



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS PROGRAMAS EN SALUD:

MÉDICO EN TU CASA EN MÉXICO Y MÉDICO Y LA ENFERMERA (O) DE LA FAMILIA EN
CUBA.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

GABRIELA GÁLVEZ OTERO

TUTOR:

MTRO. FERNANDO CORTEZ VÁZQUEZ

Escuela Nacional de Trabajo Social

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Febrero 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A mis padres que me brindaron su apoyo incondicional y que son esenciales en mi desarrollo personal y profesional.

A la Dra. Juanita por creer en mí y guiarme en esta trayectoria, donde sin dudas he adquirido nuevos conocimientos y saberes, indispensables para la vida.

A mis amigos que desde la distancia fueron parte de este proceso.

fueron parte de este proceso.

*A mis amigos que desde la distancia
y saberes, indispensables para la vida.
dudas he adquirido nuevos conocimientos
guiarme en esta trayectoria, donde sin*

Agradecimientos

A todos aquellos que me apoyaron incondicionalmente e hicieron posible que hoy me encuentre escribiendo estos agradecimientos.

A mi formación profesional y personal en Cuba, que me proporcionó las alas para llegar hasta aquí.

Al Mtro. Francisco Calzada, a la Mtra. Virginia y a la Dra. Juanita; mil gracias por brindarme esta oportunidad.

A mi tutor Fernando Cortez, por ser una fuente de aliento, paciencia e inspiración.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme ser parte de ella, abrirme sus puertas y tener el privilegio en estos tiempos, de contar con una beca para poder realizar mis estudios.

A mí, por haber superado este reto.

A todos, mis más sinceros agradecimientos.

Resumen

Introducción: En la actualidad de América Latina y el Caribe, y en general de los países subdesarrollados los sectores sociales atraviesan disímiles problemas; entre ellos, el sector salud es un eje fundamental que afecta el desarrollo de los países e impide contar con una población sana, afectando así la productividad y rendimiento de estos.

Objetivo: El objetivo principal de esta investigación fue: realizar un análisis comparativo entre los programas Médico en Tu Casa en México y Médico y la Enfermera (o) de la Familia en Cuba.

Metodología: El estudio partió desde un abordaje metodológico cualitativo y de tipo descriptivo donde se compararon los atributos de ambos programas. La investigación fue documental y de gabinete. En la metodología aplicada se abordó la importancia de los estudios comparados y se expusieron categorías de análisis utilizadas para comparar los programas referidos.

Resultados: Se identificó que Cuba y México parten de contextos diferentes desde su estructura organizativa de gobierno hasta como quedó conformado su sistema de salud, siendo el objetivo en común que ambos países con sus diversas estructuras buscan acercar el acceso a los servicios de salud de la población.

Conclusiones: Se establece un análisis comparativo de los programas de salud de Cuba y México a través de las categorías externas e internas definidas en la investigación. Esta comparación permite contrastar convergencias y puntos de mejora para ambos programas.

Palabras claves: Análisis comparativo, programas sociales, México y Cuba.

Abstract

Introduction: In Latin America and the Caribbean region, and in general in developing countries, social sectors are facing different problems, one of them is access to health services. The health sector is a fundamental axis that affects the development of countries and promotes a healthy population, thus affecting their productivity and performance.

Objective: The main objective of this research was to carry out a comparative analysis between the programs "Physician at Home", from Mexico, and "Physician and the Nurse of the Family", implemented in Cuba.

Methodology: The study is based on a qualitative and descriptive methodological approach where the attributes of both programs were compared. It is desk-based research in which the importance of comparative studies was discussed. A set of categories of analysis are conceptualized and used to compare the referred programs.

Results: It was identified that Cuba and Mexico start from different contexts from their organizational structure of government to how their health system was formed, being the common objective that both countries with their various structures seek to approach access to health services of the population.

Conclusions: A comparative analysis of the health programs of Cuba and Mexico is established through the external and internal categories defined in the research. This comparison allows comparing convergences and improvement points for both programs.

Keywords: Comparative analysis, social programs, Mexico and Cuba

Índice de Contenido

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice de Contenido	v
Lista de Tablas	viii
Lista de Figuras	viii
Lista de Ilustraciones	viii
Introducción	1
Capítulo I. Desarrollo de los Sistemas de Salud de Cuba y México	9
1.1 El Contexto de Cuba en materia de salud	9
1.2 Estructura del Sistema Nacional de Salud en Cuba	11
1.3 Antecedentes del Programa Social: Médico y la Enfermera (o) de la Familia	14
1.4 Enfoque y Reconocimiento del Médico y la Enfermera (o) de la Familia	16
1.5 El Contexto de México en materia de salud	20
1.6 Estructura del Sistema Nacional de Salud de México	23
1.7 Antecedentes del programa social Médico en tu Casa	29
1.8 Enfoque y reconocimiento del Programa Médico en Tu Casa	31
Capítulo II. Referentes Teóricos para el Análisis de los Programas	35
2.1 Introducción	35
2.2 Debates Teóricos en torno a los tipos de Estado de Bienestar	36
2.3 Problemas Sociales	41
2.4 Políticas Públicas	43
2.5 Política Social	47
2.6 Las políticas de salud	52
2.6.1 Derecho a la salud	55
2.7 Programas y proyectos sociales	59

2.7.1 Trabajo Social en los programas de salud	61
2.8 Identificación de la población. Universalidad y Focalización	62
2.9 Gestión social, enfoque de los programas de salud: ¿horizontal o vertical?	67
2.9.1 Gestión social y Trabajo Social	70
2.10 Trabajo social en el área de salud	72
Capítulo III. Metodología de los estudios comparados	76
3.1 Introducción	76
3.2 Surgimiento de los estudios comparados	76
3.3 Qué son los estudios comparados. Definiciones	78
3.4 Método Comparado en materia de política social	82
3.4.1 Metodología para analizar programas sociales desde trabajo social	85
3.5 Categorías de análisis	86
3.6 Fuentes de Información	89
3.7 Técnicas e instrumentos	89
Capítulo IV. Análisis comparativo de los programas de salud de Cuba y México	93
4.1 Introducción	93
4.2 Descripción del Modelo de Análisis para Cuba y México	94
4.3 Análisis de las Categorías Externas	97
4.3.1 Tipo de Gobierno-Organización Político Administrativa	99
4.3.2 Órgano Rector de la Política de Salud	100
4.3.3 Derecho y Principios de la Salud	101
4.3.4 Organización y Estructura del Sistema de Salud	102
4.3.5 Acceso y Beneficiarios	103
4.3.6 Distribución de Recursos humanos y Financieros	105
4.3.7 Línea Estratégica del Sistema Nacional de Salud (SNS)	106
4.4 Análisis de las Categorías Internas	107
4.4.1 Programa Social a analizar	109
a) Estructura Organizativa	109
4.4.2 Descripción del programa	112
a) Problema o necesidad que busca atender	117
b) Objetivo General	119
c) Objetivos Específico	120
4.4.3 Criterios de elegibilidad	122

