



ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA FRENTE AL COLOMBIANO

Barragán R, Buitrago P, Blanco P, Morales M, González P, Orozco M, Carrillo P, Ortiz D, Páez J.*

Bastidas Claudia**

Área: Seguridad social; categoría: pregrado; modalidad: oral

Márquez Stella***

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo realizar un estudio comparativo de los diferentes sistemas de salud en países americanos con el colombiano a partir de una revisión bibliográfica. Para este fin se revisaron 110 obras representadas entre textos, artículos científicos y revistas especializadas. Seguidamente se procedió a diseñar la matriz bibliográfica que permitió derivar las unidades temáticas que constituyen la parte sustantiva de la investigación, así como también la descripción de las principales características de dichos sistemas que sirvieron de base para realizar el análisis y los fundamentos de la discusión de los diferentes sistemas de salud en el mundo y, en especial, de los países americanos. Los resultados alcanzados revelaron las semejanzas y diferencias existentes entre los sistemas de salud en América en lo referente a variables como cobertura, calidad, financiación, planes y programas, logros y desempeño, metas y funciones, formas de organización y evolución en los sistemas de salud. En el estudio se concluye que las reformas de la salud han surgido como respuestas en la búsqueda de una mayor eficiencia y equidad ante las expectativas sociales y que, para el estudio de comparación, Colombia ocupa un lugar intermedio entre los diferentes sistemas de salud en América.

Palabras Claves: sistemas de salud, cobertura, calidad, desempeño, metas.

ABSTRACT

The purpose of this investigation was to make a comparative study about the different systems of American countries related with the Colombian from a bibliographical check. 110 works were checked among texts, scientific articles and specialized magazines in order to get this objective. After this, a bibliographic matrix was designed; it helped to derive the thematic units that constitute the individual part of the investigation, the same as the description of the main characteristics of those systems that helped as a platform to make the analysis and the fundaments of the discussion of the different health systems around the world, specially, the American. The reached results revealed the similarities and differences that exist in the health systems in American referring to the variables as covering, quality, financing, plans and programs, achievements and performance, goals and functions, ways of organization and reforms to the health area have emerged as answers to the research of a better efficiency and equity according to the social expectations, beside this, Colombia has an intermediate place among the different health systems in America.

Key words: health system, health system coverage, quality of health care, analysis of job performance, goals.

* Estudiante X semestre

** Asesora científica

*** Asesora metodológica

INTRODUCCIÓN

El concepto de sistemas de salud, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud. Para el presente siglo los sistemas de salud han experimentado un crecimiento significativo a medida que se adquieren y aplican nuevos conocimientosⁱ.

La importancia, la estructura, la evolución, las reformas, el desempeño y las tendencias de los sistemas de salud en el mundo han sido objeto de innumerables investigaciones de organismos y estudiosos del tema, entre los que se citan aquellos que, a juicio de los investigadores, han hecho importantes aportes para una mejor comprensión de cómo funcionan dichos sistemas, así:

La Organización mundial de la salud en uno de sus más recientes estudios denominado: *"informe sobre la salud en el mundo 2000"*, destaca la importante contribución que los sistemas de salud han hecho en procura de mejorar la salud de la población mundial; pero de igual forma, afirma dicho estudio que su contribución podría ser aún mayor, especialmente para los pobres y, que si no se ha alcanzado todo lo que esos sistemas pueden dar, ello se debe a fallas sistémicas y no a limitaciones técnicas.^{ii, iii}

Infante Alberto y cols^{iv} en la investigación denominada: *"Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe"* presentan un análisis de las reformas del sector salud y sus tendencias a finales de la década de los noventa de 20 perfiles de sistemas de servicios de salud concluidos por la Organización Panamericana de la Salud, presentando resultados sólo para los ocho países que proporcionaron la información.

Franco G., Álvaro^v en el estudio: *"Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina"* analiza las principales propuestas y vertientes de reforma de la seguridad social que se dan en el mundo, pero con mayor especificidad en América Latina.

López, Daniel y cols^{vi} en el documento técnico preparado para la quinta conferencia internacional sobre promoción de la salud, destaca que las motivaciones impulsoras de las reformas de salud se han centrado, hasta ahora, en factores económicos, quedando relegadas las consideraciones de equidad y las preocupaciones de salud pública; de igual forma, la calidad de la atención y, más concretamente, el modelo de atención han sido temas marginales en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

Restrepo CH., y cols.^{vii} en el artículo: *"Algunos Aspectos sobre la Situación Actual de Salud en Colombia y sobre su Sistema de Seguridad Social"*, afirma que, si bien es cierto, que a partir de 1993 con la aprobación de la Ley 100, ha habido un aumento muy importante en los aportes dedicados a la salud, esto no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad.

De todo lo expuesto anteriormente por los diferentes autores anotados y por otros que no se incluyen, es importante resaltar que, la mayor preocupación cuando de gestión y reformas de sistemas de salud se trata, está directamente relacionada con aspectos tales como: la eficiencia, el mejoramiento de la calidad de atención sanitaria, la equidad, ampliación de cobertura, sostenibilidad financiera y reorientación en la asignación de recursos; debido a que los sistemas de salud tienen no sólo la responsabilidad de mejorar la salud de las personas, sino de protegerlas contra pérdidas financieras del costo de la enfermedad y de tratarlas con dignidad.

Teniendo en cuenta que dichas responsabilidades, consideradas como prioritarias de los sistemas de salud no siempre se alcanzan, generalizándose la insatisfacción pública; es importante para los investigadores conocer: ¿cómo funcionan los sistemas de salud en el mundo y particularmente en los países americanos?, ¿qué relación existe entre los sistemas de salud de los países americanos?, ¿qué

relación existe entre los sistemas de salud americanos y el sistema de salud colombiano?

En todos los países del mundo, y especialmente en los americanos, los sistemas de salud y sus reformas son temas de mucha controversia debido a las múltiples falencias que se han venido presentando en los diferentes organismos del sector salud; por ello se ha decidido realizar una investigación que permita identificar los sistemas predominantes en los diferentes países de América con el objeto de conocer cómo es su estructura, su funcionamiento y cómo éstos han contribuido a mejorar la calidad de vida de la población mundial.

