

Capítulo 14

Acceso a servicios básicos de salud en Colombia, a la luz de la seguridad humana

DOI: <https://doi.org/10.25062/9786287602595.14>

Rolando Aros Riaño

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"

Resumen: El presente documento se propone abordar la *perspectiva diferencial de desarrollo*, que concibe la seguridad humana, particularmente, en el marco de la subdimensión de acceso a servicios básicos de salud. En ese sentido, se hace un diagnóstico robusto que busca entender cuáles indicadores permiten analizar el estado actual de la seguridad humana en términos de acceso a servicios básicos de salud en Colombia, con el objetivo de ver posibilidades de mejora, retos o barreras clave. Finalmente, se analiza la posible incidencia que tienen las Fuerzas Militares (FF. MM.) desde sus diferentes roles, con el fin de hacer recomendaciones que permitan al aparato institucional brindar un mejor acceso a servicios básicos de salud para las diferentes poblaciones de Colombia.

Palabras clave: acceso; desarrollo; salud; seguridad; servicios

Rolando Aros Riaño

Coronel Fuerza Aérea Colombiana. Profesional, Administración Aeronáutica, Escuela Militar de Aviación, Colombia. Especialista, Seguridad y Defensa Nacionales y Comando y Estado Mayor, Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto", Colombia. Estudiante CAEM 2023, Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto". Contacto: rolando.aros@esdeg.edu.co

Citación APA: Aros Riaño, R. (2023). Acceso a servicios básicos de salud en Colombia, a la luz de la seguridad humana. En E. A. Salamanca Rodríguez & J. A. Serpa Hernández (Eds), *Seguridad humana y construcción de patria en defensa de la vida* (pp. 383-411). Sello Editorial ESDEG. <https://doi.org/10.25062/9786287602595.14>

SEGURIDAD HUMANA Y CONSTRUCCIÓN DE PATRIA EN DEFENSA DE LA VIDA

VOLUMEN II: SEGURIDAD SANITARIA, AMBIENTAL Y PERSONAL

ISBN impreso: 978-628-7602-53-3 (obra completa)

ISBN digital: 978-628-7602-57-1 (obra completa)

ISBN impreso: 978-628-7602-55-7 (Volumen II)

ISBN digital: 978-628-7602-59-5 (Volumen II)

DOI: <https://doi.org/10.25062/9786287602595>

Colección Seguridad y Defensa

Sello Editorial ESDEG

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes prieto"

Bogotá D.C., Colombia

2023



Introducción

La seguridad humana propone una perspectiva diferencial para el desarrollo humano y las metas que la humanidad y los Estados deben plantearse en la búsqueda del bienestar para las personas (PNUD, 1994). Este enfoque se basa en la libertad del miedo, la desesperación y la pobreza, para lograr una vida libre y digna. Además, reconoce la importancia de promover la igualdad de oportunidades y el respeto a los DD. HH. como pilares fundamentales de la seguridad humana.

En ese orden de ideas, la seguridad humana plantea múltiples frentes en los que se deben desarrollar y reformar sistemas sociales y políticos. Este ambicioso enfoque multidimensional explora las relaciones entre las dimensiones de la vida de las personas, y busca que los servicios se brinden de una forma descentralizada y enfocada en la persona (PNUD, 1994). Así mismo, promueve la participación ciudadana y la construcción de comunidades sólidas y seguras, donde los individuos puedan desarrollar su potencial y tener voz en las decisiones que afectan sus vidas.

Dado el enfoque integral que propone la seguridad humana en sus objetivos y la interdependencia de los factores que la integran, esta se divide en siete dimensiones que abarcan diversas categorías de la vida de las personas y forman el estándar humano que se debe buscar para vivir de acuerdo con los principios. Estas dimensiones son: seguridad *económica*, seguridad *alimentaria*, seguridad *en salud*, seguridad *ambiental*, seguridad *personal*, seguridad *comunitaria* y seguridad *política* (PNUD, 1994). Cada una de estas dimensiones tiene su propia complejidad y requiere acciones específicas para garantizar la plena realización de los DD. HH. en cada ámbito.

Si bien todas estas dimensiones de la seguridad humana son clave en el disfrute de una vida realmente libre y plena, y si bien todas sus esferas se afectan

las unas a las otras, estar libre de enfermedad o de riesgo de muerte es clave para lograr la libertad del miedo. En ese sentido, la seguridad humana en salud juega un papel clave para el desarrollo humano. Más específicamente, en cuanto las personas tienen acceso a servicios de salud oportunos para tratar sus dolencias o para no tenerlas se logra un avance importante hacia la vida libre (Korc et al., 2016). Esto implica no solo el acceso a la atención médica, sino también, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades.

Los principios y lineamientos plasmados en la bibliografía sobre la seguridad humana plantean una guía de a dónde debemos buscar ir como sociedad y las condiciones que los Estados deben proveer para que las personas logren vivir en las mejores condiciones. En ese orden de ideas, hay un rol claro cuyo ejercicio deben perseguir los Estados para proveer las condiciones del desarrollo humano. En términos de salud, los objetivos son concretos y tienen que ver con garantizar la correcta cobertura para el acceso a los servicios de salud (Korc et al., 2016). Ello implica no solo la disponibilidad de servicios médicos, sino también, su calidad y accesibilidad; especialmente, para aquellos en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, el éxito de un sistema de salud, visto como la integración de todos los proveedores de salud —no solo públicos y privados, sino profesionales y no profesionales— depende de su capacidad para dar y mantener el acceso a servicios de salud (White, 2015). Sin embargo, el logro específico de preservar la salud de una población (o un país) es imposible desde una perspectiva enfocada únicamente en la atención primaria a una minoría necesitada de los servicios médicos (White, 2015).

Por el contrario, se necesita un segundo enfoque de salud pública que prevenga, promueva, proteja y mejore la salud de las personas. Este enfoque es más multidimensional y está, de hecho, intrínsecamente relacionado con el concepto *seguridad humana en salud*. La principal característica de un sistema de salud exitoso es que articula no solo médicos, sino toda clase de cuidadores profesionales y no profesionales y logra crear una red de prevención integrada a la sociedad para prevenir la enfermedad entre quienes están sanos, monitorearla en los casos en que esta no es grave, lograr así la calidad de vida o la mejoría, y tratarla en los casos en los que es necesario (White, 2015).

En el caso colombiano, existen avances e instituciones que han pretendido lograr lo explicado en el párrafo anterior, con un enfoque en la atención primaria de las personas que necesitan tratamiento médico. Lo anterior ha significado

una importante inversión de recursos por parte del Estado, en la búsqueda de articular un sistema en el que las personas no sufran dolencias ni muertes evitables, y en el que se pueda garantizar el goce máximo de la vida a todos los ciudadanos (Ley 100, 1993).

El reto del acceso a los servicios de salud es complejo. Debido a las condiciones del país, se requiere una acción integrada del Estado y la sociedad como un todo. En el presente trabajo se buscará, entonces, explicar los avances del país en términos del acceso a la salud y el rol que han tenido las FF. MM. en ampliar dicho alcance. En principio, se espera explicar las características del sistema de salud colombiano en la actualidad y cómo este ha evolucionado a lo largo del siglo en curso. Se analizará el impacto de las políticas y programas implementados, así como los desafíos y oportunidades que aún persisten en la búsqueda de una cobertura universal y equitativa en el sistema de salud colombiano.

Conceptualización

Una de las dimensiones de la seguridad humana en salud es el acceso oportuno a atención médica de calidad en un sistema que integre tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades y lesiones que sufren las personas. En todo el mundo existen sistemas de salud que buscan mantener y extender la calidad de vida de las personas a través de la detección, prevención y tratamiento de dichas dolencias (Korc, 2016). Sin embargo, las diferencias entre los países en este ámbito son amplias en la mayoría de los casos.

