
ARTICULO ORIGINAL**La salud desde la perspectiva de la asignación de los recursos presupuestarios y los resultados sanitarios para Cuba y países de América. 2005-2015****Health from the perspective of the allocation of budgetary resources and health outcomes for Cuba and countries of America. 2005-2015**

Daniella Olonilua^I, Martha de la Caridad Marrero Araújo^{II}, Lidia Hernández Crespo^{II}.

- I. Estudiante de la universidad de George Washington. New York, Los Estados Unidos. Email: daniolonilua@gmail.com.
 - II. Escuela Nacional de Salud Pública. Departamento de Economía de la Salud, La Habana, Cuba, marmarrero@infomed.sld.cu
-

RESUMEN

Introducción: La salud debe brindar la oportunidad para todos de alcanzar su nivel de salud más alto, el gobierno puede garantizarla al priorizar el acceso universal a la salud en su política y garantizar los recursos necesarios para ello.

Objetivo: Describir la asignación de los recursos presupuestarios y los resultados de los principales indicadores sanitarios en Cuba y países seleccionados de América.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal, referidos a la asignación de los recursos presupuestarios y los resultados de indicadores sanitarios de Cuba utilizando como base de comparación algunos países de América: Chile, Argentina, Uruguay y los Estados Unidos en el período 2005-2015. Se empleó información secundaria que se obtuvo de la revisión bibliográfica y documental.

Resultados: se manifiesta un discreto crecimiento del gasto per cápita en Salud de los países seleccionados, Cuba presenta valores similares a los países del área seleccionados, sin embargo en los resultados de los indicadores sanitarios, tasa de mortalidad infantil y mortalidad en menores de cinco años en Cuba se presentan los mejores resultados, que disminuyen en el periodo estudiado, con valores entre 6 y 4 %, y 8 y 6% respectivamente, la mortalidad materna aunque presenta una tendencia a disminuir los resultados no son satisfactorios, la esperanza de vida al nacer en los países seleccionados mantienen una tendencia al crecimiento y Cuba presenta valores de 77 a 79,1 años. **Conclusiones:** La asignación de los recursos de manera equitativa es necesaria para el logro de buenos resultados en los indicadores sanitarios. Los resultados alcanzados en cada país estudiado reflejan que el balance entre el desarrollo sanitario y socioeconómico no es suficiente si no existe una proyección estructurada con este fin.

Palabras clave: Equidad; presupuesto; indicadores sanitarios; esperanza de vida al nacer

ABSTRACT

Introduction: Equity in health is the opportunity for everyone to reach their highest level of health. The government guarantees health equity by prioritizing universal access to healthcare in its policies. **Objective:** To describe the equity in health in Cuba based on the distribution of budgetary resources and the results of the main health indicators.

Methods: A longitudinal descriptive study on health equity in Cuba, using as basis of comparison, some countries of the Americas: Chile, Argentina, Uruguay, and the United States in the period 2005-2015. Secondary information obtained from bibliographic and documentary review was used.

Results: A slight growth of per capita health expenditure in the selected countries is shown. Cuba has similar values than the countries in the selected areas; however, the infant mortality rate and under-five mortality rate in Cuba is the lowest with values between 6 and 4%, and 8 and 6% respectively. Maternal mortality shows decreasing tendency, which is not a satisfactory result. Life expectancy at birth in the selected countries steadily increased, and Cuba presents values from 77 to 79.1 years. **Conclusions:** Equity in resource distribution is necessary for the achievement of good results of health indicators. The results achieved in each country studied reflect that the balance between health and socioeconomic development is not enough if there is no structured project for this purpose.

Key words: Equity, budget, health indicators, life expectancy at birth.

INTRODUCCIÓN

La salud es un componente crítico de las capacidades humanas por lo que es importante valorizarla. Un aspecto fundamental de la salud es la equidad en salud. Sobre este aspecto, la anterior directora general de la Organización Mundial de Salud (OMS), Doctora Margaret Chan, declaró que la equidad en salud significa que “a la población no se le debe negar el acceso a las intervenciones de salvamento y de promoción de la salud por razones injustas, en particular por razones económicas o sociales. En pocas palabras, la equidad en salud es de vital importancia para la vida”.¹

En salud, la equidad se refiere a la oportunidad para todos de alcanzar su nivel de salud más alto. Es la ausencia de las diferencias entre grupos de personas y estos grupos puedan diferir social, económica, geográfica demográficamente. Por su parte, la inequidad de salud es creada cuando las barreras impiden a los individuos y a las comunidades el acceso a los recursos que puedan elevar su calidad de vida.²

La salud en este contexto no es solo la ausencia de las enfermedades sino el bienestar físico y mental. Finalmente, la equidad en salud como concepto ético está vinculado con los derechos humanos de cada individuo; es decir, el derecho a la salud está conectado a los otros derechos que son garantizadas a todos y es algo que necesita ser protegido por el gobierno.³Una manera en que el gobierno

puede garantizar la equidad de salud es hacer de la salud una prioridad en su política expresado en sus documentos legales.

