

La salud pública en el contexto latinoamericano: Colombia. Public health in the Latin American context: Colombia.

Magaly Rita Gómez Verano(1), Olga A Alfonso Pérez(2), Raynel Llanes Gómez(3)

Resumen

El presente artículo es un trabajo referativo de terminación de la estancia en Introducción a la MGI, consiste en una revisión bibliográfica con el objetivo de hacer un recorrido por todo el contexto político social de un país latinoamericano: Colombia, mostrar su situación sanitaria y lo que se ha hecho en materia de salud pública, o sea, las acciones necesarias para mejorar el estado de salud de la población. En esta nación no se ha implantado un Programa Integral de Salud con la ayuda cubana, todo lo que se hace y lo que se decide en materia de salud depende exclusivamente de su gobierno y de entidades privadas. Dado que en América Latina, los embates neoliberales han polarizado la riqueza y la pobreza, no puede hablarse de una salud con equidad, porque no puede haber equidad sin justicia social.

Palabras clave: LATINOAMÉRICA, COLOMBIA, REFORMAS DE SALUD

1. MsC en APS. Especialista de Primer y Segundo Grado en MGI. Profesora Asistente
2. Especialista de Primer Grado en MGI. Profesora Instructora.
3. Alumno de Primer Año de la Carrera de Medicina.

Introducción

Cuando me reuní con la tutora de este trabajo para definir cómo y en qué tema lo haríamos, lo primero que me preguntó fue: ¿Qué es para ti la salud? ¿Qué condiciones crees que sean necesarias para que un pueblo sea saludable?

Luego de pensar unos minutos le contesté, que entendía por salud el buen estado físico y mental de una persona; y las condiciones que creía necesarias para que un pueblo fuera saludable eran que tuviera buena asistencia médica, tanto primaria como en casos graves y que la población tuviera información de cómo llegar al médico fácilmente, frente a mis respuestas, me expresó que aunque eran correctas, estaban muy incompletas y que precisamente en el campo de formación en salud pública, comunitaria y familiar, al cual pertenece este ciclo de familiarización, mis conocimientos sobre este tema se irían progresivamente ampliando.

Posteriormente indagó si tenía alguna propuesta o motivación particular para hacer este trabajo, a lo que respondí, que me gustaría conocer y comparar la situación sanitaria de los países latinoamericanos y el papel de sus gobiernos con la realidad que vivimos en nuestra patria.

Con esta respuesta quedó definido el tema de mi trabajo referativo. Comencé a buscar y revisar los textos y documentos que tenía de Colombia y los recomendados por la tutora, en este proceso me encontré como primer tropiezo la amplia cantidad de información que aparece sobre el tema en Internet, en revisión conjunta con la tutora, detectamos que gran parte de esa información no es confiable, por lo cual para este trabajo, decidimos tener en cuenta fundamentalmente aquellos aspectos sobre la situación sanitaria que reporta Colombia al sistema OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud – Organización Mundial de la Salud) para el quinquenio 1996 – 2000, último reporte oficialmente notificado.

En nuestra posición de estudiante de primer año de la carrera de medicina, apenas comenzamos a conocer este inmenso mundo de la salud pública y creemos que debemos partir ubicándonos en el conocimiento integral del concepto salud, que no es solamente brindar asistencia médica, sino algo más complejo que depende de muchos factores: políticos, sociales, económicos, conductuales, culturales, etc. que son quienes la determinan. El objetivo a lograr en este trabajo es hacer un recorrido por todo el contexto político social de un país latinoamericano: Colombia, mostrar su situación sanitaria y lo que se ha hecho en materia de salud pública, o sea las acciones necesarias para mejorar el estado de salud de la población. En esta nación no se ha implantado un Programa Integral de Salud con la

ayuda cubana, todo lo que se hace y lo que se decide en materia de salud depende exclusivamente de su gobierno y de entidades privada.

Desarrollo

I - República de Colombia. Ubicada en el noroeste de Sudamérica, tiene 709.45 m cuadrados de superficie (unas 10 veces mayor que Cuba), se define como un Estado Social de Derecho, con tres ramas de poder: Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial (Fiscalía)

II - Demografía. La población colombiana es el resultado de la mezcla entre españoles, otros europeos, africanos y aborígenes americanos, actualmente habitan en Colombia 81 pueblos indígenas (1,7% del total de habitantes) distribuidos en 450 comunidades situadas en el territorio de Amazonía y Orinoquia, litoral del Pacífico y la península Guajira (1,2). La población nacional estimada para el año 2000 fue de 42 299 301 habitantes, con un discreto predominio del género femenino de ella el 71% es urbana y el 29% rural.