Para muchos, el acceso a estos es un privilegio que va de la mano con su capacidad para pagar por dichos servicios, aunque en muchos países los sistemas estatales se hallan integrados a los mercados laborales y tributarios —gracias a lo cual se logra un acceso casi universal al tratamiento médico—, existen muchas otras variables que juegan un papel clave en la adecuada proliferación de un sistema de salud exitoso, seguridad, educación, política pública.

Es importante recalcar que el éxito en el acceso a servicios de salud integra factores de política pública que no necesariamente hacen parte del sector salud. Lo anterior se debe a que la articulación del sistema de salud debe estar presente en la vida de todas las personas y, así mismo, garantizar la sostenibilidad de dicho sistema. Es decir, en una sociedad donde existen precariedades en educación o seguridad el acceso a la salud no será generalizado ni logrará mantenerse en el tiempo (White, 2015).

Por ejemplo, en un país donde las personas no tienen acceso a la educación ni al conocimiento básico de sus cuerpos o del sistema en sí, estas no acudirán a los servicios prestados, o no serán capaces de procurar el cuidado de su propia salud en términos preventivos. En el caso de la seguridad, además de los efectos adversos del estrés o el miedo por las dolencias que puedan presentar las personas, si existen barreras sociales que prevengan a las personas sobre informarse o acudir a centros médicos, será imposible proveer un acceso adecuado.

La combinación de la atención primaria en salud y la salud pública es, entonces, la clave para que las personas puedan gozar de un acceso oportuno y universal a servicios de salud que les permitan vivir plenamente. En otras palabras, se requiere un enfoque integral de política pública que permita que una sociedad pueda mantener, curar, mejorar o prevenir amenazas a su salud (White, 2015). Dicho enfoque integral hace que este sea un reto que requiere inversiones sostenidas y exitosas durante un periodo extenso para ser logrado y que haya países con avances inmensamente superiores a los de otros. Esta desigualdad no es un fenómeno exclusivo del acceso a los servicios de salud, sino de todos los factores, provisiones y políticas de los Estados, los que, al mismo tiempo, tienen un efecto en la salud de las personas.

En términos generales, la correlación entre el ingreso de un país y su cobertura en salud se mantiene con ciertas excepciones. Países de ingresos medio-alto tienen porcentajes de cobertura similares a los de países con ingresos altos, lo que muestra los esfuerzos hechos en todo el mundo para lograr la cobertura en salud. Por otro lado, la brecha entre estos países y los países más pobres sigue siendo muy significativa.

Naturalmente, existe una correlación marcada entre la calidad y la cobertura del acceso a la salud y la riqueza de un país; sin embargo, este no es el único determinante de la posibilidad de que una persona acceda oportunamente a la atención médica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una meta, desde su fundación, "Lograr la Cobertura Universal en Salud (CUS) garantizando el acceso de todas las personas a los niveles de salud como un derecho fundamental" (OMS, 2022); así mismo, esta es uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Las diferencias en la garantía de este derecho fundamental se presentan en múltiples dimensiones entre las regiones del mundo, y existen múltiples métricas usadas para medir el éxito de un país para proveer el acceso. Es importante afirmar que al estandarizar las métricas de acceso pueden pasarse por alto

multidimensionalidades y particularidades específicas de cada país, las cuales pueden jugar un papel en cuanto a mejorar o empeorar el servicio y el acceso, aunque explorar y explicar estas particularidades trasciende los objetivos del presente trabajo. Lo que se busca en esta sección es mostrar cómo existen divergencias entre los países en los números y las estadísticas que miden la calidad y efectividad de los sistemas de salud; también, cómo dichas diferencias van más allá de explicaciones minuciosas y específicas de las dinámicas de cada país, para así lograr la comparabilidad de los sistemas y sus efectos en las vidas de las personas.

Cobertura de servicios básicos de salud

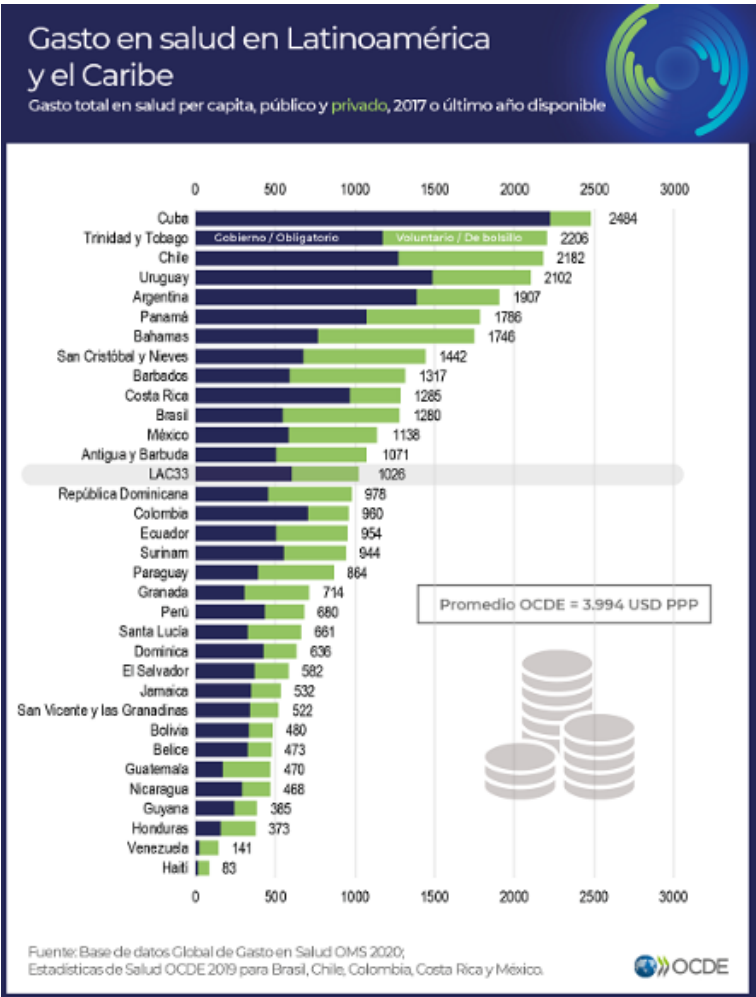
La cobertura de los servicios básicos de salud es un aspecto fundamental para garantizar el bienestar de la población. En términos generales, dicha cobertura se refiere al porcentaje de personas que están afiliadas y recibirían atención médica oportuna en caso de necesitarla (OMS). Este indicador ha sido promovido como uno de sus principales objetivos por organizaciones como la OMS y la ONU, ya que la cobertura universal de salud (CUS) es considerada uno de los ODS. No obstante, cabe destacar que la cobertura por sí sola no es una métrica suficiente para evaluar el acceso a los servicios de salud, ya que no contempla la calidad ni la integralidad de dichos servicios a los que las personas tienen derecho. Es necesario considerar, además, aspectos como la disponibilidad de recursos médicos, la capacitación del personal sanitario, la accesibilidad geográfica y la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto para evaluar de manera más completa el acceso a la atención médica.

