

XIV. ALTERNATIVAS PROGRESISTAS EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Luis Ortiz Hernández, Iliana Camacho Cuapio, Catalina Eibenschutz Hartman y Silvia Tamez González

La atención primaria de salud (APS) en América Latina tiene una historia compleja, que se ha visto profundamente influida por la adopción de políticas neoliberales desde los años setenta. Los casos de éxito a escala nacional son pocos, y aunque aún funcionan programas piloto progresistas en algunas zonas de la región, estas iniciativas han tenido nulo o escaso respaldo nacional y no han sido muy eficaces a la hora de frenar las tendencias de comercialización en el sector.

Este capítulo explora cuatro espacios de la región donde hay servicios de APS en manos públicas, que han sido bien financiados por gobiernos y que se han integrado en un conjunto más amplio de formulación y aplicación de políticas sociales y económicas. En cuanto a los países, Cuba y Costa Rica se destacan por unos programas nacionales de salud que priorizan la APS y que persiguen explícitamente acabar con los operadores de salud del sector privado o mantenerlos al margen. Estos programas llevan en marcha muchas décadas y ofrecen unos datos históricos muy útiles sobre qué se necesita para desarrollar ‘alternativas a la privatización’ en el sector de la APS y sobre los retos que plantea garantizar estos sistemas en una era de neoliberalismo.

Más recientemente, Venezuela y la Ciudad de México han adoptado iniciativas de APS no comercializadas de base más local, impulsadas en parte por el deseo de integrarlas en sistemas de gestión participativa local (en el caso de Venezuela) y, en parte, por las limitaciones de colaboración ideológica y fiscal con instancias de gobierno superiores (en el caso del Distrito Federal mexicano).

Los resúmenes ofrecidos en estas páginas distan mucho de ser exhaustivos, pero presentan una panorámica general de los principales éxitos (y fracasos) de estas iniciativas e intentan situarlas en un contexto más general de normas sociales, económicas y políticas que se están desplegando en la región. Lo que está claro en todos los casos es que, sin un fuerte y decidido apoyo del Estado –idealmente acompañado de una interacción participativa con ciudadanos y proveedores y usuarios de servicios de salud– es difícil, por no decir imposible, crear y sostener una prestación eficaz de servicios públicos de APS.

En cada uno de los casos se presenta información de fondo, seguida por un análisis de su 'éxito', basado en parte en los criterios sugeridos para todos los estudios que forman parte de este volumen (véase el capítulo 2 para una explicación detallada de la metodología). Nos centramos especialmente en cuestiones de *participación, equidad, calidad y eficiencia*. Lo que resulta evidente de nuestra revisión es que ninguno de los casos obtiene buenas notas en todos los criterios de éxito y que hay tensiones inherentes en y entre los criterios aplicados (por ejemplo, las mejoras en eficiencia pueden producirse a expensas de cierta pérdida de equidad o sostenibilidad). Sin embargo, nuestro objetivo no era encontrar modelos perfectos o internamente coherentes, sino investigar de forma metodológicamente transparente y comparativa los tipos de criterios que propician alternativas exitosas a la privatización en el sector de la APS en América Latina. El hecho de que nos planteemos tantos interrogantes como los que respondemos es indicio de las tensiones que existen en el seno del movimiento por las 'alternativas', así como de las fricciones que crean dichas alternativas con el capitalismo neoliberal.

De la 'APS integral' a la 'APS selectiva' en América Latina

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que tuvo lugar en Alma Ata, Kazajstán en 1978 culminó con un acuerdo firmado por 134 naciones por el que se comprometían a incorporar la APS en los procesos de planificación de sus respectivos países. La Declaración de Alma Ata se considera un hito en el contexto de la APS progresista y estableció los criterios siguientes para lo que se denomina 'APS integral' (WHO y UNICEF 1978):

- La salud es un derecho humano fundamental.
- Hay enormes desigualdades entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país.
- Se necesita un Nuevo Orden Económico Internacional.
- Los gobiernos deberían asumir la obligación de cuidar la salud de sus pueblos.
- Desde el punto de vista de la justicia social, la APS debería ser la principal estrategia para alcanzar la meta de 'salud para todos y todas' para el año 2000.
- Los estados deberían desarrollar modelos de atención de la salud que abarquen servicios de promoción y prevención, y no sólo de tratamiento.
- La APS se debería integrar en sistemas nacionales de salud más amplios con miras a incrementar la cobertura de la atención de salud integral.
- La participación comunitaria en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la APS es de vital importancia.
- Es importante garantizar la cooperación entre gobiernos, trabajadores y comunidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) también se comprometieron con esta declaración y ofrecieron asesoramiento sobre la APS a los países involucrados (WHO y UNICEF 1978). El entusiasmo por la declaración fue manifiesto en todo el

mundo. Con la ayuda de instituciones internacionales y organizaciones no gubernamentales (ONG), la estrategia fue adoptada por casi todos los países de Latinoamérica, entre los que Cuba, Costa Rica y Brasil demostraron una participación comunitaria y un compromiso gubernamental excepcionales (Werner et al 2000, Giovannella et al 2009). En la América Latina de hoy en día, hay aún muchos equipos locales de APS que siguen inspirándose en los principios de esta declaración y gestionan sistemas integrados de salud en que participan proveedores profesionales de atención a la salud y comunidades. Dos ejemplos de ello serían la clínica comunal Ana Manganaro Guarjila, en El Salvador (Barten 2009), y la organización comunitaria en un sistema de salud local en la región de Marqués de Comillas, en el estado mexicano de Chiapas (Heredia 2007).

La Declaración de Alma Ata, no obstante, contradecía los dictados neoliberales que estaban emergiendo en la mayor parte de América Latina en los años ochenta, especialmente con la implantación de los programas de ajuste estructural creados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) que fomentaban la privatización en el sector de la salud y la reducción de las inversiones estatales en los ámbitos de la salud y la educación (World Bank 1993). La mayoría de los países latinoamericanos cedió ante estas presiones, minando sus servicios públicos de salud y permitiendo que éstos pasaran a estar dominados por operadores privados y principios comerciales. La única excepción notable de esta tendencia fue Cuba (debido a su sistema socialista), aunque Costa Rica y, en cierta medida, también Brasil demostraron una resistencia considerable a la puesta en marcha de las políticas de salud neoliberales.

Según la ortodoxia neoliberal de la época, la versión de la APS integral articulada en la Declaración de Alma Ata era 'demasiado cara y poco realista', por lo que los defensores del mercado sugerían que sería más eficiente redirigir el gasto de los gobiernos hacia ámbitos de bajo coste y gran impacto, como la inmunización. Llegado 1983, UNICEF también había sustituido la idea de la APS integral por un conjunto de intervenciones específicas orientadas a incrementar la supervivencia infantil. Esta situación dio lugar a una política mucho más limitada, conocida como GOBI, siglas que en inglés se corresponden a 'vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización' (Wisner 1988). Esta nueva versión, más restringida, del suministro de servicios es lo que se conoce como 'APS selectiva' (Wisner 1988, Werner et al 2000). Como resultado de ello, no se consiguió la meta de 'salud para todos y todas', que fue posteriormente reemplazada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Comenzaron así toda una serie de intervenciones neoliberales en materia de políticas de salud, introducidas principalmente por el Banco Mundial y el FMI, que fueron relegando paulatinamente la influencia, algo más progresista, de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Entre estas intervenciones, se encontraría la campaña por una provisión de servicios público-privada, por la que se desarrollaron políticas nacionales de salud encabezadas por los respectivos ministerios y departamentos gubernamentales, pero en que la financiación

y la propiedad de los servicios eran tanto públicas como privadas (Eibenschutz 2007). Casi 30 años después de que se produjera este giro neoliberal, el sector privado ha crecido en todos los países de la región, pero no se ha conseguido la equidad en el acceso a los servicios.

En América Latina, el gasto privado en salud –como porcentaje del producto interno bruto (PIB)– se incrementó del 3,2 por ciento en 1980 al 3,8 por ciento en 1990, debido principalmente al aumento del gasto directo de los hogares y al crecimiento de los seguros de salud privados y los planes médicos con pago anticipado (OPS 2007, 317). Desde entonces, sigue observándose una tendencia general hacia los gastos pagados por el usuario de su bolsillo y los planes con pago anticipado (véase la tabla 14.1). México, Venezuela y Costa Rica son destacables en este sentido; en el caso mexicano, es más evidentemente resultado de la privatización.

Por otro lado, Cuba se distingue por su nivel relativamente bajo de gasto directo de los hogares (que se refiere, básicamente, a programas para extranjeros) y su elevado nivel de gasto público en la atención de la salud (que casi se ha duplicado desde 2005 y es dos veces y media superior al promedio de los países que se enumeran en la tabla 14.1).