III - Economía. El producto interno bruto (PIB) de Colombia para el año 2000, según el Departamento Nacional de Planeación, fue de 84749.9 millones de dólares estadounidenses para un ingreso per capita de 2040 dólares cifra tristemente viciada según la distribución de la riqueza en este país, ya que el poder socioeconómico (clase alta – estratos 6 y 5) se concentra en menos del 10% de la población, la clase media – estratos 4 y 3, representa aproximadamente el 35% y la clase baja o pobre – estratos 2 y 1 abarca a más del 55% de la población, de ellos muchos en absoluta miseria o indigencia (estrato 0).

Sus principales recursos económicos son: la agricultura, la minería y la industria; sus principales renglones de exportación son el café, las flores y otros productos agrícolas y artesanales. Esta nación tiene un flagelo que la hace tristemente célebre a nivel internacional: ser el principal productor y exportador ilegal de cocaína y otras drogas estupefacientes de origen natural con la mejor pureza mundial, lo que ha conllevado a que sea considerada una nación narcoterrorista, sin dudas con los mayores niveles de violencia en nuestra América, con serias sanciones por parte de la comunidad internacional, particularmente de la DEA de EE.UU, lo cual es una flagrante violación de la soberanía de esta nación y una evidencia de la inconsistencia del capitalismo norteamericano, principal mercado de la droga colombiana, al no cumplir su propia ley que expresa que cuando se crece la oferta es porque hay crecimiento en la demanda, de allí, que el poderío yanqui debería incentivar los controles y campañas educativas en su territorio y no transgredir tan brutalmente la ecología y supervivencia colombiana con sanciones, fumigaciones y otras intromisiones.

La población activa por sectores se comporta así: 50,4% en servicios, 26,6% agricultura y 23% en la industria. La tasa de desempleo en el año 1999 se estimó en un 18.1% producto del despido masivo, liquidación de empresas y cierre temporario en las principales ciudades, predominando la producción de bienes y servicios del sector informal y los trabajos temporarios; esta situación condiciona y refuerza condiciones de vida precarias y por ende exposición a factores de riesgo sociales y ambientales que determinan la salud, este nivel de desempleo fluctúa por años, pero siempre manteniendo cifras importantes.

IV - Educación. En este sector las carencias del país son inmensas fundamentalmente en las zonas rurales; 2 de cada 10 niños de 6 a 11 años no asisten a la escuela primaria; 5 de cada 10 jóvenes de 12 a 17 años no reciben educación secundaria y de cada 100 niños ingresados en la escuela primaria solo 30 finalizan el 9no grado. La cobertura educativa afecta principalmente a los pobres de zonas urbanas y rurales, siendo el analfabetismo 3 veces mayor en las zonas rurales, a esto se suman los problemas de la calidad de la educación específicamente la de colegios y escuelas públicas donde los niños aprenden menos de la mitad de lo que deberían.

V - Servicios Básicos. Aunque más del 90% de los hogares tienen acceso a luz eléctrica, se muestran también las siguientes realidades: la conexión al acueducto tiene una cobertura del 70 % en zonas urbanas y un 44 % en zonas rurales, el acceso al alcantarillado se alcanza en el 67 % de las viviendas y la recolección de basuras beneficia al 61 % de la población, estos servicios son prácticamente inexistentes en asentamientos rurales. Los servicios públicos domiciliarios son también reflejo de la incompetencia estatal, la capacidad económica de las familias y su asentamiento en zonas urbanas o rurales.

VI - Salud. Como hemos visto en Colombia subsisten grandes diferencias sociales, demográficas, educativas, culturales, laborales y domiciliarias como consecuencias del sistema político – económico del país y la marcada inequidad en la distribución de la riqueza, todo lo cual impacta negativamente el estado de salud de la población colombiana, a lo anterior se une como determinante fundamental: la cobertura y calidad de la oferta de servicios de salud a la población.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Aunque en la Constitución Política de Colombia (1991), se estipula en el artículo 49 “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”, la realidad es totalmente contradictoria.

