

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

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

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

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de la República del Uruguay; Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria; Grupo CIMF Medicina Familiar y Comunitaria en medio rural. Uruguay. marcelacua@gmail.com (*Autora correspondiente*)

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitaria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br

Thomas Meoño Martín. Escuela Medicina de la Universidad Autónoma de Centroamérica de Costa Rica; Asociación de Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica; Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. drmeono@gmail.com

Grupo de Trabajo

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

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

Financiación:
ninguna declarada.

Aprobación ética:
La investigación fue considerada una investigación sin riesgo. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se realizaron de acuerdo a las normas éticas de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Conflicto de intereses:
ninguna declarada.

Procedencia y revisión por pares:
revisado por pares.
Recibido el: 15/08/2016.
Aceptado el: 15/09/2016.

Cómo citar: Cuadrado MS, Anderson MIP, Meoño TM. La Medicina Familiar y Comunitaria como eje central de la Equidad en los Sistemas de Salud de Latinoamérica: un análisis exploratorio de la región. 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)

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

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 intercambio 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.

Palavras-chave:

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

Introducción

Iberoamérica; conformada por: América del Sur incluyendo las Regiones Andina y Cono Sur, Mesoamérica y Península Ibérica, conforman una de las regiones del mundo con mayor inequidad social¹ y graves desigualdades en las condiciones de salud y de acceso a los servicios de salud, no obstante el desarrollo de programas que buscan precisamente el efecto contrario.² Esta problemática, expresada en términos simples como diferencias en el estado de salud entre individuos y grupos sociales entre países y dentro de ellos, es un tema importante para los sistemas de salud.

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) por su inserción característica en el primer nivel de atención, integrada en equipos multidisciplinarios cerca de donde la gente vive, trabaja y estudia, identifica la importancia de este tema.

La creciente disparidad de condiciones de vida y de salud entre los grupos sociales y las regiones geográficas del mundo, ha motivado preocupación de diferentes organizaciones sociales por las desigualdades en salud, considerándolas entre las emergencias que comprometen el futuro de la humanidad.³

El término equidad⁴ procede del latín *aequitas*, que deriva de la palabra *aequus*, que significa "igual". Consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones.

Aristóteles dijo que "*la naturaleza misma de la equidad es la rectificación de la ley cuando se muestra insuficiente por su carácter universal*". Se sabe que la ley tiene necesariamente carácter general y, por tanto, muchas veces es imperfecta o de difícil aplicación en casos particulares. En estos casos la equidad interviene para juzgar, no a partir de la ley, sino a partir de la justicia que la misma ley está dirigida a realizar.

Por tanto, dice Aristóteles, la justicia y la equidad son la misma cosa: la equidad es superior, no a lo justo en sí, sino a lo justo formulado en una ley que por razón de su universalidad está sujeta a error. *“La equidad representa, frente a la razón legal, el sentimiento de la justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una ‘legal injusticia’ si se admite la frase paradójica.”*⁵

Bárbara Starfield⁶ define a la equidad como la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones. Argumenta que “La atención primaria en salud, permite una mayor accesibilidad y es mucho más flexible a las cambiantes necesidades de salud de la sociedad”. Se ha demostrado la mayor efectividad y eficiencia de una buena atención primaria comparada con la atención por especialidades, y más recientemente su importancia en el mejoramiento de la equidad en salud. Esto se logra porque se concentra en las personas y en la comunidad, satisface las necesidades comunes de la población, e integra la atención médica con otros niveles de servicios.

Al observar a la equidad respecto a los servicios de salud y los procesos de atención médica, diversos autores identifican aspectos específicos relacionados con las varias formas de operacionalizar el concepto de equidad en salud. Whitehead⁷ identifica cuatro tipos de equidad: a) igualdad en el acceso disponible para igual necesidad; b) igualdad de utilización para igual necesidad (referida a la adecuada distribución de los recursos de salud existentes entre los individuos que los necesitan); c) igualdad en la calidad de la atención; d) igualdad en el resultado.

Otros autores como Berman⁸ y Daniels⁹ señalan que los tres elementos claves para lograr la equidad en los sistemas de salud son: financiamientos progresivos/asignaciones equitativas de recursos dentro del sistema de salud; derechos universales/accesos universales y calidad de los servicios de salud.