Este estudio es de gran utilidad para los profesionales de la salud, debido a que presenta en forma práctica, sencilla y amena, la estructura, el funcionamiento, la evolución, y el desempeño de los modelos de salud de los países seleccionados; así como también, sus diferencias y semejanzas, lo cual permitirá tener una visión mucho más clara de los sistemas descritos, permitiendo poder compararlos con el modelo colombiano, para posteriormente observar en qué estado se encuentra nuestro país frente a los otros modelos americanos.

La necesidad a nivel mundial de los gobiernos de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, conllevó a la estructuración de los sistemas de salud con el fin de brindar una atención digna a las personas a lo largo de la vida, proporcionándoles un desarrollo sano y como consecuencia, un aporte al mejoramiento de su país.^{viii ix}

La mejora en salud es, sin lugar a duda, el principal objetivo del sistema de salud, pero no el único. En realidad el objetivo de una mejor salud tiene dos vertientes: primero, se debe alcanzar el mejor nivel posible; es decir, el sistema debe ser bueno; segundo, se debe lograr que haya pocas diferencias entre las personas; es decir, debe ser equitativo. En este sentido un sistema es bueno cuando la gente está conforme y es equitativo si no discrimina a nadie.

Los aspectos relacionados con la evolución y desarrollo de los sistemas de salud en el

mundo han sido objeto de investigaciones y análisis por estudiosos del tema, principalmente por la Organización Mundial de la Salud. El organismo en mención realizó un estudio descriptivo, comparativo y evaluativo del desempeño de los sistemas de salud donde se concluyó que dichos sistemas han sido objeto durante los últimos 100 años de varias reformas, incluida la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y la ampliación de los planes de seguro social, más tarde la promoción de la atención primaria de salud como vía para alcanzar una cobertura universal asequible, convirtiéndose éste en el objetivo para todos los sistemas. A pesar de todo, esta opción ha sido criticada por no ocuparse lo suficiente de la demanda de atención por la población.^x

En la investigación: *"Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe"* se siguió una metodología en la que se organizó el análisis en dos niveles: 1) seguimiento de los procesos (dinámica y contenidos) y 2) evaluación de los resultados. En términos de la dinámica de procesos, se presenta un análisis del contexto y de los actores involucrados en las distintas fases de las reformas. No obstante, el artículo presenta la información detallada sobre los resultados de las reformas en términos de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social, para ocho países.^{xi}

El estudio: *"Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina"*, es de tipo descriptivo y analiza de manera integral el tema de la seguridad social que se da en el mundo, pero con mayor especificidad en América. Analiza algunas alternativas en el caso de salud, la "reforma sectorial". Parte, en el orden internacional de la gran megatendencia de finales del siglo XX, la globalización, condicionante y determinante de los diferentes procesos de reformas y de la crisis de la seguridad social; pero, a su vez, eje importante de debate de las reformas en salud y seguridad integral en el mundo.^{xii}

El documento técnico preparado para la quinta conferencia internacional sobre promoción de la salud, presenta el contexto

de las reformas del sector en los últimos 20 años, en él se resalta el esfuerzo para introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud, similares en la mayoría de los países del mundo. También presenta los cinco principios orientadores de las reformas del sector salud, con los cuales la OPS propuso realizar seguimiento a las reformas del sector y evaluarlas: equidad, eficacia y calidad, participación social, eficacia y sostenibilidad.^{xiii}

El artículo: *"Algunos Aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su Sistema de Seguridad Social"*, realiza un análisis comparativo entre el Sistema Nacional de Salud (antes de 1993) con el modelo vigente, implementado a partir de 1993 con la aprobación de la Ley 100, donde los resultados del estudio apuntan hacia un aumento muy importante en los aportes dedicados a la salud, pero, a la vez, concluye que ello no se ha reflejado en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas, tal como debiera esperarse, puesto que la estructura que se ha creado ha absorbido estos mayores ingresos sin beneficiar a la comunidad. Concluyen los investigadores sobre la concepción actual de la prestación de servicios de salud como un negocio y no como un servicio social, aún bajo el esquema de la seguridad social.^{xiv}

Para evaluar la salud general de la población y poder así juzgar qué tanto se está logrando el objetivo de una buena salud, la OMS escogió la medida de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD, o DALE por sus siglas en inglés). Tiene la ventaja de ser directamente comparable con la esperanza de vida y puede cotejarse fácilmente entre las poblaciones.^{xv}

La presente investigación tuvo como objetivo, describir los diferentes sistemas de salud en el mundo y especialmente en América y realizar comparaciones con el modelo colombiano; para lo cual se hizo necesario:

- Describir los aspectos más relevantes que caracterizan a un sistema de salud.

- Identificar los perfiles de los sistemas de salud en los países americanos.
- Describir las características más sobresalientes de cada uno de los diferentes sistemas de salud así: cobertura, calidad, financiación, planes y programas, metas y funciones, logros y desempeño, formas de organización y evolución.
- Realizar un análisis comparativo de los sistemas de salud de los países americanos frente al sistema de salud colombiano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio consistió en una revisión bibliográfica de naturaleza comparativa entre los sistemas de salud americanos. Para este fin se revisaron 110 obras representadas entre textos, artículos científicos y revistas especializadas.

Para facilitar la recolección y análisis de la información se diseñó una matriz bibliográfica que permitió derivar las unidades temáticas que constituyen la parte sustantiva de la investigación, así como también la descripción de las principales características de dichos sistemas que sirvieron de base para realizar el análisis y los fundamentos de la discusión que caracterizaron al presente estudio.

La matriz Bibliográfica se diseñó utilizando como referencia el modelo propuesto por POLIT, D. y HUNGLER B que comprendió una tabla de tres columnas en la cual se relacionaron: el referente bibliográfico, la función de la revisión en cuanto a el contexto legal y conceptual, enfoque metodológico y fuente de ideas para la investigación y finalmente el tema utilizado para el estudio. (Anexo A).

Posteriormente, haciendo uso de la tecnología, se desarrolló una multimedia que permitiese la utilización del material objeto de la investigación para fines didácticos, de una manera práctica, sencilla y amena; para la cual se utilizaron los programas Photo Shop 7.0, Flash MX, Flash media player 6 y Cool Edit Pro.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD.

Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Los sistemas de salud están formados por las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud.