En el año 1993 se implementa la Ley 100 “Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS”, ley marco de la salud en el país, la cual, entre otros aspectos, establece que la oferta de servicios de salud se proveerá por medio de dos regímenes:

Régimen Contributivo: usuarios o clientes del sector con capacidad de pago para acceder a los servicios de salud: empresarios, empleados y pensionados públicos o privados y sus beneficiarios.

Régimen Subsidiado: usuarios o clientes del sector sin capacidad de pago para acceder a los servicios de salud: desempleados, subempleados y otros, que se atienden con financiación del estado.

La Ley 100 a su vez reconoce las siguientes entidades para la provisión de salud en el país: Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Hospitales, Clínicas, Consultorios, Laboratorios y otras entidades oferentes públicas y privadas. y Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Aseguradoras de Régimen Subsidiado (ARS): Intermediarios entre los usuarios o clientes del sector (Personas) y los oferentes (IPS).

Hay un predominio marcado y creciente de IPS, EPS y ARS de carácter privado en todo el país.

Funcionamiento del Sistema Las personas afiliadas al régimen contributivo pagan honorarios mensuales a una determinada EPS, la cual contrata con IPS de primer, segundo y tercer nivel, generalmente privadas, los servicios de salud que requieren sus afiliados. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado, el estado paga honorarios mensuales a una determinada ARS, la cual contrata con IPS de primer, segundo y tercer nivel, generalmente públicas, los servicios de salud que requieren sus afiliados.

Bajo la concepción anterior, la meta de la Ley 100 para el año 2000, era que el 100% de los colombianos estuviera protegido por el régimen contributivo atendiendo a su capacidad de pago y si no era posible lo anterior, entonces por el régimen subsidiado por el estado. La realidad fue la siguiente: Cobertura régimen contributivo – 39.5 % de la población. Cobertura régimen subsidiado – 22 % de la población y Sin cobertura o afiliación – 38.5 % de la población.

En términos absolutos significa que para el año 2000, más de 16 millones de colombianos no tenían el más ínfimo acceso a los servicios de salud, cifra que pone al país entre los más críticos no solo en nuestro continente sino a nivel mundial.

Se considera el resultado anterior como un consecuente directo de las políticas neoliberales de las últimas administraciones (Gaviria, Pastrana, Uribe), que han provocado mayor desempleo, disminución de la financiación a la salud (4.8 % del PIB), la privatización de instituciones prestadoras de salud y la corrupción en el estado, todo lo cual se incrementará si finalmente se firma el TLC con los EE.UU, como pretende el Presidente Álvaro Uribe, antes que culmine este año y su gobierno.

Indicadores del Estado de Salud

Ante todo, es importante acotar que en Colombia son muy poco confiables las estadísticas en salud, debido a la carencia de un sistema integral de registro y vigilancia, también son insuficientes los programas de pesquiasaje para el diagnóstico precoz de las enfermedades.

1-Indicadores Demográficos: Tasa cruda de natalidad x 1000 habitantes: 24.4, Tasa cruda de mortalidad x 1000 habitantes: 5.79, Tasa de crecimiento demográfico anual: 1.87 %, Tasa global de fecundidad por mujer: 2.8, Esperanza de vida al nacer en hombres: 67.3 años, Esperanza de vida al nacer en mujeres: 74.3 años

Debemos mencionar que la pobreza rural ha favorecido el desplazamiento de grandes grupos de población hacia zonas marginales de las grandes ciudades existiendo un 17,7% de población bajo la línea de la pobreza.

2- Indicadores de Mortalidad: Son alarmantes las tasas de mortalidad materna (81.1) y mortalidad infantil (28.1) por 1000 nacidos vivos, la población colombiana de origen africano de la región del Pacífico muestra los peores indicadores con una esperanza de vida al nacer inferior al promedio nacional en 2 años y exhibe una tasa de mortalidad infantil de 37x 1000 NV. La tasa de mortalidad general 441.5 x 100.000 habitantes, tiene un discreto predominio en los hombres y sus principales causales son: las enfermedades cardiovasculares (113,4), las muertes violentas (97.1) y los tumores malignos (61.3). Mortalidad por Enfermedades Infecciosas – 37.5

3-Indicadores de Morbilidad. Solo hay reporte para las enfermedades de notificación obligatoria (incidencia por 100.000 habitantes, con franco predominio de Malaria, Sífilis Congénita y Dengue Clásico.

