

Reformas de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Análisis de su Efecto en la Salud Pública y las Prioridades Futuras

Autor: Omaira Valencia Estupiñán: ND, MPH, MBA, cPhD; Subdirectora vida Saludable y condiciones crónicas no transmisibles Dirección de Salud Poblacional, Fundación Santa fe de Bogotá; Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1617-1667>. - email: omaira.valencia@fsfb.org.co

Resumen

Este análisis de las reformas de salud en América Latina, se destacaron países como Colombia, Chile, Cuba, México, y Perú. Colombia y Chile han implementado reformas significativas para avanzar hacia la cobertura universal de salud, enfocándose en mejorar la equidad y la calidad del servicio. Cuba, reconocida por su cobertura universal, enfrenta el desafío de fortalecer su sistema post-pandemia. México y Perú trabajan en la integración de sus sistemas de salud y en la reducción del gasto de bolsillo, respectivamente. Los desafíos comunes incluyen la necesidad de mejorar la gestión del sistema de salud, aumentar el financiamiento y cerrar brechas en el acceso a servicios de calidad, especialmente en zonas rurales y para poblaciones vulnerables.

Palabras clave

sistemas de salud, reforma a los sistemas de salud, sistemas de salud en Latinoamérica, resultados en salud

Introducción

Las reformas de salud en Latinoamérica han dado lugar a grandes cambios estructurales desde la década desde 1980 hasta la actualidad en diferentes países como Colombia, Chile, Cuba, México, Brasil y Costa Rica en respuesta a cambios políticos, desafíos relacionados con cobertura, acceso, equidad y calidad en la atención de los diferentes grupos poblacionales; sin embargo los retos que han sido persistentes en cada uno de los países y sistemas de salud hacen referencia a la transición



epidemiológica con un incremento en el envejecimiento de la población, financiamiento, incremento de las enfermedades crónicas no trasmisibles y la disponibilidad de talento humano en salud, desigualdad y acceso digital, cambio climático, fragmentación de los servicios de salud, entre otros (1-3).

En Colombia, México y Costa Rica la transición epidemiológica fue un impulsor fundamental para dar pie a las reformas realizadas, mientras que en otros países fueron los movimientos sociales quienes dieron pie a dichas reformas. Los países han ajustado sus sistemas de salud con aprendizajes de otros de la región mejorando aspectos clave, con el fin de lograr una cobertura universal, mejorar la equidad en el acceso y los resultados en salud (4).

Evolución de las reformas en Países Latinoamericanos

Tabla 1. Reformas en salud de los países Latinoamericanos

País	Reforma	Año	Modelo	Características	Ventajas	Deseventajas
Cuba (5., 15, 16)	Programa de Medicina Familiar	1980s	Público	Financiamiento público: recaudo de impuestos Implementación del programa de medicina familiar para alcanzar la cobertura universal de salud. Financiamiento estatal.	Reducción costos administrativos Cobertura Universal de servicios Amplia oferta de servicios en salud pública	No hay libre elección del prestador de servicios Falta de incentivos a la calidad y la eficiencia Baja respuesta a la demanda de los usuarios Al ser el estado el unico ente rector falta transparencia y mecanismos de rendición de cuentas Pobres mecanismos de evaluación No hay contrapeso en la regulación de la atención
	Transformaciones en el Sistema de Salud	2011	Público	Reorganización de los servicios de salud, racionalización de recursos humanos, optimización del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Financiamiento estatal.	Mejora en la eficiencia del sistema de salud. Preservación de logros en salud pública en condiciones de crisis económica.	Desafíos en el mantenimiento de la infraestructura del sistema de salud y desarrollo de la innovación y tecnología.
	Legalización de PYMES	2021	Mixto	Legalización de pequeñas y medianas empresas privadas (PYMES), permitiendo hasta 100 trabajadores. Apertura económica.	Potencial para el desarrollo económico y contribución al sector salud mediante servicios y productos.	Riesgo de incremento de desigualdades y desafíos en la regulación del sector privado en salud
Colombia (5- 9)	Ley 100 de 1993	1993	Sistema de aseguramiento solidario (Mixto)	Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Introducción de las Entidad Promotora de Salud (EPS). Modelo de financiamiento mixto	Cobertura casi universal (superior al 98%) Aumento del gasto público en salud. Población puede escoger prestador y asegurador	Críticas a la participación privada y manejo de recursos. Sostenibilidad financiera.
	Ley 1122 de 2007	2007		Ajustes al SGSSS, fortalecimiento de programas de salud pública y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.	Mejoras en la prestación de servicios Cobertura de servicios y tratamientos para enfermedades de alto costo.	Fragmentación en la atención y requiere mejorar la eficiencia en la prestación de servicios.