Gasto gubernamental en salud

El gasto que destina el Gobierno en el sector salud refleja el compromiso presupuestario para proporcionar servicios médicos a la población. Si bien existe una relación entre el gasto y el acceso a la atención médica, es importante destacar que este no garantiza automáticamente la calidad de los servicios. Para lograr un sistema de salud efectivo, los gobiernos deben asegurarse no solo de invertir recursos financieros, sino también, de implementar una gestión transparente y eficiente de dichos recursos. Esto implica adoptar políticas basadas en evidencia

y abordar las brechas existentes en el acceso a la atención médica priorizando resultados tangibles en términos de salud. El enfoque debe centrarse en una asignación eficiente de los recursos y en políticas que promuevan la equidad, la calidad y la mejora de la salud de la población, de manera equitativa. Además, la prevalencia de otras condiciones puede tener un fuerte efecto negativo en los indicadores de éxito o fracaso del sistema de salud (Akinlo, 2019). En la figura 1 se ilustra el gasto público y privado en salud de varios países latinoamericanos, lo que permite una comparativa entre los ya mencionados “esfuerzos” para garantizar el acceso.

Figura 1. Gasto en salud en Latinoamérica y el Caribe.



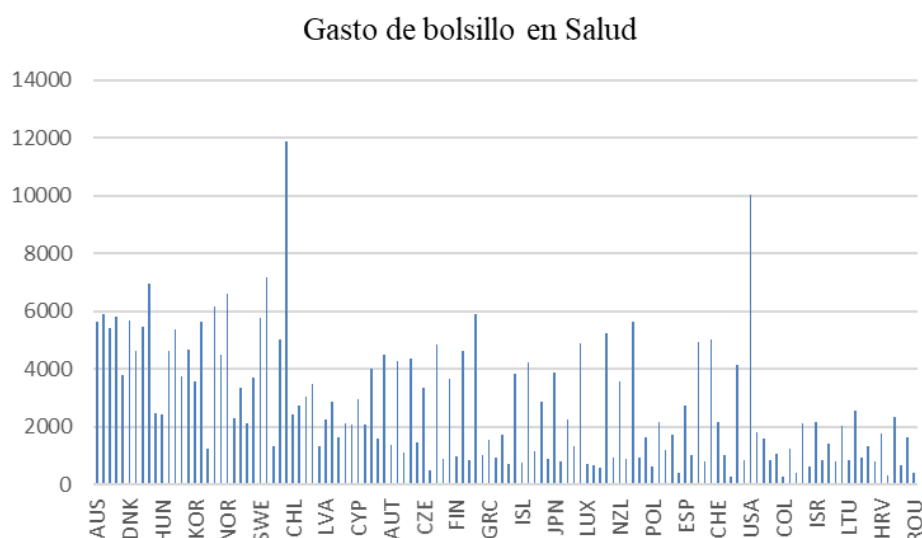
Fuente: XXXXXXXXXXXXXXX

Gasto de bolsillo en salud

El gasto que deben hacer las personas al enfrentar una enfermedad o lesión es un factor esencial para medir el acceso a los servicios de salud en un territorio. Las personas que enfrentan un gasto empobrecedor o catastrófico al buscar atención médica son menos propensas a buscarlo y obtenerlo. Según el Observatorio Nacional de Salud (ONS), el gasto de bolsillo en salud representa una ineficiencia económica que “además de ser inequitativo [...] representa una pérdida de recursos para la sociedad” (p. 112), por cuanto esta es una inversión en capital humano que podría ser mejor invertida en otros factores de crecimiento personal —y por ende, social—, como la educación (ONS, 2019).

Por otro lado, hay un factor importante que predomina en el gasto de bolsillo en salud, y es el gasto en tratamientos farmacéuticos para enfermedades y el gasto de servicios de salud privados, que buscan expeditar y mejorar la calidad de los servicios a los que se accede (Golinowska, 2012). En las figuras 2 y 3 se puede ver la distribución general del gasto de bolsillo en salud, haciendo una comparación entre países miembros de la OCDE y también entre países no miembros de la OCDE.

Figura 2. *Gasto de bolsillo en salud en diferentes países.*



Fuente: OCDE (2022); cálculos propios.

Figura 3. *Personas que deben destinar 10 % del presupuesto familiar para salud*



Fuente: Montes (2018).

Las anteriores métricas ilustran cómo las personas acceden a los servicios de salud y, más importante, la forma como los Estados se organizan y logran proveer servicios de salud, ya sean preventivos o paliativos, para sus ciudadanos. Sin embargo, los sistemas de salud no son la única forma de lograr que las personas puedan acceder a su bienestar físico y mantenerlo: existen también políticas que son tangenciales a dichos sistemas y buscan mejorar la calidad de vida de las personas (White, 2015). Incluso, en algunos casos sustituyen parcialmente el acceso a esos servicios cuando no están presentes. Sin embargo, los casos más conocidos de políticas exitosas en términos de salud son esfuerzos por sustituir la necesidad de sistemas de salud deficientes. Las historias de éxito en programas de inmunización o acceso a métodos anticonceptivos en zonas empobrecidas son valiosas en el esfuerzo humano por lograr la CUS, pero en términos de proveer acceso oportuno a servicios de salud de calidad no son suficientes.

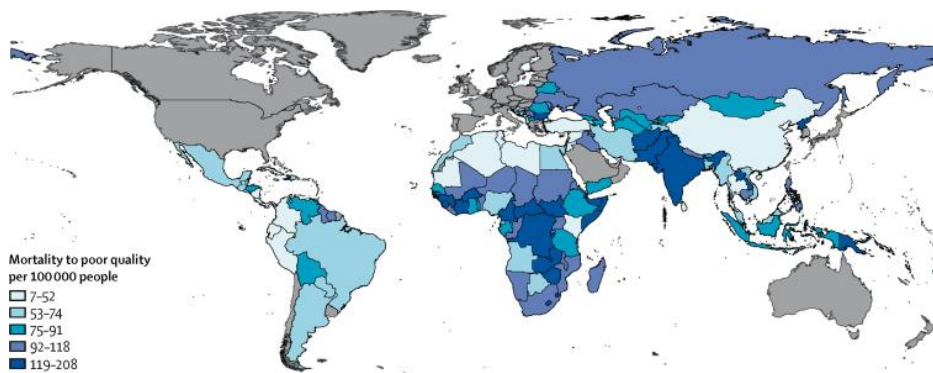
Ahora bien, medir el acceso y el esfuerzo de las personas y las sociedades para proveer servicios oportunos es relevante para la discusión sobre el acceso a los servicios básicos de salud. Sin embargo, medir tan solo el esfuerzo o la organización no es suficiente para ilustrar el éxito o fracaso de un sistema de salud. Por el contrario, un sistema de salud puede tener

indicadores de cobertura o gasto que sean altos en una comparativa internacional, pero tener también resultados deficientes en la labor de preservar la vida y la calidad de vida de los sujetos a los que provee servicios. Por tal motivo, hay otra serie de métricas que permiten comparar el impacto que tienen estos en preservar la vida de los pacientes. Dichas estadísticas comparan, sobre todo, las consecuencias previsibles de no prestar los servicios o no prestarlos de manera apropiada u oportuna. Es importante aclarar que estas métricas, si bien están relacionadas, no son consecuencia directa ni necesaria de las hasta ahora referidas. Como ya se mencionó, lo que busca esta sección es ofrecer formas de comparación entre países y sistemas de salud, y no enfocarse en los detalles del contexto internacional o los casos específicos.

Mortalidad prevenible por sistemas de salud de baja calidad

Dentro de los esfuerzos a escala mundial por promover la CUS, varios estudios (Kruk et al., 2018) han propuesto una metodología para calcular el número de muertes evitables debido a la falta de acceso a servicios de salud de calidad adecuada. Dichos estudios utilizan un grupo de referencia compuesto por 23 países con altos ingresos y sólidos indicadores de CUS, y luego comparan el desempeño de los sistemas de salud de otros países en función de las muertes prevenibles en un contexto de CUS de alta calidad. Esta aproximación nos brinda una perspectiva global y comparativa sobre cómo los sistemas de salud están logrando prevenir enfermedades y salvar vidas en relación con los estándares determinados por los países de referencia. Es una manera de evaluar el impacto potencial de un acceso óptimo a servicios de salud en la reducción de muertes evitables a escala mundial y de identificar áreas en las que se requiere una mejora significativa en los sistemas de salud.