A lo largo del siglo XX, hubo tres generaciones superpuestas de reformas del sistema de salud; estas surgieron, no sólo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se buscaba mayor eficiencia, justicia y capacidad de respuesta.^{xvi}

La primera generación se caracterizó por la creación de sistemas nacionales de atención sanitaria y por la extensión a los países de ingresos medianos de los sistemas de seguro social, principalmente, en los años cuarenta y cincuenta en los países más ricos y un poco después en los más pobres. Para finales de los sesenta, muchos sistemas fundados 10 ó 20 años antes estaban sometidos a fuertes presiones. Los costos se incrementaban, especialmente, a medida que el volumen y la intensidad de la atención hospitalaria aumentaban por igual en los países desarrollados y en vía de desarrollo. Estos problemas eran evidentes, y cada vez más agudos en los países más pobres. Las potencias coloniales de África y Asia, y los gobiernos de América Latina habían establecido servicios de salud que, en su mayoría, excluían a las poblaciones indígenas.

Existía entonces, la necesidad de efectuar un cambio radical que hiciera a los sistemas más eficaces en función de los costos, más equitativos y más accesibles. De esta manera, la segunda generación de reformas vio en la promoción de la atención primaria de salud una ruta para alcanzar la cobertura asequible de toda la población. Este enfoque reflejaba la experiencia adquirida con los proyectos de control de enfermedades de los años cuarenta en países como Sudáfrica, la República Islámica de Irán y la antigua Yugoslavia. También se basaba en los éxitos

y en los experimentos de China, Cuba, Guatemala, Indonesia, Níger, la República Unida de Tanzania y el estado de Maharashtra en la India. Algunos de estos países, y otros como Costa Rica y Sri Lanka, lograron resultados de salud muy buenos a un costo relativamente pequeño, y en tan sólo 20 años agregaron de 15 a 20 años a la esperanza de vida al nacer al adoptar la atención primaria como estrategia para alcanzar la meta de "salud para todos" en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS/UNICEF, celebrada en 1.978.^{xvii xviii}

La multiplicidad de significados y sus consecuencias, a menudo contradictorias para la política, explican por qué no hay un sólo modelo de atención primaria y por qué ha sido difícil imitar los ejemplos exitosos de los países.^{xix}

En muchas de las reformas actuales de la tercera generación se incorporan las ideas de responder más a la demanda, tratando cada vez de lograr el acceso para los pobres y haciendo hincapié en el aspecto financiero, incluidos los subsidios, y no solamente en la prestación de servicios por el sector público. Estas tentativas son más difíciles de caracterizar que las reformas anteriores, porque obedecen a una mayor diversidad de razones e incluyen mayor experimentación. En parte, reflejan los profundos cambios políticos y económicos que se han venido produciendo en el mundo. Para finales de los años ochenta, estaba en marcha en China, Europa central y la antigua Unión Soviética la transformación de las economías centralizadas en economías de mercado.^{xx}

La Organización Mundial de la Salud ha llevado a cabo el primer análisis de su tipo sobre el conjunto de sistemas de salud del mundo, mediante la utilización de cinco indicadores: nivel global de salud de la población, desigualdades dentro de la población, nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud, distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población y distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población, para medir los sistemas de salud en 191 estados miembros. Ha encontrado que

Francia proporciona la mejor atención, seguida, entre otros países, por Italia, Omán, Austria y Japón.^{xxi}

Singapur, ubicado en el sexto lugar, es el único país asiático además de Japón que se encuentra entre los primeros 50 países.

En el Pacífico, Australia se ubica en el lugar 32 en el mundo, mientras que Nueva Zelanda ocupa el 41.

En el Medio Oriente y África del Norte, muchos países quedaron ubicados en los niveles altos: Omán se encuentra en el octavo lugar en el mundo, Arabia Saudita en el puesto 26, los Emiratos Árabes Unidos en el 27 y Marruecos en el 29.

Acorde con el informe mundial de la salud de la OMS Colombia ocupa el primer lugar en el mundo en cuanto a equidad de la contribución financiera a los sistemas de salud en todos los estados miembros; índice de la OMS y estimaciones para 1997.

Las naciones que cuentan con los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta son los Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo, Dinamarca, Alemania, Japón, Canadá, Noruega, los Países Bajos y Suecia. La razón por la que todas estas son naciones industriales avanzadas es porque varios de los elementos que forman parte de la capacidad de respuesta dependen en gran medida de la disponibilidad de recursos.^{xxii}

En materia de justicia en el financiamiento, en América del Norte, Canadá quedó en primer puesto, lugar que ocupa Cuba entre las naciones latinoamericanas y del Caribe.

El Informe presenta estimaciones de esperanza de vida ajustada por discapacidad para todos los países. Se estima que EVAD es igual o mayor de 70 años en 24 países, y de 60 años en más de la mitad de los estados miembros de la OMS. En el otro extremo se encuentran 32 países en los que se estima que la esperanza de vida ajustada por discapacidad es menor a 40 años. Muchos de estos países se caracterizan por

la presencia de grandes epidemias de VIH/Sida, entre otras causas.

La capacidad de respuesta incluye dos componentes básicos. Estos son (a) respeto por las personas (incluyendo la dignidad, el derecho a la confidencialidad y la autonomía de los individuos y las familias para decidir acerca de su propia salud, y (b) la orientación al cliente (incluyendo una atención expedita, el acceso a redes de apoyo social durante la atención, la calidad de las comodidades básicas y la elección del proveedor).

En cuanto a la distribución del financiamiento, existen buenas y malas maneras de captar los recursos necesarios para un sistema de salud, pero éstas serán mejores o peores fundamentalmente en la medida que afecten la justicia con que la carga financiera es compartida. El financiamiento justo, como su nombre lo sugiere, tiene que ver únicamente con la distribución.^{xxiii}

Desempeño de los Sistemas de Salud

✓ **Logros y desempeño:** Para determinar cuan bien hace su trabajo un sistema de salud hay que abordar dos cuestiones amplias. La primera es como medir los resultados que nos interesan, es decir determinar en que medida se están alcanzando los tres objetivos de buena salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera (logros). La segunda es cómo comparar esos logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr, es decir, determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (desempeño). Aunque se puede avanzar en la lucha contra muchos de los problemas de la salud de la sociedad, algunas de las causas están completamente fuera del alcance de los sistemas de salud, aún cuando se los considere en un sentido amplio. Así como no se puede responsabilizar a estos últimos por los efectos del clima, tampoco se les puede exigir responsabilidades por factores tales como la distribución de los ingresos y la riqueza.

