

A Medicina de Família e Comunidade como eixo central da Equidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região

Family and Community Medicine as the core of the Health Systems Equity in Latin America: an exploratory analysis of the region

La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai; Sociedade Uruguaia de Medicina de Família e Comunitária (SUMEFAC). Grupo CIMF Medicina de Família e Comunitária no Meio Rural. Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA Iberoamericana CIMF). Uruguai. E mail: marcelacua@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederação Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunitária (CIMF). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Thomas Meoño Martín. Escola de Medicina da Universidade Autônoma de Centro-América; Coordenação Técnica do Câncer da Gerência Médica da Caixa Costa-Ricense de Seguro Social; Curso de Medicina e Cirurgia da Universidade da Costa Rica; Associação de Especialistas em Medicina de Família e Comunitária da Costa Rica (MEDFAMCOM) 2016-2019. Costa Rica. drmeono@gmail.com

Equipe de Trabalho

Andrea De Angulo (Colômbia), Dayme Quintero (Panamá), Dora Patricia Bernal (Colômbia), Francisco Ariza Montoya (Colômbia), Jesús Reyes Carranza (Colômbia), Jorge Brandao (Portugal), Lizette Pérez Pérez (Cuba), María Naxalia Zamora González (Nicarágua), Milagro Muñoz (Costa Rica).

Resumo

O objetivo deste trabalho é revisar o conceito geral de equidade e de equidade em saúde, em particular, a partir da visão da Medicina de Família e Comunidade como especialidade fundamental do primeiro nível de atenção à saúde. Surge como produto do intercâmbio do grupo da VI Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família e Comunidade. A metodologia de trabalho se deu através de uma enquete prévia e discussão dos dados durante a mesma cúpula em San Jose, Costa Rica, em abril de 2016. Neste artigo são apresentados os resultados do trabalho grupal em todas suas etapas que consistem em: nova definição de equidade; análise de equidade em saúde; fatores que influenciam a mesma; a equidade na distribuição e quantidade de Médicos de Família e Comunidade na Ibero-América; estratégias governamentais para alcançar a equidade na assistência à saúde da população e a concordância ou não dos Médicos de Família e Comunidade com as mesmas. Da enquete se obtém a informação de falta de equidade nos serviços de saúde onde se encontram inseridos os Médicos de Família e Comunidade, seja pela distribuição inadequada, seja pela quantidade de recursos humanos qualificados para o primeiro nível, pela falta de legislação e de compromisso dos governos. Para alcançar a equidade, surge a necessidade de trabalhar a partir desse conceito envolvendo diferentes atores para gerar uma mudança no sentido de uma maior equidade em saúde, tendo como um recurso fundamental a Medicina da Família e Comunidade para o alcance da mesma.

Como citar: Cuadrado MS, Anderson MIP, Meoño TM. A Medicina de Família e Comunidade como eixo central da Equidade nos Sistemas de Saúde de Ibero-América: uma análise exploratória da região. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):17-25. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1383](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1383)

Palavras-chave:

Equidade em saúde
Equidade e Medicina de
Família e Comunidade
Estratégias para
alcançar Equidade

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
A pesquisa foi considerada uma pesquisa sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conformes as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 15/08/2016.
Aprovado em: 15/09/2016.

Abstract

The objective of this paper is to perform a review of equity concept in general and equity in health in particular from the perspective of considering Family and Community Medicine an essential specialty in primary care. This communication resulted from the exchange of the members of the ethics working group at the VI Ibero-American Summit of Family and Community Medicine in San Jose, Costa Rica on April 2016. The methodology consisted of a preliminary survey and the discussion during the summit about the obtained data. All the stages of the work of the working group are presented in this report: an equity new definition, analysis of the equity on health, influential factors, equity through distribution and number of Family and Community doctors in Latin America, governments' strategies oriented to achieve equity providing healthcare to the entire population, and the acceptance or not of this strategies by family and community doctors. The data obtained from the surveys showed a lack of equity in family and community healthcare facilities due to inadequate number and distribution of qualified human resources, lack of legislation and commitment from governments. It is proposed to work from the concept of equity involving different actors to generate changes oriented to enhance equity in healthcare with family and community medicine as an instrument.