Tabla 14.1: Gasto en atención de la salud en países latinoamericanos seleccionados (como porcentaje del PIB): 1995, 2000 y 2007

	Gasto general del gobierno en salud			Planes con pago anticipado y seguros de riesgo			Pagos privados procedentes directamente del bolsillo de los hogares		
	1995	2000	2007	1995	2000	2007	1995	2000	2007
Argentina	5	5	4,6	0,9	1,3	2,7	2,3	2,5	2,1
Belice	2,8	2,4	2,8	NA	NA	NA	2,2	2,6	2,1
Brasil	2,9	2,9	4,9	1,2	1,5	1,2	2,6	2,7	2,4
Barbados	4,3	4,1	4,2	0,5	0,5	0,5	1,5	1,7	1,9
Chile	2,5	3	3	1,5	1,6	1,2	1,6	1,5	1,4
Colombia	4,3	6,2	6,4	0,5	0,6	0,6	2,6	0,9	0,4
Costa Rica	5	5	5,9	0	0	0,2	1,3	1,3	1,9
Cuba	5,2	6,1	9,9	0	0	0	0,5	0,6	0,6
Ecuador	2,3	1,3	2,4	0,3	0,1	0,2	1,3	2,4	2,7
Guatemala	1,3	2,2	2	0,1	0,1	0,2	2,2	3	4,1
Haití	3,1	2,6	6,2	NA	NA	NA	3,5	3,2	2,3
México	2,4	2,6	3	0,1	0,1	0,2	3,2	2,8	3,3
Nicaragua	4,8	3,7	4,9	0	0,2	0,1	1,3	3,1	5
Panamá	4,8	5,3	5,7	0,4	0,5	0,4	1,9	2	1,7
Perú	2,2	2,5	2,6	0,2	0,4	0,4	2	1,8	1,5
Paraguay	2,4	3,7	2,6	0,4	0,6	0,5	3,9	4,9	4
República Dominicana	1,2	2,2	1,9	0,8	0,8	0,6	3,2	3	2,1
El Salvador	2,5	3,6	3,6	0	0,2	0,3	3,9	4,1	2
Uruguay	4,6	3,5	3,5	2,6	5,2	3,2	2	1,8	1,4
Venezuela	2,3	3,2	2,7	0,1	0,1	0,1	2	2,5	2,4
Promedio	3,3	3,6	4,1	0,5	0,8	0,7	2,3	2,4	2,3

Elaborado con datos de WHO 2009.

La APS en tiempos de crisis

Hay, sin embargo, señales de cambio. Desde que abandonaron los principios de Alma Ata, la OPS y los gobiernos de la región vuelven a hablar sobre el replanteamiento de la APS integral. A esta corriente se está sumando también un creciente número de académicos, profesionales del sector de la salud y ONG. Es además significativo que la OPS (Macinko et al 2007, 75) manifestara recientemente que “los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos, la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas, la sostenibilidad, la participación, la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad, y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales”.

Sin embargo, a pesar de estos entusiastas esfuerzos, las realidades sociales, económicas y políticas de la crisis estructural de largo plazo en América Latina plantean obstáculos importantes a cualquier cambio significativo. Con esto no pretendemos minusvalorar las medidas adoptadas por varios gobiernos de la región que parecen comprometidos con una APS integral, sino más bien apuntar a las dificultades que se deben superar, como la ofensiva proprivatizadora, el desafío de cumplir con los derechos de los ciudadanos, y la limitada capacidad normativa y de suministro de los estados de la región tras tres décadas de liberalización. De especial interés aquí sería la cuestión de cómo estimular la participación comunitaria en un contexto donde los servicios dependen de distintas instituciones públicas/privadas de salud, y de cómo conseguir la participación entre una población polarizada (cada vez más dividida entre aquellas personas que disponen de un seguro privado de salud y aquellas que carecen de él).

La búsqueda de alternativas

En nuestra búsqueda de alternativas del sector público, hemos centrado nuestra atención en programas de ámbito nacional que han intentado explícitamente prohibir –o al menos minimizar– la participación del sector privado en la APS. El caso de Cuba es ejemplar en este sentido, pero Costa Rica también se distingue por sus iniciativas para crear sistemas de salud liderados por el sector público. También examinamos los casos de Venezuela y Ciudad de México (que es una jurisdicción separada dentro del Estado nacional mexicano), donde se han producido importantes cambios de Gobierno –con posturas antineoliberales y antiimperialistas–, creando así la oportunidad de modificar las políticas de salud. Estos dos casos, a pesar de no tener la larga historia de Cuba y Costa Rica, ofrecen visiones muy valiosas sobre un dinámico proceso de cambio.

En todas estas experiencias, analizamos la prestación de salud por parte de un organismo estatal formal, que trabaja en parte con comunidades locales, pero fundamentalmente como proveedor único. Aunque se da cierta colaboración entre distintos organismos estatales, no se observan los ‘partenariados público-públicos’ cada vez más frecuentes en otros sectores en América Latina (especialmente en el

del agua) ni las colaboraciones entre Estado y ONG que se encuentran en otras zonas del mundo (véanse los capítulos 8 y 11 sobre Asia y África). A pesar de ello, los casos presentados en este capítulo demuestran cómo se pueden garantizar los principios de Alma Ata a través de sistemas de salud dirigidos por el Estado a escala nacional o subnacional porque pueden proporcionar los tres niveles de atención (clínicas, hospitales generales y hospitales especializados), así como aprovechar economías de escala y reducir las desigualdades entre regiones geográficas y grupos sociales, algo que no pueden conseguir de por sí proveedores privados dispares ni ONG de base dispersas. Además, a diferencia de las iniciativas no comercializadas en otros sectores como el del agua, que se prestan más fácilmente a modelos autónomos de gestión, los servicios de APS exigen intervenciones coordinadas y multidisciplinarias por parte de profesionales calificados a escala estatal. En este sentido, las 'alternativas a la privatización' en la APS en América Latina son más limitadas y están más estrechamente definidas que en otros sectores/regiones analizadas en este libro, pero no resultan necesariamente menos eficaces.

La recopilación de información sobre los cuatro casos se realizó principalmente a través del uso de bases de datos digitales en internet (por ejemplo, Academic Search Premier, Scielo, Medline), revistas especializadas de salud, datos de ministerios y departamentos de salud de los países seleccionados y textos relevantes de las bibliotecas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X). También efectuamos consultas con los coordinadores regionales de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y, muy especialmente, con representantes de Cuba y Costa Rica.

Esta información, sin embargo, es muy esquemática; sobre todo el material que se encuentra en internet, por lo que es difícil encontrar detalles concretos sobre los procesos y la aplicación de estrategias en materia de políticas de salud pública y experiencias locales. Esta dificultad demuestra la ausencia de una sistematización de los datos a escala local y nacional, y pone de relieve el reto que supone realizar estudios comparativos sobre este tema, así como la necesidad de mejorar la coordinación de información para poder compartir políticas y experiencias progresistas en el campo de la APS en la región. En este sentido, el presente estudio se debería entender como un punto de partida para (re)construir experiencias 'alternativas' en América Latina, y un paso adelante en la recopilación, organización y análisis de información, pero aún queda mucho trabajo por hacer con respecto a casos de estudio específicos.

El sistema nacional de salud de Cuba

Desde el triunfo de la revolución cubana en 1959, la organización y consolidación del sistema público de salud en Cuba ha atravesado varias fases. Antes de la revolución, la atención de la salud estaba estructurada en tres sectores: el estatal, el privado y el mutualista (o seguridad social) (Delgado 1996). Durante la etapa posrevolucionaria, se desarrolló una organización del sistema de salud universal y totalmente público, orientada por el principio de un servicio gratuito como forma

de garantizar un acceso universal. Las primeras medidas que se adoptaron fueron la nacionalización de las clínicas y las farmacias privadas, la reducción del precio de los fármacos y la creación de un Servicio Médico Social Rural con el objetivo de facilitar el acceso a las comunidades más apartadas del país (Delgado 1996).

En 1961 el Ministerio de Salud Pública asumió la dirección de todos los servicios de salud, con lo que el Sistema Nacional de Salud y el Estado cubano se convirtieron en el único proveedor de servicios de atención de salud en el país. En los años setenta, los servicios se reorganizaron, y se crearon 'áreas de salud' en las 14 provincias y 169 municipios de la isla, con lo que se implantó un nuevo modelo de policlínicos comunitarios (De Vos 2005). Durante esa década, también se incorporó la medicina herbaria a los servicios oficiales de salud.

En la década de 1980 se inauguró la etapa del modelo de medicina familiar, conocido como 'modelo del médico y la enfermera de la familia', dando a la APS un mayor sentido de prioridad dentro del sistema nacional de salud (Rojas 2009). En los años noventa, tras la pérdida de su principal socio comercial y aliado político debido al derrumbe de la Unión Soviética, se inicia el 'período especial', que conlleva diversas medidas de contención económica, entre las que estaría el estancamiento del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, los programas de salud y educación siguieron siendo prioridades nacionales.

En la segunda mitad de los años noventa, la economía empezó a crecer de nuevo, lo cual fortaleció los servicios de salud (De Vos 2005). En 2002, el Ministerio de Salud Pública puso en marcha el proyecto 'Revolución', que comporta, entre otras medidas: mantenimiento de las infraestructuras de los centros; modernización de tecnologías y servicios; formación de personal directivo y reciclaje formativo del resto de personal; ampliación a los policlínicos de servicios que hasta entonces sólo estaban disponibles en hospitales (ultrasonido, endoscopias y drenajes biliares) o en algunas clínicas (optometría, odontología, medicina natural y tradicional) (Sansó 2005).

La APS se proporciona a través del sistema de médicos de familia y sus consultorios; la atención secundaria, a través de los policlínicos y, la terciaria, de hospitales e institutos médicos. En Cuba, la APS comenzó a funcionar en 1984 con el modelo del médico y la enfermera de la familia. En 1988, se estableció el 'Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital' con el objetivo de "mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, a la familia, la comunidad y el ambiente, a través de una íntima vinculación con las masas" (MINSAP 1988, 3). El trabajo de los médicos y las enfermeras de familia perseguía fundamentalmente el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y riesgos, y la rehabilitación mediante la mejora, entre otras cosas, del saneamiento ambiental, la enseñanza y la investigación.

El médico de familia y la enfermera trabajan en equipo y viven en la comunidad en que está situado su consultorio. Por las mañanas, realizan consultas médicas en el consultorio y, por las tardes, visitas a domicilio. En lo que se refiere al

fomento y la prevención de la salud, desarrollan actividades educativas que buscan limitar los factores de riesgo para la salud y mejorar la pronta detección de enfermedades. También se encargan de realizar el seguimiento dietético de las familias y efectúan programas de vacunación. Además, organizan actividades para grupos específicos, como personas mayores, adolescentes, niños y mujeres embarazadas, para promover el ejercicio físico, la integración social y el bienestar emocional.