✓ **Metas y funciones:** La mejora de la salud es la razón de ser de un sistema de

salud e indudablemente su meta primordial: si los sistemas de salud no hicieran nada para proteger o mejorar la salud, no tendrían ninguna razón de ser.

PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES AMERICANOS^{xxiv, xxv, xxvi}

En esta sección se describieron los perfiles de los diferentes sistemas de salud para los 18 países americanos que se encontró información; destacando para cada uno de ellos las características comunes más relevantes.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE LOS PAÍSES AMERICANOS

En la tabla 1 se relaciona una síntesis de los resultados de los principales aspectos que caracterizan a los sistemas de salud en América, identificados por los investigadores para este estudio, considerándose como relevantes: cobertura, calidad, financiación, planes y programas, logros y desempeño, metas y funciones formas de organización y evolución de los diferentes sistemas de salud.

- *Cobertura*: se determinó en términos porcentuales el nivel de cubrimiento de los servicios de salud a la población del respectivo país.

- *Calidad*: se tuvo en cuenta para esta característica la existencia o no de sistemas de calidad definidos a través de diferentes estándares por el respectivo país.

- *Financiación*: se consideró el carácter de la fuente primaria de financiación del sistema de salud, las cuales son: pública y privada.

- *Planes y programas*: con relación a esta característica se tuvo en cuenta la existencia o no de planes y programas para grupos poblacionales prioritarios en cada país.

- *Logros y desempeño*: en este ítem se consideró el grado de desarrollo de los sistemas de salud; los cuales van de escasos, regulares, buenos a excelentes.

- *Metas y funciones*: Para este tipo de actividades se consideró su definición o no por parte del sistema.

- *Formas de organización*: Se consideró si el sistema de salud era de carácter centralizado o descentralizado.

- *Evolución*: se tuvo en cuenta el número de reformas que se han dado en materia de salud en los diferentes países

En lo concerniente a la cobertura se encontró que países como Brasil, Canadá, Cuba, Jamaica y Surinam sobrepasan con una cobertura del 100%, Estados Unidos de América con el 70%, mientras que Colombia tan solo alcanza un 58%. Esta situación es aún más preocupante en países como Paraguay con un 20% y aún más en otros que no reportan información.

Para la característica de calidad los resultados mostraron que aquellos países con alta y mediana cobertura tienen definidos sus sistemas y políticas en lo que a calidad se refiere. Colombia como país referente mostró parámetros para la determinación de calidad reglamentados y definidos.

En cuanto a la financiación de los sistemas no se observó diferencias significativas en cuanto al carácter de su financiación, ya que, en su gran mayoría, son una combinación de fuentes públicas y privadas.

En lo concerniente a planes y programas en la gran mayoría de los países se tienen establecidos y en ejecución planes y programas de salud, tan solo Belice y Guyana no reportan la existencia de planes.

Para los indicadores de logro y desempeño éstos, mostraron una relación muy estrecha con el nivel de cobertura y calidad. En cuanto al establecimiento de metas y funciones se encontró que la gran mayoría de los países incluyendo Colombia, las tienen definidas, tan sólo Argentina, Belice y Guyana no las tienen definidas.

Tabla 1. Características de los sistemas de salud de los países americanos

PAIS	COBERTURA	ESTANDARES DE CALIDAD	FINANCIACION	PLANES	PROGRAMAS
1.Argentina	50%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
2.Bélice	30%	Definidos	Pública y Privada	No	Sí
3.Bolivia	65,80%	Definidos	Pública y privada	Sí	Sí
4.Brasil	100%	Definidos	Sin fines de lucro	Sí	Sí
5.Canadá	99%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
6.Costa rica	90%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
7. Chile	62%	Definidos	Pública y privada	Sí	Sí
8.Cuba	100%	Definidos	Pública	Sí	Sí
9.Ecuador	70%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
10.El salvador	80%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
11.Estados Unidos	70%	No definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
12.Guatemala	56%	No definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
13.Guyana	No definida	No definidos	Pública	No Definidos	Sí
14.Haití	60%	No definidos	Privada	No Definidos	Sí
15.Honduras	80%	Definidos	Pública y Privada	No Definidos	Sí
16.Jamaica	100%	Definidos	Pública	Sí	Sí
17.México	52%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
18.Nicaragua	60%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
19.Panamá	No definida	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
20.Paraguay	20%	No definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
21.Perú	No definida	No definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
22.Rep. Dominicana	90%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
23.Suriname	100%	Definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
24.Trinidad y Tobago	No definida	No definidos	Pública	Sí	Sí
25.Uruguay	88%	No definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
26.Venezuela	No definida	No definidos	Pública y Privada	Sí	Sí
27.COLOMBIA	57.18%	Definida	Pública y Privada	Sí	Sí

FUENTE: BARRAGÁN y Cols.Estudio comparativo de los sistemas de salud en América frente al sistema Colombiano.

... continuación tabla 1

PAIS	LOGROS Y DESEMPEÑO	METAS Y FUNCIONES	FORMAS DE ORGANIZACIÓN	EVOLUCION
1.Argentina	Escasos	No Definidas	Descentralizada	Sin información
2.Bélice	Escasos	No Definidas	Descentralizada	2 Reformas
3.Bolivia	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
4.Brasil	Excelentes	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
5.Canadá	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
6.Costa rica	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
7. Chile	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
8.Cuba	Excelentes	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
9.Ecuador	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
10.El salvador	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
11.Estados Unidos	Buenos	No Definidas	Centralizada	2 Reformas
12.Guatemala	Regulares	No Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
13.Guyana	Escasos	No Definidas	Centralizada	Sin información
14.Haití	Escasos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
15.Honduras	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
16.Jamaica	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
17.México	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
18.Nicaragua	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
19.Panamá	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
20.Paraguay	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
21.Perú	Regulares	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
22.Rep. Dominicana	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
23.Suriname	Buenos	Definidas	Descentralizada	2 Reformas
24.Trinidad y Tobago	Regulares	Definidas	Centralizada	2 Reformas
25.Uruguay	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
26.Venezuela	Malos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas
27.COLOMBIA	Buenos	Definidas	Descentralizada	Varias Reformas

FUENTE: BARRAGÁN y Cols. Estudio comparativo de los sistemas de salud en América frente al sistema Colombiano.

Los sistemas de organización mostraron que para la gran mayoría de los países, incluyendo a Colombia, la forma de organización predominante es la descentralizada, se exceptúa Guyana.