	Ley 1438 de 2011	2011		Fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio.	Unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes. Bajo gasto de Bolsillio en promedio nacional	Mejorar acceso y calidad del servicio en zonas rurales y para poblaciones vulnerables. Desafíos en el financiamiento del sistema
	Proyecto de Ley "Salud para la Vida"	2023	Propuesta de modelo Público	Propuesta de eliminación gradual de las EPS, fortalecimiento del papel del Estado en la regulación y financiación. Modelo de fondo para financiamiento incluye igualmente aportes del estado y de los trabajadores administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) quien realizaría el pago directo a los prestadores	Enfoque en atención primaria y eliminación de intermediarios financieros en la salud.	Controversias sobre la viabilidad y efectos en la sostenibilidad financiera del sistema. Problemas de definición clara de roles de las entidades territoriales, incentivos a la calidad, plan de beneficios continuidad de la atención Requiere un fortalecimiento importante de la ADRES para garantizar la gestión de la salud de la población.
México (5, 14)	Reforma Constitucional en Salud	1983	Público	Reconocimiento del derecho a la protección en salud, inclusión del sector privado en la prestación de servicios.	Mayor participación del sector privado en la prestación de servicios de salud.	Dificultades en garantizar una regulación estricta para mejorar la calidad y reducir costos.
	Creación del Seguro Popular	2003	Público	Introducción del Seguro Popular para expandir la cobertura a poblaciones sin seguridad social, financiado por el gobierno y contribuciones de los beneficiarios.	Expansión significativa de la cobertura de salud.	Persistencia de desigualdades en el acceso a los servicios de salud.
	Reforma Integral del Sistema de Salud	2023	Público	Propuesta de reforma integral basada en la ampliación de la cobertura de los seguros sociales y la especialización de la Secretaría de Salud en salud comunitaria.	Potencial para mejorar la coordinación y eficiencia del sistema de salud.	Requiere una implementación efectiva y sostenible para lograr los objetivos propuestos
Chile (10 – 11)	Creación de las ISAPREs	1981	Mixto	Sistema mixto con opción de seguros privados (ISAPREs), financiado por cotizaciones del 7% de las remuneraciones.	Aumento de opciones de cobertura de salud privada.	Desigualdad en el acceso a la salud entre usuarios de ISAPREs y del sistema público.
	Fijación de cotización del 7%	1988	Mixto	Cotización obligatoria del 7% para pensionados del régimen antiguo, financiamiento mixto.	Mayor financiamiento para la salud pública.	Sostenibilidad financiera y equidad en el financiamiento.
	Ley 18.933	1990	Mixto	Creación de la Superintendencia de ISAPREs, regulación mejorada, financiamiento mixto.	Regulación y supervisión mejorada de las ISAPREs.	Asegurar la regulación efectiva y evitar abusos en el sistema de ISAPREs.
	Leyes de Autoridad Sanitaria y AUGE	2005	Mixto	Sistema de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), financiamiento mixto.	Mejora en el acceso a tratamientos esenciales y en la organización del sistema de salud.	Mantener la cobertura y calidad del AUGE frente a desafíos financieros y demográficos.
	Propuesta de Sistema Único de Salud	2022	Único	Creación del Fondo Universal de Salud (FUS) administrador único de los recursos universalización de la cobertura del FONASA a todas las personas que residan en el país. El FUS recaudará y administrará las cotizaciones de los trabajadores (7%), junto a los aportes del Estado. Mientras las ISAPRE, se transformarán en seguros complementarios voluntarios	Propuesta de un sistema más equitativo y eficiente. Lograr cobertura universal en atención primaria	Lograr consenso político y social para la implementación efectiva de la reforma., Sostenibilidad financiera.
Brasil (5, 12, 13)	Creación del Sistema Único de Salud (SUS)	1988	Público	Sistema de acceso universal para todos los habitantes del país. Financiamiento a través de impuestos generales y contribuciones sociales.	Acceso universal e integral a los servicios de salud. Promoción de la igualdad. Descentralización de la gestión y participación social.	Necesidad de mejoras y fortalecimiento en la gestión del SUS para garantizar servicios de salud equitativos y de calidad.
	Plan Nacional de Salud 2020-2023	2020	Público	Establece objetivos, estrategias y acciones para la actuación de las dependencias coordinadoras del sector salud.	Impulso a políticas públicas de salud basadas en principios de universalidad, integralidad y equidad.	Aún se enfrentan desafíos para el fortalecimiento de la gestión del SUS.