Figura 4. Mortalidad por calidad pobre de los servicios de salud por 100.000 habitantes.



Fuente: Kruk et al. (2018).

Mortalidad infantil

Además de ser una de las estadísticas más impactantes para medir el éxito de un sistema de salud, las causas de muerte entre niños, adolescentes y jóvenes son, en su mayoría, evitables con atención adecuada al nacimiento, vacunación, suplementación dietaria y acceso a agua limpia (UNICEF, 2023). En ese orden de ideas, la mortalidad infantil es una medida de las competencias básicas de un sistema de salud en un lugar del mundo, como se observa en la tabla 1.

La reducción de la mortalidad infantil ha sido parte de un esfuerzo mundial por mejorar las condiciones básicas de salud en el mundo. Durante 30 años se ha logrado una reducción del 59 % de las muertes, en el marco del reconocimiento de la CUS como buena práctica internacional (OMS, 2022). Por otro lado, los factores económicos y ambientales —y sobre todo, la educación de los padres— juegan un factor decisivo en la mortalidad infantil.

Mortalidad materna y gestante

Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad materna es en su mayoría prevenible y resulta de la falta de atención médica durante el embarazo. Por otro lado, los abortos inseguros son una importante causa de muerte materna y resultan de la falta de acceso a oportunidades de educación y atención sexual y reproductiva (OMS, 2023). Un factor decisivo que se ve reflejado en la mortalidad, y que atañe a los servicios de salud, es el acceso a métodos anticonceptivos para

Tabla 1. Mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos

Región	Under - five mortality rate (deaths per 1000 live births)										Decline (per cent)		Annual rate of reduction (per cent)			
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2021	1990-2021	1990-2021	1990-2021	1990-2021	1990-2021	1990-2021	2000-2009	2010-2021	2010-2021
Sub - Saharan Africa	181	172	153	125	103	87	74	59	66	3,5	4	4,3	2,2			3
Northern Africa and Western Asia	76	62	50	40	33	29	26	66	67	3,6	4	4,1	2,9			
Northern Africa	86	72	59	47	39	33	28	67	65	3,4	4,3	4,8	1,5			
Western Asia	66	54	43	34	27	26	23	65	72	4,1	3,1	4,2	4,8			
Central and Southern Asia	125	109	91	74	60	47	35	72	74	4,4	1,1	7,1	4,6			
Central Asia	70	73	61	43	30	23	18	74	71	4	3,2	4,1	4,7			
Southern Asia	127	110	92	75	61	48	36	71	74	4,4	3,4	6,1	3,6			
Eastern and South-Eastern Asia	57	49	39	29	22	17	15	74	87	6,5	3,6	8,3	7,2			
Eastern Asia	51	44	34	23	15	10	7	87	68	3,6	4	3,9	3,1			
South-Eastern Asia	72	59	48	39	33	28	23	68	71	4	5	4,5	3,2			
Latian America and The Caribbean	55	43	33	26	23	18	16	71	39	1,6	0,8	1,7	2,2			
Oceania	33	31	31	29	26	23	20	39	45	2,9	4,2	2,3	2,3			
Australia and New Zealand	10	7	6	6	5	4	4	59	64	3,3	3,8	3,4	2,9			
Oceania (exc Au And New Zealand)	71	65	61	57	51	46	39	45	72	4,1	4	4,5	1,9			
Europe and Northern America	14	12	10	8	7	6	5	64	44	1,9	2,9	1,3	1,5			
Europe	15	13	11	8	7	6	4	72	59	2,9	1,8	4	2,7			
Northern America	11	9	8	8	7	7	6	44	38	2,9	1,8	4	2,7			
World	93	87	76	63	51	43	38	59	74	4,4	3,4	6,1	3,6			

Fuente: OMS (2020).

las mujeres. En este caso, las mujeres que tienen acceso a métodos anticonceptivos son menos propensas a morir en el embarazo, y el parto, ya que pueden planificar su embarazo y su acceso a los servicios de salud.

Revisión de indicadores de salud en Colombia

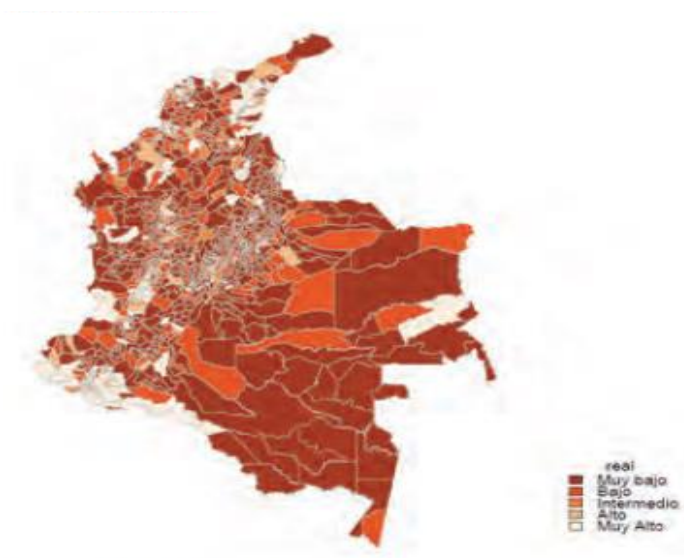
En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", aprobado en 2019 para la presidencia de Iván Duque, se hace un breve diagnóstico y se presentan los puntos que estarían en el centro de la agenda de este gobierno en términos de salud. El documento estableció las directrices y estrategias para abordar los desafíos en el sector salud, incluyendo el acceso a servicios de calidad y la mejora de la cobertura en todo el país. Es notorio el alineamiento del PND con las métricas de éxito expuestas en la sección anterior, pues propone, entre otras cosas, aumentar el número de médicos por cada 1.000 habitantes en regiones apartadas del país, expeditar los tiempos de consulta médica para los usuarios, reducir la corrupción y promover la sostenibilidad financiera del sistema. Así mismo, propone un enfoque transversal que articula la llegada a las zonas de difícil acceso, la prevención de comportamientos nocivos para la salud y el seguimiento cercano a los pacientes crónicos o en riesgo de padecer causas de muerte comunes entre los colombianos (PND, 2019).

En ese orden de ideas, se puede afirmar que, al menos en el papel, existe una ruta clara y definida de los problemas por solucionar para alcanzar un sistema de salud con CUS y que esté alineado con los objetivos de la seguridad humana: universalidad, integralidad, accesibilidad, calidad, inclusividad (Korc, 2016). Sin embargo, la provisión y el acceso a la salud en Colombia aún están lejos de lograr tal cosa; existen múltiples diagnósticos rigurosos de los problemas del sistema de salud en el país, y en varios casos estos se mencionan como graves; incluso, como suficientes para proponer la necesidad de una reforma completa al sistema. La revista *The Lancet* discute cómo el sistema actual se apoya demasiado en un modelo de aseguramiento que hace legalmente costoso —y casi inviable— el logro de la CUS en el país. Mientras discute la dicotomía que se presenta entre la mayor inversión de recursos (que creció del 5,4 % al 6,5 %) y la falta de alcance que esta ha tenido en términos de ampliación del acceso (Londoño & Molano, 2016).