Finalmente, la gran mayoría de los países han adelantado varias reformas para sus sistemas de salud, desafortunadamente no se encontró información para Argentina.

DISCUSIÓN

En concordancia con los reportes suministrados por la Organización Mundial de la Salud, las reformas de la salud han surgido como respuestas, no sólo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino también porque se busca mayor eficiencia, equidad y capacidad de respuesta a las expectativas para quienes sirven los sistemas de salud. Esta situación es ratificada por los estudios elaborados por GURI Juan Carlos. De igual manera, en muchos países se han hecho considerables esfuerzos por adiestrar a trabajadores comunitarios de salud para prestar servicios básicos y eficaces en función del costo, en establecimientos rurales sensibles a la población que, hasta ese momento, tenían poco o ningún acceso a la moderna atención en salud, lo que muestra la preocupación permanente por mejorar las condiciones de salud de la población.

Frente a las presiones sociales la intervención estatal en las economías estaba perdiendo credibilidad en todos los países, lo que condujo a la venta o liquidación de las empresas del estado, a la promoción de más competencia, a la reducción de los controles y las reglamentaciones gubernamentales y, en general, a dejar la situación libre de las fuerzas del mercado. Esta situación es ratificada por la visión futurista de Malagón quien recomienda, de manera pormenorizada, a las organizaciones de la salud la imperiosa necesidad de adaptarse a las condiciones de cambio imperante y a impulsar políticas que conduzcan a brindar un servicio con calidad para responder de manera efectiva a las necesidades y

expectativas del cliente y adelantarse de manera proactiva a la competencia.

El estudio comparativo desarrollado muestra que los Estados Unidos de América es el país que gasta una mayor proporción de su producto interno bruto (PIB), pero sin embargo se ubica, según su desempeño, en el lugar 37 de 191 países en el mundo; esta situación es ratificada por GURI Juan Carlos. De manera análoga, el Reino Unido, que gasta sólo el 6% del PIB en servicios de salud, se ubica en el lugar 18. Las consideraciones anteriores indican que la inversión económica de los estados en salud, no está en concordancia con aspectos como la cobertura, la calidad y demás actividades de respuestas sociales efectivas para atender la salud de las personas. Esta situación es ratificada por los estudios desarrollados por el Dr. Christopher Murray, cuando manifiesta "Aunque ha habido avances significativos en las décadas pasadas, prácticamente todos los países están sub-utilizando los recursos de que disponen"; trayendo, como consecuencia, un gran número de muertes prevenibles y discapacidades, sufrimiento innecesario, injusticia, desigualdad y negación de los derechos básicos a la salud del individuo". Eventos que han sido ratificados por GURI Juan Carlos.

Diversas recomendaciones sugieren la necesidad de los diferentes países de acoger experiencias positivas de otros países para avanzar de manera significativa hacia la construcción de procesos de calidad, situación que es validada por el Dr. Julio Frenk, Director Ejecutivo del área de Investigación e Información para las Políticas de Salud de la OMS.

Por otra parte, diversos estudios muestran que los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta están en los países más desarrollados, lo que demuestra que esta capacidad de respuesta depende, en gran medida, de la disponibilidad de recursos, condición que es ratificada ampliamente por GURI Juan Carlos, lo que sumerge a los países más pobres a padecer la inclemencia de la privación de esta necesidad social

ampliamente sentida. Es por ello que países de la comunidad económica europea como Francia e Italia lideran los procesos de salud en el mundo; de la misma manera, Canadá es líder a nivel americano con Cuba, a pesar de este país tener un esquema de gobierno diferente.

En materia de justicia en el financiamiento, Canadá ocupa el primer lugar en América y Cuba el primer lugar entre las naciones latinoamericanas.

El estudio comparativo de Colombia con los demás países indica que en materia de cobertura, calidad, logros y desempeño, entre otras características de los sistemas de salud, países como Brasil, Canadá, Cuba, Jamaica y Surinam sobresalen en relación con Colombia y otros que aún no reportan información al respecto. Esto muestra las diferentes desigualdades en la gestión y prestación de los servicios entre estos países, lo cual ha sido materia de análisis y preocupación constante por parte de la OMS y la OPS.

De lo anterior se puede concluir que:

- Las reformas de la salud han surgido como respuestas, no sólo por las fallas percibidas en los sistemas de salud, sino porque se busca mayor eficiencia, equidad y capacidad de respuesta a las expectativas; por ello es importante la necesidad de acoger experiencias positivas de otros países para avanzar de manera significativa hacia la construcción de procesos de calidad,
- Los Estados Unidos de América es el país que gasta una mayor proporción de su producto interno bruto (PIB), pero sin embargo, su sistema no aparece como el más eficiente.
- Diversos estudios muestran que los sistemas de salud con la mayor capacidad de respuesta están en los países más desarrollados, lo que confirma que esta capacidad de respuesta depende, en gran medida, de la disponibilidad de recursos.

- Colombia ocupa el primer lugar en cuanto a equidad contributiva y un lugar intermedio entre los sistemas de salud en América, mientras que Canadá ocupa el primer lugar y Cuba es primero entre los países latinoamericanos.

- Países como Brasil, Canadá, Cuba, Jamaica y Surinam sobresalen en relación con Colombia en cuanto a cobertura, calidad, logros y desempeño, mientras que otros países, aún no reportan información al respecto.

- En la medida en que un sistema de salud alcance una larga esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad, un alto grado de capacidad de respuesta o una distribución equitativa de la carga del financiamiento, se puede decir que tiene un buen desempeño con respecto a ese objetivo.

De igual forma se hace necesario que:

- Los países que presentan deficiencias en los sistemas de salud deben analizar las experiencias positivas de países que han tenido éxito con sus modelos en aras de disminuir la brecha existente entre sus conciudadanos.
- Los recursos económicos deben dirigirse de manera eficiente y eficaz, de tal forma que se reflejen de manera efectiva en los resultados.
- Colombia debe mejorar en lo que se refiere a cobertura, calidad, desempeño y logros en su sistema de salud en la búsqueda de alcanzar una mejor equidad.
- Los sistemas de salud son un instrumento eficaz para incrementar la esperanza de vida de la población y la misma calidad de la vida.
- Se recomienda adelantar estudios específicos de las características de los sistemas de salud investigadas con el propósito de profundizar en la línea de investigación de gerencia de servicios de salud y competitividad en el SGSSS.

