

La investigación en sistemas de salud: Una necesidad mundial

Marcela Vélez MD, MSc (c);

Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia. Correo electrónico: clamavelez@yahoo.es

Resumen

El presente artículo analiza la necesidad de realizar investigaciones en sistemas de salud, bien a través de las comparaciones entre sistemas o a través de estudios a profundidad del impacto y desempeño de los sistemas de salud modernos. Los cambios políticos y económicos mundiales presionan a los sistemas de salud para transformarse en modelos que se adapten a las economías de mercado, mientras que la problemática de inequidad social y de cambios epidemiológicos requieren de transformaciones que mejoren el desempeño de los sistemas. Aunque en general existe un gasto en salud progresivo, algunos países pobres no alcanzan a cubrir todas sus necesidades sanitarias, mientras que países de economías en crecimiento o de países desarrollados se enfrentan al aumento de los costos de las atenciones médicas, a la falta de control en los precios de las tecnologías y productos derivados de la propiedad intelectual, y a la incapacidad de transformarse hacia modelos preventivos y no curativos.

Palabras clave: *Sistemas de salud, equidad en salud, recursos en salud*

The research on health systems: A global need

Abstract

This article discusses the need for research on health systems, either through comparisons between systems or studies to depth of impact and performance of modern health systems. Global economic and political changes put pressure on health systems to become models adapted to the market, while the problems of social inequality economies and epidemiological changes require changes to improve the performance of systems. Actually exists a progressive grow of health spending, however some poor countries fail to cover all your health needs, while growing economies or developed countries face the lack of control in the prices of intellectual property, and the inability to transform toward models preventive.

Keywords: *Health systems, equity in health, health resources*

Recibido : Noviembre 2 de 2011.
Aceptado : Diciembre 6 de 2011.

Introducción

Los sistemas de salud en el mundo han afrontado importantes transformaciones, influidas por cambios políticos y económicos tanto locales como globales. En la actualidad, estos sistemas se ven enfrentados a un conjunto de retos, obstáculos y oportunidades de características comunes, así como a las particularidades nacionales.

En diversas publicaciones y declaraciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) (2) (3) (4) (5), ha evidenciado el crecimiento mundial de los recursos financieros del sector de la salud, estos pasaron de representar el 8% del Producto Interno Bruto (PIB) mundial en el año 2000 a ubicarse en 8,6% en 2005, lo que significa pasar de I\$ 2,6 billones a I\$ 5,1 billones, un crecimiento en dinero real del 35% en solo cinco años (1). Los recursos crecen más de lo que crece la población, siendo el momento de la historia de mayor afluencia de dineros para este sector. Con excepción de algunos países de ingresos bajos, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario por habitante en el mundo ha sido del 5% anual.

En Colombia esta necesidad se expresa en la reciente crisis del sistema de salud, la promulgación de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional exigiendo la actualización del Plan Obligatorio de Salud y su equiparación para toda la población colombiana han dado muestra de la incapacidad de tomar decisiones derivadas de estudios que evalúen las necesidades de servicios médicos en el país, el perfil epidemiológico, la disposición a pagar de la sociedad por las tecnologías médicas y la evaluación de su costo-efectividad. Además del escaso control que se tiene sobre los gastos en el sistema de salud y en el manejo y apropiación que las EPS hacen de estos recursos. Esto sin contar que se adolece de un sistema de información que dé cuenta de la población asegurada, de los servicios que demanda, sus características demográficas y necesidades.

Para efectos de comparar el crecimiento del gasto en salud, la OMS ha agrupado los países en tres categorías: economías sanitarias de gasto elevado, economías sanitarias de crecimiento rápido, y economías sanitarias de gasto bajo y crecimiento bajo (1).

En el primer grupo se encuentran los países de ingresos altos, donde residen alrededor de mil millones de personas, estos países gastaron en promedio en 2005 US\$ 3.752 por habitante, con una tasa de crecimiento del gasto en salud en el quinquenio de 5,5% anual (6).

En el segundo grupo están países de ingresos bajos y medios, quienes alojan a 2.900 millones de habitantes, estos países gastaron en 2005 un promedio por habitante de US\$ 413, más del doble que en 1995, y el crecimiento promedio del gasto en salud en el quinquenio fue de 8,1% anual (6).