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰ se ha tratado de dar un sentido más operativo al término. La equidad en la atención a la salud se define como: a) la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud; b) la forma en que los servicios son recibidos por la población; y c) la forma en que los servicios de salud son pagados.

Desde otro aspecto, se ha escrito sobre el mejoramiento de la salud de los individuos y el alcance de la equidad en la salud de las poblaciones desde una perspectiva política.¹¹ Se ha concluido que se requiere de un enfoque multidisciplinario que aborde los factores socioeconómicos determinantes de la salud, las políticas sociales y económicas que afectan la distribución del ingreso; así como los aspectos de los servicios de salud que fortalecen la atención primaria en salud (APS).¹² Para esto se hace necesario el trabajo de los equipos de salud; y en ellos, el trabajo de los médicos de familia y comunidad (MFC),¹³ para disminuir las desigualdades en salud y lograr la equidad para los seres humanos en el proceso salud enfermedad.

Método

Se realizó una revisión conceptual del tema, a partir de lo cual se debatió con participantes de diferentes asociaciones de medicina familiar.

El trabajo tuvo una fase no presencial, encuesta on line, realizada a residentes y posgrados de MFyC, a especialistas en MFyC y a gestores en salud. El proceso de creación de la encuesta fue previo a la VI Cumbre de MFyC para conocer sobre equidad en la práctica cotidiana.

Se envió las encuestas a todos los países de Iberoamérica a través de las asociaciones de MFyC. Fueron 6 preguntas, con opciones de respuestas cerradas, semicerradas y abiertas. Se investigó el concepto de equidad, la existencia de equidad en su práctica cotidiana, los factores que llevan a la inequidad, y las estrategias que se han desarrollado desde los gobiernos, para desarrollar la equidad. Además se indagó en la opinión de los entrevistados sobre estrategias.

Una fase presencial desarrollada durante la VI Cumbre de MFyC el 12 de abril de 2016 en San José de Costa Rica. En esta instancia presencial, participaron los integrantes del subgrupo de la Cumbre, el objetivo del trabajo fue desarrollar una definición de equidad acorde a la MFyC, adecuada a la región y formular recomendaciones a seguir con respecto al tema.

Resultados

Por orden metodológico, se presenta la definición desarrollada durante la reunión de la Cumbre en Costa Rica.

Definición: El término equidad está estrechamente vinculado al derecho a la salud y a sus prácticas jurídicas; es la preferencia a dejarse guiar o a actuar por el sentimiento del deber o de la conciencia, más que por lo rigurosamente escrito en la ley o los mandatos de la justicia.

En relación con la justicia social, la equidad implica una distribución cuali-cuantitativa de los servicios integrales e integrados de salud a la medida de las necesidades, o en otras palabras, que cada persona, familia y comunidad reciba lo que necesita para recuperar y mantener su salud y bienestar, a partir de la gestión en el proceso social y la participación intersectorial.

Desde los principios de la MFyC, la equidad se practica en la atención centrada en las personas, la familia y la comunidad, respetando su entorno biopsicosocial, político cultural y la libre autodeterminación; a partir del desarrollo de las funciones asistenciales, gerenciales, docentes e investigativas para dar respuesta a las necesidades de salud.

Resultados de la Encuesta

Del análisis de la encuesta se obtuvo.

Total de participantes 69, de los cuales 63 son MFC, 4 residentes y 2 gestores.

Los países representados fueron 18, de todas las regiones. De Cono Sur: Argentina, Uruguay, Chile, Brasil y Paraguay; de la Región Andina: Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela y Colombia; de Mesoamérica: (participaron) México, Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Cuba; de Península Ibérica: España y Portugal. (Figura 1).