REFERENCIAS

ⁱ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar los sistemas de salud. Ginebra, Suiza. 2000; p 8-9

ⁱⁱ IBID; p 9-10

ⁱⁱⁱ AGUDELO, Carlos.

<http://www.medicina.unal.edu.co/red/Análisis.html>. 2001; p 1.4

^{iv} INFANTE, Alberto. DE LA MATA, Isabel y LÓPEZ, Daniel. Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la Salud Publica. 2000; p 16-18

^v FRANCO, Álvaro. Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina Revista de salud publica, Vol. 7. El Salvador, 2002; p 30-34

^{vi} LÓPEZ, Daniel, GOMEZ, Paulina y MACHADO, Heloisa. La Reorganización de los Sistemas y Servicios de Salud con criterios de Promoción de la Salud. Instituto Nacional de Salud en Colombia. 2001; p 32

^{vii} RESTREPO, Juan Guillermo.

<http://www.minsalud.gov.co>. 2001; p 2-3

^{viii} BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Oxford University Press para el Banco Mundial. Washington. 1993; p 23

^{ix} BOBADILLA, JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. México. 1997.

^x OMS. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2001; p 13-14

^{xi} INFANTE, Alberto. DE LA MATA, Isabel. LOPEZ, Daniel. Revista Panamericana de la Salud Publica. 2000; p 13-14

^{xii} FRANCO, Álvaro. Revista de salud publica, Vol. 7. El Salvador. 2002; p 15

^{xiii} LOPEZ, Daniel, LOPEZ, Paulina y MACHADO, Heloiza. Instituto Nacional de Salud en Colombia. 2001; p 22-23

^{xiv} RESTREPO, Juan Guillermo.

<http://www.minsalud.gov.co>. 2001.

^{xv} GURÍ, Juan Carlos. Sistemas de salud en el mundo. <http://www.who.int/whr>. 2000.

^{xvi} OMS. Tres generaciones de reformas de los sistemas de salud en Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2001; p 15-20.

^{xvii} IBID; p 25

^{xviii} NAVARRO, V. Sistemas de salud en los países desarrollados. Salud Pública. McGraw Hill Interamericana. 1998; 42-46

^{xix} OMS. La medición del logro de las metas en Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza. 2001; p 28

^{xx} ROEMER, M. National Health System of the World. Volumen 1. Oxford University Pres. New York. 1991.

^{xxi} GURY, Juan Carlos. Sistemas de salud en el mundo. <http://www.who.int/whr>. 2000.

^{xxii} NAVARRO, V. Sistemas de salud en los países desarrollados. Salud Pública. McGraw Hill Interamericana. 1998; 50

^{xxiii} GURY, Juan Carlos. Sistemas de salud en el mundo. <http://www.who.int/whr>. 2000.

^{xxiv} OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos. 2001; p 13-17

^{xxv} OPS. Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington. 1995; p 18-32.

^{xxvi} OPS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/argpres.doc>. 2002.

E-MAILS:

RALIP182@HOTMAIL.COM

PATOBLANCO7920@HOTMAIL.COM

PAOLYANOL@HOTMAIL.COM

PACA1828@HOTMAIL.COM

PAGONI00@HOTMAIL.COM

ANGELICA0813@HOTMAIL.COM

MARCEOROZCO9@HOTMAIL.COM

JAVIERPAEZ7920@HOTMAIL.COM

ANEXO A. Matriz Bibliográfica

NO. ORDEN	REFERENTE BIBLIOGRÁFICO	FUNCIÓN DE LA REVISIÓN	TEMA
1	AGUDELO, Carlos. http://www.medicina.unal.edu.co/red/Análisis.html . 2001; p 1,4	Enfoque teórico	Cómo aproximarse al análisis de los sistemas de salud y sus reforma?
2	AGUDELO, Carlos. Un nuevo sistema de salud. El reto del siglo XXI. 1995.	Resultados	Un nuevo sistema de salud.
3	BAEZA, C. Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile. 1999.	Enfoque conceptual	Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile.
4	BAEZA, C. ¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina? Santiago, Chile. 1999.	Enfoque teórico	Ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina
5	BAEZA, C. Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI. Santiago, Chile. 1999.	Fuente de ideas para la investigación	Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI.
6	BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Oxford University Press para el Banco Mundial. Washington. 1993.	Enfoque teórico	Informe sobre el desarrollo mundial de la salud
7	BENGOA, Rafael. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/extos/vol21/n2/salud1.html . 1998.	Enfoque teórico	Tendencias recientes y reformas de los sistemas de salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los sistemas integrados de salud.
8	BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS-OMS, UNICEF. Acceso equitativo a los servicios de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Washington, 1995.	Enfoque conceptual	Reforma de la seguridad social en Colombia.

...continúa Tabla 1.

9	BOBADILLA, JL. El paquete universal de servicios esenciales de salud. México. 1994.	Enfoque teórico	Servicios esenciales de salud.
10	BOBADILLA, JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. México. 1997.	Enfoque teórico	Diferentes prioridades en materia de salud.
11	BOTERO, Ricardo A. http://www.Adecra.Org.ar/acreditación 2002.	Enfoque teórico	Las iniciativas de calidad en salud en la República Argentina.
12	CASTAÑO, R.A. Medicina, ética y reformas a la salud. Cargraphics. 1999.	Resultados	Reforma de los sistemas de salud en Colombia.
13	CASTAÑO, R.A. P. BERMÚDEZ, J.A. Rey. Equidad en el financiamiento de los servicios de salud en Colombia. Mimeo. 1999.	Resultados	Financiamiento en los servicios de salud en Colombia.
14	CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. http://www.cgh.org.co/garantiacalidad/download.htm . 2000.	Enfoque teórico	Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia.
15	CÉSPEDES, J.E. Como consolidar la reforma de salud. Seguridad Social al Día, N. 2, julio. 1998.	Enfoque teórico	Consolidación de las reformas de salud.
16	CÉSPEDES, J.E. Consideraciones sobre la viabilidad financiera del sistema de seguridad social en salud. Gerencia Salud, N. 16, julio. 1998.	Enfoque teórico	Financiación en el sistema de seguridad social en salud.
17	CÉSPEDES, J.E. JARAMILLO, R. MARTINEZ y cols. Revista del programa de gerencia en salud. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Marzo de 2002.	Resultados y contexto legal	Reforma de la seguridad social en salud en Colombia y efectos sobre la equidad en el acceso y utilización de los servicios de salud.
18	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política. 1991. Art. 48,49,78,82,78,82,365,366.	Contexto legal	Salud como servicio público y principios fundamentales del servicio.
19	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 9 de 1979. Título 4; artículos 155 al 242.	Contexto legal	Medidas sanitarias.
20	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990.	Contexto legal	Normas de calidad.
21	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100/1993. Art. 153.	Contexto legal	Fundamentos, exigencia de calidad en salud.
22	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 1993.	Contexto legal	Definición Sistema de habilitación y acreditación en salud.
23	CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 60 de 1993. Capítulo 4, artículos 21, 22, 27, 34.	Contexto legal	Disposiciones generales

...continúa Tabla 1.