En el tercer grupo se encuentran los países de ingresos bajos de África y Asia meridional y sudoriental, junto con los Estados frágiles. Esos países, con una población de

2.600 millones de personas, gastaron en salud en 2005 US\$ 103 por habitante (6), y aunque la tasa de crecimiento es del 5,8% anual, parecida a la de los países de gasto alto, se observa que en términos de dinero real, el incremento ha sido escaso para afrontar las necesidades en salud y brindar cobertura a poblaciones tan numerosas.

Según la OMS, las diferencias no solo radican en el ritmo y la magnitud del crecimiento de su gasto sanitario, si no en la participación del gasto público en salud. Los países de gasto bajo y crecimiento bajo tienen una mayor participación en la financiación del sector del pago directo por el usuario, o gasto de bolsillo, mientras que los otros dos grupos de países, tienen mayor importancia el gasto público y los mecanismos de prepago (1), por ende están más protegidos contra el empobrecimiento que puede generar las contingencias de la enfermedad.

El proceso de investigación en sistemas de salud

El crecimiento económico en el sector de la salud genera altas expectativas sociales sobre el cumplimiento de metas sanitarias y el buen desempeño de los sistemas. Sin embargo, comúnmente estas expectativas no se cumplen y se generan conflictos sociales, que en algunos países configuran importantes crisis de gobernabilidad poniendo en riesgo la estabilidad social de las naciones.

La ola de reformas de las décadas de los ochenta y noventa, promovidas por el Banco Mundial (7) (8), introdujo en el sector de la salud al intermediario financiero y cambió los paradigmas de los servicios médicos. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el caso de América Latina dichas reformas “no han producido un efecto global positivo sobre el sector” (9), por el contrario han fortalecido significativamente al intermediario privado quien se ha convertido en el obstáculo principal para el cambio y la toma de correctivos en los sistema de salud (10) (11).

Para la OMS: “*además de que existe una atención no regulada de carácter comercial, los límites entre agentes públicos y privados no están claros y la negociación de las prestaciones y los derechos está cada vez más politizada. En muchos sentidos, las respuestas del sector de la salud a un mundo en transformación han sido inadecuadas e ingenuas. Inadecuadas, en la medida en que no han sido previsoras ni oportunas: a menudo no se ha hecho lo suficiente, se ha hecho demasiado tarde o se ha hecho demasiado en el lugar equivocado. E ingenuas, porque cuando un sistema falla se deben aplicar soluciones, no remedios transitorios*” (1).

Los sectores políticos, las autoridades sanitarias y en general la sociedad, discuten la necesidad y urgencia de intervenir y corregir los problemas del sector de la salud, la contradicción se plantea entre la necesidad de ajustes a los sistemas implementados o cambios estructurales en la organización e incluso en los modelos.

Es prioritario y trascendental en este momento histórico evaluar y comparar la calidad y desempeño de los

diferentes sistemas de salud para optimizar el gasto del sector, aumentar la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y acercarse a cumplir con el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones.

Los servicios médicos

La aparente prosperidad económica del sector y el vertiginoso aumento en conocimientos y tecnologías médicas, contrasta con la compleja problemática mundial de inequidad, no sólo entre países pobres y ricosⁱ, sino de profundas desigualdades en materia sanitaria al interior de los países. Sumado al incremento de la población anciana y el consecuente incremento de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, además de la propagación de las enfermedades transmisibles, los problemas derivados del cambio climático, la inseguridad alimentaria y los conflictos sociales; el desafío para los sistemas de salud es de amplísimas proporciones y requiere de compromisos gubernamentales y sociales muy serios.

En el caso de los países con economías sanitarias de gasto alto los servicios médicos son ofrecidos por estructuras muy complejas y especializadas, donde la industria farmacéutica y de tecnología tiene una altísima injerencia (12). Los riesgos en la estabilidad económica de sus presupuestos se deben al aumento de la población con enfermedades crónicas y al incremento en los costos de los tratamientos. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad aún no alcanzan toda la dimensión que deben tener y los sistemas se enfrentan al desafío de generar equidad en la cobertura y el acceso de la población más desfavorecida y los inmigrantes

En el grupo de países de economías sanitarias de crecimiento rápido se observa una acelerada expansión de servicios. Los modelos que han mercantilizado la salud posicionan a los agentes privados y a la industria farmacéutica y de tecnología como actores decisivos haciendo difícil orientar los sistemas hacia la promoción y prevención, por ende consolidando el modelo curativo (13).