Keywords:

Health Equity
Equity in health systems,
family and community
medicine as core
Strategies for equity

Resumen

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión del concepto de equidad en general y de equidad en salud en particular, con la visión de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad fundamental del primer nivel de atención. Surge como producto del intercambio del grupo de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. La metodología de trabajo fue por medio de una encuesta previa y discusión con datos durante la misma cumbre en San José de Costa Rica, en el mes de abril de 2016. En este artículo se presentan los resultados del trabajo grupal en todas sus etapas, que consisten en: nueva definición de equidad, análisis de la equidad en salud, factores que influyen en esta, equidad en la distribución y cantidad de Médicos de Familia y Comunidad en Iberoamérica, las estrategias de los Gobiernos para lograr la equidad en la atención a la salud de la población y la aceptación o no de los Médicos de Familia y Comunidad con las mismas. Surgen de las encuestas la falta de equidad en los servicios de salud donde se encuentran insertos los Médicos de Familia y Comunidad, sea por inadecuada distribución y cantidad de recursos humanos calificados destinados al primer nivel y la falta de legislación y compromiso de gobiernos. Se plantea la necesidad de trabajar desde el concepto de equidad involucrando a diferentes actores para generar un cambio a favor de mayor equidad para la salud, teniendo como recurso fundamental a la Medicina Familiar y Comunitaria para el logro de la misma.

Palabras clave:

Equidad en salud
Equidad y medicina
familiar y comunitaria
Estrategias para lograr equidad

Introdução

Ibero-América, formada por: América do Sul incluindo as Regiões Andina e Cone Sul, Meso-América e Península Ibérica, conformam uma das regiões do mundo com maior inequidade social¹ e graves desigualdades nas condições de saúde e de acesso aos serviços de saúde, entretanto ainda desenvolvem programas que buscam precisamente o efeito contrário.² Esta problemática, expressada em termos diretos como diferenças no estado de saúde entre indivíduos e grupos sociais, entre países e dentro deles, é um tema importante para os sistemas de saúde.

A Medicina de Família e Comunitária (MFC) por sua inserção característica no primeiro nível de atenção, integrada em equipes multidisciplinares perto de onde a pessoa mora, trabalha e estuda, reconhece a importância deste tema.

A crescente disparidade das condições de vida e de saúde entre os grupos sociais e as regiões geográficas do mundo, tem provocado a preocupação de diferentes organizações sociais pelas desigualdades em saúde, considerando-as entre as emergências que comprometem o futuro da humanidade.³

O termo equidade⁴ procede do latim *aequitas*, que deriva da palavra *aequus*, que significa "igual". Consiste em dar para cada um o que lhe corresponde por seus méritos ou condições.

Aristóteles disse que "*a natureza mesma da equidade é a adequação das leis quando esta se mostra insuficiente por seu caráter universal*". É sabido que a lei tem necessariamente caráter geral e, portanto, muitas vezes é imperfeita ou de difícil aplicação em casos particulares. Nestes casos, a equidade intervém para julgar, não a partir da lei, mas a partir da justiça que a mesma lei está destinada a realizar.

Portanto, diz Aristóteles, a justiça e a equidade são a mesma coisa: a equidade é superior, não àquilo que é justo em si, mas o justo formulado em uma lei que, por razão de sua universalidade, está sujeita a erro. *“A equidade representa, perante a razão legal, o sentimento da justiça que às vezes se afasta da lei para atender circunstâncias que, se não forem consideradas, determinariam uma ‘injustiça legal’ se for admitida a frase paradoxal.”*⁵

Bárbara Starfield⁶ define a equidade como a ausência de diferenças sistemáticas entre populações. Argumenta que *“A Atenção Primária em Saúde, permite uma maior acessibilidade e é muito mais flexível às mudanças nas necessidades de saúde da sociedade”*. Foi demonstrada a maior efetividade e eficiência de uma boa atenção primária comparada com a atenção por especialidades, e mais recentemente a sua importância na melhora da equidade em saúde. Isto se alcança porque é focada nas pessoas e na comunidade, satisfaz as necessidades comuns da população, e integra a atenção médica com outros níveis de serviços.

