estados miembros de la UE porque utilizan diferentes definiciones con respecto a la CAM y los métodos de tratamiento asociados. El consenso a nivel de la UE en este ámbito es esencial para comprender mejor el comportamiento de los ciudadanos de la UE con respecto a la CAM y para establecer políticas sanitarias adecuadas en este ámbito.

### **Cuba**

En Cuba, un modelo especial de integración se ha desarrollado desde la década de 1960, motivado por razones tanto culturales y políticas, para rescatar el conocimiento tradicional nativo, así como la de otras regiones geográficas del planeta (Del Toro García & Trapero Quintana, 2007). El sistema de salud pública cubano tiene una tendencia hacia la incorporación de las prácticas médicas tradicionales y naturales que fueron marginadas o etiquetados como pseudo-científica o no en la medicina convencional.

En 1991, se inició el Programa de las plantas medicinales de Cuba, incluyendo el uso de plantas conocidas y en su elaboración para la industria farmacéutica, la determinación de sus componentes fitoterapéuticos, los posibles efectos terapéuticos, los avances en los ensayos clínicos, y la publicación de resultados clínicos pertinentes parciales. A través de este programa, se introdujo la medicina tradicional, sobre todo en el ámbito de la atención primaria de salud (Del Toro García & Trapero Quintana, 2007). El estudio culminó en una iniciativa más amplia de implementación de un Programa Nacional para el desarrollo y difusión de la Medicina Tradicional y Natural en 1999. En el país se producen más de 50 millones de frascos de medicina natural u homeopática, mientras se viene incrementando la aplicación de técnicas de curación tradicionales (Sintes Jiménez, 2011).

Tal vez Brasil y Cuba son los ejemplos más destacados de la integración de las prácticas tradicionales (no convencionales) en los sistemas médicos formales, aunque por diferentes razones y con un desarrollo diferente. En ambos casos, se está logrando establecimiento de sistemas sólidos, predecibles, y relativamente fiables (paso 4- "Proceso 3S": Fig. 1).

### **Chile**

En el caso de Chile existe un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales. No obstante, el porcentaje de terapeutas tradicionales que cuentan con este permiso es muy bajo, ya que para ejercer la práctica terapéutica tradicional dicho permiso es otorgado por el gobierno por medio del Ministerio de Salud. La información sobre Chile señala que los terapeutas tradicionales que carecen de permiso pueden ser multados o acusados de ejercicio ilegal de la práctica médica, su consultorio puede ser clausurado, incluso, tener problemas judiciales cuando interfieren con la práctica médica oficial. Ante la inexistencia de un marco

legal amplio para la regulación de la medicina tradicional su práctica se tolera en tanto no compita con la práctica oficial y se realice de manera discrecional (Nigenda, Mora-Flores, Aldáma-López, & Orozco-Nuñez, 2001).

En el caso de Perú, Colombia, Argentina, Chile, México se están avanzando en los primeros pasos, en el marco de una decisión política para tener en cuenta las tendencias en la población que muestran una preferencia por TN-CAM en la atención sanitaria (paso 3- "Proceso 3S": Figura 1), no parecen haber reunido la "masa crítica" necesaria para hacer un cambio, a pesar de ciertas iniciativas de interés que pueden ser la base para el desarrollo de políticas a nivel nacional en otros países, como Venezuela, Bolivia y Ecuador. (Paso 2 "Proceso 3S": Fig. 1).

### **Colombia**

En Colombia, con la Resolución 2997 del Ministerio de Salud (1998), se empieza a tener en cuenta y a reglamentar la práctica de terapias alternativas, a partir de entonces se han venido generando cambios en el desarrollo y la aceptación de estas prácticas incluyendo otras normas relacionadas tales como: la Resolución 1896 de 2001 que incluye en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) la consulta de terapias alternativas; la Sentencia T-206 de 2004 de la Corte Constitucional (Titulo de idoneidad de Homeopata, 2004) que confirma los requisitos para prestar servicios de medicinas alternativas, en particular el servicio de medicina por el sistema homeopático, y quienes lo presten deben contar con título profesional de Medicina expedido por una universidad reconocida por el Estado, encontrarse inscrito en el registro profesional de cada ente territorial donde oferte el servicio, y cumplir con el proceso de habilitación establecido en el Decreto 2309 y la Resolución 1439 de 2002; finalmente, la Ley 1164 del 3 de octubre del 2007 dicta disposiciones en materia del talento

humano en salud, crea el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, y los siguientes comités: un comité por cada disciplina profesional del área de la salud, comité de talento humano en salud ocupacional, comité de las culturas médicas tradicionales, comité para las medicinas y terapias alternativas y complementarias, comité de ética y bioética, y los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en salud considere pertinentes para el cumplimiento de sus funciones.