4-Factores de Riesgo: Se registran como principales: el sedentarismo, el tabaquismo y el alto nivel de colesterol sanguíneo, siendo estos tres factores muy perjudiciales para la salud cardiovascular, no se refieren factores de riesgo para otras afecciones.

5-Cobertura de servicios. La atención prenatal y el parto institucional alcanzan cobertura superior al 80 %, así como la vacunación en menores de un año con DPT, BCG, antipoliomielítica, antihepatitis B y triple viral. La citología vaginal en mujeres de 25 a 69 años alcanza una cobertura de 68.4 %.

6-Recursos. La proporción de recursos humanos en salud, con predominio de auxiliares de enfermería, médicos, odontólogos y enfermeras. Se indica que hay tan solo 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes.

Las estadísticas anteriores se complementan con los siguientes análisis cuanti-cualitativos: En el niño menor de un año la principal causa de muerte son las enfermedades infecciosas como el tétano neonatal en madres con antecedente vacunal negativo, atención domiciliaria al parto y pobreza, así como las afecciones del período neonatal pues las gestantes tienen una cobertura de atención sanitaria de solo un 80% con un promedio de 4 controles durante el embarazo, la atención al parto por personal capacitado fue de un 77%, siendo las parteras las que prestan servicios en zonas rurales y peri urbanas (3).

Los niños de 1 a 5 años se ven afectados principalmente por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, que se asocian a las precarias situaciones de vida, sobre todo en las zonas costeras del Atlántico y del Pacífico. La orfandad por los conflictos armados, el trabajo infantil y la desnutrición son males que sufren estos niños (3).

En la población adolescente, el 30% no estudia ni trabaja, existe un inicio precoz de las relaciones sexuales y el índice de la delincuencia juvenil es alarmante, es frecuente el uso de sustancias psicoactivas y el consumo de cigarrillos, estos factores contribuyen a homicidios y accidentes del tránsito principal causa de muerte a esta edad (3).

En el adulto la principal causa de muerte es el trauma con una tasa de mortalidad de 131.5 x 100000 habitantes, aportando 1.450.845 AVPP, las causas de esta violencia está en la situación de conflicto en que vive el país, en la tenencia autorizada de armas de fuego, en el consumo generalizado del alcohol (el 15% de los consumidores no llegan a 18 años), el sistema policial y judicial ineficientes donde solo se logra aprehender al 17% de los homicidas y esto no significa que sean condenados; y el narcotráfico donde el ajuste de cuentas y venganzas es frecuente, le siguen las enfermedades crónicas y en la mujer las asociadas al período reproductivo con una elevada tasa de mortalidad materna, siendo el aborto la segunda causa de muerte materna por ser ilegal y practicarse en condiciones sépticas.(4)

Las Enfermedades Transmisibles muestran una tasa de mortalidad elevada; el cólera y la fiebre amarilla son endémicas en algunas regiones, el dengue afecta a todos los grupos de edades. La encefalitis equina venezolana hace estragos en la población indígena wayúú cuando las lluvias son intensas y proliferan los vectores que, unido a las precarias situaciones de vida, la mala cobertura de servicios básicos y la pobreza reinante no es nada raro, está de más mencionar que el control de vectores es casi nulo. La ineficiencia del sistema en cuanto a promoción y prevención es obvia en todo tipo de enfermedades. (4)

Las Reformas del Sector Salud se definen como: “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de

transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan” (5,6).

En Colombia a partir de 1980 se iniciaron cambios con el objeto de unificar, ampliar o fusionar la cobertura de seguros y así lograr una mayor participación en el riesgo, así mismo, una combinación de atención sanitaria centrada por el seguro y directamente por el propio paciente. Con la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, que incluye normas sobre las pensiones, los riesgos profesionales y los servicios de salud (7).