4.4.4 Población Objetivo	122
4.4.5 Componentes	123
4.4.6 Cobertura y Alcance	125
4.5 Resultados Alcanzados por los programas	127
4.6 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)	129
Conclusiones	132
Consideraciones Finales	135
Trabajos Citados	142
Anexo 1. Modelos de Estados	146

Lista de Tablas

Tabla 1. Indicadores de salud de Cuba de 1980-2016.	17
Tabla 2. Etapas 1984-Actualidad.	18
Tabla 3. Indicadores de Salud, México y Cuba (2016).	33
Tabla 4. Descripción de las categorías de análisis externas.	88
Tabla 5. Descripción de las categorías de análisis internas	88
Tabla 6. Matriz de Categorías	91
Tabla 7. Análisis de las Categorías Externas	98
Tabla 8. Análisis de las Categorías Internas	108
Tabla 9. Objetivos Específicos de los Programas Sociales	121
Tabla 10. Análisis FODA	130

Lista de Figuras

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud de Cuba.	12
Figura 2. Estructura del Sistema Nacional de Salud de México.	24
Figura 3. Esquema de Operacionalización	81
Figura 4. Estructura Organizativa de la Atención Primaria de Salud.	110

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Ejemplo de un Consultorio de El Médico y la Enfermera (o) de la Familia.	14
Ilustración 2. El Médico en tu Casa	28
Ilustración 3. Enfermera de la Familia en el Consultorio.	115
Ilustración 4. Médico y Enfermera de la Familia realizan visitas en el hogar.	117
Ilustración 5. Visita domiciliaria del Médico en Tu Casa	118

Introducción

En América Latina y el Caribe existen grandes problemas estructurales de tipo económico y político, que afectan a múltiples sectores sociales, entre ellos está el sector salud, donde se enfrentan serias problemáticas como es el acceso a estos servicios, vitales en el desarrollo del ser humano.

La salud de la población es de suma importancia para el desarrollo de los países, ya que los seres humanos son el motor impulsor de la sociedad y si no cuentan con buen estado de salud será un freno vital para su desarrollo. Aunado a ello vemos que el grado de productividad y rendimiento tanto del individuo como de la sociedad va en declive cuando las personas padecen de enfermedades, y sin dejar de resaltar los costos elevados de la cura de éstas, a los cuales la mayoría de la población no tiene acceso para costearse.

Sobre la base de estas premisas se decidió comparar dos programas sociales de países diferentes: “**Médico en tu Casa**”, en México y “**Médico y la enfermera (o) de la Familia**” en Cuba. ¿Por qué comparar un programa de Cuba con uno de México? Esta inquietud se debe a haber nacido y crecido en Cuba, lo cual me permitió conocer y vivir el funcionamiento del Sistema de salud cubano, y la importancia que el país otorga al primer nivel de atención a la salud; al individuo como ser humano, sujeto de derechos, y al Estado como ente regulador de las políticas sociales. La prioridad del sistema de salud cubano es prevenir las enfermedades, lo cual ha llevado a cabo a lo largo de los años con el programa del Médico y la Enfermera (o) de la Familia, ubicado inicialmente en las comunidades cada 120 familias y en la actualidad hasta 1500 familias. Sabemos que enfermarse depende de múltiples factores como el contexto social, económico, político y que muchas veces una atención a tiempo puede evitar que la enfermedad

INTRODUCCIÓN

se desarrolle, y se convierta en un mal mayor que trascienda a otros niveles de salud, por falta de atención, diagnóstico u otros factores. El Estado cubano no puede darse el lujo de que sus ciudadanos se enfermen, ya que al ser un país con pocos recursos financieros y bloqueado económicamente, no puede incurrir en gastos de medicinas en todo momento, por lo que destina sus recursos humanos a prevenir las enfermedades.

¿Por qué con México?

Cuando llegué a este maravilloso país que me abrió las puertas para continuar con mis estudios de posgrado, descubrí una forma de organización social diferente, un Sistema de Salud de mayor envergadura y que operaba con un enfoque diferente al de Cuba; tenía programas de salud diferentes, y una forma distinta de proveer servicios de salud en el primer nivel de atención. A pesar de los enormes esfuerzos realizados por el Estado Mexicano, descubrí que el país cuenta con indicadores de salud poco satisfactorios, de acuerdo con lo planteado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, (OCDE).

Con base a lo anterior resulta importante señalar que el programa del Médico y la enfermera (o) de la Familia, en Cuba, lleva más de 20 años en práctica, que es un programa a nivel nacional, considerado el pilar fundamental del Sistema de Salud cubano con cobertura para toda la población del país, de 11 167 325 habitantes; mientras que por otro lado, para el caso de México, el programa de Médico en Tu Casa es un programa que tuvo sus inicios en el 2014, y que se convirtió en ley a partir del 1º de diciembre de 2015, aprobado por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal¹, con carácter local y una cobertura para una población focalizada en la Ciudad de México, teniendo esta una densidad de alrededor de 8.855 millones de habitantes, además de

¹ Oficialmente, su nombre cambió el 30 de enero de 2016, a Ciudad de México, al entrar en vigor el decreto por el que se declaran reformadas y derogadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de la reforma política de la Ciudad de México, promulgado y publicado un día antes en el Diario Oficial de la federación

INTRODUCCIÓN

contar con alrededor de 5 años en ejecución ya que en la actualidad con el cambio de gobierno se pretende redimensionar. Lo cual demuestra de antemano que ambos programas parten de estructuras y contextos diferentes; sin embargo, también existen similitudes: ambos proponen un modelo de atención personalizado, promueven el vínculo médico-paciente, y ambos esquemas considera que el acceso a la salud es un elemento fundamental para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

En este sentido realizar comparaciones internacionales es una opción que posibilita distinguir el contexto en el que están inmersos ambos programas sociales, así como profundizar en el funcionamiento o modelo de gestión de éstos. Considero de utilidad compararlos, pues ambos programas sociales están orientados a promover el acceso a servicios de salud, y las experiencias en el diseño y la gestión de tales intervenciones pueden aportar elementos a su contraparte, no obstante, de que existan diferencias tanto en el contexto sociopolítico en el que se implementaron, como en su estructura organizativa, servicios prestados y enfoques conceptuales.

En este punto, de acuerdo con Laiz y Roman (2003), el método comparado en las ciencias sociales no impone que las unidades de comparación sean idénticas o que exista un número específico de elementos para efectuar el contraste; basta un elemento en común para poder formular la comparación y, de hecho, una misma política puede compararse solo consigo misma en dos tiempos terminados.