Observando a equidade em relação aos serviços de saúde e aos processos de atenção médica, diversos autores identificam aspectos específicos relacionados com as várias formas de operacionalizar o conceito de equidade em saúde. Whitehead⁷ identifica quatro tipos de equidade: a) igualdade no acesso disponível para igual necessidade; b) igualdade de utilização para igual necessidade (referida à adequada distribuição dos recursos de saúde existentes entre os indivíduos que os necessitam); c) igualdade na qualidade da atenção; d) igualdade no resultado.

Outros autores como Berman⁸ e Daniels⁹ destacam que os três elementos-chaves para atingir a equidade nos sistemas de saúde são: financiamentos progressivos/aportes equitativos de recursos dentro do sistema de saúde; direitos universais/acessos universais e qualidade dos serviços de saúde.

Da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰ se procurou dar um sentido mais operacional ao termo. A equidade na atenção à saúde se define como: a) a forma em que são designados os recursos para o cuidado da saúde; b) a forma em que os serviços são recebidos pela população; e c) a forma em que os serviços de saúde são pagos.

Por outro ponto de vista, se tem escrito sobre a melhoria da saúde dos indivíduos e o alcance da equidade na saúde das populações a partir de uma perspectiva política.¹¹ Concluiu-se que é preciso um enfoque multidisciplinar que aborde: os fatores socioeconômicos determinantes da saúde, as políticas sociais e econômicas que afetam a distribuição dos recursos; assim como as características dos serviços de saúde que fortalecem a Atenção Primária em Saúde (APS).¹² Para isto é necessário o trabalho das equipes de saúde; e nelas, o trabalho dos médicos de família e comunidade (MFC)¹³ a fim de diminuir as desigualdades em saúde e alcançar a equidade para os seres humanos no processo saúde-doença.

Método

Foi realizada uma revisão conceitual do tema, a partir do que foi debatido com participantes de diferentes associações de Medicina de Família. O trabalho teve uma fase não presencial, com uma enquete online, aplicada a residentes e pós-graduandos de MFC, especialistas em MFC e gestores em saúde. O processo de elaboração da enquete foi prévio à VI Cúpula de MFC para conhecer sobre equidade na prática cotidiana. As enquetes foram enviadas a todos os países da Ibero-América através das associações de MFC. Foram 6 perguntas, com opções de respostas fechadas, semifechadas e abertas. Foi pesquisado o conceito de equidade, a existência de equidade em sua prática cotidiana, os fatores que levam à inequidade, e as estratégias que desenvolveram os governos para atingir a equidade. Além disso, solicitou-se a opinião dos entrevistados a respeito de estratégias. A seguir, uma fase presencial desenvolvida durante a VI Cúpula de MFC em 11 e 12 de abril de 2016 em San José de Costa Rica. Nesta instância presencial, participaram os integrantes do respectivo subgrupo da Cúpula. O objetivo do trabalho foi desenvolver uma definição de equidade a partir da perspectiva da MFC, adequada à região e formular recomendações a serem seguidas e relacionadas ao tema.

Resultados

De acordo com a ordenação do estudo, apresenta-se a definição desenvolvida durante a reunião da Cúpula na Costa Rica.

Definição: O termo equidade está estreitamente vinculado ao direito à saúde e às suas práticas jurídicas; é a assunção de se deixar guiar ou a agir pelo sentimento do dever ou da consciência, mais do que pelo rigorosamente escrito na lei ou nos mandatos da justiça.

Em relação à justiça social, a equidade implica uma distribuição quali-quantitativa dos serviços integrais e integrados de saúde à medida das necessidades ou, em outras palavras, que cada pessoa, família e comunidade receba o que necessita para recuperar e manter a sua saúde e bem-estar, a partir da gestão no processo social e da participação intersetorial.