En los datos existe una realidad indiscutible sobre el acceso a los servicios de salud en el país: este es profundamente desigual en todos los niveles. Lo anterior es notorio al revisar los datos no solo de acceso, sino también de mortalidad u

otras consecuencias de la carencia de este. Colombia tiene grandes problemas de desigualdad que tienen su raíz en las diferencias que hay a lo largo y ancho del país, a escala no solo regional, sino demográfica y económica. Los departamentos más pobres son más propensos a tener indicadores de salud peores en la cobertura del sistema y cuanto a las muertes que la falta de dicha cobertura genera (ONS, 2016).

Figura 5. *Distribución geográfica de los niveles de acceso real a los servicios de salud (2017-2018).*



Fuente: ONS (2019).

Cómo se evidencia en la figura 5, la gran mayoría de los municipios del país tienen acceso real muy bajo a los servicios de salud; eso, sin ponderar siquiera por la calidad de los servicios disponibles en ellos. Esto va alineado con la problemática evidenciada en el PND, presentada al comienzo de la sección, y relacionada con la presencia de médicos en las zonas apartadas y rurales del país, que resulta siendo alrededor de cuatro veces menor que en Bogotá —la ciudad con más médicos por cada 1.000 habitantes— (PND, 2019).

En términos de ingresos, el ONS identificó cómo algunas de estas desigualdades regionales se traducen en muertes que la medicina, según sus estándares actuales, pudo haber evitado. Entre 1998 y 2011, en Colombia se registró un total de 1.427.535 muertes evitables, lo que corresponde al 53 % de las muertes en

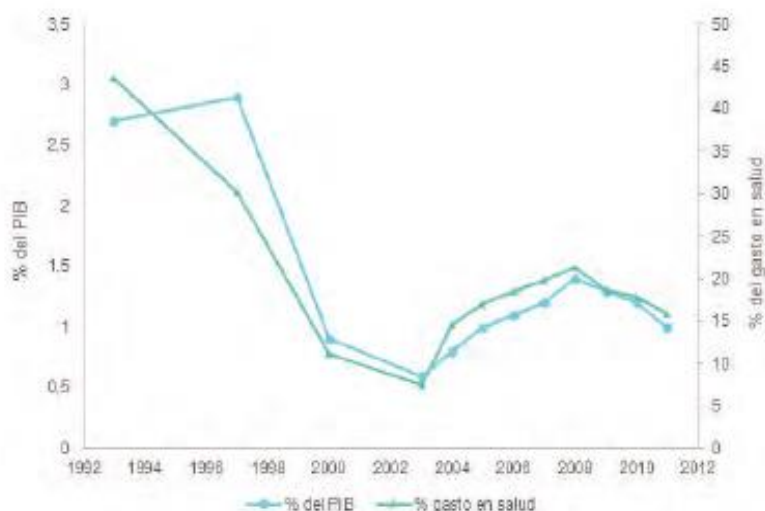
esta ventana de tiempo. Vale la pena aclarar que la proporción de muertes evitables respecto al total de muertes disminuyó del 58 % en 1998 al 47 % en 2011. Las causas de muerte evitables se concentraron principalmente en los grupos de enfermedades no transmisibles y lesiones. Además, las muertes evitables se concentraron en los menores de 5 años y en el grupo de 65-74 años (ONS, 2014).

Al medir la relación entre las muertes maternas y la pobreza multidimensional a escala municipal, se encontró que por cada punto de incremento en la pobreza multidimensional había 5,3 muertes maternas más. Los municipios pertenecientes a departamentos con moderada y alta pobreza multidimensional presentaron el peor escenario de mortalidad materna asociado a la pobreza. La diversidad geográfica de la mortalidad evitable en Colombia sugiere la existencia de patrones diferenciales por zonas; sin embargo, existe una correlación entre el acceso a los servicios médicos ya mostrado y esta diversidad interregional. Se encontró que la mortalidad materna e infantil (menores de un año) en los municipios colombianos tenía relación con la pobreza a escala municipal y departamental. Esto enfatiza la necesidad de abordar no solo las condiciones individuales, sino también, las condiciones socioeconómicas y estructurales que pueden influir en la salud (ONS, 2014).

En un trabajo posterior el ONS (ONS, 2019) relaciona el acceso a los servicios de salud con la mortalidad evitable para una ventana de tiempo más amplia. En este trabajo encontraron que el 18,6 % de las muertes entre 1998 y 2017 fueron no solo evitables, sino atribuibles al sistema de salud (ONS, 2019). En este trabajo se presenta un resultado contraintuitivo que los autores atribuyen a una desigualdad aún mayor en el sistema que deja en evidencia el punto tratado en los párrafos anteriores. En las zonas con mejor acceso ajustado al sistema de salud hay más muertes prevenibles atribuibles al acceso a este. Eso se da por una falta de capacidad diagnóstica que resulta en que, en la mayoría de los casos, no se identifica correctamente la causa de muerte.

En términos de gasto de bolsillo, Colombia mantiene una posición relativamente buena en los *rankings* regionales y mundiales, por cuanto es el tercer país de Latinoamérica con menor gasto de este tipo. El 20 % del gasto corriente en salud (i. e. la suma del gasto estatal y de bolsillo) es gasto de bolsillo. En términos macroeconómicos, el gasto de bolsillo tuvo una reducción importante como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y del gasto corriente tras la implementación de la Ley 100, como se puede ver en la figura 6.

Figura 6. Gasto de bolsillo como parte del PIB y del gasto total en salud en Colombia.



Fuente: ONS (2019).

Por otro lado, en este rubro sí se puede percibir progresividad respecto al ingreso del hogar; es decir, los hogares más ricos gastan más de su bolsillo en salud, como se aprecia en la figura 7.

Figura 7. Gasto de bolsillo según estrato en Cartagena Colombia.



Fuente: ONS (2019).

Acceso al sistema de salud entre 2018 y 2022. Efectos de la pandemia del covid-19

Teniendo una imagen general de cómo ha sido la evolución de los indicadores de salud en Colombia a lo largo del siglo XX y cómo han evolucionado estos hasta llegar a tener una imagen de la segunda mitad de la década de 2010, es relevante hacer un recuento de la mayor crisis en salud que ha tenido Colombia en su historia: la pandemia del Covid-19. La enfermedad llegó a Colombia hacía finales del primer trimestre de 2020 (*El Tiempo*, 2020), lo que puso en jaque al sistema de salud y la institucionalidad del país en general. Durante los siguientes años el país vivió un estado de emergencia económica y sanitaria en el que tuvo que extender el alcance de los sistemas de salud, información y presencia del Estado en general (Reuters, 2020).

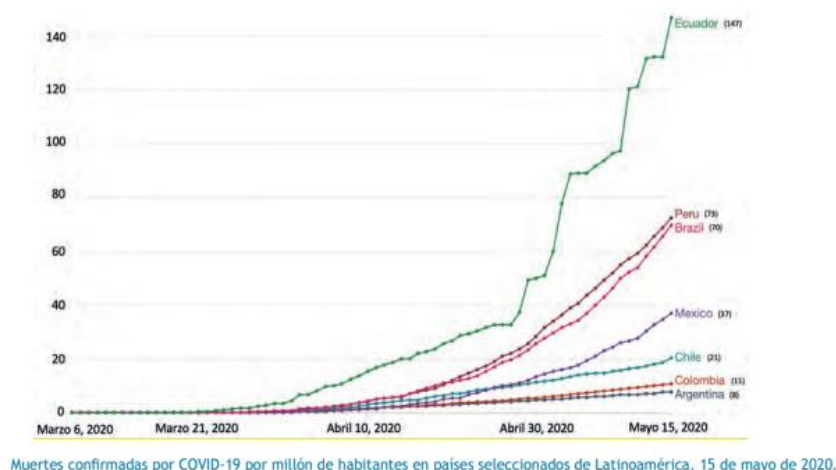
Según la OPS, la pandemia puso en evidencia fuertes deficiencias de los sistemas de salud de todo el mundo; incluso, en los países que históricamente habían mostrado mejores indicadores (Benjamin, 2020). La impredecibilidad de la llegada de un evento de salud pública de esa magnitud, tras casi un siglo, demostró que la evaluación de los sistemas de salud no era suficiente y que los enfoques de salud pública eran vitales en la búsqueda de la salud de las poblaciones; especialmente, en un contexto de crisis mundial donde los recursos eran limitados y competidos (Benjamin, 2020). Dentro de las recomendaciones de Benjamin, hechas en el punto más crítico de la pandemia, se encuentran: 1) la presencia de un estrategia central de la salud en todas las comunidades; 2) la articulación con las personas de la comunidad; 3) la acreditación y actualización de los actores de salud pública; 4) mejorar el acceso a datos para la toma de decisiones, y 5) la financiación adecuada de la salud.