Para Cuba, desde los inicios de la Revolución en 1959, a pesar de una serie de factores que impidieron desarrollar todas las esferas de la producción, se puso en marcha un nuevo proyecto nacional de desarrollo social, a través de la intervención del Estado cubano. En la actualidad, Cuba ha sido capaz de construir un modelo de desarrollo social centrado en la atención de las

INTRODUCCIÓN

necesidades básicas de la vida como un derecho del individuo. Entre sus directrices fundamentales a atender fueron el problema de la salud.

La política social cubana en materia de salud ha sido implementada sobre un enfoque de prevención de las enfermedades y atención gratuita a toda la población; siendo el programa Médico y la Enfermera (o) de la Familia el pilar fundamental dentro de la atención primaria a la salud (Primer Nivel) donde se previenen e informa sobre las enfermedades, y se resuelve, aproximadamente, el 80 por ciento de dichas situaciones. En general, Cuba ha obtenido éxitos con la implementación de este programa con amplia repercusión en el Primer Nivel de Atención a la salud, contando con el reconocimiento de diversos organismos de prestigio internacional como la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2018) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Por mencionar algunos logros e impacto en la población, encontramos a: reducción de la mortalidad infantil, mayor vínculo e interacción entre médico-paciente, entre otros que profundizaremos en capítulos posteriores, que se han mantenido a través de los años, permitiendo que el programa Médico y la Enfermera (o) de la Familia en Cuba sea reconocido como un modelo de atención y prevención de salud exitosa “debido a su enfoque en la atención primaria de la salud, que le permite centrarse en las personas y las familias” afirma Carissa Etienne directora de la OPS (2018).

En cuanto a México, la trayectoria ha sido diferente quedando establecido el derecho a la salud en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 y con esta el suministro de los servicios de salud garantizados a través del Estado. En el transcurso de los años, el Sistema de Salud mexicano ha buscado satisfacer las necesidades de la población a través de las políticas de salud, programas y estrategias, enfocándose en promover la inclusión de

INTRODUCCIÓN

toda la sociedad hacia el acceso efectivo a estos servicios. Teniendo en cuenta la amplia demanda por el número de habitantes y que la seguridad social se otorga a partir de la relación laboral; la población recibe los servicios de salud de las diversas instituciones de la Seguridad Social (Eíbenschulz y Raphael, 2016).

Según la OCDE (2016), parte de las ineficiencias en el sector salud mexicano, se deben a la fragmentación del Sistema Nacional de Salud. En los últimos años, han existido mejoras con la implementación de reformas y programas, pero aun así, los servicios de salud no se distribuyen de forma equitativa, viéndose afectada gran parte de la población en el contexto de desigualdad que vive el país. Dentro de las acciones realizadas por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, encontramos al programa Médico en Tu Casa insertado en el primer nivel de atención, que con base a los resultados generados, no han sido del todo satisfactorio, según afirman evaluaciones realizadas por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE, 2017), e incluso, es un programa que se pretende reformular según las indicaciones de la actual jefa de gobierno Claudia Sheinbaum publicado en el periódico digital de Aristegui Noticias el 2 de enero de 2019.

Partiendo de la dimensión, impacto y reconocimiento de ambos programas pretendemos tomar como referente la experiencia cubana, a fin de encontrar puntos de mejoras que beneficien el diseño de ambos programas y repercutan en mayor medida en satisfacer las necesidades de la población en materia de acceso a los servicios de atención a la salud. En base a lo anterior se formula la pregunta de investigación de este trabajo: *¿Cuáles son los aprendizajes de la experiencia cubana que se pudieran retomar para fortalecer el diseño y operación del Programa Médico en tu Casa en México?* Con dicha pregunta de investigación se pretende cumplir el

INTRODUCCIÓN

objetivo general de: *Realizar un análisis comparativo entre los programas Médico y la Enfermera (o) de la familia en Cuba y Médico en tu Casa en México*, a fin de identificar puntos de mejora en el diseño y operación del programa mexicano y sustentar una explicación sobre los modestos resultados obtenidos por esta intervención, de acuerdo con los datos oficiales difundidos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Otras dos preguntas fundamentales de este trabajo fueron: *¿Cuál es el contexto de los Sistemas de Salud de Cuba y México?* y, *¿Cuáles son las semejanzas y diferencias de ambos programas sociales?*

Los **objetivos específicos** fueron:

- Describir los sistemas de salud de Cuba y México, a efecto de conocer las generalidades del contexto sociopolítico en el que se implementaron ambos programas.
- Comparar el diseño del programa El Médico y la enfermera (o) de la familia en Cuba y Médico en tu Casa en México.

En cuanto al abordaje metodológico de la investigación fue cualitativo y de tipo descriptivo, donde se compararon los atributos de ambos programas. Se realizó una investigación documental y de gabinete, con la que se rastreó la información para describir el diseño, modelo y resultados de cada uno de los programas, mediante la técnica conocida como análisis de contenido. En respuesta al eje central que son las preguntas de investigación y en aras de cumplir con los objetivos propuestos, la presente investigación se compone de cuatro capítulos, incluyendo las consideraciones finales, trabajos citados y anexo.

INTRODUCCIÓN

Durante el Primer Capítulo titulado *Desarrollo de los Sistemas de Salud de Cuba y México* se refirieron datos para conocer el contexto político y social de ambos países, y se observó cómo se encuentran estructurados sus sistemas de salud, haciendo referencia a los antecedentes de los programas sociales a analizar.

Una vez analizados ambos contextos, en el segundo capítulo, considerado como nuestro Marco Conceptual donde se analizaron los referentes teóricos, fue formulada una breve descripción de los tipos de Estados de bienestar, con el fin de ver el papel que ejercían en la implementación de la política pública ya sea de carácter universal o focalizada. A su vez, se examinaron otras categorías analíticas consideradas en este trabajo, como: programas, proyectos y problemas sociales, política de salud y derecho a la salud.

Durante el tercer capítulo, se confeccionó la metodología aplicada para esta investigación, donde se abordó la importancia de los estudios comparados, su surgimiento, sus principales enfoques y definiciones, y su relación con la política social.

En el cuarto capítulo, profundizamos en los resultados obtenidos mediante la descripción de las categorías de análisis (externas e internas) que sirvieron de guía para hacer el comparativo, así como la interpretación del modelo de análisis propuesto.

Resulta importante señalar que, para el caso de México, el programa Médico en Tu Casa fue implementado en el sexenio pasado; en la actualidad con Andrés Manuel López Obrador como presidente del país, y Claudia Sheinbaum como Jefa de Gobierno de la Ciudad de México, se

INTRODUCCIÓN

están llevando a cabo una serie de cambios en diversos sectores, entre ellos el sector salud que es el que nos ocupa, con el programa del Médico en Tu Casa, que será reorientado nuevamente; creemos que aun así, se puede continuar con el análisis y rescatar aspectos fundamentales desde una perspectiva crítica y reflexiva, capaz de contribuir al funcionamiento de programas venideros y sobre todo a ejercer el derecho de la población a los servicios de salud.