A partir dos princípios da MFC, a equidade se pratica na atenção centrada nas pessoas, na família e na comunidade, respeitando o seu entorno biopsicossocial, político cultural e a livre autodeterminação; a partir do desenvolvimento das funções assistenciais, gerenciais, docentes e investigativas para dar resposta às necessidades de saúde.

Resultados da Enquete

Da análise da enquete se obteve:

Total de participantes 69, dos quais 63 são MFC, 4 residentes e 2 gestores.

Os países representados foram 18, de todas as regiões. Do Cone Sul: Argentina, Uruguai, Chile, Brasil e Paraguai; da Região Andina: Equador, Peru, Bolívia, Venezuela e Colômbia; da Meso-América: México, Costa Rica, Panamá, Nicarágua e Cuba; da Península Ibérica: Espanha e Portugal. (Figura 1).

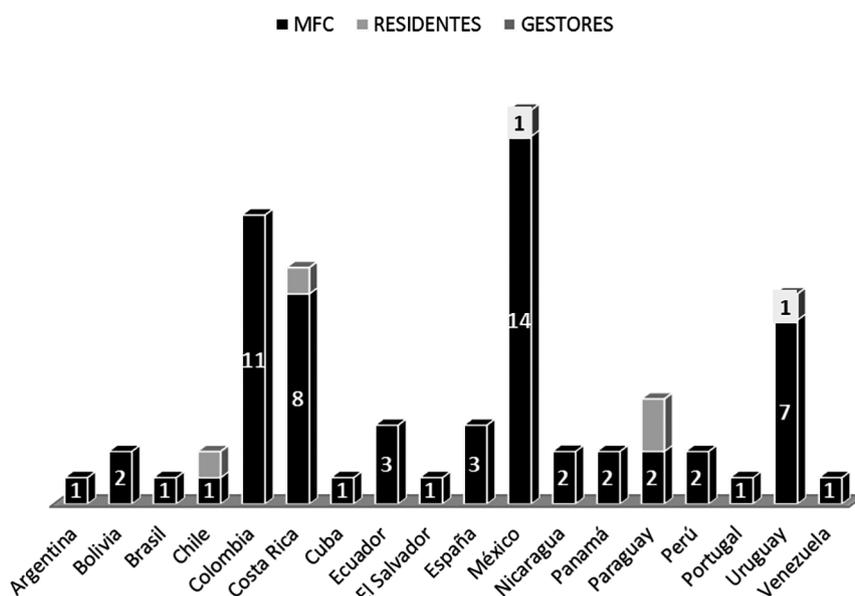


Figura 1. Países participantes da enquete.

Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC- CIMF

A partir das respostas às perguntas formuladas se obteve o seguinte:

Na pergunta: Considera que no seu país existe a EQUIDADE na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde?

52% dos participantes consideraram que não existe equidade na prestação dos serviços de saúde; 28% considerou que, sim, existia equidade.

Na análise por país, pode-se considerar que os países que responderam que existe equidade são aqueles que têm um sistema único de saúde. Por ex. Cuba.

17% dos participantes que responderam outras opções explicam que nos seus países se transita um caminho orientado para a equidade, outros respondem que existe “uma equidade” na prestação dos serviços de saúde quando o indivíduo mora em zonas urbanas. (Figura 2).