En lo que se refiere a la asistencia médica, garantizan una atención periódica y sistemática para toda la comunidad en el consultorio, una atención periódica para las embarazadas y consultas para recién nacidos (MINSAP 1988). Los equipos del médico y enfermera de la familia deben proporcionar una atención adecuada a las necesidades de la comunidad, ofrecer consultas especializadas y asistencia de urgencia en el consultorio o en el hogar, y acompañar al paciente al policlínico u hospital en caso de ser necesario. También desarrollan actividades de rehabilitación para mujeres que acaban de dar a luz, pacientes psiquiátricos y personas con minusvalías. Las tareas de enseñanza conllevan fundamentalmente la realización de actividades científicas con estudiantes de medicina y con médicos de familia que aún no han iniciado su especialización.

Participación

Después de la revolución, la participación social y comunitaria se hizo muy extensiva y ha atravesado varias etapas, según la organización social, económica y política del país. Organizaciones sociales como los Comités de Defensa de la Revolución y la Federación de Mujeres Cubanas contribuyeron de forma muy importante a la educación en salud de las personas y a la evaluación de los servicios. En 2009 se comenzaron a organizar también 'consejos de salud'. Estas acciones han generado un conjunto de actividades para resolver problemas de especial interés social, como las muertes por enfermedades transmisibles y evitables (Sanabria 2001).

A mediados de los años noventa, se creó el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES), con el objetivo de fomentar la participación social y la intersectorialidad. El CNPES está formado por consejos de salud en distintos ámbitos de gobierno: nacional, provincial, municipal y local. Cada uno de los tres niveles de gobierno participa no sólo en la planificación, sino también en la prestación de los servicios (el Consejo Nacional de Salud, las Asambleas Provinciales del Poder Popular y, a escala municipal, los Consejos Populares). Estas entidades se crearon como parte de un proceso de descentralización administrativa y para promover la participación comunitaria.

Es evidente que el sistema no es perfecto. Según un estudio realizado en varias comunidades de la ciudad de La Habana y su provincia, la participación social presentaba varios puntos débiles: falta de conocimientos adecuados de los mecanismos de participación individual creados en la comunidad o por ciertos grupos, prominencia de la participación individual e influencia limitada de la comunidad en las áreas de planificación y ejecución de los programas de salud (Sanabria 2001). Se encontró que había una falta de formación y de datos sobre mecanismos concretos de participación entre los trabajadores de la salud y la co-

munidad. Igualmente, la práctica de los médicos y las enfermeras se centra sobre todo en acciones curativas, a expensas de la salud comunitaria.

Sin embargo, también ha habido experiencias exitosas de participación social en todo el país. Según un estudio realizado en un barrio vinculado al consejo popular Balcón de Arimao, en el municipio de Lisa (Martínez 1998), la salud y los indicadores socio-económicos mejoraron notablemente a raíz del trabajo desarrollado con el Consejo de Salud, el Consejo Popular y el equipo de salud de la comunidad.

En otro caso de la provincia de La Habana, se recurrió a la educación popular como forma para incrementar la participación comunitaria en la lucha contra la fiebre del dengue. Se fomentó la participación de la comunidad en actividades para conocer e investigar una serie de problemas, encontrar sus causas e identificar y poner en marcha posibles soluciones. Durante los dos años en que se desarrolló este proceso (2002-2004), se redujo la densidad de vector del dengue y no se diagnosticó ningún nuevo caso. En esta experiencia, “el liderazgo del personal de salud pasó de ser paternalista a compartirse con los líderes de la comunidad, ya que se tuvieron en cuenta sus opiniones en el planeamiento de las acciones” (Sánchez et al 2008, 71).

Equidad

El Gobierno cubano define la equidad como la igual oportunidad de acceso a recursos, la distribución democrática del poder y el conocimiento en el sistema de salud, y una política sanitaria que beneficie a todos y todas independientemente de su raza, género, nacionalidad, discapacidad o cualquier otro tipo de rasgo individual o colectivo (Gorry 2005). Debido al carácter universal e integral del Sistema Nacional de Salud de Cuba, el modelo cubre prácticamente a toda la población (99,4 por ciento), con 33.015 médicos en 14.074 consultorios (Presno 2007, OPS 2001). En lo que respecta al acceso, “no existen defunciones sin ningún tipo de asistencia médica” (OPS 2001, 19) y, en 2004, el 99,9 por ciento de los partos contaron con la asistencia de un equipo de salud profesional (Gorry 2005).

En cuanto a los fármacos, aunque hay cierta escasez de suministros, se han dado esfuerzos sostenidos para garantizar que la población pueda acceder a ellos (Granma 2008). En la actualidad, la lista de medicamentos esenciales consta de 866 fármacos, el 63 por ciento de los cuales se fabrica internamente. En 2007 se invirtió más de un millón de dólares en la compra de fármacos que no están incluidos en la lista para tratar a ciertos pacientes, y la producción de medicamentos aumentó un 26 por ciento en comparación con 2006; se introdujeron asimismo 25 nuevos fármacos, de los que 15 pasaron a sustituir a otros importados.

Los servicios de salud están financiados directamente por el presupuesto nacional, con fondos de los impuestos generales, lo cual significa que son gratuitos para el público (WHO 2009). Las estadísticas de la OMS indican que en el año 2006 el gasto total en salud como porcentaje del PIB fue del 7,7 por ciento. Los recursos externos para salud como porcentaje del gasto total en salud representan un 0,2 por ciento del PIB (WHO 2009).

Eficiencia

Desde una perspectiva macroeconómica, Cuba ha alcanzado un alto nivel de eficiencia, ya que es el país con los mejores indicadores de salud de América Latina, a pesar de que su nivel de renta es relativamente bajo (OPS 2007). Si el análisis se realiza desde un punto de vista microeconómico, la situación es más desigual. En una evaluación de la eficiencia de los servicios en la provincia de Matanzas, entre el 60 y el 80 por ciento de los policlínicos se clasificaron como eficientes en 7 de las 14 municipalidades (Varadero, Jovellanos, Perico, Los Arabos, Calimete, Ciénaga y Pedro Betancourt), mientras que en dos municipalidades (Martí y Limonar) todos los policlínicos se clasificaron como ineficientes, seguidos de Jagüey, con el 66 por ciento de unidades ineficientes. El estudio llegó a la conclusión de que entre las causas de la ineficiencia se encontraban “debilidades gerenciales (...) el inadecuado seguimiento de los grupos de población más vulnerables, la deficiente preparación de los recursos humanos y la falta de participación de la comunidad en las acciones de salud desarrolladas en el área” (García et al 2007, 107).

La asignación de recursos tiene en cuenta la evaluación de los servicios y se ha ido modificando en función de la eficiencia del modelo de atención. Entre 1990 y 1994, el gasto en atención hospitalaria se redujo, mientras que el gasto en APS se incrementó (Cárdenas y Cosme 2000). En 1998, gracias al sistema de atención domiciliaria, las hospitalizaciones se redujeron notablemente. El número de visitas a los servicios de urgencias hospitalarias disminuyó y las visitas de urgencias a los policlínicos aumentaron.

Los indicadores de salud demuestran que, entre 1994 y 2004, se produjo una disminución en la tasa de mortalidad infantil (del 9,9 al 5,8 por ciento por cada 1.000 nacidos vivos), la mortalidad materna (del 57,0 al 38,5 por ciento por cada 100.000 nacidos vivos) y la prevalencia de recién nacidos con bajo peso (del 8,9 al 5,5 por ciento) (Gorry 2005, OPS 2001).

Calidad

Los datos con respecto a la calidad proceden fundamentalmente de estudios de caso. Entre junio de 1998 y octubre de 1999, por ejemplo, se evaluó la estructura y el proceso de la atención médica a los trabajadores y las trabajadoras en centros laborales del municipio de Santiago de Cuba (Sánchez et al 2002). El estudio llegó a la conclusión de que la disponibilidad de materiales para la atención y el número de médicos y enfermeras en los consultorios de médicos de familia eran adecuados, mientras que los equipamientos (por ejemplo, pesas con tallímetros, mesas multipropósito, autoclave, lámparas de cuello flexible, esfigmomanómetros y estetoscopios) eran inadecuados. Para evaluar la competencia profesional del personal médico, se realizó un examen sobre conocimientos y procedimientos relevantes relacionados con los problemas de salud específicos de la comunidad. En este caso, los resultados de 10 de los 11 indicadores resultaron inadecuados.

En un policlínico del municipio de Playa se estudió la satisfacción de las familias, los pacientes y el personal de salud en el ámbito de la atención domiciliaria

(Márquez 2002). En este caso, el 83,5 por ciento de los pacientes y/o familias manifestaron estar satisfechos con la atención, aunque el 16,4 por ciento dijo sentirse insatisfecho debido a la falta de sistematización de los cuidados médicos. Por otro lado, la mayoría de médicos estaba satisfecho con la atención domiciliaria, ya que les permitía realizar un seguimiento más cercano de las enfermedades y mejorar las relaciones entre el médico, la familia y el paciente; sin embargo, un número importante expresó también su insatisfacción por los limitados recursos, la sobrecarga de tareas burocráticas y la falta de apoyo de especialistas.

En uno de los policlínicos del municipio de Yaguajay, se registró que la mayoría de los pacientes estaba satisfecho con el servicio de atención de las enfermeras (68,5 por ciento), que el 98,4 por ciento manifestaba confiar en la enfermera y que el 96,2 por ciento estaba satisfecho con el nivel de interés que las enfermeras demostraban por el paciente (Pérez de Alejo y García 2005). Los indicadores de amabilidad y eficiencia presentaban índices más bajos, del 70 y el 63,1 por ciento respectivamente, mientras que el 64 por ciento de las personas entrevistadas hacía más de tres años que conocía a su enfermera.

Lo que indican estas estadísticas es un sistema público de atención de la salud que aún necesita mejoras, pero que tiene una notable trayectoria de éxito y una predisposición a autoestudiarse y autoevaluarse con una mirada crítica.