En Cuba, el acceso a la salud constituye un derecho reconocido en la constitución. Según artículo 50 de la ley, el Estado tiene en la responsabilidad para garantizar este derecho con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, con la prestación de asistencia estomatológica gratuita y con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud.⁴

Por otra parte, en la Ley Cubana de Salud resume el acceso a la salud como un objetivo alcanzable. Esta enfatiza que la atención médica en Cuba sigue un método curativo y preventivo, la producción y distribución de los medicamentos de manera equitativa y que el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) supervisa, la misma resalta la eficacia y la satisfacción social, como indicadores más representativos de la equidad en salud. Además, destaca que el MINSAP es el organismo rector de la integración del sistema político y la salud, al priorizar la calidad de la atención y las formas de prestación de servicios de salud a la comunidad cubana de manera equitativa.⁵No obstante, la ley resume la evolución del sistema sanitario en Cuba; pero existen otros documentos legales que complementan las regulaciones del sistema de salud y su equidad.

Los cuatro programas priorizados del sistema de salud de Cuba, afianzan la equidad en el acceso a los servicios de salud: el programa materno-infantil⁶, el programa de las enfermedades no transmisibles⁷, el programa de enfermedades transmisibles⁸ y el programa de la atención a los adultos mayores⁹. Estos programas han logrado éxitos reflejado en la disminución de las tasas de mortalidad, la eliminación de enfermedades transmisibles y crecimiento de la esperanza de vida.¹⁰

Se encuentra, además, la ley del Presupuesto del Estado; dicho presupuesto constituye el regulador principal de los recursos financieros y el gasto público, el mismo demuestra los intereses y las estrategias políticas del país. El estado tiene la responsabilidad asegurar algunos recursos públicos como la seguridad social, la asistencia social, la educación, el deporte, la cultura y la salud de manera equitativa para toda la población por lo que al visualizar las cifras presupuestadas se perciben las prioridades de las políticas estatales.¹¹

En Cuba al analizar el presupuesto de salud y su relación al PIB, presupuesto total y gasto público, se manifiesta la marcada intención del gobierno cubano por priorizar y desarrollar este sector.¹¹Dicho presupuesto a partir de los recursos financieros disponibles, se propone satisfacer de manera equitativa las necesidades de servicios de salud para todos los ciudadanos.

La equidad en el sistema de salud cubano evolucionó desde el 1959 a la fecha, aumentando las facultades de ciencias médicas, la cantidad de estudiantes de medicina, la cantidad de médicos y enfermeras, surgimiento e incremento de la labor internacionalista del sistema de salud y la cobertura en servicios de salud.^{12,13}

En el desarrollo de la salud cubana se definen cuatro etapas entre 1984 y 1989, etapa se llama "fase política y puesta en marcha" y se crea el programa de Atención Integral a la Familia. Fueron construidos consultorios en áreas urbanas, pero rápidamente ampliados a áreas rurales.¹³

Entre 1990 y 1994, la segunda "fase de estancamiento" En esta etapa, se encuentra el llamado periodo especial donde se detuvo el progreso del sistema sanitario en maneras diferentes. Aunque existía una carencia de recursos, entre el año 1994 y 2002, etapa de "perfeccionamiento metodológico", se crearon los policlínicos de urgencias médicas, la carpeta metodológica, el centro para desarrollo de la farmacoepidemiología y el sistema de vigilancia en salud, con el propósito de mejorar los servicios de salud en manera equitativa. A pesar de estos logros, no se alcanzó la calidad del servicio demandado por los usuarios. Para alcanzar este objetivo, se necesitaría una renovación de la infraestructura.

¹³

En los últimos años, entre 2003 y 2010, había la cuarta etapa "proyecto revolución" de enfoque en la mejora de algunos servicios y la formación de nuevos profesionales que puedan usar los nuevos equipos y técnicas. Además, los policlínicos fueron reestructurados para añadir más equipo que podrían ser utilizados para pruebas más extensas como equipos de ultrasonido.¹³

En el año 2010, con las "Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública", se implementaron acciones para mantener los gastos de salud bajo los conceptos de la eficacia y la sostenibilidad. Estas medidas incluyeron la reorganización de los policlínicos y los recursos humanos sobre la base de la eficiencia y la calidad del servicio.¹⁴ En este proceso continúa como característica la equidad en el acceso a los servicios de salud,

Sobre esta base el propósito de este trabajo es describir la equidad en salud en Cuba a partir de la distribución de los recursos presupuestarios y los resultados de los principales indicadores sanitarios y su comparación con los resultados de algunos países de América seleccionados. De manera que evidencie el tratamiento de la equidad desde el sistema de salud en Cuba.

MÉTODO

Estudio descriptivo longitudinal sobre la asignación de los recursos presupuestarios y los resultados de indicadores sanitarios de Cuba, utilizando como base de comparación algunos países de América; Chile, Argentina, Uruguay y los Estados Unidos. Se empleó información secundaria que se obtuvo de la revisión bibliográfica y documental de las estadísticas de la Organización Mundial de Salud (OMS), Oficina Nacional de Estadísticas e Información de Cuba (ONEI), Banco Mundial y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Se utilizó como estrategia de búsqueda las palabras clave: equidad en salud, gastos presupuestarios en salud, indicadores sanitarios. Se expone el comportamiento de los indicadores, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, tasa de mortalidad materna, gasto en salud per cápita y la esperanza de vida.

El gasto en salud per cápita se obtuvo de la información disponible en el banco mundial desde 2005 hasta 2014 para utilizar la comparación en la misma moneda (US\$ a precios corrientes).

En el trabajo se elaboraron tablas y gráficos mediante el Excel donde se presenta la información seleccionada de manera resumida.