De acuerdo con Pinto & Ruiz (2012), en Colombia la normatividad reconoce la existencia de la MAC y limita su ejercicio a los médicos para la homeopatía, la medicina tradicional china y la ayurveda. Se reconoce además la necesidad de capacitación en el tema a través de instituciones de educación superior reconocidas por el Ministerio de Educación Nacional. Otras terapias alternativas complementarias pueden ser ejercidas por profesionales en las diferentes áreas de las ciencias de la salud. La integración de la MAC en el sistema de salud permitirá rescatar aspectos importantes de la atención como el establecimiento de la relación médico-paciente y la atención humanizada de las personas. Por su parte, el modelo de integración en el sistema de salud debe darse siguiendo los principios de la equidad social y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención de los servicios de salud.

## **EQUIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

La agenda social y el rol del Estado en América Latina se ha venido transformando con las luchas sociales y la capacidad de los pueblos de exigir a sus gobernantes mejores condiciones en su calidad de vida; hoy los gobiernos reflejan, en general, un compromiso creciente con la equidad y la justicia sanitaria tensionado por las profundas desigualdades

socioeconómicas. Los esfuerzos por universalizar el derecho a la salud han llevado a desarrollar diversas políticas públicas, cuyo alcance depende del entendimiento de los conceptos de salud y equidad (Frenz & Titelman, 2013). La salud, en cuanto al anhelo de igualdad traducible en políticas públicas, tiene sus raíces en la equidad, la universalidad, la solidaridad y la inclusión (Organización Panamericana de la salud, 2013). Comúnmente se entiende por equidad en salud al esfuerzo de reducir diferencias sanitarias entre grupos sociales, que son sistemáticas, evitables y consideradas injustas (Whitehead, 2010). Las preguntas que surgen de esta definición son, en consecuencia, qué tipos de desigualdades en salud son injustas y, por lo tanto, cuáles deben ser abordadas mediante la política pública. En términos operativos, y para efectos de medición, la equidad en salud puede definirse como la ausencia de disparidades en salud (y en sus principales determinantes sociales) que se asocian con la ventaja/desventaja social; las desigualdades de salud ponen sistemáticamente a las poblaciones que ya están en desventaja social (por ejemplo, en virtud de ser pobre, mujer, o miembros de un grupo racial, étnica, religiosa o privados de sus derechos) en más desventaja con respecto a su salud (Braveman & Gruskin, 2013)

Colombia es uno de los pocos países de América Latina que ha implementado un programa de seguridad social en salud a nivel nacional dirigido a los pobres. Este programa, conocido como el Régimen Subsidiado (SR), comenzó a implementarse en 1996 como parte de una de las más ambiciosas e innovadoras reformas de salud en la región, conocida como la Ley 100 de 1993. Las reformas buscaron mejorar los resultados de salud y proteger a las familias de más bajos recursos económicos a través de la cobertura de seguridad social en salud obligatoria, para toda la población, para aumentar la calidad y eficiencia de los servicios de salud mediante la introducción de entidades públicas y privadas que pudieran competir en

igualdad de condiciones para prestar un servicio de salud eficiente y de calidad. Con ésta iniciativa se buscaba ampliar cobertura, garantizar equidad en salud y mejorar la calidad (Branco Araujo et al, 2011), sin embargo hoy se sabe que el caso colombiano no es necesariamente de los más equitativos del continente; los resultados obtenidos en la identificación de inequidades en la financiación coinciden con los hallazgos de Castaño y Cols quienes encontraron en 2002, al utilizar como variable de comparación los ingresos, un aumento en la regresividad de los pagos de bolsillo entre 1985 y 1997 e identificaron una tendencia hacia un impacto más regresivo de los mismos a partir de 1994 (Guarnizo-Herreño & Agudelo, 2010)

El gasto de bolsillo en salud corresponden a los pagos directos realizados por los hogares en bienes y servicios del sector salud como medicamentos (la parte no cubierta por el sistema de salud), las hospitalizaciones o los procedimientos ambulatorios, entre otros, independientemente de si se encuentra o no afiliado a algún régimen ( Pérez-Valbuena & Silva-Ureña, 2015); estos gastos provenientes de los sistemas de financiamiento no solidario demandan de las mujeres un mayor gasto en salud asociado a sus mayores necesidades y utilización, como en el caso colombiano y chileno. En Chile, la prima de aseguramiento privado durante la edad reproductiva era 2,2 veces mayor para las mujeres que para los hombres (Vega, Bedregal, & Jadue, 2013), mientras que en Colombia las mujeres emplean más “recursos propios” para su atención en salud, que los hombres (Guarnizo-Herreño & Agudelo, 2010).

La utilización de servicios, en Chile, es además diferencial por edad, nivel de ingreso y sistema de previsión. El sistema público concentra a los grupos de mayor riesgo: niños,

ancianos y mujeres en edad reproductiva. El sistema privado discrimina por riesgo y concentra hombres jóvenes y de mayores ingresos.