El sistema de seguro social de Costa Rica

Durante la década de 1940 se crearon en Costa Rica varias instituciones que comenzaron a integrar gradualmente el sistema de salud del país. En 1941 se estableció la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) mediante la aprobación de la Ley de Creación de los Seguros Sociales Obligatorios, que instauró una cobertura universal de salud (Gómez 2003). El posterior Código Sanitario de 1949 dispuso que “la protección de la salud es función del Estado” y encargó al Ministerio de Salubridad Pública “la organización y suprema dirección de los servicios de higiene y asistencia médica de la República, así como la centralización y coordinación de todas las actividades nacionales, municipales y particulares de salubridad pública” (Villegas de Olazábal 2005, 25).

En 1961 se decretó una ley que universalizaba el seguro social obligatorio, con lo que la CCSS debía garantizar una cobertura total en la prestación del seguro social, así como un acceso oportuno, integral y equitativo a los servicios de salud (Gómez 2003). Sin embargo, a fines de los años sesenta, los servicios de salud estaban dirigidos por varias instituciones autónomas (la CCSS, las juntas de protección social, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Seguros), que raramente coordinaban entre sí sus iniciativas, por lo que a veces se duplicaban las acciones sin que se produjera una mejora en los resultados.

En 1975 la CCSS asumió la responsabilidad de la administración del sistema de pensiones no contributivas para proteger a los ciudadanos de bajos ingresos. En los años ochenta, se puso en marcha un proceso de integración entre la CCSS y el Ministerio de Salud y, en 1993, la CCSS asumió plenamente las tareas de fomento de la salud y prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación.

A fines de los años noventa, el sistema de salud costarricense se sometió a una reforma que incluyó el fortalecimiento de la APS, proporcionando recursos en función de la eficiencia, y la desconcentración de los hospitales y las clínicas de la CCSS con el objetivo de otorgarles una mayor autonomía para la gestión de los presupuestos, las contrataciones administrativas y la administración de los recursos humanos (Rodríguez 2006).

La CCSS, construida sobre los principios de universalidad, solidaridad y equidad, es responsable de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación, así como de los programas de discapacidad, para personas mayores y de las pensiones por defunción. Los servicios de salud se planifican mediante niveles jerárquicos y administrativos de la CCSS y están compuestos por seis direcciones centrales, siete regiones de salud y 81 áreas rectoras de salud (OPS et al 2004).

El nivel de atención primaria se proporciona a través de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). El nivel de atención secundaria se cubre con 11 clínicas, 14 hospitales periféricos y siete hospitales regionales. La atención terciaria se desarrolla en tres hospitales nacionales generales y cinco hospitales especializados. La APS está organizada en 94 áreas de salud y ofrece los servicios mediante los EBAIS, formados por un médico, una enfermera auxiliar y uno o varios auxiliares técnicos sanitarios. En 2002, la CCSS contaba con 812 EBAIS asignados; sin embargo, no todas las áreas de salud disponen de un equipo completo (OPS et al 2004, 29).

El objetivo de los EBAIS es garantizar un verdadero acceso a los servicios de salud, centrándose en el proceso salud-enfermedad, y fomentando la promoción, la prevención y la participación comunitaria. Los EBAIS abarcan un área geográfica con una población que oscila entre los 2.500 y los 6.000 habitantes. El área está definida por criterios de demografía, medios de transporte y comunicación y accesibilidad, asignación de recursos según las necesidades, uso de infraestructuras con un costo menor y mejores economías de escala (CCSS 2009c). Los principales servicios y actividades de los EBAIS son consultas médicas generales, charlas educativas, vacunaciones, visitas a domicilio y programas de atención de la salud para niños, adolescentes, mujeres, adultos y personas mayores.

Participación

La junta directiva de la CCSS define la participación social como un proceso de interacción, negociación y concertación que se establece entre la población, la CCSS y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales (CCSS 2004, 61). Las juntas de salud son los principales mecanismos responsables de organizar la participación en la salud, y se definen como un organismo auxiliar de los servicios de salud. Las juntas están integradas por siete miembros: tres representantes de las personas aseguradas, dos representantes del sector de asociaciones y organizaciones pro-salud, y dos representantes del sector de los patronos de la zona de atracción del centro de salud. Son elegidos por votación durante un período de dos años, con la posibilidad de optar a la reelección (CCSS 2004). A pesar

de estas estructuras formales, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud (MS 2004) sobre el nivel de atención primaria proporcionado por los EBAIS, la participación era el elemento que presentaba peores resultados, una situación que no ha mejorado desde entonces.

Equidad

En 2002, a través del modelo de APS, 812 EBAIS cubrieron a 3.547.401 habitantes (90 por ciento de la población). Costa Rica presenta uno de los mayores niveles de cobertura de América Latina, con un 81,8 por ciento. Sin embargo, no hay cobertura universal, y la población excluida tiende a pertenecer a los sectores más pobres, indígenas e inmigrantes (OPS et al 2004, 38).

Es importante señalar que esa cobertura se amplía con otras estrategias, pero siempre bajo la dirección de la CCSS (Homedes y Ugalde 2002). Una de ellas es la de seis cooperativas (ONG) a las que la CCSS compra servicios. Otra estrategia es la de 'medicina mixta', por la que la persona asegurada paga la consulta con un médico privado registrado por la CCSS y esta institución realiza las pruebas de laboratorio y suministra los medicamentos indicados por el médico privado. Una tercera estrategia es la del 'médico de empresa', por la que la empresa privada contrata a un médico que atiende a los trabajadores en el centro laboral y la CCSS proporciona los servicios de diagnóstico y los medicamentos. A diferencia del proceso cubano, donde predomina el sector público, la situación en Costa Rica refleja una tendencia hacia la privatización.

Según un estudio efectuado en Barrio Nuevo, en la región de San José, los índices de cobertura de los distintos servicios eran los siguientes: 100 por ciento para la primera consulta prenatal, 82 por ciento para el control del crecimiento y el desarrollo, 47,8 para la consulta preventiva y 7 por ciento para la planificación familiar (Bonilla et al 2006). En lo que se refiere al acceso físico o geográfico a los servicios de salud, el 50 por ciento de los costarricenses reside a un kilómetro o menos de un establecimiento de salud primaria, pero sólo el 8 por ciento vive a esta distancia de un hospital (Rosero y Güell 1998). La distancia promedio de un hospital está por encima de los cinco kilómetros. El umbral de cuatro kilómetros identifica al 9 por ciento de la población con escaso acceso a la APS y al 13 por ciento con escaso acceso a atención médica. La reducción de la diferencia estadística en el acceso está relacionada con la creación de los EBAIS durante las reformas de los años noventa. Así, en el año 2000, el acceso inadecuado a servicios de salud se redujo del 30 al 22 por ciento en las zonas en que se aplicó la reforma, mientras que, en las zonas en que ésta no se puso en marcha, este porcentaje aumentó del 7 al 9 por ciento (Rosero y Güell 1998).

La CCSS se financia con las aportaciones de trabajadores asalariados y no asalariados (35,3 por ciento del total en 2004), empleadores (51,5 por ciento), pensionistas (4,1 por ciento) y el Gobierno (8,9 por ciento) (Rodríguez 2006). Parte de las aportaciones del Gobierno representan subsidios para empleados asalariados y no asalariados, y pensionistas.

Eficiencia

Entre 1990 y 2004, el número de consultas por habitante se incrementó en el caso de los servicios médicos generales (de 1,19 a 1,56) y los servicios de odontología (de 0,21 a 0,46). Las consultas con especialistas, sin embargo, disminuyeron (de 0,72 a 0,64) (Rodríguez 2006). Puede que estas tendencias sean un reflejo de la mejor capacidad para resolver problemas en el nivel de la APS. No obstante, el número de consultas de urgencias aumentó (de 0,51 a 0,95), lo cual es preocupante, ya que, además de ser más caro, también podría significar que los demás servicios no resuelven los casos o que las personas utilizan los servicios de urgencias para evitar la burocracia administrativa de la APS.

Desde una perspectiva histórica más larga, en 1941 la tasa de mortalidad infantil era de 123,5 por cada 1.000 nacidos vivos (32,3 de mortalidad neonatal y 91,2 de mortalidad posneonatal), mientras que, en 2003, esta cifra había bajado hasta un 10,10 (6,98 de neonatal y 3,13 de posneonatal) (Villegas de Olazábal 2005). Según el Ministerio de Salud, en 2008 la tasa de mortalidad infantil volvió a bajar hasta 8,9 por cada 1.000 nacidos vivos (IPS 2009). Las cifras sobre mortalidad materna son, sin embargo, mucho menos positivas, ya que, entre 2007 y 2008 se produjo un aumento significativo del 85 por ciento (de 14 a 25 muertes por cada 100.000 nacimientos), cuyas causas aún no se conocen (IPS 2009).

Calidad

En 2004, el Ministerio de Salud llevó a cabo una encuesta comunitaria para evaluar la calidad de los servicios de salud proporcionados por los EBASIS (MS 2004). Los índices utilizados para puntuar el grado de adecuación de los servicios fueron los siguientes: menos del 70 por ciento del cumplimiento se consideraba un nivel crítico; del 70 al 79 por ciento, un nivel bajo; del 80 al 89 por ciento, un nivel aceptable; y del 90 al 100 por ciento, un nivel adecuado. A escala nacional, se obtuvieron los resultados siguientes: 82 por ciento para estructuras físicas, 78 por ciento para recursos humanos, 93 por ciento para recursos materiales, 82 por ciento para normas y procedimientos, 62 por ciento para programación y administración, 95 por ciento para suministros y 84 por ciento para educación para la salud. Aunque los usuarios están, en general, satisfechos con los servicios públicos de salud, están insatisfechos con las largas listas de espera para las intervenciones quirúrgicas y los servicios especializados, la desorganización de los servicios y los tiempos de espera para servicios o farmacias (Homedes y Ugalde 2002). Según una encuesta nacional de opinión realizada en 2006, el 70,3 por ciento de los costarricenses estaba de acuerdo con que “la CCSS es irresponsable al no contar con las medicinas que se necesitan para los asegurados” y el 70,8 por ciento coincidía en que “los servicios hospitalarios se han deteriorado” (Poltronieri 2006).