Para el caso de Colombia, la llegada de la pandemia encontró al país con una capacidad instalada suficiente en la mayoría de las zonas y con un sistema robusto en términos financieros. Sin embargo, también con falencias en términos de logística de medicamentos, integración territorial del sistema de aseguramiento, el sistema de salud pública y capacidad de seguimiento preventivo, según el exministro Fernando Ruiz, en entrevista en 2020 (MinSalud, 2020). Por otro lado, se generó un golpe severo a la asistencia a citas y tratamiento médico durante la pandemia, ya sea por miedo al contagio o por la saturación del sistema, lo que resultará en un exceso de muertes y en un empeoramiento general de la salud hacía el futuro (Banco Mundial, 2022).

En el inicio de la pandemia, Colombia fue uno de los países menos afectados de la región, con 73 casos por millón de habitantes para el 15 de mayo de 2020. De estas personas, la distribución de la gravedad de los casos fue mayoritariamente moderada, con pacientes asintomáticos y enfermedad leve abarcando el 39 % de los casos (Otoya-Tono, 2020), como se muestra en la figura 8. Así mismo, durante la extensión de la pandemia Colombia logró tomar medidas sanitarias que garantizaran el acceso oportuno de las personas a los servicios de salud pertinentes y la reducción del contacto a través de medidas de cuarentena y cierre de fronteras.

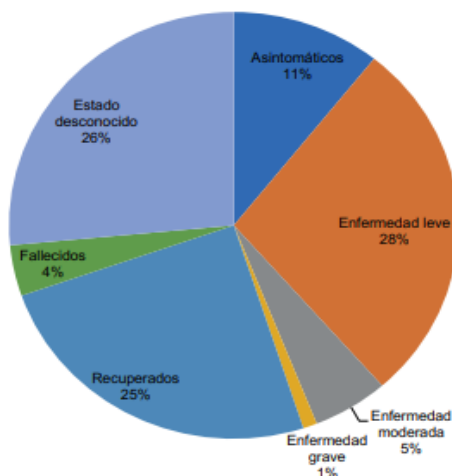
También se invirtió en la mejoría de la capacidad diagnóstica del país a través de la importación de pruebas y en la capacidad de respuesta a través de la ampliación de las camas de unidad de cuidados intensivos (UCI) (Otoya-Tono, 2020). Sin embargo, un ejemplo de fracaso, y el cual mostró que el país no estaba del todo preparado para la recepción de una pandemia, fue el caso del departamento de Amazonas, donde en los primeros meses de la pandemia el crecimiento de los casos fue estrepitoso y las muertes crecieron con rapidez, relacionado ello con la cercanía de la frontera con Brasil y la falta de camas UCI en el departamento.

Figura 8. *Evolución de las muertes por Covid-19 en Latinoamérica.*



Fuente: Otoya-Tono et al. (2020).

Figura 9. Gravedad de los infectados por Covid-19 en Latinoamérica.



Fuente: Otoya-Tono et al. (2020).

Después de casi un año de pandemia, y tras el esfuerzo mundial del desarrollo de una vacuna contra el Covid-19, Colombia empezó el plan de vacunación a través de un esquema de priorización por comorbilidades y edad. Al día de hoy, una vez la pandemia ha reducido sus números y se ha acercado a convertirse en una enfermedad endémica (MinSalud, 2023), en Colombia se han aplicado 90.506.612 dosis de la vacuna, según lo cual se inmunizó a una parte muy importante de la población (MinSalud, 2023). Lo anterior representa, sin duda, un logro en la articulación del sistema de salud del país y en su capacidad para proveer acceso preventivo (inmunización), y no únicamente paliativo, en situaciones de emergencia para la salud pública.

Según Bloomberg, en su Ranking Mundial de Resiliencia al Covid-19, Colombia ocupa el puesto 12 entre los países que mejor manejo le dieron a la crisis epidemiológica. Ahora bien, es importante aclarar que este *ranking* no es específico del acceso a servicios de salud, sino que pondera el manejo económico y las secuelas que esta crisis dejó en términos de muertes y decrecimiento económico. No obstante, como ya se ha mencionado, la salud pública no es medible únicamente en términos de muertes o enfermedad, sino que requiere un enfoque multidimensional para su evaluación. Más aún, los factores económicos son vitales para la preservación y mejoría del acceso y los sistemas de salud, ya que implican una inversión pública importante en múltiples áreas de la sociedad, por lo cual este es un logro que vale la pena mencionar con vistas al futuro (Bloomberg, 2022).

Según la OPS, “cuanto mejor sean los sistemas de información de salud, mejor serán los resultados de salud y más sólida será la continuidad de la atención para proporcionar atención médica de la mejor calidad posible, a lo largo del tiempo, a todas las personas” (PAHO, 2022). En ese orden de ideas, las inversiones que se hicieron a lo largo de la pandemia, y que se vieron reflejadas en el manejo de la expansión de las camas UCI y el Plan Nacional de Vacunación, por citar dos ejemplos, no fueron inversiones solamente para el manejo de la pandemia entre 2020 y 2023. Al contrario, fueron inversiones de gran valor para el progreso general de la salud en Colombia y que permitirán mejorar el acceso de forma importante durante los próximos años, por lo que ponen al país en una ruta de crecimiento que debe ser aprovechada con el objetivo de, idealmente, alcanzar la CUS en el mediano plazo.

El rol de las Fuerzas Militares en el acceso a servicios de Salud en Colombia

Dadas las desigualdades estructurales a las que se halla sometida Colombia en múltiples aspectos —y las cuales se hacen evidentes en el análisis hecho de los indicadores de salud en el país, el Estado, en el esfuerzo por proveer el derecho a la salud como un derecho humano, según lo resuelto en la Ley Estatutaria de Salud de 2017 por la Corte Constitucional, y sin perjuicio de esta desde la creación del Estado social de derecho en la Constitución Política de 1991—, desde el aparato estatal se hace una serie de esfuerzos por proveer servicios básicos de salud a la mayoría del territorio y la población.

Tomando en cuenta que una parte de las desigualdades más notorias en el acceso a los servicios de salud se da por la gran extensión del territorio y la poca densidad poblacional en buena parte de este, se genera un problema de acceso a partes del territorio a las cuales el sistema actual no llega a proveer los servicios que tiene la responsabilidad de brindar a todos los colombianos. Es cierto que Colombia cuenta con alrededor del 92 % de su población asegurada en salud (ONS, 2019), pero no todos estos colombianos se encuentran cerca de un centro médico para recibir o exigir los servicios que podrían necesitar. En ese orden de ideas, las Fuerzas Militares de Colombia (FF. MM.), léase Armada, Ejército y Fuerza Aérea, también resultan siendo proveedores de servicios de salud en estas apartadas regiones.