Estos países se enfrentan a problemas muy graves de equidad, puesto que las infraestructuras especializadas están dirigidas a la atención de un grupo pequeño de la población con altos ingresos económicos o incluso a los turistas provenientes de países ricos que encuentran precios más competitivos, estas situaciones provocan que el recurso humano se desvíe hacia este tipo de atención más lucrativa e incluso a que se eleven las tasas de formación especializada (14) y que amplias capas de la población no tengan acceso a ningún tipo de atención médica. En estos países aumenta la población con enfermedades crónicas a la par del incremento de las personas con enfermedades

transmisibles, lo que enfrenta a los sistemas de salud a profundos desafíos tanto en la planeación y organización de los servicios de salud, como en la financiación de ellos.

En el caso de los países de economías sanitarias de bajo gasto y crecimiento bajo, los 2.600 millones de personas que se encuentran allí poseen menos del 5% del gasto sanitario mundial (1). Estos países no solo tienen el problema del déficit presupuestal en salud sino que adolecen de una carga de morbilidad desproporcionadamente alta. Las enfermedades transmisibles, la desnutrición, las muertes maternas e infantiles son indicativas de los graves problemas que afrontan estos países.

Investigar en sistemas de salud

Los sistemas de salud suelen considerarse monolíticos, no se ha profundizado en la comprensión de cómo las interacciones entre sus partes integrantes, el contexto político, económico y social, generan sinergias y subsistemas cambiantes (3). Las investigaciones solo dirigidas a evaluar la financiación del sector, las inversiones y los insumos, restringen la posibilidad de realizar enfoques sistémicos que posibiliten un conocimiento más completo del cómo, para quién y en qué circunstancias funcionan.

La comparación entre modelos de salud puede ser útil para controlar las generalizaciones y permitir explicar los fenómenos sociales que cruzan el desenvolvimiento de los sistemas de salud. “La comparación mejora la capacidad descriptiva de la situación de estudio” y permite sintetizar los elementos diferenciadores y comunes de un fenómeno particular que ocurre en los sistemas sociales. Además, otorga criterios para “verificar hipótesis generadas con base en el descubrimiento inductivo”, lo que permite validar o no afirmaciones o conceptos y así continuar en una fase superior de construcción de teorías explicativas que dilucidan la situación del objeto de estudio (15).

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, la OMS presentó su método de evaluación del desempeño de los sistemas de salud. En octubre de 2001 se constituyó un Grupo de Examen Científico Colegiadoⁱⁱ que concluyó que era importante y útil llevar a cabo evaluaciones periódicas del desempeño de los sistemas de salud, utilizando métodos equivalentes en los distintos países como un elemento esencial para garantizar la mejora de los sistemas de salud. El Grupo concluyó además, que si bien era importante observar los avances logrados en cinco indicadores de resultados (nivel de salud, desigualdades sanitarias, capacidad de respuesta, desigualdades en la capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera), también era esencial vigilar las aportaciones al sistema de salud, en especial los recursos humanos, y elaborar un conjunto

i Esta tendencia común del crecimiento del gasto sanitario enmascara una diferencia superior a 300 veces entre unos países y otros en el gasto per cápita, que va desde menos de I\$ 20 por habitante hasta bastante más de I\$ 6000.

ii Los documentos donde se describen los métodos de evaluación del desempeño y los debates consiguientes se encuentran en formato electrónico y pueden descargarse de la página de la OMS: www.who.int/health-systems-performance

de indicadores de desempeño de sus cuatro funciones básicas (generación de recursos, financiación, prestación de servicios y rectoría) (2).

La magnitud de los aspectos a comparar y la construcción de indicadores ha contribuido en el avance de los estudios sobre sistemas de salud, de hecho la información utilizada proviene de las fuentes nacionales tradicionales y de la Encuesta Mundial de Salud que se ha aplicado en 71 países (6). Sin embargo, para algunos investigadores: *“la metodología utilizada por la OMS no es concluyente debido, entre otros factores, a la complejidad de la producción de salud y a la dificultad para la definición, operacionalización y medición de las variables involucradas y la heterogeneidad entre las naciones”* (16).