RESULTADOS

La figura 1 muestra el gasto en salud per cápita, en el 2005, Cuba tuvo un gasto en salud per cápita de 356,29 (US\$ a precios actuales) y continua aumentando su gasto en salud cada año hasta 2014 en que alcanzó 816,62. Los Estados Unidos tiene el mayor valor, inicia el período con un gasto de 6741,53 en 2005, con un comportamiento creciente hasta el 2014 con 9990,00. El gasto para Chile, Argentina y Uruguay son similar a Cuba. Entre 2005 y 2014, el gasto creció desde 508,88 a 1877,00 para Chile, 389,98 a 460,00 para Argentina y 582,12 a 1442,28 para Uruguay.

En la figura 2 se muestra la tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) en Cuba, algunos países de América Latina y los Estados Unidos. Cuba tiene la tasa más baja en comparación con el resto de los países que disminuyó de 6,2 en el 2005 a 4,3 en 2015. Estados Unidos disminuyó de 7,0 en 2005 a 5,6 en el 2015. El tercer país es Chile, con una tasa en el periodo estudiado entre 8,0 y 7,0. Uruguay en los años entre 2005 y 2008 presenta una tasa entre 12 y 14 por ciento con valores menores de 11 por ciento en los años posteriores al 2009 y el mejor momento es el año 2012 con una tasa aproximadamente de 8,0. Argentina, aunque ha mantenido una tendencia decreciente en el período estudiado con tasas de 14,0 en 2005 a 11,1 en 2015, presenta los valores más altos de mortalidad de los países seleccionados.

La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos). La tasa de Cuba ha disminuido de 8% a 6% del 2005 al 2015, le sigue EUA con valores de 8% a 6,5%, Chile con valores de 10% a 8%; Uruguay presenta tasas entre 14 y 16 por ciento de 2005 hasta 2008 valores que empiezan a disminuir a partir del año 2009 alcanzando su mejor momento en el año 2012 con una tasa aproximadamente de 7,0. Argentina presenta los valores más altos de mortalidad de 16 % en el año 2005 a 12,5% en el 2015 (fig. 3).

En la figura 4 se muestra la tasa de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos). En general, este indicador en los países estudiados ha ido disminuyendo excepto en los Estados Unidos que aunque presenta los menores valores, entre 14,5% y 26,4, ha estado creciendo. Uruguay entre 26% y 15%, Chile entre 30% y 16%, Cuba entre 52,2% y 41,6%. Las tasas de Argentina son las más altas, pero con una tendencia decreciente desde 77% a 52%.

La esperanza de vida al nacer (fig. 5), en general todos los países aumentan sus esperanzas de vidas durante los diez años estudiados. Sin embargo, Chile tenía y sigue teniendo los mejores resultados. En el periodo estudiado, su valor crece por cada país como sigue: de 77 a 79,1 para Cuba; de 77,5 a 79,3 EUA; de 78,6 a 81,8 para Chile; de 75 a 77 para Uruguay y de 75 a 76,3 para Argentina.

DISCUSIÓN

En Cuba, el gasto en salud es un aspecto importante en el proceso de la asignación del presupuesto. Un objetivo esencial es que la asignación presupuestaria sea justificada en cada uno de sus acápite.¹¹

En los Estados Unidos, los gastos son más parcializados, según algunos analistas de salud, el país gasta mucho dinero en la tecnología y en investigaciones sobre la obesidad a la que tiene tasas muy altas en el país.

En Chile, hay maneras diferentes en que la salud está financiada. Primero, los trabajadores mediante su aporte al seguro público y seguros privados. En segundo lugar, el gasto de bolsillo y el aporte fiscal que incluye impuestos y otras fuentes de ingreso del Estado chileno.¹⁵ El Ministerio de Salud de Chile tiene la obligación de asegurar a todos los ciudadanos el igual acceso y gratuito a los programas y servicios de la salud. Los chilenos tienen la opción para elegir entre los servicios privados y públicos. Alrededor de 70% de los chilenos, que incluye los pobres del campo, están cubiertos por los servicios de la salud del sector público, financiados por recursos del Fondo Nacional de Salud.¹⁶

En el caso de Argentina el gasto de salud consta de tres componentes: 1) el gasto público 2) el gasto en seguridad social y 3) el gasto privado. El gasto público es el gasto del gobierno a través del Ministerio de Salud y abarca el gasto de los gobiernos provinciales y municipales. El gasto en seguros sociales mantiene el gasto en salud de los sistemas de seguridad social o los sistemas de salud provisionales. El gasto privado se apoya en la contratación de servicios, atención médica formal e informal y medicamentos.¹⁷ En el país, no existe un fondo único que puede ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Todos los ciudadanos tienen el derecho a la cobertura básica brindada por el subsistema lo que es constituido de los municipios y las provincias. Sin embargo, el proceso de la descentralización de los servicios no fue siempre apoyado por contrapartidas presupuestarias. Por eso, los servicios se dependen de los recursos y las capacidades jurisdiccionales.¹⁸

Sin embargo, en Uruguay el Fondo Nacional de Salud financia el sistema de salud del país con aportaciones obligatorias de diferentes grupos, porcentajes de las contribuciones patronales, el salario de los trabajadores, las empresas, el estado, las personas públicas no estatales y los jubilados principalmente aportan el financiamiento de la salud en el país.¹⁹ En el país existe un sistema nacional integrado que es conformado por una relación entre los prestadores privados y el prestador público. Además, hay un seguro nacional de salud que financia la cobertura de los trabajadores y sus familias.²⁰