Es importante aclarar que el rol y responsabilidad constitucional de las FF. MM. son la seguridad y defensa del territorio y la soberanía nacional, protegiendo a Colombia y sus ciudadanos de las amenazas internas o externas que azotan o puedan azotar los límites o los recursos consagrados en la Constitución. Sin embargo, en muchos casos también juegan un papel en el apoyo al acceso a los servicios de salud para la población. Su enfoque principal radica en la gestión de crisis y la preservación del orden y la seguridad, pero también despliegan esfuerzos significativos para garantizar que las comunidades tengan acceso a la atención médica necesaria. Esta participación presenta una dicotomía que requiere un equilibrio cuidadoso para cumplir con sus múltiples responsabilidades.

En primera instancia, durante emergencias y desastres naturales las FF. MM. desempeñan un papel crucial en la respuesta rápida y efectiva proporcionando asistencia médica de emergencia. La capacidad logística y de despliegue que tienen estas instituciones, y que ha sido desarrollada para cumplir con su responsabilidad en la seguridad y defensa, les permite ser las primeras en hacer presencia en estos casos.

Por otro lado, las FF. MM. también se esfuerzan por brindar atención médica en zonas remotas y de difícil acceso. A través de brigadas de salud, llegan a comunidades rurales y alejadas que de otra manera tendrían dificultades para recibir atención médica básica. Estas brigadas ofrecen consultas médicas, vacunaciones y distribución de medicamentos, de modo que superan las barreras geográficas y garantizan que las comunidades marginadas tengan acceso a servicios de salud esenciales. Este apoyo contribuye, de alguna manera, a cerrar la brecha entre las zonas urbanas y rurales en términos de atención médica.

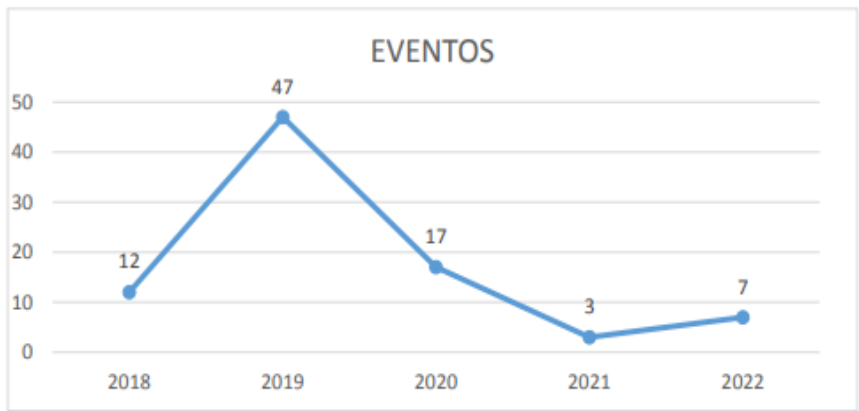
En áreas donde el acceso a servicios médicos es limitado —a tal punto que ni los servicios tradicionales ni las brigadas médicas son una forma eficiente y segura de proveer servicios de salud a las comunidades—, la Fuerza Aérea Colombiana (FAC) provee servicios de traslados aéreos para personas en circunstancias delicadas de salud. El Centro Nacional de Recuperación de Personal (CENRP) es un ejemplo claro de la articulación de las FF. MM. para proveer servicios que son ajenos a su función original, pero se articulan con la provisión y articulación del Estado para llegar a territorios remotos. El CENRP trabaja en instancias correctivas y preventivas de situaciones de riesgo y crisis en todos los territorios del país.

La FAC acostumbra apoyar logísticamente procesos y emergencias de importancia estratégica para el país. Como ejemplo de esto, en la pandemia del Covid-19 se llevaron a cabo 546 operaciones de transporte de ayuda humanitaria y evacuaciones y traslados aeromédicos, que sumaron 1.344 horas. Estas operaciones combinaron el apoyo logístico y la ayuda humanitaria con las responsabilidades de seguridad y defensa. Desde 2008 el CENRP ha llevado a cabo diversas operaciones para cumplir con su misión de salvaguardar y preservar la vida de los colombianos, lo que se relaciona estrechamente con la provisión y acceso de servicios de salud en diferentes circunstancias.

En un enfoque más directo a los servicios de salud, el CENRP ha llevado a cabo la evacuación o traslado de 4.171 personas entre militares y civiles, por lo que ha logrado proveer atención básica y conectar a estos colombianos con los servicios de salud que inicialmente se encontraban fuera de su alcance. Así mismo, es la institución encargada de la búsqueda y rescate por aire de personas perdidas en el territorio colombiano. En estas misiones la FAC ha logrado el rescate y la atención médica primaria de cientos de personas en 60 operaciones distintas. Estas operaciones llevan el acceso a los servicios básicos de salud al extremo, pues logran rescatar y atender a personas cuyo paradero era desconocido y cuya vida se hallaba en peligro constante.

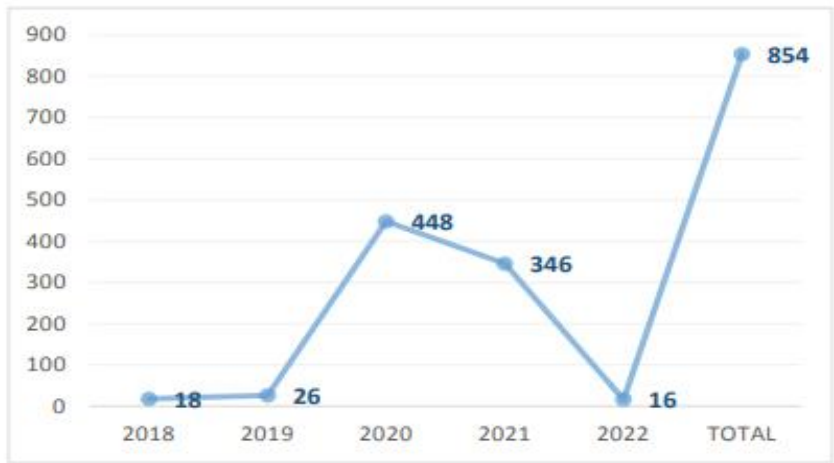
Sin embargo, la atención a amenazas para la salud pública también juega un papel importante en la agenda del CENRP. Específicamente, la vigilancia y la atención a zonas en riesgo de potenciales desastres naturales permiten un mejor monitoreo de las posibles consecuencias de los desastres naturales y protegen a la población de estas. Una vez se materializa un desastre natural, el CENRP atiende la zona con la movilización de recursos y personal médico y otros insumos necesarios para la subsistencia de la zona que se encuentra en crisis por el desastre natural. Incluso en caso de un incendio forestal, la FAC se moviliza con aeronaves y equipos especializados para apagar y limitar las consecuencias de dichos desastres, como se muestra en la figura 10.

Figura 10. *Número de eventos atendidos por la FAC por año.*



Fuente: CENRP.

Figura 11. *Cantidad de misiones por año (y totales) que se han desarrollado por año (2028-2022).*



Fuente: CENRP.

Las FF. MM. de Colombia también trabajan en estrecha colaboración con instituciones de salud civiles para mejorar el acceso a los servicios médicos en

áreas donde la infraestructura de salud es limitada. Esta cooperación implica el intercambio de recursos, la coordinación de acciones conjuntas y el apoyo logístico. Al unir fuerzas con los actores civiles, amplían el alcance de los servicios de salud; especialmente, en áreas desatendidas. Esta colaboración es vital para garantizar que las comunidades tengan acceso a una atención médica adecuada y oportuna, incluso en las regiones más remotas del país.