Costa Rica (5, 17)	Reforma del Sector Salud	1990	Público	Fortalecimiento del Ministerio de Salud, reorganización de servicios de salud, financiamiento público.	Mejora en la gestión y prestación de servicios de salud.	Necesidad de adaptación continua a las demandas de salud cambiantes y crecimiento poblacional.
	Plan Nacional de Salud 2016-2020	2016	Público	Enfoque en atención primaria, promoción de la salud, financiamiento público.	Expansión de la cobertura de atención primaria.	Desafíos en la implementación y sostenibilidad financiera a largo plazo.
	Ley de Fortalecimiento de la CCSS	2017	Público	Fortalecimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, financiamiento público.	Mejora en la eficiencia y cobertura del seguro de salud.	Presiones financieras debido al envejecimiento poblacional y aumento de enfermedades crónicas.

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los resultados de la tabla 1, se evidencia que las reformas de salud en América Latina han mostrado una necesidad de adaptación a las necesidades y contextos específicos de cada país. En Colombia, por ejemplo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha logrado una cobertura significativa de la población y un plan de beneficios con cobertura de servicios y tratamientos de alto costo, sin embargo, enfrenta desafíos como una estrategia de financiamiento para garantizar su sostenibilidad, así como mejorar la equidad y calidad del servicio, especialmente en zonas rurales y periféricas. Por otro lado, Chile ha intentado avanzar hacia un sistema de salud universal con la propuesta de un fondo universal de salud, aunque enfrenta el desafío de alcanzar un consenso sobre la visión del sistema de salud que el país requiere, así como mejorar el gasto de bolsillo en salud y financiamiento en el largo plazo. Aunque en ambos países existen propuestas recientes para mejorar los desafíos existentes, estas presentan grandes dificultades en su definición y la claridad en la resolución de la sostenibilidad financiera y procurar por la calidad de la atención (Tabla 1).

En Cuba, la implementación del programa de medicina familiar ha permitido alcanzar la cobertura universal de salud, aunque el país ahora necesita fortalecer su sistema de salud post-pandemia y mejorar la atención en el primer nivel, al igual que Costa Rica el sistema público presenta grandes desafíos en torno a su capacidad para atender las demandas de la población debido al crecimiento aumento de enfermedades crónicas y el cambio en los perfiles poblacionales, sistemas de información y evaluación. México, con su Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, busca coordinar efectivamente la atención médica y la salud pública, enfrentando desafíos en la reestructuración institucional y la coordinación intersectorial. Estos ejemplos ilustran cómo, a pesar de los avances significativos en la expansión de la cobertura y la implementación de reformas orientadas a la equidad y la calidad, los países de América Latina continúan enfrentando desafíos



críticos relacionados con la sostenibilidad financiera, la gobernanza, la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud (Tabla 1).