En general, el público reconoce el importante papel que desempeña la CCSS en el desarrollo del país. Según una encuesta de opinión (Poltronieri 2006), el 70,4 por ciento de la población no estaba de acuerdo con que “el servicio social debe privatizarse”, el 72,3 por ciento de los encuestados consideraba que “la

CCSS es demasiado importante como para que esté gestionada por los políticos”. El 40,3 por ciento no coincidía con que “está bien que la CCSS compre servicios privados de salud” y el 40,2 por ciento estaba de acuerdo con que “los médicos están destruyendo la CCSS para establecer sus propias clínicas”.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal de México (2000-2006)

México es una federación formada por 31 estados y un distrito federal (Ciudad de México), a menudo con marcos normativos enfrentados entre sí y con respecto al Gobierno federal. A partir de los años ochenta, los gobiernos nacionales comenzaron a aplicar políticas neoliberales promovidas por el Banco Mundial y el FMI, como la privatización y la comercialización de la atención de salud. En cambio, la administración local del Distrito Federal impulsó entre 2000 y 2006 una serie de medidas que perseguían recuperar las instituciones públicas. Aunque ese Gobierno no fue reelegido en 2006, merece la pena analizar las políticas que puso en marcha durante ese período.

Para situar estas reformas en contexto, cabe señalar que los servicios públicos de salud en México han mejorado notablemente desde los años cuarenta, pero nunca han alcanzado una cobertura universal, y que están organizados en torno a la situación laboral de las personas: los trabajadores de los sectores público y privado están cubiertos por instituciones de seguro social, mientras que los trabajadores del sector informal o no asalariados y las zonas rurales cuentan con servicios proporcionados por los gobiernos locales (llamados ‘estados’). Según el censo de 2005, la cobertura de estos dos grupos de servicios era sólo del 45,8 por ciento de la población total (INEGI 2005). La institución responsable de suministrar estos servicios es la Secretaría de Salud.

Desde los años ochenta, se han puesto en marcha varias iniciativas que han influido drásticamente en estos servicios, tales como la descentralización de la APS del ámbito nacional a los estados, la reducción del presupuesto destinado por el Gobierno a la salud –del 3,4 por ciento del PIB en 1980 al 2,6 por ciento del PIB en 2000 (Tamez y Valle 2005)–, la introducción de un paquete con 12 intervenciones concretas de salud –en contraposición a la atención ‘integral’– que incluye, entre otras cosas, atención prenatal, vigilancia del crecimiento, planificación familiar, inmunizaciones, manejo de casos de diarrea en el hogar y manejo de infecciones respiratorias, y prevención y control de la diabetes, la hipertensión arterial y las lesiones (Gomez-Dantes et al 2004), y, finalmente, la promoción de un seguro de salud –el ‘seguro popular’– financiado por el Gobierno pero que puede utilizarse tanto en servicios públicos como privados (Laurell 2007). Estos cambios en el sector público se han producido en paralelo al aumento de los servicios privados de salud (Eibenschutz et al 2007).

El estudio de diagnóstico realizado como base a partir de la que construir el gobierno local de la política de salud en la Ciudad de México identificó una serie de problemas: calidad escasa y desigual de los servicios debido a la falta crónica de financiación y a las infraestructuras deficientes y/o deterioradas de las insti-

tuciones públicas; altos niveles de corrupción y malversación de recursos; una cultura institucional que ve los servicios de salud como una limosna y no como un derecho; y desigualdad en el acceso a las prestaciones del sistema de salud del Distrito Federal, dado que la población no asegurada debía pagar directamente por los servicios y los fármacos (SSDF 2002).

Por consiguiente, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) apostó por que el grupo prioritario de intervención fuera la población sin seguridad social, que representaba hasta 3,9 millones de personas (Laurell et al 2004). Además, la población no asegurada es mayor en los barrios con niveles más altos de marginalización (Laurell et al 2004, COPODF 2000). Entre los objetivos establecidos por la administración estaban: la reducción de la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas; el aumento de un acceso adecuado al tratamiento necesario; la disminución de la desigualdad de acceso a servicios suficientes y de calidad; y la puesta en marcha de mecanismos de financiación estables, suficientes y equitativos (SSDF 2002). En consonancia con la política de inclusión social del Gobierno de Ciudad de México, el principio de la política de salud pública contempla “el derecho a la salud como un derecho cívico y, por tanto, responsabilidad del Gobierno para garantizar el interés colectivo o común” (SSDF 2002, 21). Así, el programa de salud para este período definía seis estrategias (SSDF 2002, Mussot 2007):

- El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), destinado a la población sin seguridad social, totalmente gratuito y que incluía todos los servicios suministrados por las unidades médicas de la SSDF, así como los fármacos de la tabla institucional autorizada de medicamentos esenciales. El programa de VIH/SIDA y los servicios de urgencias también eran gratuitos, independientemente de que la persona dispusiera de seguro y de su lugar de residencia.
- Se creó el Sistema de Regionalización por Unidades Territoriales para intentar ubicar e identificar grupos altamente marginalizados con el objetivo de brindarles atención intensiva y, de este modo, asignar recursos en función de la demanda.
- Se puso en marcha un nuevo Modelo de Atención Ampliada a la Salud. El modelo consiste en una serie de acciones integradas que abarcan cuatro áreas básicas: vigilancia sanitaria y epidemiológica, promoción y fomento de la salud, construcción de un Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM) y ampliación de la participación ciudadana. El gobierno local se comprometió con una total transparencia en el uso de los recursos públicos y, por tanto, promovió la participación de los ciudadanos para supervisar la aplicación de los programas y la definición de las prioridades de salud en los barrios.
- Mejoras en los centros de salud y mantenimiento o sustitución de equipos. Mejora de la calidad técnica de la atención y cambios en la cultura organizativa de las instituciones. La nueva cultura organizativa se basaba en la honestidad, la vocación de servicio y los valores de lealtad a la institución; una

- buena planificación en lugar de reparar malas intervenciones; y fomento de la racionalidad y los criterios de transparencia en el empleo de recursos.
- Hacer el proceso administrativo más simple y transparente, y optimizar los suministros médicos.
 - Fomento de la participación ciudadana y las auditorías sociales.

Participación

Los mecanismos de participación de los usuarios de los servicios de salud se formalizaron a través de las unidades territoriales, de las que se crearon 1.325 (SSDF 2005). Formalmente, la participación social se desarrollaba en la asamblea de barrio, cuyo principal objetivo era informar y hacer transparente la gestión del presupuesto y la correcta aplicación de los programas sociales. Otro nivel de participación tenía lugar dentro de estas asambleas, que elegían comités locales por voto universal. El fin de estos comités era involucrar a los ciudadanos en tareas concretas de ámbitos como el medio ambiente, la salud y la prevención del delito, entre otros. En lo que se refiere a la salud, los comités locales contaban con dos niveles (local y regional), a través de los que se fomentaban y ponían en práctica las iniciativas y propuestas ciudadanas presentadas ante las asambleas.

La información sobre los programas y la rendición de cuentas de los programas pasaría en un primer momento por las asambleas locales, que también eran responsables de publicarla y distribuirla puerta a puerta. Algunos datos de 2006 dan una idea del acceso a la información y su disponibilidad en términos cuantitativos: desde 2001 hasta el primer trimestre de 2006, se entregaron aproximadamente 11,4 millones de cartas a domicilio. En ellas se informaba a los ciudadanos de los programas sociales para cada unidad territorial, del presupuesto asignado a cada uno de dichos programas, del número de intervenciones y beneficiarios, y de las instituciones encargadas de administrarlos. Sin embargo, estos datos cuantitativos no dicen nada sobre el nivel de comprensión de la información recibida por parte de los beneficiarios ni sobre si la población podía hacer llegar sus opiniones a las personas responsables de los programas.

Aunque la participación social fuera una de las estrategias del programa de salud, no hay ninguna prueba de que su puesta en práctica fuera exitosa. Los empleados gubernamentales encargados de la política de salud han explicado las dificultades a las que se enfrentaban en este terreno, reconociendo que “la carencia de organizaciones democráticas y representativas impidió la plena institucionalización de las comisiones de salud” (Laurell 2008, 178). Igualmente, no hay evidencias de si las decisiones, iniciativas u observaciones de los ciudadanos durante las actividades de participación se tenían o no en cuenta a la hora de elaborar o modificar los programas.

Equidad

En el marco del programa de salud de este Gobierno, la equidad era definida como un igual acceso a los servicios para aquellas personas con las mismas necesidades, lo cual conlleva un compromiso de garantizar el mismo nivel de servicios para todos y todas (SSDF 2002). Una de las estrategias utilizadas para promover

la igualdad de acceso fue el convenio firmado por las instituciones públicas de salud de la Ciudad de México para crear un Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM), que autorizaba a los equipos médicos de emergencias a examinar a todos los pacientes, independientemente de su seguro y situación de residencia. Gracias al SIUM, se redujo el número de visitas rechazadas y el tiempo necesario para llegar a un hospital.

El Gobierno también inició un programa universal de pensiones a través de una ley que disponía el derecho a una pensión alimenticia para todas las personas mayores (Gaceta Oficial 2003), y que consistía en una transferencia monetaria a todos los ciudadanos de más de 70 años que residían en la Ciudad de México, tuvieran o no un seguro y/o un empleo activo. En 2006 la cobertura de este programa era del 93,6 por ciento.