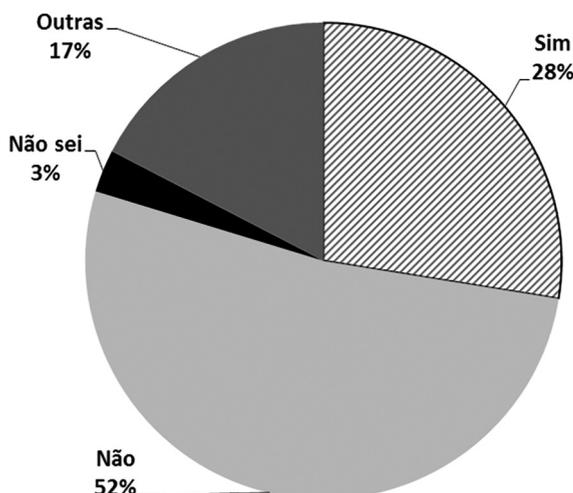


Figura 2. Existência de Equidade na prestação de serviços de Atenção Primária à Saúde.
Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC - CIMF

Na pergunta: no seu país existe a EQUIDADE na distribuição e na quantidade de MFC?

75% dos participantes responderam que não existe a equidade na distribuição de MFC.

7% respondeu que há equidade na distribuição e quantidade de MFC no país.

Os participantes que responderam outros, o que corresponde a 16%, explicam que tanto a distribuição de MFC, quanto a quantidade, variam segundo a zona geográfica. Referem que o número de especialistas em MFC depende de salários, possibilidade de exercer a especialidade, vagas de formação, status.

Explicam que o MFC tem se posicionado nas áreas onde é acolhido e não necessariamente onde mais se necessita ou possa contribuir. Destes, 55% opinam que os MFC estão concentrados em grandes cidades. Figura 3.

Na pergunta: Qual/Quais o/os fator(es) que mais contribui(em) para a INEQUIDADE em termos de APS e MFC do seu país?

64 pessoas escolheram mais de uma opção, somente 4 pessoas responderam uma única opção.

44% dos participantes opinaram que a falta de recursos humanos qualificados é a primeira causa de inequidade.

33% opinou que a fragmentação dos serviços de saúde e o aspecto financeiro são fatores fundamentais que contribuem para a inequidade.

31% dos participantes destacaram outros fatores importantes como as condições econômicas e a falta de uma política adequada por parte dos governos para APS e MFC, não sendo estes fatores identificados pelos provenientes de países que possuem um sistema único de saúde como a Venezuela, Cuba e Espanha.

27% consideraram que a falta de acesso à tecnologia e a medicamentos leva à inequidade em saúde.

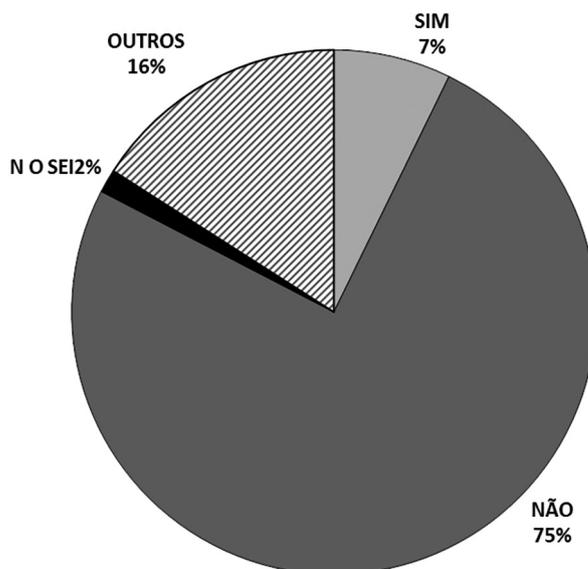


Figura 3. Existência de equidade na distribuição e na quantidade de MFC por países.
 Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC- CIMF

26% acharam que a falta de legislação é uma limitante importante para o desenvolvimento da melhoria na equidade.

25% opinaram que as condições geográficas e a acessibilidade limitam a equidade. Há regiões na Ibero-América que apresentam importantes dificuldades de acesso ao serviço de saúde.

23% disseram que a distribuição desigual dos serviços de saúde é outro fator contribuinte.

17% e 9% opinaram que a falta de participação social e a situação cultural são fatores a se levar em conta, seja em relação às populações, aos profissionais da saúde, às instituições de saúde, e gestores, políticos, organizações profissionais (Figura 4).