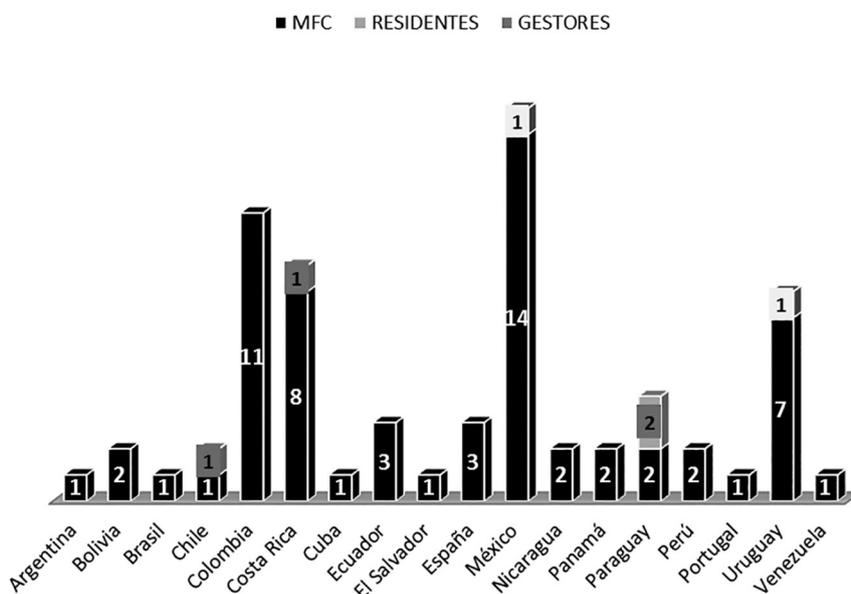


Figura 1. Países participantes de la encuesta.

Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

A partir de las respuestas a las preguntas formuladas se obtuvo lo siguiente:

En la pregunta ¿Considera que en su país existe la EQUIDAD en la prestación de servicios de Atención Primaria a la Salud?

Los participantes en un 52% consideraron que existe falta de equidad en la prestación de los servicios de salud. El 28% consideró que existía equidad.

En el análisis por país, se puede considerar que los países que responden que existe equidad son los que tienen un único sistema de salud. Por ej. Cuba.

El 17% de los participantes que responden otras opciones explican que en sus países se transita un camino orientado hacia la equidad, otros responden que existe “una equidad” en la prestación de los servicios de salud cuando el individuo vive en zonas urbanas. (Figura 2).

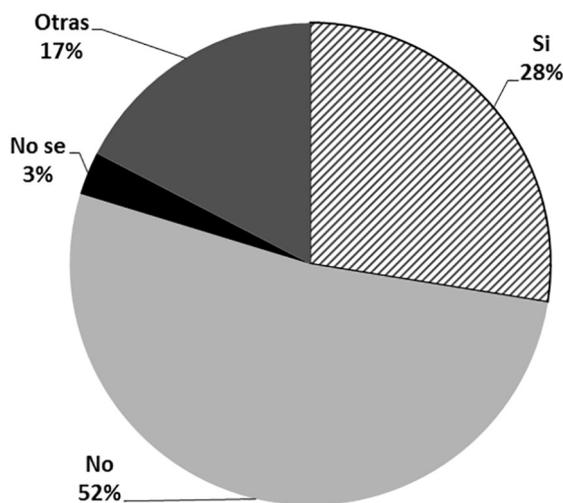


Figura 2. Existencia de Equidad en la prestación de servicios de Atención Primaria a la Salud.

Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

En la pregunta ¿en su país, existe la EQUIDAD en la distribución y la cantidad de MFC?

Los participantes en un 75% respondieron que no existe la equidad en la distribución de MFC.

El 7% respondió que hay equidad en la distribución y cantidad de MFC en el país.

Los participantes que respondieron otros, que corresponde al 16%, explican que la distribución de MFC así como la cantidad, varían según la zona geográfica. Refieren que el número de especialistas en MFyC depende de salarios, posibilidad de ejercer la especialidad, plazas de formación, estatus.

Explican que el MFC se ha posicionado laboralmente en las áreas donde es acogido y no necesariamente donde más se le necesita o pueda aportar. De estos un 55% opinan que están concentrados en grandes ciudades. Figura 3.

En la pregunta ¿Cuál(es) es (son) el/los factor(es) que más contribuye (n) para la INEQUIDAD en términos de APS y MFyC de su país?

64 personas señalaron más de una opción, solo 4 personas respondieron una sola opción.