Recientemente se ha generado un movimiento de reorientación de los servicios de salud de diferentes países del mundo. En América Latina es evidente el proceso de renovación de la Atención Primaria de Salud (APS). Los países de la Región han convertido las políticas y programas de atención primaria en un elemento básico de sus sistemas nacionales de salud con el propósito de alcanzar la meta de salud para todos. No obstante, la labor de realización de la agenda de atención primaria de salud seguía inconclusa al comenzar el nuevo milenio: en algunos países y en muchas zonas dentro de un mismo país han persistido enfermedades y trastornos que impiden alcanzar la salud para todos. A pesar de la disponibilidad de soluciones eficaces en función de su costo y de intervenciones sencillas, existe un marco de desigualdades en el cual una “tiranía de los promedios”, es decir, la referencia excesiva a un valor medio, oculta la presencia continua de problemas prioritarios de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

La OMS comenzó a promover la APS antes de 1978 cuando esta fue adoptada en la Conferencia de Alma-Ata (PAHO- Pan American Health Organization, 2012). La APS fue definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Posteriormente, en el marco de la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, se sostuvo que la Declaración de Alma-Ata seguía

siendo válida. Sin embargo, se planteó que, en lugar de ponerse en práctica como programa u objetivo, sus ideas fundamentales debían integrarse en los sistemas de salud de la región con el fin de que los países pudieran enfrentar nuevos desafíos como los cambios epidemiológicos y demográficos, las nuevas situaciones socioculturales y económicas, las infecciones emergentes o pandemias, la repercusión de la globalización en la salud y los costos de salud cada vez mayores en el marco de las características particulares de los sistemas nacionales de salud. Así se adquirió como compromiso abogar por la integración de los principios de la APS en el desarrollo de los sistemas de salud.

Con la publicación del Documento de Posición de la OPS/OMS en 2007 sobre la renovación de la APS en las Américas la estrategia de renovación especificó un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden medirse y evaluarse y que constituyen una aproximación coherente y lógica hacia sistemas de salud firmemente basados en la estrategia de la APS. A partir de esta renovación, en comparación con la Declaración de Alma-Ata, la definición propuesta se centró en el sistema de salud en su conjunto, en la distinción de valores, principios y elementos, en la importancia de la equidad y la solidaridad y en la incorporación de principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. También se descartó la idea de que la APS fuera un conjunto estipulado de servicios de salud ya que planteó que estos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud. Como estrategias para renovar la APS propuso completar su implementación donde el proceso había fallado, fortalecerla para afrontar nuevos desafíos e incorporarla en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano. (PAHO - WHO, 2007)

Sin embargo, señala la Organización Panamericana de la Salud (2007), aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados. La renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven. Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

De acuerdo con Macinko et al (2007), Borroto et al (2010), Carneiro et al (2010), Castillejo et al (2010), Giraldo & Vélez (2013); para alcanzar sistemas de salud basados en la APS, se deben superar barreras como la segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de las desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, las reformas de salud que han dividido a la población, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, la rectoría y el liderazgo estatal débil, los recursos humanos insuficientes en número y capacitación, la falta de capacidad resolutoria, de coparticipación y corresponsabilidad de los

integrantes del equipo, la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y la falta de flexibilización en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales.

Los países deben trabajar en los siguientes aspectos, considerados los más relevantes relacionados con la implementación y el desarrollo de la estrategia de la APS en los sistemas de salud:

País	Características definidas por la OPS/OMS adoptadas	Organismo estatal de dirección/modelo	Objetivos /Actividades relevantes
<b>Cuba</b>	<p><i>Valor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derecho al mayor nivel de salud posible</li> </ul> <p><i>Principio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación e intersectorialidad</li> </ul> <p><i>Elementos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención integral, integrada y continua</li> <li>- Cobertura y acceso universales</li> </ul>	<p>Ministerio de Salud Pública. Modelo del médico y la enfermera de familia</p>	<p>Mejorar el estado de salud de la población. Ofrece servicios integrales de salud como derecho de los cubanos. Ha aplicado un enfoque integral que va desde la promoción hasta la rehabilitación. Se ha garantizado una mayor accesibilidad a los servicios de APS</p>
<b>Colombia</b>	<p><i>Valor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equidad</li> </ul> <p><i>Principios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación hacia la calidad</li> <li>- Participación</li> <li>- Intersectorialidad</li> </ul> <p><i>Elementos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación familiar y comunitaria</li> </ul>	<p>Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de la APS</p>	<p>Fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud para permitir la acción coordinada del Estado, de las instituciones y de la sociedad para la mejora de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Promover acciones intersectoriales para el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud. Incentivar</p>

			los procesos de participación ciudadana y comunitaria
<b>Chile</b>	<i>Principio:</i> - Orientación hacia la calidad <i>Elemento:</i> - Cobertura y acceso universal	Ministerio de Salud. Plan de acceso universal con garantías explícitas	Garantizar el acceso oportuno a los servicios de calidad