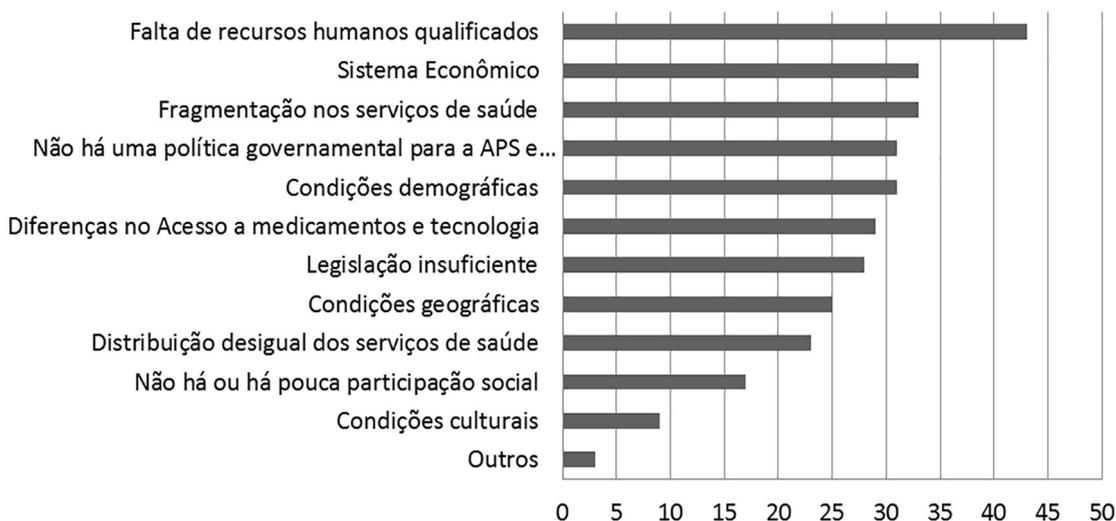


Figura 4. Fatores que contribuem para a inequidade em termos de APS e MFC no país.
 Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC - CIMF

Na questão sobre as estratégias adotadas pelo sistema de saúde do país na busca pela equidade em termos de APS e de MFC, 26% disseram que na formação e na qualidade dos recursos humanos estão a maioria das estratégias para atingir a equidade, ampliando as vagas de residências, a fim de aumentar o número de especialistas e realizando mais concursos públicos como forma de conseguir profissionais mais qualificados.

20% dos participantes considerou que exigir o título de MFC para trabalhar no primeiro nível é outra estratégia considerada de ordem prioritária.

Outras estratégias questionadas foram: política de priorização de APS e MFC com distribuição de recursos por todo o território e políticas de avaliação de qualidade em todo o país. Menor quantidade de participantes manifestou que a pesquisa, monitoramento e avaliação são estratégias fundamentais para a equidade.

A última pergunta dizia a respeito a se concordavam ou não com as estratégias utilizadas pelos governos para chegar à equidade. 42% dos participantes responderam que não; 41% afirmativamente e 13% disse que não há estratégias. (Figura 5).