Con respecto al análisis el 44% de los participantes opinaron que la falta de recursos humanos calificados es la primera causa de inequidad.

El 33% opinó que la fragmentación de los servicios de salud y lo económico son factores fundamentales que contribuyen a la inequidad.

El 31% de los participantes señalaron otros factores importantes como las condiciones económicas y la falta de política por parte de los gobiernos para APS y MFyC, no encontrándose como problema en países que tienen sistema único de salud como Venezuela, Cuba y España.

El 27% consideró que la falta de acceso a tecnología y a medicamentos lleva a la inequidad en salud.

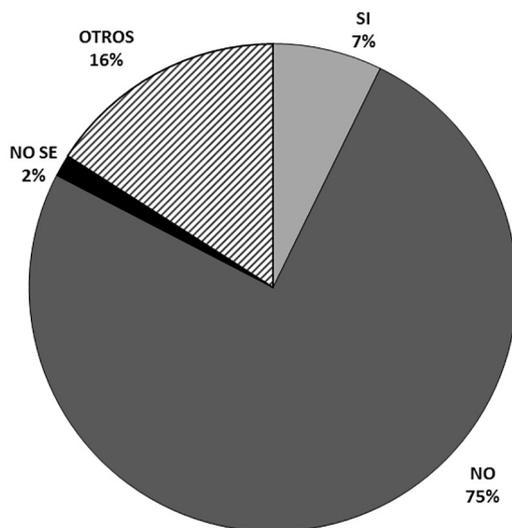


Figura 3. Existencia de equidad en la distribución y la cantidad de MFC por países.
Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

El 26% consideró que la falta de legislación es una limitante importante para el desarrollo de la mejora en la equidad.

El 25% opinó que las condiciones geográficas y la accesibilidad limitan la equidad. Hay regiones en Iberoamérica que ofrecen importantes dificultades de acceso al servicio de salud.

El 23% opinó que la distribución desigual de los servicios de salud es otro factor contribuyente.

El 17% y el 9% opinaron que la falta de participación social y lo cultural se valora como un factor a tener en cuenta. Estos dos factores referidos a la población, profesionales de la salud, instituciones de salud, gestores, políticos, organizaciones profesionales (Figura 4).

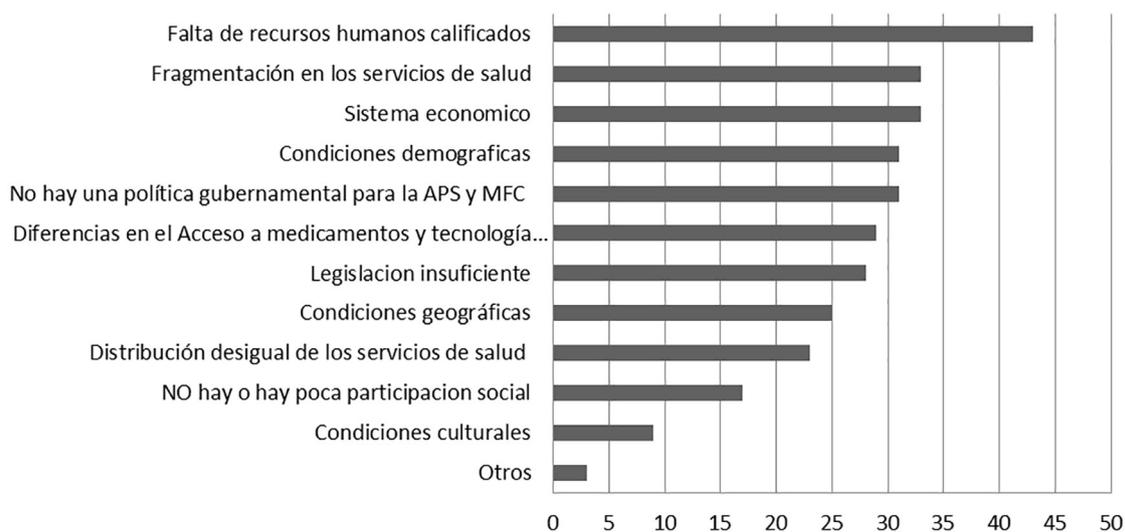


Figura 4. Factores que contribuyen para la inequidad en términos de APS y MFyC en el país.
Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

En la pregunta sobre las estrategias que tiene el sistema de salud del país para buscar la equidad en términos de APS y de MFyC. El 26% planteó que en la formación y la calidad de los recursos humanos están la mayoría de las estrategias para buscar la equidad, ampliando la plaza de residencias, para aumentar el número de especialistas y llamando a más concursos públicos como forma de lograr profesionales más calificados.