Se han desarrollado estudios que han medido la eficiencia de los sistemas de salud comparando indicadores sociodemográficos contra indicadores económicos generales y específicos del gasto en salud. David Evans y colaboradores (2001), compararon la eficiencia de los sistemas de salud de los países afiliados a la OMS a través de la medición de la relación entre la esperanza de vida saludable y el gasto en salud per cápita y los años de escolaridad promedio de la población. La conclusión fue que el incremento en los recursos de salud en países pobres y la utilización más eficiente de los recursos en países ricos, son las mejores alternativas para mejorar los resultados de salud en cada caso (16).

Utilizando la metodología DEA (Data Envelopment Analysis), Donna Retzlaff Roberts y colaboradores (2004) han comparado a los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), mientras que Nevárez, Constantino y Contreras (2007) lo hicieron con los países afiliados a la OMS, concluyendo que la eficiencia de los sistemas de salud se correlacionó de manera inversa con el coeficiente de Gini, puesto que los países con similares inversiones en salud obtuvieron una calificación de su eficiencia mejor si presentaban menor desigualdad en el ingreso. Además afirmaron que invertir una mayor proporción del PIB en los sistemas de salud no garantiza obtener mejores resultados si no se controla también la forma en que se invierten esos recursos (16).

Estos últimos autores señalan: *“De manera sistemática se ha encontrado una relación entre ingreso, distribución del ingreso y variables de salud. Jennifer Mellor y Jeffrey Milyo (2001), analizando países desarrollados, encontraron una correlación positiva entre el coeficiente de Gini y la mortalidad infantil, y una correlación negativa entre la esperanza de vida y el coeficiente de Gini. En relación con el gasto en salud y su impacto en la mortalidad infantil, Deon Filmer y Lan Pritchett (1999) comentaron que éste no es un determinante poderoso, sino que existen otros factores como ingreso per cápita, desigualdad en la distribución del ingreso, educación femenina, nivel de fragmentación étnica y religión predominante... Richard Wilkinson y Kate Pickett (2006) revisaron 155 artículos sobre la relación de ingreso*

y resultados en salud, y en 70% de ellos se describe que los niveles menores de salud se asocian con los mayores niveles de desigualdad en el ingreso” (16).

Commonwealth Fund ha realizado en los últimos años varios estudios comparativos de la calidad, equidad y cobertura de los servicios de salud en seis países, Australia, Canadá, Alemania, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos. El estudio llamado “Mirror, mirror” ha evidenciado desde 2004 los defectos del sistema de salud norteamericano, encontrando que la principal característica que lo diferencia de los demás sistemas evaluados es la ausencia de cobertura universal del aseguramiento en salud a pesar de un altísimo gasto per cápita en el sector, más del doble del promedio de los países de la OCDE (17). A pesar del altísimo gasto en salud de Estados Unidos, el más grande del mundo, el mejor sistema de salud de los evaluados en 2007 fue el australiano y el peor calificado el de Estados Unidos (11). Esta organización ha publicado varias investigaciones sobre temas diversos de los sistemas de salud de dichos países, contrastando la calidad y la eficiencia de sus sistemas de salud (18).

A nivel latinoamericano se han realizado varias investigaciones comparativas entre diferentes tipologías de sistemas de salud. Algunos trabajos analizan los sistemas de salud desde una metodología descriptiva e histórica con la que señalan los procesos de creación y transformación de éstos (19), mientras que otros realizan comparaciones en el funcionamiento, la organización y los resultados en salud de diferentes sistemas, abordando dichas comparaciones desde diversos enfoques metodológicos. Utilizando metodologías de revisión documental y comparación de indicadores de salud se estudiaron los sistemas canadiense y cubano, concluyendo los investigadores que a pesar de la diferencia en la organización y financiación de los dos sistemas, su alta cobertura y calidad se sustenta en la perspectiva de equidad con la cual se plantean y el pagador único como una medida de optimización de los recursos económicos (20). En otro estudio que utiliza el análisis entre países (cross national) para evaluar los sistemas de salud de Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela, los investigadores evidencian como “el monto total invertido en salud no es directamente proporcional a los resultados de los indicadores de salud” (21), y concluyen que la mayoría de estos países introdujo cambios en la organización y estructura de los sistemas de salud de acuerdo a los lineamientos internacionales, lo que afectó la forma en que se prestan los servicios médicos. Con relación a estas reformas promovidas internacionalmente, un estudio que compara los sistemas de salud de México, Argentina y Brasil, muestra como las reformas promovidas por el Banco mundial tuvieron poca incidencia en el modelo de salud Brasileño, mientras que en México y Argentina el predominio de los servicios públicos no representó un impedimento para la introducción del principio de la competencia en el mercado del sector de la salud (22). Sobre la reforma en Colombia, el experto mundial en sistemas de salud, William Hsiao, afirma que la introducción del