A pesar de tener valor de gastos en salud similares a la mayoría de los estudiados Cuba presenta los mejores valores en las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años, este resultado es producto a la aplicación del programa materno-infantil (PAMI), que evidencia la atención del estado cubano a la salud de la población y como el gobierno prioriza el derecho a la vida como un derecho humano garantizado por todo.¹

En Cuba, el PAMI es uno de los pilares más importante del sistema de la salud cubano: el cuidado de las madres y los infantes es gratis y accesible para todos. Esta tarea siempre ha sido priorizada para la población que tiene el mayor riesgo. La atención integral del programa ha hecho un impacto fuerte en la equidad de la salud para los niños en el país. El logro del programa está reflejado en la disminución de la tasa de mortalidad infantil de todos los municipios y provincias en Cuba.¹⁰ Desde la perspectiva de la equidad, el éxito del programa está relacionado a las medidas adoptadas por el gobierno, el énfasis de la no discriminación de la mujer y los programas de planificación familiar.

En los Estados Unidos, aunque presenta resultados superiores a los de Cuba, esta tasa ha disminuido, lo que puede ser resultado del enfoque de los

profesionales de salud hacia la disminución de la iniquidad de la mortalidad infantil, ya que la mortalidad de infantes negros e hispanos es mayor que la de los infantes blancos. Además, la implementación de programas educativos y la propuesta de desarrollar estrategias para la mejora de la salud de las mujeres antes del embarazo, la promoción de la calidad y seguridad de la atención prenatal, la coordinación entre servicios de salud y el fortalecimiento de la vigilancia y la investigación.²¹

Con respecto a Chile, su tasa de mortalidad infantil es resultado de varios cambios significativos en el país, como el mejoramiento en el nivel de la educación de las mujeres que dan a luz, un 99% de los recién nacidos recibieron atención profesional en el parto además de 4 consultas médicas anuales. Existe un médico por cada 700 habitantes y se registran 101 egresos hospitalarios anuales por cada 1.000 habitantes, lo que es único en Latinoamérica para Cuba y Chile.²²

Las altas tasas de mortalidad infantil en Argentina son resultado de la desigualdad socioeconómica del país. En el país existen disparidades por áreas de geografía, grupos étnicos y culturas; donde las mujeres que viven en regiones rurales o son negras o viven en la pobreza tienen más probabilidades de morir. El Ministerio de Salud implementa acciones y programas como la promoción, prevención y participación que aborda la lactancia materna, alimentación adecuada para el desarrollo infantil, ambiente saludable e inmunizaciones.²³ Estos pueden ser la causa de que a pesar de presentar valores altos existe una tendencia a la disminución.

En Uruguay sus resultados están respaldados por el Programa Nacional de Salud de la Niñez. El programa propone desarrollar acciones dirigidas a la mejora de la salud perinatal con enfoque de evitar el riesgo y lograr la equidad en salud, a través de la promoción, educación y asesoramiento, la revisión de la acreditación de instituciones de maternidad y unidades de asistenciales; así como, la programación de una visita domiciliar en el control del recién nacido. Adicionalmente, tiene implementado un programa nacional de atención integral a los niños con defectos congénitos con el objetivo de normatizar el diagnóstico, control, tratamiento y las prestaciones asistenciales de estos niños. Se fortalece el programa para evitar la muerte inesperada del lactante y se promueven las estrategias de prevención.²⁴

La tasa de mortalidad del menor de 5 años es el principal indicador de progreso en el bienestar infantil y es importante considerar y observar. En Cuba, la presencia de los policlínicos y los programas del nivel primario de atención, la atención de los niños mientras crecen y una alta cobertura de intervenciones contra enfermedades prevenibles a través de un programa de vacunación muy amplio. Además, se cuenta con la cobertura de agua potable y saneamiento ambiental para la eliminación de estas enfermedades en los niños.²⁵

En Chile, la mortalidad de niños menores de 5 años ha ido disminuyendo sistemáticamente debido al aumento del nivel socioeconómico de las comunas del país.²⁶

La tasa de mortalidad materna, es un área que Cuba ha estado trabajando para reducir las muertes maternas con atención aumentada a cuidado. Se implementó el programa de reducción de morbilidad y extiende desde la etapa preconcepcional, garantizando que la educación en la salud reproductiva y

sexual. Durante el periodo del embarazo, parto y puerperio se les brinda la cobertura completa a las mujeres embarazadas.²⁷

Con respecto a los Estados Unidos, el gráfico muestra que, aunque presenta los menores valores, llama la atención que la tasa ha estado aumentando durante el período de diez años. Causas para esta tendencia de incremento incluyen el crecimiento en la edad en que las mujeres deciden dar a luz, el crecimiento de la morbilidad materna (como la obesidad y diabetes) y más intervenciones como la cesárea.²⁸

En el caso de Chile se presenta un sostenido descenso de las muertes materna durante el periodo estudiado. Razones para estos buenos resultados incluyen la planificación familiar, el mejor manejo de las patologías que complican el embarazo, parto y puerperio, además de la amplia cobertura del control prenatal y de la atención profesional del parto.²⁹

Es bueno resaltar los resultados de Uruguay, con la tasa de mortalidad más baja de América Latina y el Caribe, consecuencia de los factores asociados al sistema de salud, el nivel educativo de la población y la implementación temprana de políticas materno infantiles. Todos estos componentes permitieron el control de la atención más sensible de las mujeres embarazadas.