En los departamentos donde se detectó una mayor demanda, se establecieron dos hospitales especializados. Uno de ellos estaba situado en una zona con una gran densidad de personas sin seguridad social y un alto grado de marginalización (delegación de Iztapalapa), y un transporte adecuado y buena comunicación con otras delegaciones.

El PSMMG, con el objetivo de enfrentar las barreras económicas para acceder a los servicios de salud, simplificó el procedimiento de afiliación, que se podía realizar incluso en el momento de recibir un servicio (Gaceta Oficial 2006). Se calcula que, entre 2002 y 2006, este programa representó un ahorro de unos 356 millones de dólares estadounidenses para las familias afiliadas (Laurell 2008). El principio de gratuidad del programa se consiguió mediante un gasto en salud procedente de recursos fiscales, con lo que se garantizaba la sostenibilidad del sistema. En 2001, el Gobierno del Distrito Federal repartió fondos fiscales locales entre programas sanitarios y sociales gestionados por la SSDF de un orden de 27,3 millones de dólares, lo cual representó un incremento del 171 por ciento con respecto al año anterior (SSDF 2005).

Eficiencia

Al modificar las normativas, la SSDF consiguió reducir las esperas para la compra de fármacos, disminuir la cantidad de productos no utilizados y ahorrar en la adquisición de materiales (SSDF 2005). Para asegurar el acceso a los servicios y aplicar una política antidiscriminatoria, el programa de VIH/SIDA se asumió como prioritario, lo cual llevó a reducir en cuatro años la mortalidad por SIDA en un 16 por ciento, así como a una mejora en la detección temprana y la prevención (Laurell 2008).

Calidad

Según una evaluación realizada sobre el PSMMG, el tiempo de espera notificado por sus beneficiarios era igual al de las personas no aseguradas (Laurell et al 2004). En general, un alto porcentaje de los usuarios asegurados calificó el tratamiento recibido en los servicios públicos de salud como bueno o muy bueno (>85 por ciento). Sin embargo, no había ninguna diferencia entre los beneficiarios del pro-

grama y otros servicios (por ejemplo, servicios de seguridad social) en la calidad de la atención.

Transparencia

La administración de la SSDF prestó una especial atención a corregir la cultura de corrupción imperante. Esta cultura se reflejaba en prácticas como el clientelismo, la herencia de puestos o los pagos a cambio de un determinado empleo o posición burocrática.

Entre las diversas estrategias empleadas para luchar contra la corrupción, cabría citar: la aplicación del reglamento de escalafón para el nuevo personal contratado; la aplicación de exámenes de selección basados en el perfil del puesto de trabajo; la agilización de los sistemas de pago y de las prestaciones (al descentralizar el sistema de nóminas de la SSDF, se redujo el tiempo de espera para recibir el primer pago del personal recién contratado); la mejora de los programas de capacitación y desarrollo; la garantía del cumplimiento de las obligaciones por parte de los trabajadores, la permanencia en el servicio a través de la aplicación de la normatividad laboral, y el fomento de una relación con las representaciones sindicales basada en el diálogo y el respeto (SSDF 2005). Finalmente, con miras a cumplir con la Ley de Transparencia, la SSDF estableció en enero de 2004 la Oficina de Información Pública (SSDF 2005), encargada de proporcionar datos sobre los servicios proporcionados a aquellas entidades que así los solicitaran.

La ‘Misión Barrio Adentro’ de Venezuela

En Venezuela, la atención de la salud ha sido suministrada tradicionalmente por el sector privado. En 1997, el sector privado proporcionaba el 73 por ciento de todos los servicios de salud (Muntaner et al 2006). La llegada de Hugo Chávez a la presidencia del Gobierno representó un giro radical en este sentido. La nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Asamblea Nacional, 1999) estableció que la salud “es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida” (artículo 83), que “el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad” y que “los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados” (artículo 84). El artículo 84 también dispone la participación de la comunidad organizada en el planificación, ejecución y control del sistema de salud.

Las principales propuestas de salud implementadas por el Gobierno del presidente Chávez desde 1999 son la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) en ese mismo año y la formulación del Plan Estratégico Social (PES) en 2003 (Alvarado et al 2008). El MAI se creó para promover los principios de la APS en los establecimientos públicos que existían en aquel momento y fue reemplazado en 2003 por el programa Misión Barrio Adentro. El PES era un instrumento normativo creado para definir las estrategias para mejorar la calidad de vida

y salud, entre las que estarían reorientar las políticas públicas, cambiar el modelo de atención de la salud y formar a nuevos líderes comprometidos con la salud pública. El PES estableció los principios para el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 y la creación de un nuevo sistema nacional de salud.

El programa Misión Barrio Adentro surgió a raíz de una iniciativa solidaria de un grupo de médicos cubanos cuando, en diciembre de 1999, llegaron al estado venezolano de Vargas para ayudar a las comunidades afectadas por unas inundaciones. Tras esta experiencia, la alcaldía del municipio Libertador firmó un acuerdo con el Gobierno cubano para desarrollar este proyecto en barrios pobres de Caracas (MPPS 2009). El proyecto se extendió posteriormente a otros estados y, en diciembre de 2003, el presidente Chávez creó una comisión presidencial –la Misión Barrio Adentro– cuyo objetivo era la ejecución y la coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud. Esta comisión especial estaba formada por la Secretaría de Salud y Desarrollo Social (actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud), el presidente de Petróleos de Venezuela, el presidente del Fondo Único Social, los alcaldes de los municipios de Libertador y Sucre, y representantes del Frente de luchadores sociales Francisco de Miranda (MPPS 2009).

El concepto de Barrio Adentro alude a la idea de llegar al corazón de los barrios marginalizados y se caracteriza por las medidas siguientes (Armada et al 2009, MPPS 2009, Alvarado et al 2006):

- Se crean clínicas populares para prestar atención de nivel primario. En ellas se ofrecen servicios de medicina general, consultas de pediatría, atención a personas mayores, consultas de control prenatal y posnatal, y servicios de urgencias. Algunas clínicas ofrecen también servicios de vacunación, odontología y citología. Hay áreas de cobertura establecidas en las que cada unidad atiende entre 250 y 400 familias, que representan en torno a 1.250 personas.
- Se trata de un modelo de atención integral, en que los médicos y enfermeras ofrecen seis horas de consulta en la clínica popular y, después, realizan visitas a domicilio. También participan en él dentistas y líderes comunitarios.
- Se realizan actividades de promoción de la salud en los módulos de salud, las escuelas y los centros de trabajo.
- Se fomenta la participación social a través de los comités de salud, integrados por líderes formales e informales elegidos por la comunidad y respaldados por el personal médico. Los comités de salud formulan intervenciones específicas para la promoción de la salud, que pueden ser subvencionadas por el Gobierno.
- Cada unidad médica proporciona formación para promotores comunitarios de salud y técnicos de salud, tanto a nivel profesional como de postgrado.
- Integra una acción intersectorial, ya que busca mejorar las condiciones de vida coordinando las medidas en salud con otras intervenciones sociales.

La Misión Barrio Adentro está articulada con otras misiones centradas en ámbitos como la educación (Simoncito, Ribas y Sucre), la tenencia de la tierra (Zamora), el empleo y la capacitación (Vuelvan Caras), la seguridad alimentaria (Mercal y Programa de Alimentación Escolar), la vivienda (Hábitat), y el deporte y recreo (Barrio Adentro Deportivo).

La Misión Barrio Adentro tiene cobertura nacional, con 13.000 médicos, 8.500 enfermeras auxiliares y 4.600 dentistas; proporciona atención en 8.500 puntos de consulta y sirve a casi 17 millones de personas (MPPS 2009). Hay también aproximadamente 200 líderes comunitarios de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud, que trabajan sobre las necesidades de unas 150 comunidades en el área metropolitana de Caracas. Cada una de estas comunidades recopila información socio-demográfica e identifica sectores de alto riesgo entre la población. Esta información se debe utilizar como base para desarrollar los planes y proyectos en dichas comunidades.

Estas reformas, sin embargo, no se han llevado adelante sin resistencias. En 2002 la Federación Médica Venezolana organizó una huelga porque el Gobierno había prohibido que se cobraran honorarios médicos en establecimientos públicos (Alvarado et al, 2006). En 2003, la Federación instó a sus miembros a que no trabajaran en la Misión Barrio Adentro y, desde entonces, se ha opuesto a la participación de médicos cubanos en las misiones.

A pesar de estas protestas, el Gobierno venezolano ha mantenido su postura de defensa de una atención de la salud pública y gratuita, y ha intentado mejorar su reglamentación de los costes de las clínicas privadas y fortalecer su supervisión de las empresas privadas de seguros. Hasta la fecha, el sector privado no ha opuesto demasiada resistencia a estas últimas iniciativas, seguramente porque se trata de un ámbito formado fundamentalmente por pequeñas compañías médicas.

Participación

Los comités de salud son el órgano de participación social en el campo de la salud, y son elegidos a través de las asambleas de barrio. Entre sus principales tareas está identificar los problemas de salud de la comunidad para priorizarlos y, después, definir las medidas que se deben adoptar (Alvarado et al 2006). Realizan también tareas administrativas de apoyo al trabajo de la clínica popular y el centro de diagnóstico integral. En 2006, había 8.951 comités registrados, que habían celebrado 41.639 asambleas comunitarias de salud.

Las actividades desplegadas en el municipio de Libertador, pionero de la Misión Barrio Adentro, ofrecen una ilustración de la participación social en esta iniciativa. En 2008, mantuvieron reuniones con comunidades de distintos barrios del municipio con el objetivo de identificar y priorizar los problemas locales, y construir una estrategia de incidencia política en el gobierno municipal. El resultado fue una agenda ciudadana que se propuso a los candidatos que se presentaban a las elecciones de aquel año. En la elaboración de esta agenda participaron consejos comunitarios, habitantes de los distintos

barrios, un grupo ambientalista, una asociación vecinal y una institución técnica (Unión Vecinal 2008).