El proceso de reforma fue conducido inicialmente en el país por el Ministerio del Trabajo modificando el esquema de pensiones que se aplicaba; en las discusiones técnicas se decide incorporar cambios en la prestación de servicios donde entra a decidir el Ministerio de Salud y un grupo de expertos (salud, bancos, organizaciones internacionales) que asignan el papel más importante a la promoción y la prevención en el nuevo sistema. Se incrementaron significativamente los aportes financieros del Estado a la salud buscando mayor eficiencia en el gasto derivada de los esquemas de competencia, la fuerte contribución de los grupos de mayores ingresos y la solidaridad inherente al sistema esperando que estos factores influyan en lograr progresos importantes en lo referente a la calidad de la salud, la cobertura de servicios y la equidad, sin que en la práctica se hayan logrado tales propósitos (8).

En la revisión que hice en el informe de salud de la OMS en el año 2000 se plantea que en Colombia se había iniciado otro enfoque, el de racionar explícitamente, siguiendo prioridades prefijadas o predeterminadas; todas ellas se basan en combinación de criterios: sociales, políticos y de eficacia en función de los costos; estas prioridades explícitas constituyen mejora con respecto al enfoque tradicional de contención pasiva de costos, pero tiene la desventaja de que los proveedores se encuentran con una demanda de servicios que no están incluidas dentro en el conjunto definido de prestaciones, generalmente responden ante estas demandas con subsidios cruzados de las actividades excluidas procedentes de los fondos presupuestarios recibidos para pagar el conjunto definido de prestaciones, o bien, cobrando recargos por los servicios adicionales. El primer mecanismo conduce al financiamiento insuficiente del conjunto definido de prestaciones y el segundo a un incremento de los gastos que debe sufragar directamente el paciente. (9)

Las fuentes de financiamiento del régimen subsidiado en Colombia son: 15% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación, situado fiscal de las remesas, recursos de ECOSALUD (impuestos a los juegos, aportes voluntarios de municipios y departamentos, participación en regalías de nuevos pozos petroleros, impuestos a las armas y municiones y copagos y cuotas de los afiliados. Si se agregan los aportes del sector privado el régimen contributivo de aseguramiento, la participación del sector salud en el PIB sin contar el gasto privado de los hogares pasó de 2,07 en 1990 a 3,18 % en 1994 y a 4,71% en 1996.

En el Plan de Atención Básica, la totalidad de las acciones son de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y se orienta hacia la comunidad. Es un plan territorial gratuito y obligatorio y de responsabilidad del estado; creo que estos planes son reformas positivas e indispensables dentro del sector salud, pero creo que con este enfoque se presta poca atención a la demanda de asistencia sanitaria, que en un país como este con tanta población desposeída y marginada con precaria situación de vida y por ende de salud debe tener mayor cobertura la asistencia médica directa sobre todo en grupos tan vulnerables como niños menores de 5 años y gestantes que requieren de control y atención continua y completa (10).

Respecto a los Recursos Humanos del sector, existía un crecimiento errático, falta de objetivos definidos y gran cantidad de problemas como el desequilibrio entre la oferta de las diferentes categorías ocupacionales y la demanda de sus servicios; inconsistencia entre los perfiles socioeconómicos y epidemiológicos y los perfiles ocupacionales, incongruencia entre los objetivos, las estrategias y los métodos pedagógicos. (11)

Todas estas reformas se enuncian con los principios de equidad, eficiencia, efectividad y calidad, financiamiento adecuado, etc, pero, el estado de salud no depende exclusivamente de reformas dentro de su propio sector, sino de que va mucho más allá, guardando relación y dependencia de la organización económica establecida según el sistema político-social imperante, debe enfocarse este sistema de cambios con una visión integradora de las determinantes de salud, y trabajar en función de modificar favorablemente cada una de ellas. Se enuncian constantemente las palabras promoción y

prevención dentro de las reformas, pero los indicadores nos muestran una educación escasa y deficiente, desnutrición en niños, condiciones paupérrimas en las zonas rurales y marginales de las grandes ciudades y en las costas donde vive la población indígena que necesita que en el sector se proyecten intervenciones y cambios dirigidos directamente a su favor (10).

La necesidad imperiosa de saneamiento ambiental y control de vectores como respuesta a las enfermedades transmisibles no aparecen por ningún lado, se dan indicadores y se reconocen las debilidades, pero no se enuncian posibles soluciones.