El tema abordado en esta investigación es relevante en trabajo social, pues se adscribe dentro del área de promoción de los derechos sociales, tal y como es el acceso a los servicios de salud. Esta disciplina contribuye al conocimiento y a la transformación de los procesos sociales; busca incidir en la participación de los sujetos y en el desarrollo social; parte de su objeto de estudio son las personas como sujetos sociales y su relación con las necesidades sociales. Se analizan dos modelos de intervención orientados a favorecer el acceso a los servicios de salud de la población, factor fundamental en el primer nivel de atención. En este sector, gestionar y promover programas en función de un desarrollo social que priorice la calidad de vida de los seres humanos son ámbitos donde el trabajo social interviene y está presente en todo momento.

Capítulo I. Desarrollo de los Sistemas de Salud de Cuba y México

En este capítulo se hace un recorrido por los antecedentes generales de los Sistemas de Salud de México y Cuba. En el caso de México, el reconocimiento de que existían sectores de población excluidos de estos servicios dio lugar a la implementación de programas sociales focalizados en el ámbito de la prevención y la atención en salud. Se da a conocer la estructura de ambos sistemas y los ejes principales de su funcionamiento desde la perspectiva de diversos autores.

1.1 El Contexto de Cuba en materia de salud

Hasta enero de 1959, en Cuba existió un régimen neocolonial establecido por los Estados Unidos de Norteamérica en 1902, a partir de su intervención directa en la guerra independentista que libraba el pueblo cubano contra el colonialismo español, lo cual implicó un dominio mediante mecanismos políticos, económicos, sociales, culturales, militares y técnicos que se caracterizó por un control de la política interior y exterior cubana, por medio de gobiernos sometidos a los designios imperialistas. Era un país totalmente dependiente del sistema capitalista impuesto (López, 1981). Así estuvo por largos años, sometido a niveles extremos de pobreza, insalubridad, con graves problemas sociales, ejemplo de ello era la salud, a lo cual haremos referencia a continuación.

En estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública (Minsap, 1979) afirmaban que la medicina en Cuba, junto con su limitado contenido social, conformaban una estructura deformada y deficiente, que se caracterizaba por instituciones estatales de escaso número y mal dotadas, así como, otras instituciones autónomas y paraestatales, que eran fuente de

CAPÍTULO I

enriquecimiento de funcionarios corruptos. Según López (1981), el estado general de los servicios de salud hacía imposible que, las grandes masas que necesitaban de éstos, e incluso, algunos grupos de ingresos no tan ínfimos pudieran recibir servicios de salud adecuados.

Durante este período el país, transcurrió por varias etapas donde los gobiernos existentes se caracterizaron por una política entreguista a Estados Unidos de Norteamérica que llevaron al país a niveles extremos de pobreza e insalubridad. Al respecto (García, 1998, p.115) reconoce que en el período Republicano Burgués el estado que presentaba la salud pública cubana era el siguiente:

*“Las clases que integraban la **oligarquía gobernante** contaban con un **sistema de salud privado**, que le brindaba una excelente medicina asistencial; **la burguesía media y los grupos de mayores ingresos de la clase obrera**, con un **sistema mutualista** que disponía de 242 unidades, de las cuales 96 estaban en la capital de la República, cuya calidad era variable, pero buena en general en las principales; la inmensa mayoría del **proletariado** y el **campesinado** con el **sistema estatal** integrado por 97 unidades hospitalarias en toda la nación, mal equipadas, con un presupuesto para gastos asistenciales y preventivos insuficientes y esquilmo por los desfalcos administrativos y por último, el campesinado de las **zonas más apartadas** del país, quien ni siquiera con eso podía contar, se atendía con la medicina tradicional en manos de personas incultas y llenas de ideas místico-mágicas”.*

Siguiendo con este autor, al triunfo de la Revolución en 1959, de los tres sistemas nacionales de salud referidos, el único que pasó inmediatamente al poder revolucionario fue el Estatal. En

CAPÍTULO I

enero de 1960, se cambia el nombre de la organización por el que se mantiene hasta la actualidad: Ministerio de Salud Pública (MINSAP). En esta etapa se crea el Servicio Médico Rural, que hará posible extender la atención primaria y secundaria hasta los lugares más apartados de la nación (Delgado, 1998).

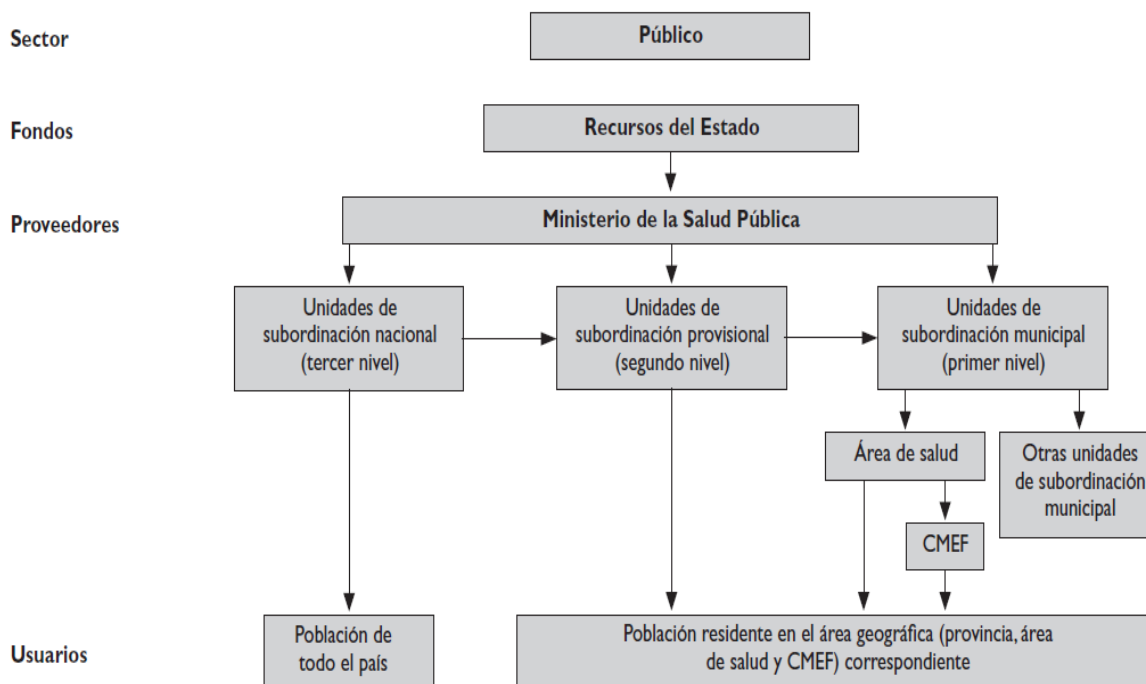
En agosto de 1961, se promulga la Ley No. 959 en la que se mandata la integración del Sistema Nacional de Salud Único, señalando al Ministerio de Salud Pública órgano rector de todas las actividades de salud del país, incluyendo las de las unidades privadas mutualistas (Delgado, 1998).