aseguramiento social en salud a partir del modelo de “competencia regulada” no ha materializado la meta “*de adoptar un modelo competitivo que mejorara la eficiencia de los proveedores y la calidad del cuidado en salud*” (10). También se ha aseverado que en Colombia la selección del riesgo, ha afectado la teoría económica de la competencia regulada, demostrándose con fuerte evidencia desde los Estados Unidos y otros países que adoptaron este modelo los efectos negativos sobre el mejoramiento de la salud (23) (24). Desde la perspectiva de los análisis económicos de gasto en salud y flujo de recursos, algunas investigaciones resaltan avances en cobertura, uso de servicios, protección financiera y equidad de la reforma en salud y la implementación de la ley 100 (25), (26), (27), (28), (29)

Conclusiones

Existen diversos modelos de salud que han logrado una mayor cobertura, impacto favorable y aceptación de su población. En esos países, el acceso universal a la atención de la salud se concibe como un medio para que cada generación entre a la vida social con las mismas oportunidades. Según esta concepción, la atención en salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio, para convertirse en un derecho social (20, 30).

Otros países por su parte, están promoviendo cambios para mejorar el acceso y calidad de los sistemas. En Brasil están ampliando sus redes de atención primaria y reduciendo al mismo tiempo su dependencia de los pagos directos de los usuarios (31). La política sanitaria de Chile ha definido un paquete de servicios y se ha esmerado por informar a todos los ciudadanos sobre éste (1).

El conocimiento claro y preciso de los derechos en salud se convierte en un factor dinamizador de los cambios y un estímulo para la participación de los individuos y las comunidades en la construcción de sus sistemas de salud y en la introducción de cambios oportunos. Corregir los errores bien por la vía de los ajustes o de las reformas requiere que los sistemas de salud se sometan a evaluaciones permanentes que permitan valorar el peso de las transformaciones, el impacto de las intervenciones y la pertinencia del modelo de salud según las particularidades de los contextos (32-50).

Conflicto de intereses:

La autora declara que no se presentó conflicto de intereses con este estudio.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: OMS; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud, consejo Ejecutivo. Informe de la Secretaría: Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. 2002. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1116.pdf. Acceso el 14 de abril de 2010
3. Organización Mundial de la Salud. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud. Editado por Don de Savigny y Taghreed Adam. Ginebra: OMS; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. IMS2000. Ginebra: OMS; 2001.
5. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Ginebra: OMS, 2007.
6. World Health Organization. WHO 2010. World Health Survey Results. Portal web: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whsresults/en/index.html> acceso el 15 de abril de 2010
7. World Bank. Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. Washington 1987.
8. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford University Press. Washington DC; 1993.
9. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.
10. Hsiao W. Colombian Health System: An Author Responds. Health Affairs 2007; 26 (6):1790.
11. Vélez, M. Salud: Negocio e inequidad. Quince años de la Ley 100. Ediciones Aurora. Bogotá: 2008.
12. De Souza-Santos B. Reforma sanitaria en EEUU. Están enfermos. 2010. Acceso el 5 de abril de 2010. Disponible en: http://www.avizora.com/atajo/informes/usa_textos/usa_textos_2/0033_reforma_sanitaria_en_estados_unidos.htm
13. Rothman DJ. Beginnings count: the technological imperative in American health care. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.