Un 20% de participantes consideró que exigir el título de MFyC para trabajar en el primer nivel es otra estrategia considerada de orden prioritario.

Otras estrategias planteadas fueron: política de priorización de APS y MFyC con distribución de recursos por todo el territorio y políticas de evaluación de calidad en todo el país.

Menor cantidad de participantes plantearon que la investigación, monitoreo y evaluación son estrategias fundamentales para la equidad.

La última pregunta estableció si están o no de acuerdo con las estrategias para llegar a la equidad empleadas por los gobiernos. El 42% de los participantes responde que no. El 41% respondió que sí. Un 13% contestó que no hay estrategias. (Figura 5).

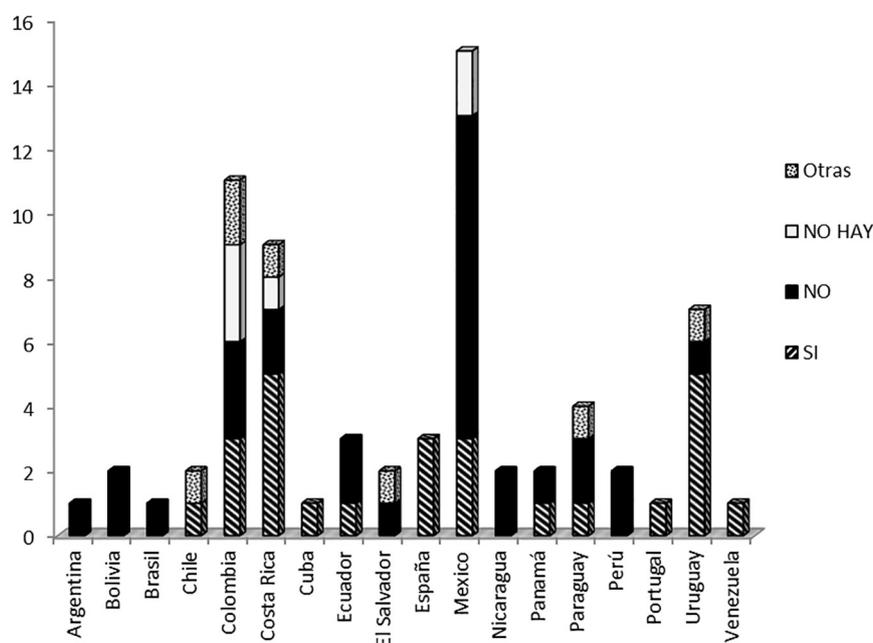


Figura 5. Acuerdos con estrategias empleadas según países para el logro de equidad.
Fuente: Encuesta Sub-Grupo Trabajo Equidad - VI Cumbre Iberoamericana - CIMF

Discusión

Para alcanzar la equidad en salud se requiere un sistema de salud fundamentado en una sólida atención primaria, no solo depende de la atención médica o de los servicios en salud.

Los niveles del alcance de la equidad varían en los diferentes servicios de salud en un mismo país, si estos servicios son públicos o privados y también si las zonas son urbanas o rurales.

Los servicios públicos y privados dependiendo de los países no marcan diferencias significativas en equidad.

Categoricamente opinan que las zonas rurales son claramente más inequitativas que las urbanas.

La distribución de los MFyC es inequitativa, por variadas causas, la distribución de los servicios de salud como se dijo anteriormente, por existir ofertas laborales con más oportunidades en las ciudades y por falta de reconocimiento de la especialidad.

De los factores limitantes para la equidad, la falta de recursos humanos calificados es el más importante. Así como la ausencia de políticas gubernamentales, de legislación y de rectoría, con respecto al tema. La localización de los servicios de salud ofrece limitaciones, sobre todo cuando no existe accesibilidad geográfica.