Con el desarrollo que fue tomando el carácter estatal de la salud pública cubana “hace que, en forma paulatina, las unidades de la Empresa Mutualista se vayan convirtiendo en hospitales u otros tipos de instituciones estatales, según sus condiciones o las necesidades del momento” (Delgado, 1998, p. 116). Quedando establecido el primer sistema nacional de salud único e integral en la historia de Cuba y del continente americano.

1.2 Estructura del Sistema Nacional de Salud en Cuba

Una vez conformado el Sistema Nacional de Salud en Cuba, sus principios fundamentales fueron la salud pública socialista, que reconoce el derecho de la población a recibir de forma gratuita los servicios prestados por las instituciones dedicadas tanto a la asistencia médica como a la asistencia social. El sistema referido quedó conformado de la siguiente manera según la descripción de Domínguez y Zacca (2011):

CAPÍTULO I



CMEF: Consultorio del médico y la enfermera de la familia

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud de Cuba.

Fuente: Tomado de Domínguez Alonso y Zacca (2011).

Ruiz Hernández (2008), en su obra *Cuba Revolución Social y Salud Pública*, realizó una descripción detallada del sector de la Salud Pública, componiéndose de hospitales, policlínicos, puestos médicos, clínicas estomatológicas, laboratorios estomatológicos, de higiene y epidemiología y microbiología, de prótesis dentales y ortopédicas, unidades médicas especiales, los balnearios medicinales, el servicio de cruz roja, los bancos de sangre y los hogares maternos donde se atienden e internan a las mujeres que presentan algún riesgo durante el embarazo brindándoles una atención médica personalizada. Los servicios médicos se prestaban en forma escalonada, con tres niveles de atención según el grado de complejidad de las unidades que lo prestan: la Atención primaria, Secundaria y Terciaria. El nivel primario debía dar solución aproximadamente a 80 por ciento de los problemas de salud de la población y sus servicios se

CAPÍTULO I

prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico y la enfermera de la familia. El programa relacionado con la creación de los policlínicos integrales constituía uno de los elementos más importantes de transformación en el sistema de salud cubano, ya que a partir de las nuevas funciones asumidas por esa instancia, se descentralizaba más la atención de salud del nivel secundario hacia el nivel primario. Los policlínicos cumplen con las funciones de atención médica integral de excelencia a personas, familias, grupos y la comunidad, con enfoque biopsicosocial, desarrollando procesos de formación y perfeccionamiento de recursos humanos y de investigación, para la contribución al mejoramiento continuo del estado de salud de la población a través de una prestación de servicios de mayor calidad con los recursos disponibles, aplicando las tecnologías de avanzada. En los policlínicos se incluían procederes y servicios, por ejemplo: los servicios de terapia física y rehabilitación, así como, la inclusión de la ultrasonografía, entre otros, todo en función de acercar los servicios de especialidades a la población, se trataba de dotar al policlínico de los medios necesarios para ampliar su función en las nuevas condiciones de la salud pública cubana.

Además de la creación de los policlínicos en el primer nivel de atención, encontramos una línea estratégica, que fue la creación de Consultorios del médico y enfermera (o) de la familia, que han permitido aún más la descentralización de la atención médica, hacia una atención personalizada en los barrios y comunidades. Ejemplo de Consultorios, lo podemos apreciar en la siguiente ilustración:



Ilustración 1. Ejemplo de un Consultorio de El Médico y la Enfermera (o) de la Familia.

Fuente: Foto tomada de Internet, de José M. Correa, publicadas en el Diario Granma por el 31 aniversario del Médico de la Familia en Cuba

1.3 Antecedentes del Programa Social: Médico y la Enfermera (o) de la Familia

La OPS (2018), hace un recuento respecto al surgimiento de este programa:

*Este concepto surge a principios de la década de los ochenta con la idea de crear un nuevo **modelo de atención comunitario**, con profesionales que pudieran integrar, controlar y coordinar el cuidado de la salud de las personas y las familias. Poniendo a la familia en el eje de las acciones, así se esbozó el modelo, “El Médico y la Enfermera (o) de la Familia”. Es así como comienza en un Policlínico de La Habana, el 4 de enero de 1984, el modelo El Médico y la Enfermera de la Familia, con 10 médicos y 10 enfermeras. Tras ser un éxito este modelo (El Médico y la Enfermera de la Familia), a partir del año 1985, se extendió rápidamente al resto del país. El equipo conformado por el médico y la enfermera (equipo de salud) se convirtió en la célula básica para el desarrollo del trabajo, ambos responsabilizados con las acciones del programa, el médico era el jefe del equipo. Aspecto*

CAPÍTULO I

peculiar del programa fue que las actividades se planificaban teniendo en cuenta las familias como unidad básica, sin olvidar las acciones individuales (p. 67-69).

El objetivo general de este programa consistió en mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas a las personas, familias, comunidad y ambiente, mediante una íntima vinculación con las masas (Márquez, 2010).

Los objetivos específicos del programa fueron los siguientes: (1) promover la salud, prevenir la aparición de enfermedades y daños, (2) garantizar un diagnóstico oportuno y atención médica integral ambulatoria y hospitalaria, (3) desarrollar la rehabilitación con base comunitaria, (4) alcanzar cambios positivos en el saneamiento ambiental y lograr cambios en la integración social de la familia y la comunidad, (5) lograr la formación de un especialista en medicina general integral y (6) desarrollar investigaciones que respondieran a las necesidades de salud de la población (Márquez, 2010).

De acuerdo con Márquez (2010), esta práctica tiene un carácter integral, al considerar la unidad de lo preventivo, lo curativo, lo biológico, lo psicológico y lo social; sectorizada, por hacerse responsables de asistir determinado número de habitantes; regionalizada, al mantener una estrecha vinculación con las instituciones de atención secundaria y terciaria del territorio en las que operan, para remitir a los pacientes que lo requieran; continuada, pues atienden a la población lo mismo en el consultorio, en los domicilios, en el policlínico o en el hospital; dispensarizada, al atender de modo activo y mantener el control periódico, incluso de los individuos sanos; en equipo, por cuanto forman parte de un grupo básico de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario que jerarquiza, coordina y controla las acciones

CAPÍTULO I

individuales de cada uno, tanto desde el punto de vista asistencial como en las esferas docente, investigativa y administrativa, con participación comunitaria, porque cuentan con el apoyo de la comunidad y de las organizaciones de masas que la representan, con las cuales se desarrolla el análisis de la situación de salud de su área y establecen las estrategias para la solución de los problemas.