Resultados y gasto en Salud

Este análisis muestra diferencias significativas en términos de demografía, expectativa de vida, mortalidad y gastos en salud. Chile, con una población total de aproximadamente 19.6 millones, es el país con mayor expectativa de vida (81.2 años) de la región, también presenta los índices más bajos de mortalidad materna e infantil, siendo uno de los países con mayor índice de desarrollo humano (0.855) (5). Sin embargo, el país enfrenta desafíos con una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (63.1%) y un considerable gasto de bolsillo en salud (28.87%), indicando posibles áreas de mejora en la promoción de estilos de vida saludables y accesibilidad financiera al cuidado médico.

Por otro lado, Colombia y Brasil, con poblaciones significativamente mayores, muestran desafíos en la gestión de la salud pública con tasas más altas de mortalidad materna e infantil comparadas con Chile, cabe resaltar que Colombia y Brasil son los países con mayor desigualdad en Latinoamérica (4-7). Brasil, con la mayor población de la lista, tiene una expectativa de vida más baja (76.2 años) y enfrenta problemas como la hipertensión (23.3%), la más alta entre los países analizados. A pesar de estos desafíos, ambos países han asignado un porcentaje considerable de su PIB (>4%) al gasto público en salud lo que refleja un compromiso con la mejora de sus sistemas de salud. Colombia y Cuba son los países con menor gasto de bolsillo en salud reportado (Cuba 8.92% y Colombia 13.59%), lo que sugiere una mayor protección financiera para los hogares contra los gastos catastróficos de salud, que pueden llevar a las familias a la pobreza debido a enfermedades o accidentes inesperados; en contraste, el alto gasto de bolsillo en México (38.77%) y Panamá (32.46%) resalta las dificultades en la accesibilidad financiera al cuidado de la salud en estos países, a pesar de sus esfuerzos por mejorar la cobertura y calidad del servicio de salud (Tabla 2).

Estos indicadores demuestran la necesidad avances y estrategias integrales que aborden tanto la prevención de enfermedades como la mejora del acceso y la asequibilidad del cuidado de la salud, especialmente en países con grandes disparidades en la distribución de recursos y servicios de salud.



Tabla 2. Resumen de los principales resultados y gasto en salud en Latinoamérica

Indicador	Chile	Colombia	Costa Rica	Brasil	México	Perú	Argentina	Cuba	Panamá
Población total (2023)	19,629,590	52,085,168	5,212,173	216,422,446	129,000,000	34,352,719	46,234,830	11,194,449	4,468,087
Población adulta mayor	13.5%	9.4%	11.2%	10.2%	14%	-	12.1%	-	9%
Esperanza de vida al nacer (años)	81.2	77.5	80.3	76.2	75	77	78	78.3	78.6
Razón de mortalidad materna (por 100,000) 2020	15	74.8	22	72.1	59.1	68.5	44.9	38.7	63.9
Mortalidad infantil (por 1000) 2020	6.5	17.6	8.25	12.2	12.1	13	8.4	7.1	11.2
Mortalidad por cáncer de mama (por 100,000) 2019	11.8	12.5	12	15.7	11.2	11.6	22.5	15.8	12.1
Prevalencia de sobrepeso y obesidad 2016	63.1%	59%	61.6%	56.5%	64.9%	57.5%	62.7%	58.5%	58.8%
Prevalencia de hipertensión	20.9%	19.2%	18.7%	23.3%	19.7%	13.7%	22.6%	19%	19.9%
Prevalencia de diabetes	10.5%	8.5%	8.9%	8.3%	11.2%	7.7%	9.7%	8.4%	9.3%
% del gasto en salud del PIB	-	6.53%	5.64%	4.62%	3.3%	4.28%	6.62%	11.37%	5.86%
Gasto de bolsillo en salud 2020	28.87%	13.59%	20.29%	22.39%	38.77%	22.76%	24.21%	8.92%	32.46%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de PAHO, salud en las Américas, 2022