24	CONTRERAS, Nelson. Reorganización del sistema nacional de salud. Volumen 1. Bogotá. 1990. p. 355.	Contexto legal	Reorganización del sistema nacional de salud.
25	CONTRERAS, Nelson. DIAZ, Eduardo. GALAN, Ricardo. GONZALES, Edgar. JARAMILLO, Iván. Reorganización del sistema nacional de salud. Volumen 1. Bogotá. 1990. p. 363-387.	Contexto legal	Reorganización del sistema nacional de salud.
26	DONADEBIAN, A. Quality, cost, and health: an integrative model. Medical Care. 1982.	Enfoque conceptual	Quality, cost, and health: an integrative model.
27	FERNANDEZ, G. El nuevo sistema de salud en Colombia. Castillo Editores. 1996.	Contexto legal y resultados	Nuevo sistema de salud en Colombia.
28	FRANCO, Alvaro. Revista de salud publica, Vol. 7. El Salvador. 2002.	Enfoque teórico y resultados	Sistemas provisionales, salud y reformas.
29	GOMEZ DE LEON, Patricia. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Revista Vía Salud. Vol. 20. http://www.cgh.org.co/garantiacalidad/download.htm . 2001.	Enfoque conceptual	Calidad en salud.
30	GRANADOS, Ramón y GÓMEZ, María. http://www.Medicina.Unal.Edu.co/ . 2000.	Resultados	La reforma de los sistemas de salud en Chile-Colombia: resultados y balance.
31	GURÍ, Juan Carlos. Sistemas de salud en el mundo. http://www.who.int/whr . 2000.	Resultados	Informe mundial de la OMS 2000.
32	HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries. Durham, New Hampshire, September 10-13.1993.	Enfoque teórico	International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries.
33	HARVARD UNIVERSITY. La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Harvard School of Public Health. 1996.	Contexto legal y resultados	Implementación del sector salud en Colombia.
34	HERNÁNDEZ, A.R. Criterios metodológicos para la medición de inequidades en salud y en la prestación de servicios de salud en Colombia. Tesis de grado, maestría en administración en salud. Universidad Javeriana. Bogotá. 1995.	Enfoque teórico y fuente de ideas para la investigación	Medición en la prestación de los servicios de salud en Colombia.
35	INFANTE, Alberto. DE LA MATA, Isabel. LOPEZ, Daniel. Revista Panamericana de la Salud Publica. 2000.	Enfoque teórico y resultados	Reforma de los sistemas de salud en América latina y el caribe situación y tendencias.

...continúa Tabla 1

36	JARAMILLO, Iván. El futuro de la Salud en Colombia. Editorial FESCOL, 4ta. Edición. Bogotá 1999.	Contexto conceptual	Propósitos de la Ley 100 de 1993, principio de calidad en la ley 100.
37	JARAMILLO, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Política Social, mercadeo y descentralización. Primera edición. Bogotá. Fundación corona. 1994.	Contexto legal y enfoque teórico	Futuro de la salud en Colombia.
38	JARAMILLO, Iván. Ley 100 de 1993 cinco años después. Cuarta edición. 1999.	Contexto legal	El futuro de la salud en Colombia.
39	JARAMILLO PEREZ, Iván. El derecho a la salud, estado actual y perspectivas, los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia. Bogotá. 1995.	Contexto legal y enfoque teórico	Derecho a la salud.
40	JARAMILLO PEREZ, Iván. Hacia un sistema de salud eficiente, solidario y universal, en reforma de seguridad social en salud. Fescol. Bogotá. Abril de 1992. p. 63.	Fuente de ideas para la investigación	Hacia un sistema de salud eficiente, solidario y universal, en reforma de seguridad social en salud.
41	JARAMILLO PEREZ, Iván. La experiencia chilena y las enseñanzas para Colombia. Bogotá. Mayo de 1993.	Fuente de ideas para la investigación	La experiencia chilena y las enseñanzas para Colombia.
42	LONDOÑO, J.L. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Heath Policy. 1997	Fuente de ideas para la investigación	Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America.
43	LONDOÑO, JL. Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana. Revista de análisis económico. 1996.	Fuente de ideas para la investigación	Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia colombiana.
44	LOPEZ, Daniel. GOEMZ, Paulina. MACHADO, Heloiza. Instituto Nacional de Salud en Colombia. 2001.	Fuente de ideas para la investigación	La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud componente decisivo de las reformas del sector de la salud.
45	MALAGON LONDOÑO, y cols. Auditoria en salud. Editorial Panamericana. 1998.	Enfoque conceptual	Garantía de la calidad.
46	MARINA, Cesar. http://www.monografias.com/trabajos11/arsisalud/shtml . 2000.	Enfoque teórico y resultados	Sistemas de salud en tres países (Israel, Colombia y Argentina).

...continua Tabla 1.