1.4 Enfoque y Reconocimiento del Médico y la Enfermera (o) de la Familia

La Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI, 2016), precisó que, en los 451 policlínicos y 10,782 consultorios médicos de la familia, con los que contaba el país, se resolvían entre el 70 y el 80 por ciento de los problemas que se pueden presentar en la atención primaria de salud. Esta estrategia ha favorecido el trabajo con las embarazadas, los adolescentes y niños, y la población adulta. Además, se habilitaron consultorios médicos en escuelas, círculos infantiles, centros laborales y de asistencia social; y, con la perspectiva de poder contar con los profesionales necesarios para dar cobertura a la población con este nuevo tipo de asistencia médica. El médico de la familia se concentró no sólo en la demanda de los pacientes, sino también en sus necesidades de salud y en las acciones de educación para la salud al nivel comunitario.

Este programa ha repercutido con el paso de los años en los niveles de atención secundaria y terciaria ya que se redujo el número de pacientes que acudían a cuerpos de guardia y dentro de ellos la frecuencia con que llegaban con formas graves de muchas enfermedades. Según Rivera (2015), el programa del médico y la enfermera de la familia es el pilar fundamental de la medicina cubana, puesto que su objetivo principal está en la prevención de las enfermedades y

CAPÍTULO I

no su curación. Se abordan los problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio que lo rodea.

A modo de ejemplificar la repercusión en los diversos niveles de atención, presentamos los indicadores en la siguiente tabla que reflejan como a través de los años se evidenció un impacto satisfactorio en la población del país.

Tabla 1. Indicadores de salud de Cuba de 1980-2016.

Indicadores	Año 1980	Año 1990	Año 2000	Año 2016
Mortalidad Infantil (Tasa por cada 100 habitantes)	16.5	10.7	7.2	4.3
Mortalidad en menor de 5 años	19.6	13.2	9.1	5.5
Bajo peso al nacer (Expresado en %)	8.2	7.6	6.1	5.2
Ingresos hospitalarios (tasa por cada 100 habitantes)	16	15.2	11.9	11.4
Habitantes por médico	439	274	170	125
Número de médicos por familia	237	11915	30726	46302
Población atendida por médico de familia (%)	1.7	54.8	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud de Cuba, 2016 y de la Revista Panamericana de Salud Pública 42, 2018.

Esta intervención constituye un ejemplo paradigmático de los resultados obtenidos en los indicadores de salud que presenta el país, debido al enfoque preventivo de la política de salud cubana, poniendo al médico y enfermera de la familia como eslabón fundamental en la obtención de buenos resultados.

El enfoque de la salud, donde la prioridad es prevenir la enfermedad, se ha logrado gracias a la creación del Programa El Médico y la enfermera (o) de la Familia, lo cual ha sido un reto

CAPÍTULO I

difícil para el país, considerando las diversas etapas por las que ha transcurrido el proceso de la medicina familiar. Estas se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Etapas 1984-Actualidad.

Etapas de la Medicina Familiar en Cuba			
Fase política y de puesta en marcha <u>1984-1989</u>	Estancamiento (Crisis económica en Cuba) <u>1990- junio 1994</u>	Perfeccionamiento Metodológico <u>Junio 1994-2002</u>	Proyecto “Revolución” <u>(2002-actualidad)</u>
Inicio del Programa Médico y Enfermera de la Familia	La crisis económica que enfrentó el país tuvo gran impacto negativo en todas las esferas del país, el sector salud uno de los más afectados, y dentro de este los Consultorios médico de la familia (CMF). Falta de recursos y reactivos	Se realiza el I Congreso de Medicina Familiar. Fue un espacio de debate entre profesionales del nivel primario para perfeccionar el modelo de atención médica integral en el país. Surge la Sociedad Cubana de Medicina Familiar	Reparación capital de las instituciones de salud. Se dispone de nuevo equipamiento en más unidades médicas.
Surge la Especialidad de Medicina general Integral	Se presentaron muchos problemas en el orden operativo que provocaron insatisfacción en los Médicos de la Familia	Desarrollo y perfección de la carpeta metodológica en la que están contenidos los principales procesos que tienen lugar en el primer primario.	Ampliación y modernización de servicios: Ambulatorios, hospitalarios, de urgencias, docentes y asistenciales
Se implanta el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF)		A pesar de estos avances no se alcanzó la satisfacción deseada. Se apreciaba la falta de compromiso con la medicina familiar.	Apertura de servicios en los policlínicos (se encontraban disponibles solo en hospitales): Ultrasonido, áreas de rehabilitación integral, servicios de endoscopia, optometría, estomatología, medicina tradicional y natural, entre otros.
Surge el Policlínico		Se necesitaba cambiar, renovar las estructuras y una fuerte inyección de recursos.	Se acercan los servicios de salud a la población; reduciendo los costos para el país y para las personas.

Fuente: Elaboración propia con base en Sansó Soberats (2004).

CAPÍTULO I

Además de las etapas mencionadas anteriormente, el sistema de salud cubano continuó su labor de seguir perfeccionándose, ejemplo de ello son los procesos de transformaciones que se llevaron a cabo a partir del año 2010, abarcando tres elementos esenciales: “la reorganización, la compactación y la regionalización de los servicios de salud” (OPS, 2018, p. 68), con el objetivo de ofrecer solamente aquellos servicios necesarios según las características de las áreas de salud; de esta forma lograr mayor eficiencia y sostenibilidad.

Por mencionar algunos de los resultados a los cuáles nos referimos, se encuentra la sostenibilidad para el año 2016 de una baja tasa de mortalidad infantil del país, 4,3 por cada mil nacidos vivos. Un 100% de cobertura de atención médica lo cual ha tenido un impacto favorable en el continuo crecimiento de la expectativa de vida, que es de 77,9 años, se ha disminuido la mortalidad por enfermedades infecciosas y la prevalencia por VIH/sida (ONEI, 2016).

En relación con lo planteado, puede decirse que la experiencia cubana demuestra que es posible un enfoque preventivo en la salud, donde las acciones estén dirigidas y centradas en el individuo como ser humano y no como mercancía; lo cual ha sido posible debido a la voluntad política que ha mantenido el país hacia la prevención de las enfermedades, paralela a una inversión sostenida en salud de forma correspondiente. En general, puede afirmarse que, durante más de treinta años, en materia de salud específicamente, se han obtenido logros semejantes y en algunos casos, superiores a países desarrollados, que incluso destinan mayores presupuestos a este sector.

Al respecto en diversas ocasiones, instituciones gubernamentales han reconocido la eficacia del sector salud en Cuba, ejemplo de ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la

CAPÍTULO I

Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), entre otros, han contrastado la realidad cubana con otros países de América Latina que, aun teniendo mayor desarrollo económico, no han superado las barreras del acceso a los servicios de salud de calidad y de carácter universal. Por lo que, nos damos cuenta de que la economía a pesar de ser un importante factor, no es el único motor impulsor para el desarrollo efectivo de este sector. Tener un enfoque preventivo y sin fines de lucro se traduce en resultados satisfactorios para la población. Cuba, hasta la fecha lo ha llevado a cabo, a pesar de las adversidades económicas a las que se enfrenta el país.