Mientras que, la tasa de mortalidad materna de Argentina es muy alta en comparación del resto de los países. Estudios de profesionales del país han mostrado que la inequidad es la mayor causa, especialmente relacionado al acceso de servicios y en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados.³⁰

El índice de esperanza de vida al nacer es una medida sobre el nivel de la mortalidad, que expresa el promedio de años que se espera que viva una persona bajo las condiciones de mortalidad del periodo. Además, sirve como un indicador de calidad de vida, salud, educación y otras determinantes sociales de salud. Cuba tiene una esperanza de vida tan alta debido a la disminución de la mortalidad infantil. También existe un enfoque en el cuadro epidemiológico para tener en cuenta diferenciales territoriales, por sexo, causa de muerte.³¹

En Chile los funcionarios y profesionales de salud han dicho que el país obtiene valores altos de la esperanza de vida debido al crecimiento económico que incluye una mejor distribución de la riqueza, que permiten combatir las causas y las consecuencias de la pobreza.³²

En Uruguay se explica el crecimiento de la esperanza de vida como consecuencia de los avances en las tecnologías de los proveedores de bienestar y en la prevención y tratamiento de salud.³³

En el caso de Argentina el aumento de la esperanza de vida está relacionado a algunos progresos en el sistema de salud del país como el uso de antibióticos, vacunas y la masificación del agua corriente. Además, la aparición de la tecnología, las unidades coronarias y terapias intensivas tenían una contribución profunda en extender la vida.³⁴

Conclusiones

Los resultados muestran que los servicios sanitarios de Cuba, país con gastos en salud per cápita que, aunque representan altos porcentos del PIB del país, son bajos, pero dada la prioridad del estado a la salud y el acceso equitativo, se obtienen por lo general resultados satisfactorios en los indicadores seleccionados.

Los resultados alcanzados en cada país estudiado y los índices de desarrollo social, reflejan que el balance ente el desarrollo sanitario y socioeconómico no es suficiente si no existe una proyección estructurada con este fin, destacando a Cuba economía pequeña y con bajos índices de crecimientos sin embargo presenta valores similares a los países de Latinoamérica seleccionados.

En los indicadores tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad para niños menores de cinco años Cuba presenta los mejores resultados, superiores a economías con mayores gastos per capitas en salud.

Constituye la esperanza de vida al nacer un indicador con resultados positivos con tendencia al crecimiento en los países seleccionados, Cuba presenta resultados similares al resto de países del área.

Sigue siendo la tasa de mortalidad materna un indicador de salud por mejorar en Cuba, es Uruguay el país de América Latina con mejores resultados. Mientras los Estados Unidos que presentan los menores valores de los países estudiados evidencia la necesidad de búsqueda de acciones que permitan controlar la tendencia hacia el crecimiento observado en el período estudiado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Primary health care: now more than ever [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/summary/en/>
2. Equity [Internet]. Geneva: WHO; 2017. [cited 2018 Jul 17]. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>
3. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology&CommunityHealth* [Internet].2003 [cited 2018 Jul 17]; 57 [approx.4p.]. Available from: <http://jech.bmj.com/content/57/4/254>
4. Constitución de la República de Cuba. La Habana: My. Gral. Ignacio Agramonte y Loynaz; 2010.
5. Ley No. 41 de la Salud Pública, Gaceta Oficial de la República de Cuba, Edición Ordinaria, 15 de Agosto de 1983, Año LXXXI (Jul 3, 1983). Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2>
6. Riverón Corteguera RL. Estrategias para reducir la mortalidad infantil, Cuba 1959-1999. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2000 Sep [citado 17 Jul 2017]; 72(3): [aprox. 17p] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312000000300001&lng=es
7. Batista Moliner R, Landrove Rodríguez O, Bonet Gorbea M, Feal Cañizares P, Ramírez M. Sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2000 Ago [citado 17 Jul 2017]; 38(2): [aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032000000200001&lng=es

8. Suárez Larreinaga CL, Berdasquera Corcho D. Enfermedades emergentes y reemergentes: factores causales y vigilancia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 Dic [citado 17 Jul 2017]; 16(6): [aprox. 4p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600011&lng=es
9. Llanes Betancourt C. Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Sep [citado 17 Jul 2017] ; 23(3): [aprox. 20p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300006&lng=es.
10. Infomed. Portal de la salud de Cuba. Sistema de salud. Programas [Internet]. [citado 02 Jul 2017]. Disponible en:
http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html
11. Marrero Araújo M, Gálvez González AM, García Fariñas A. Tendencia del presupuesto cubano en salud en el periodo 2004-2010. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Jun [citado 22 Jun 2017] ; 39(2): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200004&lng=es
12. Noriega Bravo V. Otra mirada al tema de las investigaciones en sistemas y servicios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Dic [citado 23 Jun 2017]; 21 (5-6): [aprox. 11p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500020&lng=es
13. Rojas Ochoa F. Extensión de Cobertura en Servicios Cuba 1960-2010. La Habana: OPS; 2016.
14. Ministerio de Salud Pública. Transformaciones Necesarias en el Sistema Nacional de Salud Pública [Internet]. La Habana: MINSAP; 2012 [citado 03 Jul 2017]. Disponible en: <http://cuba.campusvirtualsp.org/?q=node/94>
15. Castillo-Laborde C, Villalobos Dintrans P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Nov [citado 14 Jul 2017]; 141(11): [aprox. 7p.]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100013
16. Becerril-Montekio V, Reyes Juan de Dios, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex [Internet]. 2011 [citado 14 Jul 2017]; 53(supl 2): [aprox. 11p.]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/09.pdf>
17. Arce Hugo E. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2012 Oct [citado 17 Jul 2017]; 72(5): [aprox. 4p.] Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000600011&lng=es.
18. Ballesteros M. Lasbarreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2013 [Internet]. [citado 14 Jul 2017]. Disponible en: <http://cdsa.aacademica.org/000-038/625.pdf>
19. Aran D, Laca H. Sistema de salud de Uruguay. Rev. Salud Pública México [Internet]. 2011 Sep [citado 14 Jul 2017]; 53(2): [aprox. 9p.]. Disponible en:

- <https://pdfs.semanticscholar.org/1fde/5ff2f826e1852f7501228b22a5e79ba22cf9.pdf>
20. Gallo LE. El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro [Internet]. Montevideo: Minsalud; 2015. [citado 14 Jul 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf>
 21. CDC Grand Rounds: Public Health Approaches to Reducing U.S. Infant Mortality [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta; 2013 [cited 2017 Jul 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6231a3.htm>
 22. Kaempffer RA, Medina LE. Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. Rev. chil. pediatr [Internet]. 2006 Oct [citado 14 Jul 2017]; 77(5): [aprox. 8p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000500007
 23. Plan para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de las mujeres y las adolescentes [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2009 [citado 14 Jul 2017]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf
 24. Giachetto G. Programa Nacional de Salud de la Niñez: reflexiones y desafíos. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2010 Jun [citado 17 Jul 2017]; 81(2): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492010000200001&lng=es.
 25. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años [Internet]. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información; 2015 [citado 17 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.one.cu/CatalogoPublicaciones.html>
 26. Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2013 [citado 17 Jul 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2013_Programa%20Nacional%20de%20Salud%20de%20la%20infancia%20con%20enfoque%20integral.pdf
 27. Fariñas Acosta L. Mortalidad materna en Cuba tiende a disminuir. Granma. 01 Jul 2014. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-07-01/mortalidad-materna-en-cuba-tiende-a-disminuir>
 28. Donoso SE. Mortalidad Materna en Chile: Tras el Cumplimiento de Una Meta. Rev. chil. obstet. ginecol [Internet]. 2002 [citado 19 Jul 2017]; 67(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000100009&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000100009>.
 29. Mortalidad materna en América Latina [Internet]. Río de Janeiro: CLAM; 2011 [citado 19 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?inford=8676>
 30. Romero M, Chapman E, Ramos S, Ábalos E. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Hoja Informativa OSSyR [Internet]. 2010 Abr [citado 14 Jul 2018]; 00(1): [aprox. 20p.]. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_01.pdf

31. Esperanza de vida [Internet]. La Habana: Ecured [citado 14 Jul 2017]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Esperanza_de_vida
32. Barahona-Urbina P. Factores determinantes de la esperanza de vida en Chile. Anales De La Facultad De Medicina[Internet]. 2013 [citado 14 Jul 2017]; 72(4): [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v72i4.1079>
33. Mariella A. La Esperanza de vida en Uruguay a lo largo de los siglos XIX, XX, XXI y sus probables valores futuros [Internet]. [citado 14 Jul 2017]. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/6826/1/07_esperanza_vida_uy_siglos_xix_xx_xxi.pdf
34. Maller M. La esperanza de vida de los argentinos aumentó 10 meses en cinco años. Clarin. 19 May 2017; Secc. Sociedad [Internet]. [citado 14 Jul 2017]. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/esperanza-vida-argentinos-aumento-10-meses-anos_0_BkmCfdigW.html

Anexo 1

País	Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cuba	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	6.2	5.3	5.3	4.7	4.8	4.5	4.9	4.6	4.2	4.2	4.3
	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	8	7.5	7.2	6.6	6.8	6.7	6.6	6.6	6.4	6.5	6.2
	Tasa de mortalidad materna (por mil 100 000 nacidos vivos)	52.2	49.2	31.1	46.5	46.9	43.1	40.6	33.4	38.9	35.1	41.6
	Gasto en salud per cápita en CUP	230.4	321.79	345.37	376.4	442.11	426.49	438.36	435.91	439.06	533.11	639.58
	Esperanza de la vida	77	78	78	77	78	78	78	79	78	79.2	79.1
Chile	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	8	8	8	8	7	8	8	8	7.3	7.2	7
	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	10	9	10	9	8	9	9	9	8.4	8.3	8
	Tasa de mortalidad materna (por mil 100 000 nacidos vivos)	16	30	30	28	27	26	25	24	22	23	22
	Gasto en salud per cápita	508.88	584.73	664.98	739.62	754.59	891.12	1023.28	1108.01	1192.05	1137.36	1877
	Esperanza de la vida	77.5	78	77.5	78	79	80.3	80.6	80.9	81.2	81.5	80.5