En cuanto a las enfermedades crónicas el cáncer en la mujer presenta una situación alarmante que puede resolverse implantando programas eficaces y eficientes para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. (10)

Se piensa que la situación de los problemas de salud puede encontrarse en una mejor atención de salud, por "mejor" se entiende un mayor acceso al tipo de atención que esté disponible y a la actuación de la asistencia social, esto es importante, pero se corre el peligro de que se transforme en un sucedáneo de la reforma fundamental pues, aunque facilitaría que los residentes de tugurios fueran ayudados a mitigar las inclemencias de sus condiciones de vida no eliminaría la causa. La idea de que hay ganadores y perdedores cierra la puerta a cualquier reforma verdaderamente efectiva. Algunas personas tienen menos potencialidades que otras, pero en un buen ambiente cada cual puede por lo menos realizar plenamente sus posibilidades. Un ambiente saludable puede reducir la brecha entre ganadores y perdedores. (12)

La inercia es una barrera a considerar, el mero esfuerzo de introducir reformas básicas es un freno intrínseco para cualquier acción, los impulsos humanitarios se satisfacen en forma más conveniente con remedios fáciles y muchas veces los programas de reformas tienen un alcance demasiado limitado o de duración demasiado breve como para lograr un efecto completo.

Abstract

This is a reference article on the ending of the stay at introduction to GIM, it consists of surveying the whole social and political context of a Latin American country, Colombia, to show its health situation and what it has been done in matters of public health. The Integrated Health Program has not been applied with Cuban assistance; whatever is done and decided on matters of health depends exclusively upon the government or private entities. Given that in Latin America due to neoliberal tendencies, and the differences between the rich and the poor, we cannot speak of equity in health as there is no equity without social justice.

Conclusiones

La Salud Pública de un país depende indiscutiblemente de la voluntad política del gobierno imperante. Aunque en la bibliografía revisada se citan cifras y se describen actividades de promoción y de asistencia sanitaria en beneficio de la población, creemos que la realidad es muy diferente, donde el status social de cada persona determina el tipo de atención sanitaria a recibir y su calidad.

La gran población indígena está marginada y en realidad los "planes" y "programas" de salud no llegan a cumplir realmente su supuesto objetivo. El presupuesto destinado a la salud es mínimo y sufre constantemente de recortes financieros.

La atención médica integral a gestantes y niños es muy deficiente y los datos que aparecen como cobertura de vacunación no son creíbles. Algo tan elemental como la educación y el empleo son inalcanzables para una gran mayoría de escasos recursos.

En definitiva la mejor conclusión queda resumida en las palabras de nuestro comandante Fidel Castro: "...En tanto la salud no sea considerada como un derecho fundamental del hombre y un deber de la comunidad; en tanto no se reconozca la responsabilidad del Estado en la atención y cuidado de la salud, en tanto no desaparezcan las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud a escala nacional e internacional; en tanto no se luche frontalmente contra la pobreza, el hambre, la ignorancia y la insalubridad, poco será lo que podrá lograrse en el mejoramiento de la salud humana en el mundo subdesarrollado..."(13)

Referencias bibliograficas

1. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. V.2. Waschington: OPS; 1998.
2. Ramos E. Curso de Geografía. Universidad para todos. Juventud Rebelde 2005 Agosto 12; Secc. A: 2 col. 4).
3. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. V.2. Waschington: OPS; 1994.
4. Enciclopedia Microsoft Encarta 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud. El derecho a la salud en las Américas. Estudios constitucionales comparados. Waschington: OPS; 2000.
6. Las Reformas de Salud de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. [serie en Internet]1998 [fecha de acceso 18 de febrero del 2003]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.dinarte.es/ras/ras08/interna.pdf>.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica para la Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2001.
8. Organización Panamericana de la Salud. Reforma del sector farmacéutico y del sector salud en las Américas. Una perspectiva económica. Waschington: OPS; 1998.
9. Organización Panamericana de la Salud. Inequidades en salud y la Región de las Américas. Boletín Epidemiológico 1996; 17 (3): 1-4.
10. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la Situación de salud. Boletín Epidemiológico 1999; 20 (3): 1-5.
11. Lineamiento para la Acreditación de la Educación Superior en Colombia. Segunda revisión. 1996.
12. Organización Mundial de la Salud. Informa sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Waschington: OMS; 2000.
13. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.