De las estrategias que tienen los países para mejorar la equidad se plantea como fundamental: formar especialistas en MFyC, por medio de residencia y de llamados a concursos para así obtener recursos humanos calificados. Contar con una distribución adecuada, buena remuneración y un sistema de incentivos de los mismos.

Para esto es fundamental lograr contar con el apoyo de los gobiernos.

Se concluye que se debe apostar a la calidad para lograr disminuir las brechas de inequidad.

Sobre si existen estrategias para lograr la equidad, más de 40% considera que sí y el mismo número de participantes consideraron que no, algunos casos dentro de un mismo país. Esto lleva a la reflexión de que estas estrategias pueden depender de donde se apliquen, de la localización geográfica (urbana o rural) y de la formación de recursos en un mismo país, unas equitativas y otras muy inequitativas.

Con respecto al papel que juega la MFyC en la equidad, las opiniones se basaron en que la MFyC es la especialidad más equitativa. Esto se da, porque al trabajar en APS, insertos en comunidades donde la gente vive, trabaja, se enferma y también recupera su salud, se está más cerca y se conocen más las necesidades de la población con la que se trabaja, proporcionando a las personas lo que realmente necesitan en salud sin pasar por alto las necesidades de otros, generando de manera permanente estrategias para lograr la equidad. Es multidimensional la equidad, y como los MFyC trabajan desde esta visión del ser humano, son claves para el desarrollo de políticas que favorezcan la aplicación de los principios de la equidad, en una política pública sin fragmentación.

Para lograr esto se deben tomar decisiones a nivel político, participando en el diseño de políticas y normas de cada país. Todo esto será posible si el especialista en MFyC está correctamente formado, llevando adelante una buena práctica clínica, familiar y comunitaria, realizando una gestión correcta en su sitio de trabajo y con un salario digno, no diferente del de otras especialidades.

La muestra del estudio tiene las siguientes debilidades: 1) del punto de vista cualitativo no es representativa, es una muestra por conveniencia; 2) del punto de vista cuantitativo es suficiente, 69 participantes para un Universo de 20 países integrantes de la región, representados 18 países.

Como fortalezas permitió realizar comparación con la literatura existente, sin llegar a encontrar factores no establecidos. Se encontró un universo dividido en este tema, con gobiernos muy comprometidos en mejorar la equidad, países muy diversos en el tema y países lejos de lograr la equidad.

Es necesario reorientar los servicios de salud en un contexto de “salud pública y equidad” para concentrarse en lograr una mejor “salud de la población y una mejor distribución de la salud”, sustituir hacia un modelo de factores determinantes que considere la salud de la población y no solo la salud individual.

Ubicar a las personas en un papel más activo es un paso muy importante. Cuando se dice “dar más...” es como si hay un grupo que da y otro que recibe, y si bien algo de eso hay, se debe aspirar a colectivos autogestionados, participativos, donde “reciba más quién más necesite” pero sin que haya unos que dan y otros que reciben.

El papel del MFyC, puede ser más enfático y determinante en la equidad. Las posibilidades de incidencia de la MFyC en este tema son muy amplias, acorde a la amplitud del campo de acción profesional y a la naturaleza política del movimiento de la MFyC a nivel regional y mundial. Las posibilidades de promover la equidad están desde las acciones y posicionamiento a nivel clínico, como en la docencia o la investigación. Desde los temas que eligen para investigar o enseñar, a los lugares que se eligen para trabajar. Pero también están en el accionar del MFyC a nivel comunitario, en los territorios locales, promoviendo la cultura de derechos y el empoderamiento de la población, así como el diálogo de saberes que enriquezca a profesionales y ciudadanos en general.

Recomendaciones

1. Tomar conciencia de lo lejos que se está de lograr la equidad y la cobertura asistencial si los gobiernos de los países de la región no toman medidas al respecto.
2. Establecer equipos multidisciplinares calificados liderados por especialistas en MFyC que faciliten el acceso de los servicios de salud los individuos, familias y comunidades en el Primer Nivel de Atención.
3. Garantizar los recursos que permitan al equipo dar resolución a la mayoría de los problemas/necesidades del individuo la familia y la comunidad (mínimo 80%).

Referencias

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.