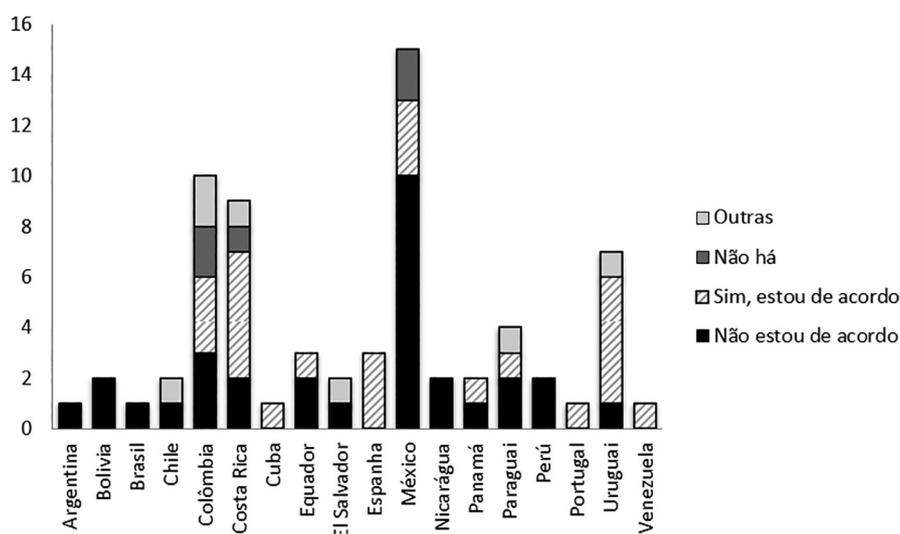


Figura 5. Concordância com as estratégias empregadas para alcançar a equidade.

Fonte: Enquete Sub-Grupo Trabalho Equidade - VI Cúpula Ibero-Americana MFyC - CIMF

Discussão

Para atingir a equidade em saúde é necessário um sistema de saúde fundamentado em uma sólida atenção primária em um sentido más abrangente, não só depende da atenção médica ou dos serviços em saúde.

Os níveis do alcance da equidade variam nos diferentes serviços de saúde em um mesmo país, se estes serviços são públicos ou privados e também se as zonas são urbanas ou rurais.

Os serviços serem públicos ou privados, dependendo dos países, não evidenciaram diferenças significativas na equidade.

Categoricamente evidencia-se que as zonas rurais são claramente menos equitativas que as urbanas.

A distribuição dos MFC não é equitativa por vários motivos: pela distribuição dos serviços de saúde como foi dito anteriormente, por existirem ofertas de trabalho com mais oportunidades nas cidades e por falta de reconhecimento da especialidade.

Dos fatores limitantes para a equidade, a falta de recursos humanos qualificados é o mais importante. Assim como a ausência de políticas governamentais, de legislação e de direcionamento em relação ao tema. A localização dos serviços de saúde oferece limitações, sobretudo quando não existe acessibilidade geográfica.

Das estratégias que os países adotam para melhorar a equidade é fundamental: formar especialistas em MFC através de residência e convocar concursos para disponibilizar de recursos humanos qualificados. Além disso, contar com uma distribuição adequada, boa remuneração e um sistema de incentivos dos mesmos.

Para isto é fundamental contar com o apoio dos governos.

A conclusão é que deve se apostar na qualidade para tentar diminuir as diferenças de inequidade.

A respeito da existência de estratégias para atingir a equidade, mais de 40% considera que sim, elas existem e o mesmo número de participantes considerou que não, alguns casos opiniões distintas dentro de um mesmo país. Isto leva a refletir se estas estratégias podem depender de onde foram aplicadas, da localização geográfica (urbana ou rural) e da formação de recursos em um mesmo país, umas equitativas e outras muito menos equitativas.

Em relação ao papel que cumpre a MFC na equidade, as opiniões se basearam no fato de que a MFC é a especialidade com maior capacidade de prover a equidade dentre as outras. Isto se dá porque ao trabalhar na APS, inseridos em comunidades onde a pessoa mora, trabalha, fica doente e também recupera a sua saúde, se está mais próximo e se conhece melhor as necessidades da população com a qual se trabalha, disponibilizando às pessoas o que realmente necessitam em saúde sem deixar de lado as necessidades de outros, gerando de forma permanente estratégias para alcançar a equidade. A equidade é multidimensional, e como os MFC trabalham a partir desta visão do ser humano, eles são elementos-chave para o desenvolvimento de políticas que favoreçam a aplicação dos princípios da equidade, uma política pública sem fragmentação.

Para conseguir isto devem ser tomadas decisões a nível político, participando no desenho das políticas e normas de cada país. Tudo isto será possível se o especialista em MFC estiver adequadamente formado, executando uma boa prática clínica, familiar e comunitária, realizando uma gestão correta no seu local de trabalho e com um salário digno, não diferente daquele de outras especialidades.