Por otro lado, según un estudio efectuado en una unidad de salud situada en el municipio de Campo Elías, en el estado de Mérida, no había cultura de la solidaridad ni de la participación a la hora de resolver los problemas en el seno de la comunidad (Romero y Zambrano 2007). No obstante, algunos miembros de la comunidad empezaban a observar también señales de una incipiente toma de conciencia de sus obligaciones y derechos como ciudadanos. La población también demostró estar convencida de que la salud era una tema de “responsabilidad compartida entre el Estado y la comunidad”. Algunos estudios sobre el personal médico ponen también de manifiesto la necesidad de una mayor comunicación entre éste y las comunidades a las que sirven.

Equidad

La Misión Barrio Adentro se creó para proporcionar atención a los habitantes de zonas marginalizadas que, por lo general, tienen un menor acceso a servicios de salud; la equidad, por tanto, es la pieza clave del programa. El artículo 85 de la Constitución de Venezuela dispone que “el financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado”, mientras que el 86 establece que “toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo (...) La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección (...) Las cotizaciones (...) podrán ser administradas sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado”.

En cuanto al acceso a la prescripción de fármacos, en 2003 se crearon una serie de módulos con la finalidad de distribuir 106 medicamentos esenciales de forma gratuita. Funciona también un programa de distribución quincenal mediante el que se entregan fármacos a las clínicas populares en función de la demanda del personal médico, que se basa en las necesidades en salud de su área (Alvarado et al 2006).

Sostenibilidad

Los recursos del programa proceden del presupuesto general del Ministerio de Salud, así como de fondos extraordinarios derivados de la venta de petróleo y un fondo de desarrollo (Alvarado et al, 2006). Esto es algo preocupante, ya que las últimas dos fuentes no son recursos estables y plantean dudas sobre la sostenibilidad del programa a largo plazo.

Eficiencia

El número de visitas médicas ha aumentado a raíz de estas reformas. Mientras que al inicio de la Misión Barrio Adentro se registraban menos de 10.000.000 visitas médicas al año, en 2004 la cifra pasó a 76.152.978 (Muntaner et al 2006) y, en 2007, a aproximadamente 236.458.980 (MPPS 2009). La mortalidad infantil cayó entre 1998 y 2005 de 21,4 a 15,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que la mortalidad maternal aumentó de 50,6 a 59,9 por cada 1.000 nacidos

vivos (MPPS 2009) (esta última cifra se debe seguramente al mayor índice de notificaciones que se ha derivado de la ampliación del suministro formal de atención de la salud y no necesariamente a un incremento real en la incidencia de mortalidad materna). A pesar de todo ello, sería conveniente realizar una evaluación de largo plazo de la Misión Barrio Adentro.

Conclusiones

Teniendo en cuenta las estructuras sociales, políticas y económicas de los países elegidos para esta revisión, nos encontramos con cuatro experiencias muy diferentes. Cuba es un país socialista que ha basado su política social y sanitaria en el bienestar colectivo y la distribución social de los recursos, y que ha otorgado durante cinco décadas una total prioridad a la acción pública. Venezuela es un país que, bajo la presidencia de Chávez, ha intentado poner en práctica una iniciativa de socialismo en un contexto de pocos aliados internacionales y una dura resistencia empresarial interna. Costa Rica cuenta con políticas sociales más avanzadas que otras economías capitalistas de la región, pero aún experimenta problemas en su intento por contener los efectos del neoliberalismo. México, por su parte, es un país marcado por una adopción casi ciega de las políticas del FMI y el Banco Mundial durante más de 30 años y que, aún así, vio la elección de un Gobierno socialdemócrata en el Distrito Federal, basado en los principios de la participación civil y la justicia social. Esto significa que los sistemas nacionales de salud en general, y sus programas de salud primaria en particular, no se pueden analizar de forma aislada ni se pueden entender como una simple cuestión de abordar los perfiles de salud-enfermedad de los países. Los servicios de atención de la salud están determinados por estructuras socio-económicas, las trayectorias históricas de un país y la distribución del poder en la sociedad.

Cuba y Costa Rica destacan en la medida en que han logrado un alto nivel de cobertura mediante el suministro de servicios públicos financiados a través de los impuestos generales (Cuba) y de las cotizaciones de empleados y empresarios (Costa Rica). Estos dos ejemplos son prueba de cómo se pueden alcanzar los principios de solidaridad y equidad en países periféricos, ya sea a través de un sistema socialdemócrata (Costa Rica) o socialista (Cuba y, más recientemente, Venezuela). La experiencia de estos países también parece indicar que sólo se pueden establecer sistemas de atención de la salud equitativos y/o universales cuando existe un sector público dominante que garantiza el acceso a servicios médicos y que dispone de suficientes recursos.

Los cuatro casos presentados en estas páginas tienen en común unos recursos financieros limitados, que restringen la prestación de servicios públicos en ámbitos fundamentales como la salud. Así, a pesar de situar la salud como un punto importante de la agenda gubernamental, en todos estos casos la financiación del servicio público sigue siendo una restricción. La capacidad de Venezuela para obtener ingresos del petróleo le ha permitido incrementar su gasto social de forma muy notable, pero ello también plantea dudas sobre la sostenibilidad a largo plazo

de las iniciativas del Gobierno nacional. Por otro lado, el caso de Costa Rica –y especialmente de Cuba– demuestra que incluso países periféricos con rentas bajas pueden garantizar la sostenibilidad financiera de los servicios nacionales de salud, asegurando un acceso a la salud en el largo plazo.

En lo que se refiere a la eficiencia, encontramos que Cuba y Costa Rica, con los sistemas públicos de salud más robustos, se hallan entre los países con mejor rendimiento en cuanto a indicadores. También presentan los mejores perfiles epidemiológicos, producto no sólo de los servicios de salud que han estado desarrollando durante los últimos 40 años, sino también de las mejores condiciones de vida que se dan generalmente en estos países en comparación con otros de la región.

El uso de la ‘eficiencia’ para medir el buen funcionamiento de un sistema, sin embargo, puede ser problemático, ya que se trata de uno de los principales argumentos empleados para promover reformas neoliberales en el sector de la salud, en que los servicios de salud se evalúan mediante unos estrechos principios de costo-beneficio y porcentajes de tiempo-intervención. Desde la perspectiva de la medicina social, la eficacia –es decir, la mejora de la salud– tiene prioridad sobre la eficiencia. Y aún más: es posible aumentar la eficiencia de los servicios realizando un gran número de actividades que tienen un impacto directo mínimo sobre la salud de la población (por ejemplo, charlas educativas sobre salud).

Aunque en todos los casos examinados en este capítulo hay estructuras formales de participación, los datos disponibles dan poca prueba de que la población ejerza algún control determinante sobre la programación y la prestación de los servicios de salud. La participación social adecuada sólo se observa en casos aislados (ciertos municipios o ciudades), pero la evaluación general demuestra que la participación ha ido en declive. La ausencia de participación social podría ser el resultado del carácter conservador o no democrático de algunos estados latinoamericanos (Barba 2008). En consecuencia, sólo algunos segmentos de la población habrían alcanzado una verdadera ciudadanía social (es decir, pueden hacer efectivos sus derechos económicos, sociales y políticos), mientras que otros quedan excluidos. Este carácter conservador podría explicar también la falta de información sobre cuestiones como la rendición de cuentas y la transparencia.

La ciudadanía se podría construir mediante la participación en organizaciones que son independientes del Estado, como organizaciones que luchan por la salud a escala individual y colectiva, y por el derecho a la salud en términos generales y colectivos. Este aumento de la conciencia cívica es también uno de los objetivos de la APS, pero no siempre se tiene en cuenta (Eibenschutz 2000). En resumen, una ciudadanía incompleta representa un obstáculo y un reto para la APS.

Conviene también tener en cuenta el papel de los colegios de médicos. Por ejemplo, en los inicios de la revolución en Cuba –y más recientemente en Venezuela–, muchos médicos se mostraron reacios a participar en servicios de APS porque, por lo general, se valoraba más el trabajo en un hospital. Además, en Venezuela, la práctica privada se ha protegido por encima de la pública. En ambos

países, parte de la solución encontrada para abordar el sesgo de los médicos ante la APS ha pasado por incorporar actividades de investigación y enseñanza en sus servicios.

Es un hecho conocido que las experiencias exitosas del llamado modelo mixto público-privado en la atención de la salud se basan en la capacidad reguladora del Estado para garantizar la complementariedad de los servicios privados y la calidad de los públicos, respaldándolos con un presupuesto razonable para gestionarlos. Por otro lado, la experiencia de los países latinoamericanos indica que el fomento del sector privado casi siempre conlleva el progresivo deterioro de los servicios públicos, ya que parte de los recursos gubernamentales se asignan al sector privado.

En futuros debates, se debería plantear la cuestión de la regulación, a la que algunos autores aluden con el término ‘modulación’ (Londoño y Frenk 1997). En otras palabras: aunque puede que en la mayoría de las sociedades no sea viable eliminar la participación del sector privado en el suministro de servicios médicos, esta participación debe ser complementaria al papel regulador que desempeña el Estado en la financiación, la gestión y la prestación de servicios de salud. Por lo tanto, en paralelo a la apertura de los sistemas de salud para convertirlos en estructuras más amplias y diversas, es necesario también fortalecer las normativas.

El proceso normativo se debe desarrollar de forma transparente y a través de organismos públicos que actúen con neutralidad. Además, los organismos que participen en esta actividad deben ser fundamentalmente públicos. La regulación debe incluir cuestiones como la construcción de políticas, la planificación estratégica, el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos, medidas intersectoriales, la movilización social a favor de la salud –incluida la participación comunitaria– y el desarrollo de criterios y normas para evaluar el funcionamiento de las agencias financieras y coordinar organizaciones y prestaciones individuales e institucionales. La realidad, sin embargo, es que algunos estados latinoamericanos carecen de la capacidad de gobernanza para alcanzar este objetivo.