14. Human resources for health database. Geneva, World Health Organization, 2008. Página web, acceso el 24 de abril de 2010. Disponible en: http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html
15. Pliscoff C; Monje P. Método comparado: un aporte a la investigación en gestión pública. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá; 2003.
16. Nevárez A, Constantino P, Garcia, F. Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS. *Rev Econ, Soc y Territorio* 2007; VI (24): 1071-1090.
17. Davis K, Schoen C, Schoenbaum S, Doty M, Holmgren A, Kriss J and Shea K. Mirror, mirror on the wall: Looking at the quality of American health care through the patient's lens. The Commonwealth Fund. United State: 2007. Disponible en la página web: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Issue-Briefs/2010/Jun/Measuring-the-US-Health-Care.aspx>. Acceso el 22 de Julio de 2010.
18. Schoen C, Robin O, Doty M, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. *Health Affairs Web Exclusive*: 2007; 26(6):w717-w734.
19. Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Revista de Salud Pública* 2002; 4(3):203-239.
20. Santos-Briones S, Garrido C, Chávez M. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Revista Biomedica*: 2004; 15(2): 81-91.
21. Gómez-Camelo D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. *Rev. salud pública*: 2005; 7(3): 305-316.
22. Fleury, S., Belmartino, S., & Barris, E. (2001). *Reshaping health care in Latin America: A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. (S. Fleury, S. Belmartino, & E. Barris, Eds.) *Revista Panamericana de Salud Pública* (Vol. 9, p. 292). Ottawa: International Development Research Centre. doi:10.1590/S1020-49892001000200015
23. Nicholson S et al. The Magnitude and Nature of Risk Selection in Employer- Sponsored Health Plans. *Health Service Research*: 2004; 39(6): 1817-1838.
24. Newhouse JP. Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in production Versus Selection. *Journal of Economic Literature*: 1996; 34(3): 1236-1263.
25. Escobar ML, Glassman AL. Look Closer At The Colombian Health System. *Health Affairs*: 2007; 26(6): 1790.
26. Flórez C and Giedion U. Financial Protection in Colombia: The Mitigating Impact of Social Health Insurance. Washington: Inter-American Development Bank, 2007.
27. Giedion U and Diaz Y. The Impact of Health Insurance on Access, Utilization, and Health Status in Colombia. Washington: World Bank, 2007.
28. Acosta O et al. Equidad en el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Bogotá: Universidad del Rosario, 2007.
29. Pinto D. Good Practices in Expanding Health Care Coverage: Lessons from Colombia. Washington: World Bank, 2006.
30. González-Rossetti A, Bossert T. Mejorando la factibilidad política de la reforma en salud: un análisis comparativo de Chile, Colombia, y México. Washington: Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe; 2000.
31. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf. Acceso el 22 de julio de 2010.
32. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Measuring health systems strengthening and trends: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html acceso el 23 de abril de 2010.
33. World Health Organization. The world health report 2006 – Working together for health. Geneva: WHO, 2006. Disponible en la web: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html> acceso el 23 de abril de 2010.
34. World Health Organization. Draft: Toolkit on monitoring health systems strengthening. Human resources: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html. Acceso el 23 de abril de 2010.
35. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Financing: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Disponible en la página web: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html acceso el 23 de abril de 2010.

36. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Medical products, vaccines and technologies: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Disponible en la página web: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html acceso el 23 de abril de 2010.
37. World Health Organization and AUSAid. Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement: four country assessment studies. Geneva, 2006.
38. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Governance: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Acceso el 23 de abril de 2010. Disponible en la página web: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html
39. World Bank. World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. Oxford University Press. Washington DC: World Bank, 2004.
40. World Health Organization. Health Metrics Network Framework and Standards for Country Health Information Systems. WHO, 2008.
41. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Health information system: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Acceso el 23 de abril de 2010. Disponible en la página web: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html
42. Enthoven A. Managed Competition. Health Affairs Supplement 1993; 12(4): 24-47
43. Anderson GF, Markovich P. Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2008. The Commonwealth Fund. Johns Hopkins University. Disponible en: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Surveys/2010/PDF_1371_Anderson_multinational_comparisons_hlt_sys_data_2008_chartbook_v2.pdf. Acceso el 22 de julio de 2010.
44. UK Clinical Research Collaboration Health Research Classification System. UK Clinical Research. London; 2009. Disponible en la página web http://www.hrcsonline.net/sites/default/files/HRCS_Document.pdf. Acceso el 14 de abril de 2010.
45. Anand S, Bärnighausen T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. The Lancet, 2007, 369: 1277-1285.
46. Speybroeck N et al. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Background paper prepared for The world health report 2006. Geneva: WHO, 2006. Disponible en la página web: http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf
47. Bellagio G. Study group on child survival. Translating knowledge into action for child survival. Lancet 2003, 362: 323-7.
48. World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Service delivery: a toolkit for countries. Geneva: WHO 2009 Draft Toolkit for Strengthening Health Systems. Acceso el 23 de abril de 2010. Disponible en la página web: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html
49. Cais J. Metodología del análisis comparativo. Cuadernos Metodológicos, Madrid, 1997, 21.
50. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. Revista de Salud Pública 2001; 3(1):13-39.