Tabla 1. Aspectos más relevantes relacionados con la implementación y el desarrollo de la estrategia de la APS en los sistemas de salud de la Región Caribe. Fuente: Elaboración propia a partir de (Giraldo Osorio & Vélez, 2013)

## **DISCUSIÓN.**

Se esperaba determinar los avances de los sistemas de salud en Chile, Cuba y Colombia; los dos primeros por sus indicadores sobresalientes y el tercero por ser de interés para los investigadores comparar las condiciones que los hacen similares o disimiles, sin embargo se quería contextualizar desde los planos económico y político las razones por las cuales cada nación ha adoptado sus Sistemas de Salud, siendo especialmente importantes los trabajos que sobre el tema desarrollaron Maceira (2007) y Saénz Madrigal (2015) y cómo las políticas establecidas por los estamentos multilaterales, en especial la banca, han sido determinantes en la estructuración de éstos sistemas. Los trabajos descriptivos de Castro Hoyos (2012), Guerrero et al (2012), Domínguez-Alonso & Zacca (2011) y Becerril-Montekio (2011) fueron de gran importancia para lograr comprender la dinámica, estructura y financiación de cada uno de los sistemas de Salud.

Al realizar el análisis comparativo de los tres sistemas, desde la perspectiva de sus avances y retos, encontramos que los tres se enfocan en garantizar la universalidad en Salud, entendida como lo señala Bilbao & Crespo (1999) como el acceso de todos y cada uno de los ciudadanos al modelo de organización de la prestación de los servicios sin embargo sólo lo cumple el de Cuba, tal como lo sugiere Iñiguez (2012), dado que toda la población al nacer tiene garantizado el acceso a los servicios de salud; el de Colombia y el de Chile son más parecidos, tienen un componente público que se encarga de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable y menos protegida y un sector privatizado, desde la perspectiva de diseño de las arquitecturas de los sistemas de salud, podemos decir

que en sus orígenes las reformas del sector de la salud estuvieron muy condicionadas por los procesos de reforma del Estado, el predominio de las consideraciones puramente financieras y por un escaso peso de los ministerios de salud en su diseño. Sin embargo, desde mediados del decenio de 1990, se avanzó en el reconocimiento de su complejidad y especificidad, en el reequilibrio entre actores nacionales e internacionales, y en una cierta recuperación del liderazgo de las autoridades nacionales de salud. La evaluación de las reformas es muy incipiente y desigual. En los países que estudiamos, no se realiza de manera sistemática y en los casos que se hace un intento de evaluación, los resultados de las mismas, rara vez se usan como un insumo importante para rediseñar los contenidos y estrategias de implementación de las reformas. Ahora bien, existen diferencias marcadas entre los tres sistemas de salud, no sólo desde el punto de vista de financiamiento y administración, dónde claramente el sistema cubano se diferencia de los otros dos, por su carácter público y centralizado; sino desde la filosofía de prevención, mientras el primero se enfoca en medidas de prevención, que a la larga le resulta menos costoso al sistema, los otros dos se han enfocado en responder a la enfermedad y eso lo hace menos eficaz, en términos de indicadores globales de desempeño.

Desde los resultados, medidos con los indicadores vitales de los sistemas, encontramos que el sistema de Cuba tiene mucho que mostrar, por la cobertura y acceso, además porque se fundamenta en la prevención y eso ha garantizado que sus métricas se mejoren con los años; Colombia, con la ley 100 amplió la cobertura, la universalidad en salud logró cubrir más del 80% de la población, mejoró las condiciones de acceso, pensó en las personas que no estaban cubiertas por el sistema y los empezó a subsidiar, acceso a la consulta, protección financiera, sin embargo es débil en dar respuesta oportuna a las personas, pues actualmente muchos procedimientos se dirimen en los estrados y es vía jurídica como se garantiza el derecho a la

salud; sin embargo con la Ley Estatutaria de la Salud se espera que estos aspectos mejoren, en principio, al considerar la Salud como derecho y no como servicio, se espera que la universalidad en salud se aplique sin retórica ni demagogia, sino que en un sentido extenso, los ciudadanos tengan acceso a todos los servicios sanitarios, mejore la medicina preventiva y se aseguren los recursos para el acceso a los mismos.

Para nuestra sorpresa, el tratamiento del tema de recursos humanos en los estudios revisados fue débil. Dicha situación contrasta con la importancia relativa que tiene el tema para las reformas de los sistemas de salud, ya que todo cambio en el sistema afecta en primer lugar a sus trabajadores. Por otro lado, la reorientación de la competencia de los recursos humanos según las nuevas necesidades de atención demandada por cambios epidemiológicos y demográficos, ha de ser un tema de mucha importancia en reformas futuras.