País	Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Argentina	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	14	14	14	13	13	12	13	13	11.9	11.5	11.1
	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	16	17	16	15	15	14	14	14	13.3	12.9	12.5
	Tasa de mortalidad materna (por mil 100 000 nacidos vivos)	77	70	58	57	62	58	56	55	54	54	52
	Gasto en salud per cápita	389.98	447.17	539.24	637.84	711.95	738.48	795.75	726.79	731.45	605.19	460
	Esperanza de la vida	75	75	75	76	75	75.48	76	76	76	76.2	76.3
Uruguay	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	13	13	12	14	11	9	9	6	9.5	9.1	X
	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	15	15	14	16	13	11	10	7	11.1	10.6	10.1
	Tasa de mortalidad materna (por mil 100 000 nacidos vivos)	20	X	20	20	20	19	17	16	14	X	15
	Gasto en salud per cápita	582.12	656.67	576.77	740.64	827.09	1030.06	1211.82	1322.25	1464.75	1442.28	X
	Esperanza de la vida	75	75	75	75	76	76	77	77	77	77	77

País	Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estados Unidos	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	7	7	6	7	7	7	6	6	5.9	5.7	5.6
	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	8	8	8	8	8	8	8	7	6.9	6.7	6.5
	Tasa de mortalidad materna (por mil 100 000 nacidos vivos)	11	X	14	14	15	14	14	14	14	14	14
	Gasto en salud per cápita	6741.03	7122.37	7511.96	7786.21	8023	8269.37	8523.83	8789.77	8987.9	9402.54	X
	Esperanza de la vida	77.5	78	78	78	79	X	79	79	79	78.7	79.3

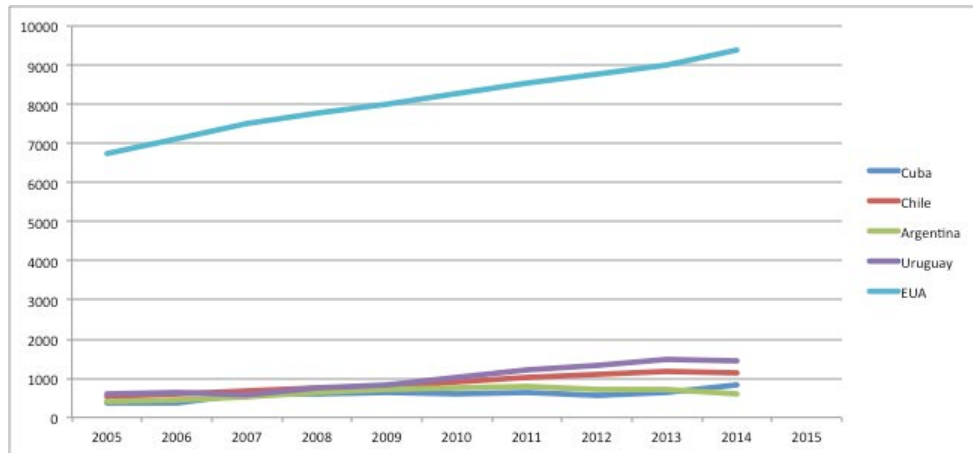


Fig. 1. Gasto en salud per cápita. 2005-2014.

UM: US\$ a precios actuales

Fuente: World health statistics 2005-2014. Geneva: World Health Organization; 2017.

WorldDevelopmentIndicators, 2005-2014. Washington, D.C: TheWorld Bank.

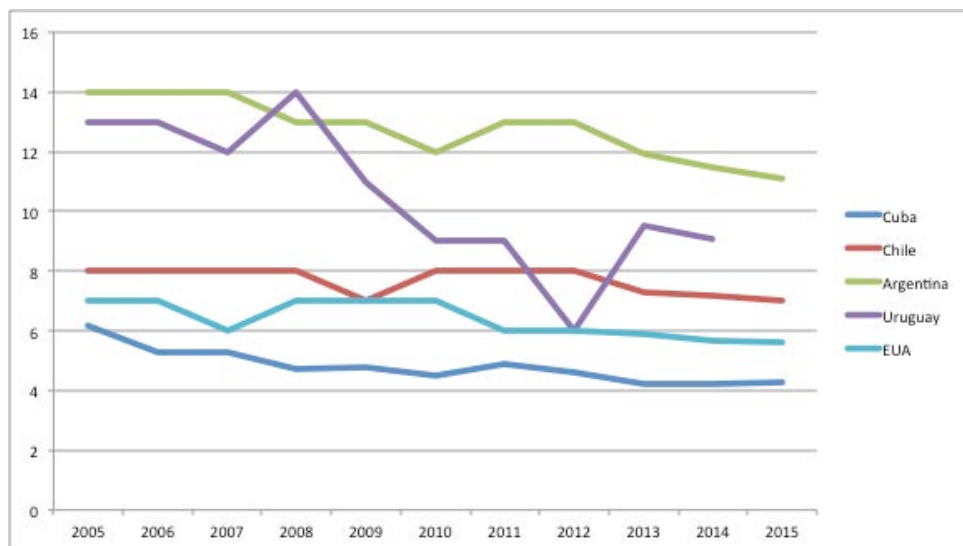


Fig. 2. La tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos). 2005-2015.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

World health statistics 2005-2015. Geneva: World Health Organization; 2017.

World Development Indicators, The World Bank.