Gobernanza y transparencia

Colombia y Chile han presentado las reformas más recientes que resaltan cambios importantes en la estructura de sus sistemas de salud. En Chile, el principal desafío ha sido alcanzar un consenso sobre la visión del sistema de salud que el país requiere, especialmente en el contexto del proceso



de reforma de la Constitución chilena. La propuesta de reforma constitucional, que incluía el establecimiento de un sistema de salud universal, público e integrado, fue rechazada en un plebiscito, lo que refleja problemas de gobernanza y la dificultad de lograr un acuerdo político y social amplio sobre las reformas necesarias. En Colombia la reforma ha sido controversial para diferentes sectores y la sociedad civil que ha generado preguntas importantes relacionadas con el manejo de la corrupción en el nuevo modelo propuesto, las capacidades de la ADRES y el rol de los alcaldes y gobernadores en la toma de decisiones en un sistema que plantea un refuerzo en la participación de hospitales públicos en la cual, no son claros los mecanismos para manejar y mitigar los conflictos de intereses de los actores que intervienen, para evitar el clientelismo y procesos de contratación de profesionales y selección de prestadores ligados a afinidades políticas¹. Estos desafíos subrayan la necesidad de mejorar la transparencia y la participación pública en el proceso de reforma del sistema de salud planteadas.

Sostenibilidad financiera

En la agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030, dentro de las metas para los desafíos de financiamiento que en general presentan los países, es aumentar al menos al 6 % el gasto público destinado a salud y reducir el gasto de bolsillo destinado a salud (3-6).

Aunque varios países han aumentado su gasto en salud por encima de la meta 2030, continúan teniendo grandes desafíos con la sostenibilidad financiera debido a diferentes factores; por un lado, se encuentra los países con financiamiento mixto donde las contribuciones de los trabajadores son el soporte del sistema, en los países con aumento en las tasas de desempleo y altas tasas de informalidad esto pone en riesgo dicho financiamiento. Así mismo, otros factores que tienen un efecto directo en el gasto en salud, se destacan los fenómenos migratorios en Latinoamérica especialmente en Colombia, Chile y Brasil, el aumento de proporción de población en envejecimiento y la esperanza de vida, el crecimiento de las enfermedades crónicas y la multimorbilidad (presencia de más de dos enfermedades en un mismo individuo), el alto costo de tecnologías en salud; reflejan una desafío para los sistemas de salud en términos de sostenibilidad

¹ <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/analisis-archivo-reforma-a-la-salud/>



financiera y una necesidad de adaptación a estos nuevos paradigmas, son desafíos clave para poder asegurar a la población el derecho fundamental de la salud en el mediano y el largo plazo, y en la inmediatez en el caso de algunos países(18-20).

Conclusiones

Es prioritario aprovechar los avances y logros que tienen los sistemas para proponer reformas basadas en datos que potencien los logros alcanzados y ayuden a mejorar las brechas existentes en términos de acceso y equidad en salud

Lograr el financiamiento sostenible por medio de estrategias contemplando los diferentes fenómenos epidemiológicos, migratorios y carga de enfermedad son necesarios para predecir los gastos futuros en los sistemas de salud de manera que sean sostenibles y que protejan a las personas y familias de los gastos excesivos para atender posibles enfermedades de alto costo y eventos de alta siniestralidad cuya atención pueden afectar drásticamente la calidad de vida y financiamiento de los hogares, en especial aquellos con mayor vulnerabilidad. Debido a las tendencias actuales, no se espera una disminución del gasto en salud con un aumento en la esperanza de vida, de las personas con mayor envejecimiento, entre otros.

Trabajar en la salud de las poblaciones para mantener individuos sanos y mitigar la carga del aumento del sobrepeso, la obesidad, cáncer, el cambio climático, la inseguridad alimentaria, requiere de un trabajo intersectorial para reducir la carga en la atención sanitaria (20).