A su vez se observa que, con excepción del interés que varios estudios han conferido al impacto sobre la equidad, los temáticos parecen reproducir la prioridad que las reformas han otorgado a los aspectos que se refieren a la introducción de cambios en la organización y financiamiento, como consecuencia de una preocupación predominante de las reformas por la eficiencia económica. De allí la alta frecuencia de estudios sobre descentralización y financiamiento. Es igualmente notoria la correlación entre la ausencia de avances significativos en la extensión de la protección social en salud a vastos sectores de la población que aún permanecen excluidos, y el déficit de estudios que se refieren al derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento.

Por último podemos sugerir que para Chile, supone un reto la inequidad entre sus dos regímenes, así como la discriminación que se presenta al momento de la afiliación; Para Colombia, se debe garantizar un trato digno a los pacientes, acorde con sus necesidades y, al igual que Chile que no discrimine a los afiliados de un régimen y otro, privilegiando a quienes pueden pagar mejores condiciones; para Cuba el reto es la financiación, dado el carácter público del mismo y las amargas condiciones económicas por las que atraviesa el país, ha quedado establecido que el sistema de salud cubano es financiado completamente por el Estado y que el Estado atraviesa por una difícil situación económica, lo que implica que, si se quiere continuar con ese modelo asistencialista, deberán buscarse formas de financiación que no vayan en detrimento de la calidad del servicio, de la dignidad del paciente o de la del profesional en salud.

Ahora bien, no existe una posición única en relación con los diferentes sistemas de salud analizados, tampoco un consenso sobre si es acertado el modelo o por el contrario exige cambios estructurales; así por ejemplo Macinko et al (2007), Borroto et al (2010), Carneiro et al (2010), Castillejo et al (2010), Giraldo & Vélez (2013); concuerdan en que para alcanzar sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud, se deben superar barreras como la segmentación de los sectores público y privado. Mientras Maceira (2007) plantea que la descentralización es un paso fundamental para avanzar en un sistema de salud eficiente y de cobertura universal, Rojo Pérez et al (2010) insiste en que el modelo centralizado de Cuba arroja mejores resultados. En tanto WHO (2015), Atun (2015), European Observatory (2013), Frenz & Titelman (2013), PAHO (2013), Braveman (2013), Whitehead (2010), Branco (2011), Vega et al (2013), concuerdan que es prioritario el tema de la equidad en salud para cerrar las brechas sociales de pobreza, pues se produce una especie de

“revictimización” sí nos es lícito el término, cuando una persona en situación de pobreza, enferma y no tiene posibilidad de acceder a servicios dignos de salud.

En relación con la descripción del sistema de salud chileno, concuerdan los autores Annick (2012), Tegtmeier et al (2010), Unger et al (2008), Becerril (2011), Goic (2015) en señalar la arquitectura, financiación y debilidades del mismo, y los retos que enfrenta en relación con la inequidad que suponen las ISAPRE y el FONASA, al permitir a un pequeño sector de la sociedad acceder a unos servicios especializados que quienes están vinculados al FONASA, no logran hacerlo por los costos.

Para los autores cubanos, Dominguez-Alonso et al (2011), Rojo et al (2010), Luna Morales et al (2009), Iñiguez (2012), Cooper (2006), la revolución cubana ha sido el instrumento que ha permitido llevar el sistema de salud de Cuba a ser uno de los de mejores indicadores a nivel mundial y, naturalmente, el de mejor desempeño en Latinoamérica.

Está claro que el sistema de salud de Chile que tiene amplias similitudes de arquitectura con el de Colombia, pero dista en fondo y forma con el de Cuba; lo que nos permite concluir que no es la arquitectura del sistema, una variable definitiva en el logro de indicadores de eficiencia sobresalientes. De ahí la importancia de este estudio, pues permitirá en futuras reformas al sistema de salud, considerar otras variables, de orden sanitario y asociadas al recurso humano, incluso al recurso físico, para mejorarlo.

Ahora bien, sí bien el estudio no se centró en lo descriptivo, también es cierto que hubiera podido considerarse evaluar las variables que inciden de forma directa en los indicadores de

desempeño de los sistemas de salud; o en la evaluación de los pesos relativos de las variables en los indicadores de mayor relevancia en los sistemas de salud. De igual manera, dada la escasa información, con excepción de Cuba, sobre el Recurso Humano disponible, un estudio podría enfocarse en generar metodología que permitan establecer con mayor precisión el número de profesionales que están destinados a atender la población, por grupos de diagnóstico relacionado; por lo tanto creemos que estudiantes de pregrado y posgrado podrán dar continuidad a la investigación, desde las ópticas sugeridas más adelante; consideramos que desde nuestro ejercicio profesional las conclusiones que hemos extractado del estudio nos servirán para contribuir, aun cuando sea de forma muy pequeña, en que el sistema se dinamice. Existen muchas ideas de profundización que, con el tiempo, nos gustaría seguir abordando.