47	MARSET CAMPOS, J.M. y cols. Análisis comparativo de los sistemas de salud. Salud Publica. McGraw Hill Interamericana. 1998.	Fuente de ideas para la investigación y discusión	Análisis comparativo de los sistemas de salud.
48	MC PAKE. B. La reforma del sector salud: ¿equidad y eficiencia en conflicto?, informando y reformando. 1999.	Contexto legal y enfoque teórico	La reforma del sector salud en Colombia.
49	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1439 de 2002. Colombia.	Contexto Legal	Formulario de inscripción para el registro de prestadores de servicios de salud.
50	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1474 de 2002. Colombia.	Contexto Legal	Funciones de la entidad acreditadora y manuales de estándares del sistema único de habilitación.
51	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 2309 de 2002. Colombia.	Contexto Legal	Se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de salud del S.G.S.S.S.
52	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 1298 de 1994. Colombia.	Contexto Legal	Fomento de salud y de prevención de la enfermedad.
53	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 4445 de 1996. Colombia.	Contexto Legal	Normas para el cumplimiento de las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios.
54	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2174 de 1996. Colombia.	Contexto Legal	Se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del S.G.S.S.S.
55	MINISTERIO DE SALUD. Salud para todos en el año 2000. Tercera evaluación. Guyana. 2000.	Resultados	Salud para todos en el 2000 en Guyana.
56	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Análisis y tendencias de la salud en Uruguay. Montevideo. Septiembre 1998.	Resultados	Análisis y tendencias de la salud en Uruguay.
57	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. La salud del Uruguay en cifras. Montevideo. 4 de abril del 2002.	Resultados	La salud del Uruguay en cifras.
58	MINISTERIO DE SALUD. Plan nacional de salud. Costa Rica. 1999-2004.	Resultados	Plan nacional de salud.

...continua Tabla 1.

59	MINSAL- OPS. Cuentas nacionales en salud 1997-1998. Documento de trabajo preliminar. Base de datos Lima, Perú. 2001.	Enfoque teórico y resultados	Cuentas nacionales de salud en el Perú.
60	MOLINA, Carlos Gerardo. El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia. Bogotá. 1993.	Resultados	El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia.
61	MUSGROVE, P. Reformas al sector salud en Chile: contexto, lógica y posibles caminos. Santiago, Chile. 1995.	Resultados	Reformas del sector salud en Chile.
62	NAVARRO, V. Sistemas de salud en los países desarrollados. Salud Pública. McGraw Hill Interamericana. 1998.	Enfoque teórico	Sistemas de salud en países desarrollados.
63	OLEA, Alonso. Asociación profesional del cuerpo superior de técnicos de la administración de la seguridad social. Volumen 8 y 9. http://www.foross.org/revista04/a03.htm . 2003.	Enfoque teórico	La descentralización de las políticas de la protección social en la constitución española y en los estatutos de autonomía.
64	ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Estudios de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina. Santiago, Chile. 1999.	Fuente de ideas para la investigación	Estudios de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina.
65	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Base de datos de la OMS sobre los perfiles de salud. 2000.	Resultados	Perfiles de los sistemas de salud.
66	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza. 2000.	Enfoque teórico y resultados	Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
67	OPS/OMS. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos. 2001.	Enfoque teórico y resultados	Situación de salud en las Américas: indicadores básicos.
68	OPS. Gasto nacional y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington. 1995.	Enfoque teórico y resultados	Financiación del sector salud en América Latina y el Caribe.
69	OPS. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Panamá. Junio de 1999.	Resultados	Desarrollo de los sistemas y servicios de salud en Panamá.
70	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Argentina: Condiciones de salud en las Américas. Vol. II. Washington. 1998.	Enfoque teórico y resultados	Condiciones de la salud en las Américas.

...continua Anexo A

71	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/argpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Argentina.
72	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/belpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Belice.
73	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/bolpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Bolivia.
74	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/brapres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Brasil.
75	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/canpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Canadá.
76	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/chipres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Chile.
77	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/corpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica.
78	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/cubpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Cuba.
79	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/ecupres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador.
80	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/elspres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de El Salvador.
81	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/usapres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Estados Unidos.

...continua Anexo A

82	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/guapres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Guatemala.
83	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/guypres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Guyana.
84	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/haipres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Haití.
85	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/honpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Honduras.
86	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/jampres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Jamaica.
87	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/mexpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de México.
88	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/nicpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Nicaragua.
89	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/panpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Panamá.
90	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/parpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Paraguay.
91	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/perpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Perú.
92	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/dorpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de República Dominicana.

...continua Anexo A

93	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/surpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Suriname.
94	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/trtpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Trinidad y Tobago.
95	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/urupres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay.
96	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/venpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Venezuela.
97	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/colpres.doc . 2002.	Resultados	Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia.
98	RAMOS, Eduardo. VI encuentro de investigación. Revista ACFO. 1995.	Enfoque teórico y resultados	La consulta privada y la agremiación de odontología frente a la reforma a la seguridad social.
99	RESTREPO, Juan Guillermo. http://www.minsalud.gov.co . 2001.	Resultados	Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su sistema de seguridad social.
100	RESTREPO, M. La reforma a la seguridad en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL 47. Serie Financiamiento del desarrollo. 1997.	Contexto legal y enfoque teórico	Reforma de seguridad social en salud en Colombia.
101	ROBINSON, R. Evaluating the national health service reform. Oxford: Policy Journals, Transaction Books. 1994.	Contexto teórico	Evaluating the national health service reform.
102	RODRIGUEZ, Augusto http://www.unab.com/ . 2001.	Contexto conceptual	Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor.
103	ROEMER, M. National Health System of the World. Volumen 1. Oxifor University Pres. New York. 1991.	Enfoque teórico y fuente de ideas para la investigación	National Health System of the World.

...continua Tabla 1.

104	ROSENBERG, J.M. Diccionario de administración y finanzas. Océano/Centrum. España. 1996.	Enfoque conceptual	Glosario.
105	SALINAS, H. Las reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso. Santiago, Chile. 1999.	Resultados	Las reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso.
106	TOBAR, Federico. El gasto en salud en Argentina y su método de calculo. Serie ediciones Isalud N. 5. Buenos aires. 2002.	Resultados	El gasto de salud en Argentina.
107	TRIBIÑO, C.J. Calidad de la atención a los usuarios de los servicios públicos domiciliarios. Editorial biblioteca jurídica Dike. Bogotá, 1995.	Enfoque conceptual	Experiencias de calidad de la atención en otros sectores.
108	WALLACE, Steven. ENRRIQUEZ-HAASS, Vilma. Revista Panamericana de salud Publica, Vol. 10 No.1. Washington. 2001.	Enfoque teórico	Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención medica en vías de cambio para los adultos mayores.
109	WORLD HEALTH ORGANIZATION. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen, Denmark: WHO. 1997.	Resultados	European health care reform. Analysis of current strategies.
110	YEPES, F.J. La salud en Colombia. Documento general, tomo I, Departamento Nacional de Planeación.	Resultados	La salud en Colombia.