Referencias

- Alvarado, C., C. Alvarado, C. Arismendi, F. Armada, G. Bergonzoli, R. Borroto, R. y P.L. Castellanos. 2006. *Barrio Adentro. Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Alvarado, C., M. Martínez, S. Vivas-Martínez, N. Gutiérrez, y W. Metzger W. 2008. “Cambio social y política de salud en Venezuela”, *Revista Medicina Social* 3(2).
- Armada, F., C. Muntaner, H. Chung, L. Williams-Brennan, y J. Benach. 2009. “Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years”, *International Journal of Health Services* 39(1): 161-187.
- Asamblea Nacional. 1999. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas: Asamblea Nacional.
- Barba, C. 2008. “Las reformas económica y social en América Latina: regímenes de bienestar en transición”, en R. Cordera y C. Cabrera (eds) *Política social*.

- Experiencias Internacionales*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barten, F., M. Rovere y E. Espinoza. 2009. *Salud para todos, una meta posible. Pueblos movilizados y gobiernos comprometidos en un nuevo contexto global*. Buenos Aires: IIED-América Latina.
- Bonilla, L., A. Díaz, G. Piedra, A. Guerrero, A. Mora, y F. Castillo. 2006. "Caracterización de los determinantes de la salud del sector 9 de la localidad de José María Zeledón, Curridabat, perteneciente al Equipo Básico de Atención Integral de salud (EBAIS)", *Enfermería Actual en Costa Rica* 5(9): 20.
- Cárdenas, R.J. y J. Cosme. 2000. "Eficiencia en la Atención Primaria de Salud. OPS-OMS". La Habana: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS).
- CCSS. 2004. "Reglamento de las Juntas de Salud". *La Gaceta. Diario Oficial*. San José. 30 de enero.
- CCSS. 2009. "Perfil EBAIS". San José: Caja Costarricense de Seguridad Social.
- COPO-DF. *Breviario 2000*. México, D.F.: Consejo de Población del Distrito Federal (COPO-DF).
- Delgado, G. 1996. "Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana", *Revista Cubana de Salud Pública* 22(1): 21-22.
- De Vos, P. 2005. "No one left abandoned: Cuba's national health system since the 1959 revolution", *International Journal of Health Services* 35(1): 189-207
- Eibenschutz, C. 2000. "México: Gobierno Autoritario, Ciudadanía Incompleta", en *Proceedings of the LASA XXI International Conference*. Miami: Latin American Studies Association (LASA).
- Eibenschutz, C. 2007 "Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México", en R. Molina (ed) *La Seguridad Social: retos de hoy*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Eibenschutz, C., S. Tamez, L. Ortiz-Hernández, e I. Camacho. 2007. *Justicia, desigualdad y exclusión en la salud de los mexicanos*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- García, F.A., Z. Sánchez, M. Chaviano, y M Muñiz. 2007. "Niveles de eficiencia de las policlínicas de Matanzas, Cuba, según el método de análisis envolvente de datos", *Revista Panamericana de Salud Pública* 22(2): 100-109.
- Giovanella, L, M.H. Magalhães de MendonçaI, P. Fidelis de Almeida, S. Escorel, M. de Castro Maia Senna, M.C. Rodrigues Fausto, M. Mendonça Delgado, C. Lourenço Tavares de Andrade, M. Silva da Cunha, M.I. Carsalade Martins, y C. Pacheco Teixeira. 2009. "Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil". *Ciencia & Saude Coletiva* 14(3): 783-94.
- Gómez, O. 2003. *Salud pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

- Gomez-Dantes, O., J. Gómez-Jáuregui y C. Inclán. 2004. "La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud", *Salud Pública de México* 46(5): 399-416.
- Gorry, C. 2005. "MDGs & Health Equity in Cuba", *MEDICC Review* 7(9): 2-4.
- Granma. 2008. "El Gobierno garantiza acceso a los medicamentos". *Granma*. 18 de febrero.
- Heredia J. 2007. Salud y desarrollo comunitario. Estudio de caso: Marqués de comillas,
- Chiapas. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Homedes N. y A. Ugalde. 2002. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica", *Gaceta Sanitaria* 16(1): 54-62.
- INEGI. 2005. *II Censo de Población y Vivienda 2005*. México D.F.: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
- IPS. 2009. "Salud. Costa Rica: Sostenida caída de mortalidad infantil": <http://ipsnoticias.net/nota.asp?idnews=91538>.
- Gaceta Oficial. 2003. "Ley que establece el derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de setenta años, residentes en el Distrito Federal", *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, Ciudad de México. 18 de noviembre.
- Gaceta Oficial. 2006. "Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los Servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social Laboral", *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, Ciudad de México, 22 de mayo.
- Laurell, A.C. 2007. "Health system reform in Mexico: A critical review", *International Journal of Health Services* 37(3): 515-535.
- Laurell, A.C. 2008. "La reforma de salud en la Ciudad de México, 2000-2006". *Revista de Medicina Social*, 3(2): 170-183.
- Laurell, A.C., M. Mussot, E. Velteis, y G. Satines. 2004. *Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico. La experiencia del gobierno del Distrito Federal*. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Londoño, J.L. y J. Frenk. 1997. "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America", *Health Policy*, 41(1): 1-36.
- Macinko, J., H. Montenegro, C. Nebot Adell, C. Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. 2007. "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas", *Revista Panamericana de Salud Pública* 21 (2/3): 73-84.
- Márquez, N. 2002. "Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar", *Revista Cubana de Medicina General Integral* 18(5).
- Martínez, P. M. 1998. "Sistematización de la experiencia en dos años de trabajo. Consejo popular Arimao", *Revista Cubana de Enfermería* 14(2): 124-30.
- MPPS. 2009. "Misión Barrio Adentro". Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- MINSAP. 1988. "Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital". La Habana: Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

- MS. 2004. *Evaluación de la Atención Integral del nivel I. Sede EBAIS. Encuesta comunitaria 2004*. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica (MS).
- Muntaner, C., S.R. Guerra, S. Rueda, y F. Armada. 2006. "Challenging the neoliberal trend. The Venezuelan Health Care Reform Alternative", *Canadian Journal of Public Health* 97(6): 19-24.
- Mussot, L. 2007. "Universalizar y Territorializar las Políticas en Salud en el Distrito Federal. Premisa para garantizar la Equidad e Igualdad". Ponencia presentada al Congreso de Investigadores en Gobiernos Locales Mexicanos. México D.F., 4-6 de octubre.
- OPS. 2001. *Perfil del sistema de servicios de salud de Cuba*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- OPS. 2007. *Health in the Americas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- OPS, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, OMS. 2004. *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*. San José de Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Pérez de Alejo, B. y P. García. 2005. "Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud", *Revista Cubana de Enfermería* 21(2).
- Poltronieri, J. 2006. "Proyecto de Investigación Estructuras de la Opinión Pública. Encuesta 2006. Panorama global". San José: Universidad de Costa Rica.
- Presno C. y L. González. 2007. "Medicina Familiar en Cuba: comienzo, presente y futuro", *Atención Primaria*, 39 (5): 265.
- Rodríguez, A. 2006. *La reforma de salud en Costa Rica*. Santiago: Comisión Económica para América Latina (CEPAL).
- Rojas, F. 2009. "La Salud Pública Revolucionaria Cubana en su aniversario 50", *Revista Cubana de Salud Pública* 35(1): 1-15.
- Romero, Y. y D. Zambrano. 2007. "Participación social en salud en la comunidad de Bella Vista, Municipio Campo Elías, Estado Mérida", *Revista Venezolana de Sociología y Antropología* 17(48): 181-209.
- Rosero, L. y Güell, D. 1998. *Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica (GIS)*. Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Salud (INISA).
- Sanabria G. 2001. "Participación social y comunitaria. Reflexiones", *Revista Cubana de Salud Pública* 27(2): 89-95.
- Sánchez, I., T. Bonne, C. Pérez, M. Botín. 2002. "Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del Municipio de Santiago de Cuba", *Revista Cubana de Salud Pública* 28(1): 38-45.
- Sánchez, L., D. Pérez D., L. Alfonso, M. Castro, L.M. Sánchez, P. Van der Stuyft y G. Kourí. 2008. "Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba", *Revista Panamericana de Salud Publica* 24(1): 61-69.
- Sansó, F. 2005. "Veinte años del modelo cubano de medicina familiar", *Revista Cubana de Salud Pública* 31(2).

- SSDF. 2002. *Programa de Salud del Gobierno del Distrito Federal al 2006*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- SSDF. 2005. *Informe de Trabajo 2004*. México DF: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Tamez, G. y R. Valle Arcos. 2005. "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud", *Revista Mexicana de Sociología* 67(2): 321-356.
- Unión Vecinal. 2008. "Agenda Ciudadana del Municipio Libertador". Caracas: Unión Vecinal para la Participación Ciudadana.
- Villegas de Olazábal, H. 2005. "Atención primaria de salud y Salud para Todos: Costa Rica y Centroamérica. Escenarios, participación, desafíos siglo XXI", en *Atención Primaria de Salud en Costa Rica 25 años después de Alma Ata*. San José: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de la Seguridad Social, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Werner, D., D. Sanders, J. Weston, S. Babb, y Rodriguez, B. 2000. *Cuestionando la solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil. Con una crítica detallada de la Terapia de Rehidratación Oral*. Palo Alto, CA: Health Rights.
- WHO. 2009. *National Health Accounts. Country information*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- WHO y UNICEF. 1978. *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Ginebra: World Health Organization (WHO).
- Wisner, B. 1988. "GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care", *Social Science & Medicine* 26(9): 963-9.
- World Bank. 1993. *Development Report 1993. Investing in health*. Nueva York: World Bank y Oxford University Press.