## **CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Tal como lo señala Tobar (2010), con excepción de Cuba, los sistemas de salud tanto de Chile como de Colombia, son fragmentados y segmentados; la fragmentación hace referencia a que el cuidado de la salud de la población se reparte entre múltiples responsables: una parte el Estado, otra la obra social, y otra las clínicas privadas; y la segmentación se refiere a que no hay una única institución, sino muchas, cada una con un pedazo.

Los sistemas de salud han sido diseñados, en principio para superar la brecha de la desigualdad y la pobreza, con lo que inicialmente era un reto garantizar el acceso; poco a poco la política ha ido evolucionando por, no solo garantizar universalidad y cobertura, sino la equidad en los servicios ofrecidos y asegurar los recursos suficientes para que los sistemas no colapsen.

Existe un aparente consenso en señalar que la descentralización si permite mejoras en los sistemas de salud; Cuba, un país principalmente centralizado, ha admitido que algunas responsabilidades del sistema se deleguen en las regiones para, de esta manera, ser más eficaces en la respuesta a las necesidades.

En los sistemas de salud mixtos, es decir que una parte es asumida por los particulares y otra por el gobierno, la equidad se ha convertido en un serio problema, pues solamente quienes tienen posibilidad económica, es decir las clases sociales más altas, pueden acceder a servicios de mayor calidad, con mayor prontitud y con mayores beneficios; mientras las clases vulnerables sufren una especie de revictimización, pues no solamente no alcanzan a

acceder a los mejores servicios sino que deben aguardar largos periodos de tiempo para acceder, especialmente aquellos que requieren cierto nivel de especialidad.

Se ha venido generando conciencia sobre la importancia de la medicina natural en los campos tradicionalmente dominados por la medicina convencional; sin embargo aún es muy incipiente, la legislación es muy tímida y se requiere una regulación más estricta para el ejercicio de la profesión y para la vinculación de la misma a los sistemas de salud nacionales.

Finalmente no es posible señalar con certeza sí existe una relación entre la arquitectura del sistema de salud y sus indicadores de desempeño o resultados en salud ya que, como lo hemos argumentado a lo largo del documento, un estado asistencialista, como Cuba puede tener un buen sistema de salud reflejado en indicadores sobresalientes, pero un modelo similar aplicado en Brasil y Venezuela no ha sido capaz de arrojar tales métricas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez-Alonso, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud pública de México*, S168-S176.
- Pérez-Valbuena, G. J., & Silva-Ureña, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Documentos de trabajo sobre economía regional - Banco de la República*.
- Almeida, C. (2005). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6-60.
- Almeida, C. (2015). Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe, Agenda, Modelos y algunos resultados de implementación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6-60.
- Almeida, C., Bazzani, R., & Pitmann, P. (2001). *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y El Caribe*. Washington: Biblioteca Organización Panamericana de la Salud.
- Alves, R. R., & Alves, H. N. (2011). The faunal drugstore: Animal-based remedies used in traditional medicines in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2-43.
- Amaya Lara, J. L., Beltrán Villegas, A., Chavarro, D., Romero Silva, G., Matallana Gómez, M. A., Puerto García, S., . . . Vásquez Candía, M. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*. Pontifica Universidad Javeriana.
- Annick, M. (2012). The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud pública de Mexico No. 44*, 60-68.
- Atun, R., Moteiro do Andrade, L. o., Almeida, G., & Cotlear, D. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The lancet Vol. 385*, 1230-1247.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chiles. *Salud publica de Mexico. Vol 53*, S132-S143.
- Bilbao, J., & Crespo, E. (1999). El principio de universalidad y el concepto de familia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. *Salud Uninorte No. 14*, 23-27.
- Borroto Cru, E. R., Salas Perea, R. S., & Díaz Rojas, P. A. (2010). Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela. *Educ. Medi Sup*, 111-135.
- Branco Araujo, G. T., Caporale, J. E., Stefani, S., Pinto, D., & Caso, A. (2011). Is Equity of Access to Health Care Achievable in Latin America? *Value in Health No. 14*, S8-S12.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2013). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health No. 57*, 254-58.
- Caceres Guido, P., Ribas, A., Gaioli, M., Quattrone, F., & Macchi, A. (2015). The state of the integrative medicine in Latin America: The long road to include complementary, natural,

and traditional practices in formal health systems. *European Journal of Integrative Medicine*, 5-12.

Carneiro Junior, N., & Gené Badia, J. (2011). La atención primaria catalana vista desde la reforma brasilena de salud. *Atención Primaria No. 43*, 611-616.

Castillejo, J., Vicente, R., Dolz, M., Prats, M., & Ramos, E. (2010). Reflexiones sobre los sistemas sanitarios del Municipio de Sao Paulo y de Cataluña . *Atención Primaria*, 4954.

Castro Hoyos, C. E. (2012). Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. *Friedrich Eberto Stiftung. Colombia FESCOL*.

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2015). [www.cepal.org.co](http://www.cepal.org.co).  
Obtenido de <http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100>

Congreso de la República. (1993). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Cooper, R. S., Kennelly, J. F., & Orduñez-García, P. (2006). Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology No. 35*, 817-824.