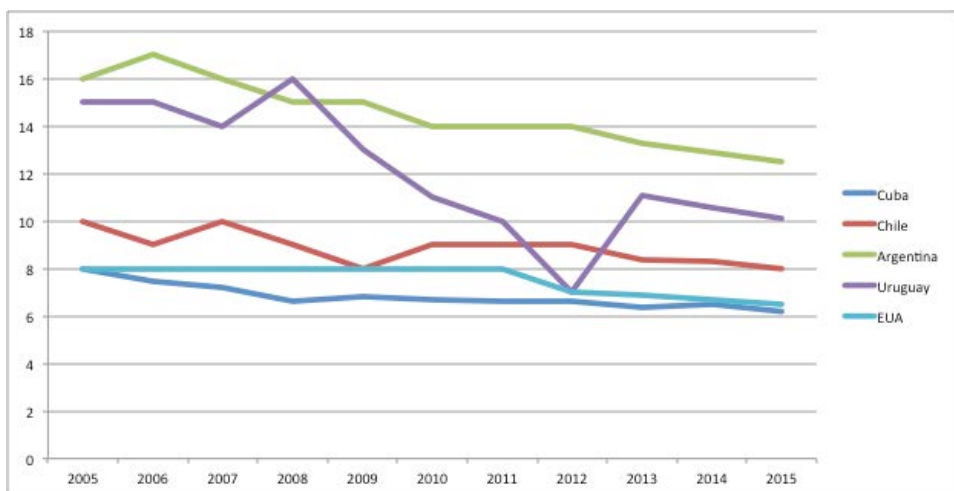


Fig. 3. La tasa de mortalidad en niños menores de cinco años (por mil nacidos vivos). 2005-2015.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

World health statistics 2005-2015. Geneva: World Health Organization; 2017. WorldDevelopmentIndicators, 2005-2015. Washington, D.C: TheWorld Bank.

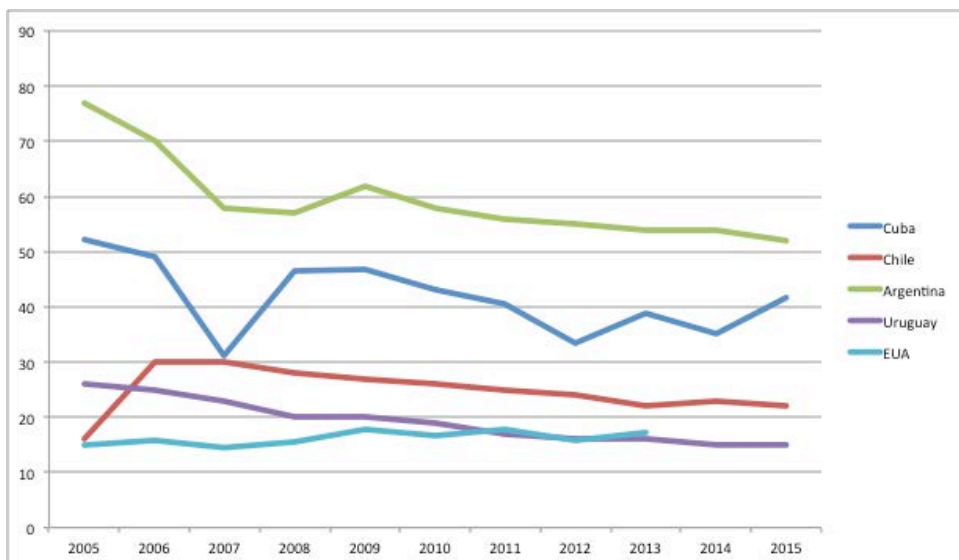


Fig. 4. La tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos). 2005-2015.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

World health statistics 2005-2015. Geneva: World Health Organization; 2017. WorldDevelopmentIndicators, 2005-2015. Washington, D.C: TheWorld Bank.

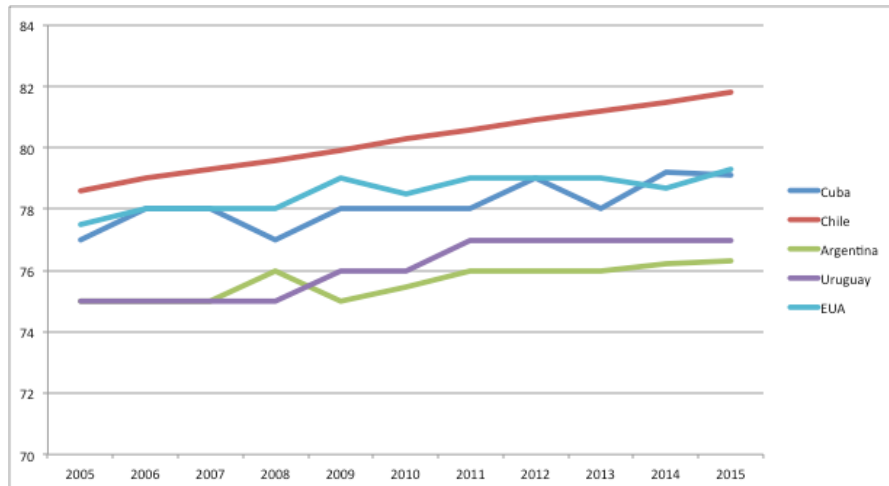


Fig. 5. La esperanza de vida al nacer. 2005-2015.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Cuba. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

World health statistics 2005-2015. Geneva: World Health Organization; 2017.
WorldDevelopmentIndicators, 2005-2015. Washington, D.C: TheWorld Bank.

Recibido: 8 de mayo de 2018.

Aprobado: 4 de octubre de 2018.

MSc. Martha de la Caridad Marrero Araújo. Escuela Nacional de Salud Pública.

Departamento de Economía de la Salud, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: marmarrero@infomed.sld.cu