Sin embargo, la participación de las FF. MM. en la atención médica también plantea un desafío, debido a su responsabilidad principal en la preservación del orden y la seguridad. La seguridad es un elemento fundamental para el funcionamiento efectivo de los servicios de salud. Es decir, a través del mantenimiento del orden en los territorios mediante su presencia y los operativos que se puedan hacer en contra de amenazas a estos, desempeñan un papel vital en la capacidad de los sistemas de salud de proveer los servicios para los que fueron diseñados. Su presencia en áreas afectadas por conflictos o inestabilidad brinda un entorno seguro para que los servicios de salud tradicionales puedan operar y llegar a quienes los necesitan. En ese orden de ideas, si bien se presenta, de cierta forma, una dicotomía entre el deber constitucional de las FF. MM. de proveer seguridad y defensa para el territorio y la labor adquirida por las características de su operación, de cierta forma ambas logran el objetivo común de preservar el bienestar de los colombianos y permitirles vivir libres de enfermedades o del riesgo de muerte.

Conclusiones

El concepto de seguridad humana fue acuñado con la intención de implantar un estándar de condiciones de vida que, como humanidad, debemos perseguir para la vida de todas las personas. Además del ya mencionado principio de libertad del miedo, la seguridad humana busca tener un impacto en la vida de las personas para evitar la confrontación y la llegada a los momentos de crisis por la vulneración de condiciones mínimas de vida. En ese orden de ideas, cuando se busca dicho nuevo estándar de desarrollo humano en una sociedad se deben enfrentar y prevenir muchas amenazas que se presentan constantemente, para alcanzar la plenitud y la libertad del miedo de las personas (PNUD, 1994).

Amenazas como las epidemias, los conflictos armados y las barreras geográficas y económicas no son la excepción en la búsqueda de la seguridad humana: son la regla. Con eso en mente, y con la meta de lograr una sociedad

planetaria con el humano como el centro del desarrollo, es preciso reconocer las métricas y los indicadores que nos permitan cuantificar y aprender de los retos que hemos enfrentado como sociedad. Ello nos permite acercarnos a este nuevo paradigma.

Como se ha ilustrado a lo largo del presente escrito, los retos para alcanzar la libertad del miedo y lidiar con las amenazas en términos de salud son múltiples y están marcados por una multidimensionalidad que los hace aún más complejos de superar. Dichos retos van de la mano con el crecimiento institucional y económico de las sociedades, lo cual es una meta de largo plazo en la mayoría de los casos. Por tal motivo, los avances hacia la seguridad humana pueden parecer lentos en la mayoría de los casos, y la integración de múltiples esferas del desarrollo, una barrera difícil de superar. Sin embargo, dentro del análisis cuidadoso de las amenazas que dificultan el avance hacia la seguridad humana se encuentran eficiencias y oportunidades que permiten acelerar el paso.

En términos de acceso a servicios de salud, Colombia es un país que ocupa una posición intermedia en muchos de los indicadores a escala internacional. El país, indiscutiblemente, ha tenido un desarrollo considerable durante lo corrido del siglo, y se puede afirmar que muchas de las personas sí viven bajo un estándar mínimo de atención de acceso. Sin embargo, los indicadores internos también indican que es un país profundamente marcado por desigualdades que hacen que si bien una porción de la población urbana tenga un acceso de calidad a los servicios de salud, una porción muy importante dependa de infraestructuras y servicios deficientes cuando tienen dolencias que necesitan ser atendidas. Por otro lado, la salud pública en Colombia sigue siendo deficiente, y no hay un sistema de prevención constante que permita modelar la política de acceso a los servicios de salud para el futuro.

Es importante mencionar que Colombia ha avanzado en términos institucionales hacia un Estado que suple las necesidades de sus habitantes. Lo anterior se puede ver en el despliegue que hacen las FF. MM. en operaciones de rescate médico, movilización de personal e insumos y monitoreo del territorio en general, sacrificando recursos en su propósito constitucional de la seguridad y defensa del territorio. Como se dijo en el capítulo anterior, este es un mecanismo al que no debe considerarse el adecuado o el definitivo; sin embargo, amplía de cierta forma el alcance de los servicios de salud y reduce las grandes desigualdades que enfrenta el país en estos términos.

Agradecimientos

Agradecimiento especial a mis compañeros del CIDENAL 50: Linda Ariza, Santiago Herrera, y David Sandoval, por acompañarme en este camino y brindarme su amistad; también, a la doctora María Antonieta Corcione, mi tutora, por su apoyo y su precisa orientación.

Referencias

- Akinlo, A., & Sulola, A. (2019). Health care expenditure and infant mortality in sub-Saharan Africa. *Journal of Policy Modeling*, 41(1), 168-178.
- Banco Mundial. (2022). *¿Cómo se curan los sistemas de salud luego de una pandemia?* <https://tinyurl.com/238xf9tt>
- Benjamin, G. C. (2020). Ensuring health equity during the COVID-19 pandemic: the role of public health infrastructure. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e70. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.70>
- Bloomberg. (2022). *Ranking de resiliencia al covid*. <https://tinyurl.com/3umn4bub>
- CEPAL.OPS (2021). La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social.
- Congreso de la República. Ley Estatutaria de Salud (2017).
- El Tiempo*. (2020). Se confirma caso de colombiano con coronavirus. <https://tinyurl.com/4dstj9u6>
- Golinowska, S., & Tambor, M. (2012). Out-of-pocket payments on health in Poland: Size, tendency and willingness to pay. *Society and Economy*.
- Golkhandan, A. (2019). Effect of Military Expenditure on Health Status in Developing Countries. *Health Research Journal*.
- Korc, M. Hubbard, S., Suzuki, T., y Masaine Jimba, M. (2016). *Salud, Resiliencia y Seguridad humana. Hacia la salud para todos*. <https://tinyurl.com/4kvhv7sf>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. DO. N.º 41148.
- Londoño, E., & Molano, P. (2015). Are Colombia's reforms enough for a health-care system in crisis? *The Lancet*.
- MinSalud. (2020). *Los retos del sistema de salud que dejó la pandemia por covid 19*. <https://tinyurl.com/2kz2j7ac>
- MinSalud. (2023). *Plan nacional de vacunación contra el covid 19*. <https://tinyurl.com/2p8w2rvw>
- Montes, S. (2018). Colombia es el cuarto país de América Latina con mejor acceso a salud. *Diario La República*. <https://tinyurl.com/mwb26rfe>
- Mutunga, C. (2007). Environmental Determinants of Child Mortality in Kenya.
- Observatorio Nacional de Salud (ONS). (2014). *Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*. Instituto Nacional de Salud.

- Observatorio Nacional de Salud (ONS). (2019). *Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional*. Instituto Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Cobertura Sanitaria Universal*. <https://tinyurl.com/mr463vsw>
- Otoya-Tono, A. M., Campos-Mahecha, A. M., García-Chabur, M. A., Jaramillo-Moncayo, C., & Wills, C. (2020). COVID-19: generalidades, comportamiento epidemiológico y medidas adoptadas en medio de la pandemia en Colombia. *Acta de Otorrinolaringología CCC*, 48(1), 93-102.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (1994). *Informe sobre desarrollo humano*. PNUD.
- Reuters. (2020). *Colombia declares health emergency to tackle coronavirus*. <https://tinyurl.com/2p9andtr>
- UNICEF. (2022). *Levels and trends on child mortality*. <https://tinyurl.com/mv4bwkbb>
- White, F. (2015). Primary health care and public health: Foundations of Universal Health Systems. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103-16. <https://doi.org/10.1159/000370197>