CSIS - Center for strategic & International Studies. (2010). *Health in Latin America and the Caribbean. Challenges and Oportunities for U.S. Engagement*.

DANE. (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020*. Colombia.

DANE. (2016). *Encuesta Nacional de calidad de vida - ECV 2015*. Colombia.

De Vos, P. (2005). "No one left Abandoned": Cuba's National Health System since 1959 Revolution. *International Journal of Health Services*, 189-207.

De Vos, P. (2015). "No one left Abandoned": Cuba's National Health System since 1959 Revolution. *International Journal of Health Services*, 189-207.

De Vos, P., De Ceukelaire, W., & Bonet, M. (2008). Cuba's health system: challenges ahead. *Health Policy and Planning*, 288-290.

Defensoría del Pueblo. (2015). *La Tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014*. Bogotá.

Del Toro García, G., & Trapero Quintana, Y. M. (2007). La Medicina Tradicional y Natural en el Sistema de Salud Pública Cubano . *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas No. 6*, 48-51.

Delgado García, G. (2010). Desarrollo Histórico de la salud pública en Cuba. *Revista cubana de Salud pública*, 110-118.

Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Encuesta Longitudinal de Protección Social - ELPS 2012*. Colombia.

European Observatory on Health System ans Policies. (2013). *Health System perfomancecomparison*. McGraw Hill.

- Fariñas, L. (2015). De qué morimos los cubanos. *Granma. Organo Oficial del Partido Comunista de Cuba*.
- Florez, C. E., & Soto, V. E. (2007). *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: Fundación Corona.
- Franco Giraldo, A., & Alvarez Dardet, C. (2009). Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 540-547.
- Frenk, J. (2010). The Global Health System: Strengthening National Health System as the Next Step for Global Progress. *Plos Medicine Vol. 7*.
- Frenz, P., & Titelman, D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev Perú Med Exp Salud Vol. 30 No. 4*, 665-70.
- Giedion, U., & Villar Uribe, M. (2009). Colombia's Universal Health Insurance System. *Health Affairs Vol. 28 No. 3*, 853-863.
- Giraldo Osorio, A., & Vélez, Á. C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención primaria*, 384-394.
- Gleidon, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2010). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. *Serie financiamiento del desarrollo 219*.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile No. 143*, 774-746.
- González, E., & Quindós, A. (2010). *La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud*. . Escuela universitaria de enfermería Santa Madrona: Tesis de Maestría.
- Guarnizo-Herreño, C., & Agudelo, C. (2010). Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Revista Salud Pública No. 10*, 44-57.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México vol. 53*.
- Hejduková, P., & Kureková, L. (2016). National health systems' performance: evaluation WHO indicators. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 230*, 240-248.
- Herrera Arbelaez, J. M. (2015). El desarrollo del Sector Salud Colombiano basado en la Autonomía Médica. *Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología Vol. 29*, 41-42.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 54-62.
- Instituto Nacional de Estadísticas - Chile. (2015). *Estadísticas Vitales. Anuario 2014*. Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas-Chile. (s.f.). *CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población . Total País. 1950-2050*.
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Imprenta Nacional de Colombia.

- Iñiguez Rojas, L. (2012). Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud de Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública No. 38*, 109-125.
- Jiménez, W. G., Angulo, L. L., Castiblanco, Y. P., Gómez, M. L., Rey, L. J., Solano, L. T., & Urquijo, Y. C. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental en salud? *Revista colombiana de cirugía*, 81-90.
- Luna Morales, E. C., Sierra Pérez, D., & Gandul Salabarría, L. (2009). La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. *Revista Cubana de Medicina General Integral No. 25*.
- Maceira, D. (2007). *Actores y reformas en salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007). Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the PanAmerican Health Organization/WHO. *PanAmerican Public Health*, 73-84.
- Martínez, S., Carrasquilla, G., Guerrero, R., Gómez-Dántes, H., Castro, V., Arreola-Ornelas, H., & Bedregal, P. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud pública de México Volumen 53*, S78-S84.
- Ministerio de Salud. (2011). *Encuesta Nacional de salud ENS Chile 2009 -2010*. Chile.
- Ministerio de salud. (2012). *Encuesta CASEN 2011 Modulo S: Salud*. Chile.
- Ministerio de Salud. (2015). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia (2015)*.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Anuario estadístico de salud*. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Ministerio de salud y Protección Social. (2013). *BDUA a Diciembre de 2012*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cifras financieras del sector salud - Boletín bimestral No. 4 Mayo - Junio 2014*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015*. Colombia.
- Mizrahi, D. (2014). Los países con el mejor sistema de salud de América Latina. *Infobae América*.
- Navarrete Torres, P., & Acosta Trujillo, R. (2009). *Análisis de la importancia de la sentencia T-760 de 2008 sobre el derecho a la salud*. Bogotá: Universidad de la Sabana.
- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldáma-López, S., & Orozco-Nuñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud pública de México Vol. 43 No. 1*, 41-51.
- Ocampo, J. A., Stalling, B., Bustillo, I., Belloso, H., & Frenkel, R. (2014). *La crisis latinoamericana de la deuda desde la perspectiva histórica*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Hong Kong, China.

- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas 2007 Vol. I*.
- Organización Panamericana de la salud. (2013). *Informe regional sobre el desarrollo sostenible y la salud en las Américas*. Washington DC.
- Osorio, A. M., Romero, G. A., Bonilla, H., & Aguado, L. F. (2016). *Influencia del contexto socioeconómico de la comunidad sobre desnutrición infantil en Colombia: un enfoque multinivel para los años 2005 y 2010*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- PAHO - WHO. (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Documento de Posición de la Organización Pan-americana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)* (pág. 34). Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.
- PAHO- Pan American Health Organization. (2012). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, (págs. 1-3). URSS.
- Palacio Acosta, C. A. (2013). La crisis del sistema de salud colombiano. *Revista colombiana de Psiquiatria No. 42*, 303.
- Parkin Daniels, J. (2017). Colombia fails to tackle malnutrition in Indigenous children. *The Lancet Vol. 389*, 23,24.
- Pérez Lugo, J. E. (2012). Sistemas de Salud en América Latina: entre aciertos y desaciertos. *Omnia Universidad de Zulia*, 148-162.
- Pinto-Barrero, M. I., & Ruiz-Díaz, P. (2012). Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. *Aquichan No. 2 Vol. 12*, 183-193.
- Resolución No. 13. Ley Marco de Medicina Tradicional para América Latina y El Caribe, XXV Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano (Parlamento Latinoamericano 02 de Octubre de 2009).
- Rojo Pérez, N., Laria Machada, S., Castell-Florit Serrate, P., Pérez Piñero, J., Barroso Romero, Z., & Bayarre Veá, H. (2010). Research on health systems and services in Cuba and their goals towards 2015. *Revista Cubana de Salud Pública*, 209-214.
- Saénz Madrigal, M. d. (2015). *Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina*. Madrid: Programa EUROsociAL.
- Salud, M. d. (27 de Julio de 1998). Resolución 2927 de 1998. Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones. Colombia.
- Salud, S. d., Tegtmeier, R., Cid, C., & Sánchez, M. (2010). *Discriminación y equidad de género pre y post reforma de salud 2009*.
- Sintes Jiménez, M. (2011). Evolución del Sistema de Salud cubano. *Revista Medica Electrónica Vol. 33 No. 4*.
- Sojo, A. (2006). *Health benefits guarantees in Latin America: equity and quasi-market restructuring at the beginning of the Millennium*. Mexico: CEPAL: Social Development Unit.
- Superintendencia de Salud. (2016). *Principales Indicadores de monitores del Sistema Isapre*. Chile.

- Tapia-Conyer, R., Betancourt-Cravioto, M., Saucedo-Martínez, R., Motta-Murguía, L., & Gallardo-Rincón, H. (2013). Strengthening vaccination policies in Latin America: An evidence-based approach. *Vaccine No. 31*, 3826-33.
- Titulo de idoneidad de Homeopata, T-206/04 (Corte Constitucional 2004).
- Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Argentina: Ediciones Fundación Sanatorio Güemes.
- Unger, J.-P., De Paepe, P., Cantuarias, G. S., & Herrera, O. A. (2008). Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *PloS Medicine Vol. 5*, 542-47.
- Uribe, J. P. (2015). «Colombia, la más sana». La urgente necesidad de una visión para la salud colombiana. *Revista Colombiana de Cardiología No. 22*, 157-58.
- Vega, J., Bedregal, P., & Jadue, L. (2013). Equidad de género en el acceso a la atención en Chile. *Revista médica de Chile*.
- Vergara-Iturriga, M., & Martínez-Gutiérrez, M. S. (2010). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud pública de México No. 48*, S12-S21.
- Wang, H. (2016). Comparative Health Systems. *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)*, 111-116.
- Weidenhammer, W., Lewith, G., Falkenberg, T., Fønnebø, V., Johannessen, H., Reiter, B., . . . Brinkhaus, B. (2011). EU FP7 Project 'CAMbrella' to Build European Research Network for Complementary and Alternative Medicine. *Forsch Komplementmed*, 69-76.
- Whitehead, M. (2010). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO-World Health Organization. (2015). *Global Health Ethics. Key issues*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO-World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Williamson, J. (1993). Democracy and the "Washington Consensus". *World Development, Vol. 21, No. 8*, 1329-36.
- World Bank - HNP. (2010). *Protecting Pro-Poor Health Services during Financial Crises Lessons from Experience*.
- World Bank. (2016). <http://data.worldbank.org/region/latin-america-and-caribbean>.