Si bien existen diferentes grados de avance en la atención primaria, está ya ha sido reglamentada y soportada por normatividad vigente en la mayoría de los países pero que requiere de ajustes para lograr una mejor implementación y efectividad.

Aunque no es uno de los temas que más se menciona en las fuentes revisadas, el talento humano en salud es un eje fundamental en el funcionamiento del sistema, que debe revisarse con cuidado para trabajar de manera articulada con diferentes sectores y potenciar la capacitación, habilidades



formas de contratación y la humanización en la atención. Así mismo, es prioritario avanzar en la implementación de tecnologías avanzadas como la inteligencia artificial y el análisis de grandes datos en los sistemas de salud, dado que, si existe una brecha digital significativa, como la falta de acceso a internet o tecnologías adecuadas en algunas comunidades, esto puede limitar seriamente la efectividad de tales iniciativas. La desigualdad en el acceso digital puede resultar en una implementación desigual de soluciones tecnológicas en salud, lo que perpetúa la inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad y la capacidad de responder a emergencias sanitarias de manera efectiva y oportuna.

Referencias

1. Inter-American Development Bank. What are the challenges for digital health in Latin America and the Caribbean? Recuperado de <https://blogs.iadb.org/salud/en/what-are-the-challenges-for-digital-health-in-latin-america-and-the-caribbean/>
2. OECD. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. OECD Publishing. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_532b0e2d-en
3. Pan American Health Organization. (2022). *Digital health in the Americas: advances and challenges*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54816>
4. Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61646-9)
5. Organización Panamericana de la Salud. (2024). Salud en las Américas. Perfiles de País 2022. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022>
6. *Observatorio de Financiamiento para el Desarrollo*. (2023). *Nota Técnica N° 5, septiembre 2023 – febrero 2024*. Disponible en: <https://www.observatoriodefinanciero.org>
7. Gómez-Arias, Rubén Darío, & Nieto, Emmanuel. (2014). Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud?. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4),



733-739.

Disponible

en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400019&lng=es&tlng=es.

8. Universidad Javeriana. *La evolución del sistema de salud*. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/la-evolucion-del-sistema-de-salud/>
9. Pontificia Universidad Javeriana. (2024). Análisis del archivo del proyecto de reforma a la salud. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/analisis-archivo-reforma-a-la-salud/>
10. Ministerio de Salud de Chile. *Hitos de la salud chilena*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
11. Bastías Silva, Gabriel. (2023). Sistema de Salud chileno Pasado, Presente e incertidumbres del futuro. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 39(3), 198-202. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482023000300198>
12. Servilha, L. (2007). *El desafío de la descentralización: Financiamiento público de la salud en Brasil*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/14214/el-desafio-de-la-descentralizacion-financiamiento-publico-de-la-salud-en-brasil>
13. Becerril- M. (2011) Sistema de salud de Brasil. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S120-S131. Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf>
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*. CEPAL. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5300-evolucion-reforma-sistema-salud-mexico>
15. Ojeda RM. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Apr 24;42:e25. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2018.25. PMID: 31093054; PMCID: PMC6385798.
16. Farber, S. (2023). *El futuro de Cuba: alternativas políticas y sociales*. Nueva Sociedad. Recuperado de <https://nuso.org/articulo/304-futuro-cuba-alternativas-politicas-sociales/>
17. Villalobos, Luis Bernardo, & Piedra González, Mario A.. (1998). Reforma en la salud en Costa Rica: implicaciones en la gestión municipal. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 6(1), 43-51. Retrieved June 07, 2024, from



[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000100004&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591998000100004&lng=en&tlng=es)

18. Organización Panamericana de la Salud. (2024). ASSA2030 - Objetivo 4. Disponible en: <https://www.paho.org/es/assa2030-objetivo-4>
19. Organización Panamericana de la Salud. (2024). Perfil de País - Colombia. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-colombia>
20. Rose, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.