1.5 El Contexto de México en materia de salud

Para el caso de México, a finales del siglo XIX, en el período porfirista, empieza a funcionar de manera autónoma la salud pública, pasando del Consejo Nacional de Salubridad a la Secretaría de Gobernación (...) En este periodo se fortalecen las actividades de salud pública, control de alimentos, saneamiento de puertos y ciudades, introducción de agua potable y alcantarillado y la campaña contra el mosquito y la fiebre amarilla y del paludismo (Eibenschulz y Raphael, 2016, p. 146). Luego con la creación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, en el Artículo 4° queda plasmado, entre otros aspectos, que:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definía las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

CAPÍTULO I

En el sexenio de 1934-1937 con Lázaro Cárdenas como presidente, se ejerció el presupuesto federal más alto conocido en la historia mexicana para salubridad y asistencia social; siendo las principales acciones de salud realizadas en esta época las siguientes:

- Creación de la Secretaría de Asistencia Pública en diciembre de 1937, que marca el paso de la beneficencia a la asistencia.
- Apoyo al Laboratorio de Industria Farmacéutica Nacional.
- Creación en 1936 de los servicios de higiene industrial.
- Medidas de apoyo para la lucha contra la tuberculosis, mediante la creación de hospitales y unidades antituberculosas, entre otras medidas.
- Lucha contra enfermedades transmisibles como lepra, sífilis, paludismo, etc.
- Introducción de los servicios médicos rurales (Eíbenschulz y Raphael, 2016, p. 146-147).

Para esta época, el marco político-económico de la época y la cercanía con Estados Unidos de Norteamérica, definió una política sanitaria caracterizada por un desarrollo de multiplicidad de instituciones de acuerdo con tres modelos básicos:

- Asistencia Social
- Seguridad Social
- Atención privada

CAPÍTULO I

En el proceso de industrialización se consolidó la política sanitaria formándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en 1943, siendo institucionalizadas las acciones de asistencia social mexicana. Durante las décadas de los cuarenta y cincuenta, se construyeron tres Institutos nacionales: Cardiología, Neurología y Neurocirugía y el de Enfermedades Respiratorias, el Hospital Infantil de México y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. En la década del setenta fueron inaugurados los institutos de Pediatría, Perinatología y Psiquiatría (Eíbenschulz y Raphael, 2016, p.148).

Afirman los mismos autores Eíbenschulz y Raphael (2016), en cuanto al sistema de seguridad social mexicano, que se constituyó básicamente por dos instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), además de existir otros sistemas de seguridad para grupos específicos de trabajadores (p.150-152).

El Instituto Mexicano del Seguro Social creado oficialmente en 1943 fue orientado en sus inicios a: seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; seguros de enfermedades no profesionales y maternidad y seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte. Los trabajadores lograron incluir a sus familiares directos a este seguro como beneficiarios. Esta ley tuvo modificaciones entre el año de su creación y 1973. En el período de 1950-1970 se concentró tecnología avanzada, los mejores especialistas, hospitales y brinda atención médica de excelente calidad. Por lo que en sus primeros años de existencia fueron construidos grandes hospitales y excelentes instalaciones en todo el país. Por otro lado, tenemos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, creado en 1960, contaba con sus propias

CAPÍTULO I

instalaciones y servicios de asistencia social no médica (tiendas, turismo, funerarias, etc.); siendo el grupo de derechohabientes más importante los profesores de la educación primaria y secundaria, pertenecientes al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (Eíbenschulz y Raphael, 2016, p.154).

En general, las instituciones de salud mencionadas anteriormente y otras, puede decirse que surgieron con la consolidación de un Estado posrevolucionario, gracias a la lucha del pueblo mexicano, el Estado reconoció la salud como un derecho. En este contexto se inicia el sistema de salud mexicano.

1.6 Estructura del Sistema Nacional de Salud de México

Respecto a cómo quedó conformado en la actualidad el Sistema Nacional de Salud la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS, 2016), en el Informe para la salud de los mexicanos se realiza una descripción detallada del Sistema Nacional de Salud de México (SNS) como:

La suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo principal consistió en mejorar la salud de la población mexicana. Para lograrlo debe brindar servicios de salud accesibles y de calidad que respondieran a las necesidades de la población, haciendo un uso óptimo de los recursos disponibles. Actualmente todas las instituciones del SNS cubren en conjunto 83% de la población total de México, equivalentes a cerca de 98 millones de personas (p.7).

CAPÍTULO I

Este Sistema de Salud tiene más de setenta años de creado. En la actualidad se conforma por diversas instituciones públicas y privadas, organizadas verticalmente. Esta estructura implica que cada institución atiende a su propia población y ejerce las cuatro principales funciones de un sistema de salud, a continuación, mostraremos su estructura (SIDSS, 2016, p.7) en la siguiente figura:

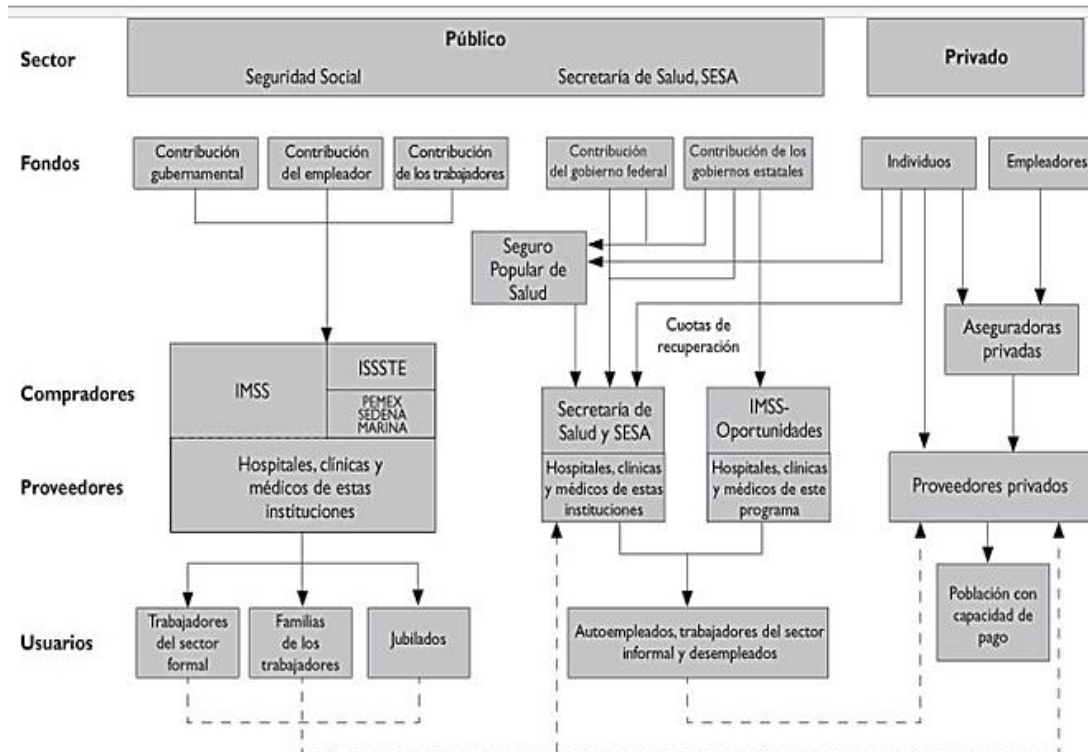


Figura 2. Estructura del Sistema Nacional de Salud de México.