A amostra do estudo tem as seguintes fragilidades: 1) do ponto de vista qualitativo pode não ser representativa, pois é uma amostra por conveniência; 2) do ponto de vista quantitativo é suficiente, 69 participantes para um Universo de 20 países integrantes da região, representados 18 países.

Como fortalezas permitiu realizar comparação com a literatura existente, não chegando a identificar fatores que não tenham sido previamente estabelecidos. Foi encontrado um universo dividido neste tema, com governos muito comprometidos em melhorar a equidade, países bem diversos em relação à questão e países longes de atingir a equidade.

É necessário reorientar os serviços de saúde em um contexto de “saúde pública e equidade” para que se possa atingir uma melhor “saúde da população e uma melhor distribuição da saúde”, um modelo que considere os fatores que favorecem a saúde da população e não só a saúde individual.

Posicionar as pessoas em um papel mais ativo é um passo muito importante. Quando se diz “dar mais...” é como se existisse um grupo que dá e um outro que recebe, e mesmo havendo algo disso, deve-se aspirar a coletivos autogestionados, participativos, onde “receba mais quem mais necessite” mas sem existir uns que dão e outros que recebem.

O papel do MFC pode ser mais enfático e determinante na equidade. As possibilidades de incidência da MFC neste tema são muito amplas, em concordância com a amplitude do campo de ação profissional e com a natureza política do movimento da MFC, em nível regional e mundial. As possibilidades de promover a equidade estão nas ações e posicionamento em nível clínico, assim como na docência ou na pesquisa; desde os temas escolhidos para pesquisar ou ensinar, até os locais escolhidos para trabalhar. Mas, também estão no agir do MFC em nível comunitário, nos territórios locais, promovendo a cultura de direitos e o empoderamento da população, assim como o diálogo de saberes que enriqueça os profissionais e cidadãos em geral.

Recomendações

1. Tomar consciência do quão longe se está para alcançar a equidade e a cobertura assistencial se os governos dos países da região não tomarem medidas a respeito.
2. Estabelecer equipes multidisciplinares qualificadas lideradas por especialistas em MFC que facilitem o acesso dos serviços de saúde aos indivíduos, famílias e comunidades no Primeiro Nível de Atenção.
3. Garantir os recursos que permitam à equipe dar resolução à maioria dos problemas/necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (mínimo 80%).

Referências

1. Alleyne GA. La equidad y la meta de salud para todos. Organización Panamericana de la Salud. A Quest for Equity/En busca de la equidad. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. 2002.
2. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Vidaurre M, Mujica O, et al. Métodos de medición de las desigualdades. Rev Panam Salud Pública. 2002; 12(6):371-372. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002001200002>.
3. Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(6): 388-397. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a07v12n6.pdf>
4. Meter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad. Evans y colaboradores editores. Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 27-36.
5. Ramírez A. Enfoques prevaecientes acerca del concepto de equidad y otros relacionados. Diseño de un Sistema de Monitoreo de la Equidad en Salud en Cuba. [Tesis Doctoral]. [La Habana]: Universidad Médica de La Habana. Escuela de Salud Pública; 2004 p. 4-24.
6. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia noviembre, año/vol. 1, número 001 pp. 7-16 (2001).
7. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: World Health Organization, 1990.
8. Berman P. Health sector reform: Making health development sustainable. Rev. Health Policy. 1995. p13-28.
9. Daniels N, Bryant J, Castano R, Dantés O, Khan K, y Pannarunothai. Criterios para la equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de las políticas en países en desarrollo. Bol. de la Organización Mundial de la Salud. 2000.
10. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
11. World Health Organization. Equity in Health Care Geneva: WHO; 1996.
12. Starfield B. Improving equity in health: A research agenda. International Journal Health Service. 2001; 31: p 545-566.
13. Linares N, López-Arellano O. Reforma Sanitaria y Equidad en Salud: apuntes y reflexiones para el debate en América Latina. En: Universidad Autónoma Metropolitana. Jóvenes Investigadores Serie Salud Colectiva. Cuaderno No. 1. Programa de Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana. México DF, 2009.