Fuente: Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2: S220-S232

Esta configuración del Sistema Nacional de Salud condiciona el acceso a los servicios de salud según la situación laboral o socioeconómica de la población mexicana. La primera, determina si una persona puede atender su salud en las instituciones de seguridad social o en los

CAPÍTULO I

servicios financiados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La segunda, condiciona el acceso al sector privado de acuerdo con la capacidad de pago de quien busca atender su salud. Esta estructura y organización ha dificultado su coordinación y desempeño como sistema (SIDSS, 2016, p.7).

Como se puede apreciar es un sistema fragmentado, siendo el rasgo distintivo la división que existe en sus varios subsistemas. Al respecto, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE (2016), señala que la tendencia en los sistemas de salud que pertenecen a esta organización consiste en separarse y organizarse horizontalmente, mientras que en México continúan agrupadas y organizadas verticalmente, ejemplo de ello lo vemos en cada subsistema de salud: IMSS, ISSSTE, PEMEX que funcionan como un sistema de salud distinto y con muy poca coordinación entre ellos.

La fragmentación del Sistema Nacional de Salud desarrolla una serie consecuencias que, aunado al bajo porcentaje del PIB asignado a la atención en salud en México, tal y como afirma la OCDE (2016), permite que los recursos no sean utilizados eficazmente. Estos se mantienen dispersos entre los subsistemas verticales, los cuales cuentan con diversos niveles de recursos. Constituyendo un problema real de desigualdad en el acceso; los grupos socioeconómicos más necesitados y los estados más desfavorecidos siguen teniendo un acceso mucho más restringido a los servicios. El alto gasto de bolsillo, que constituye un porcentaje significativo de los gastos de salud, corre el riesgo de ser una carga financiera importante para los ciudadanos mexicanos, en especial para aquellos con menor posibilidad de pagar.

CAPÍTULO I

Hasta la actualidad, la fragmentación del sistema de salud ha sido constante, sin dejar de reconocer que se han llevado a cabo intentos de reformas, a pesar de que la Ley General de Salud de 1984 reguló todos los aspectos relacionados con este sector y que el derecho universal a la salud es su principio, según lo establecido en la Constitución; sin embargo, este sistema no cuenta con un listado de los servicios incluidos más allá de ejercer el derecho a la cobertura lo cual junto al acceso a los servicios van a depender de la condición laboral; mientras se cuente con un empleo formal se estará en mayor medida afiliado al sistema de seguridad social, por lo que se puede apreciar, que el ejercicio de pleno derecho a la protección a la salud en México se encuentra limitado, OCDE (2016).

En cuanto a la estructura, la Secretaría de Salud es la responsable de ejercer la rectoría del sistema de salud en su conjunto, estableciendo y conduciendo la política nacional de salud. Asimismo, la Secretaría presta servicios a través de los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Federales de Referencia, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los descentralizados Servicios Estatales de Salud. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) es quien administra los recursos para brindar protección financiera a las personas sin seguridad social, afiliadas al Seguro Popular, el cual es un programa de cobertura nacional que tiene por objeto ofrecer servicios de salud a las personas que no tienen acceso a la seguridad social ni con un seguro de gastos médicos Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2016).²

² A partir del 1ro de enero de 2020 el Instituto para el Bienestar (Insabi), creado por el gobierno de Andrés Manuel López Obrador para sustituir al Seguro Popular, ofrecerá atención médica y medicamentos de manera gratuita y sin restricciones para todos sus beneficiarios.

CAPÍTULO I

Por su parte, “los Servicios Estatales de Salud tienen las funciones de planear, organizar y operar los sistemas estatales de salud y son quienes brindan los servicios de salud a los afiliados al Seguro Popular”. Las instituciones de seguridad social brindan una red más amplia de protección social a sus afiliados, incluyendo pensiones y otras prestaciones, además del seguro de enfermedad y maternidad del IMSS, y el seguro de salud del ISSSTE. El resto de las instituciones de seguridad social tienen condiciones similares (SIDSS, 2016).

Por otra parte las instituciones privadas de salud son principalmente prestadoras de servicios con fines de lucro, aunque también existen seguros de salud privados, básicamente de gastos médicos mayores que tienen a su vez sus propias redes de servicios. Estos servicios se financian, fundamentalmente, del bolsillo de las personas con capacidad de pago (SIDSS, 2016, p.7).

En cuanto a cómo están compuestos los niveles de atención en dicho sector, es similar al de Cuba, y como lo proponen los organismos internacionales, nivel primario, secundario y terciario. Con más detalle en el primer nivel de atención que es la atención primaria se presenta el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel donde se atienden y resuelven el ochenta por ciento de los padecimientos, en este nivel encontramos las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSA) y clínicas familiares (ISSSTE) que es donde se proporcionan los servicios de salud básicos. En la Atención Secundaria (segundo nivel) tienen lugar los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. Mientras que para el tercer nivel de atención están la Red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología; se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. Son los

CAPÍTULO I

Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país (Burr, Piñó, Martín Lunas, y Quiroz, 2011, p.60-63).

En el marco del Primer Nivel de Atención, la Secretaría de Salud, con el objetivo de mitigar los diversos problemas de acceso a estos servicios, ha creado a través de los años diversos programas sociales mediante los cuales se llevan a cabo actividades de promoción y prevención dirigida a aquella población que no cuenta con seguridad social y tampoco puede acceder a los servicios privados de salud por sus elevados costes. Ejemplo de ello ha sido el programa del “Médico en Tu Casa” (Ver Ilustración 2). A continuación, realizaremos un recorrido por los antecedentes de este programa.



Ilustración 2. El Médico en tu Casa

Fuente: Foto tomada de Internet.

1.7 Antecedentes del programa social Médico en tu Casa

En el 2005, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México creó el Programa de “Visitas Domiciliarias para Adultos Mayores” de 70 años, con objeto de complementar la atención integral del adulto mayor. Su orientación era básicamente preventiva, dirigida a mejorar sus condiciones de vida y prevenir el deterioro y las complicaciones en caso de enfermedad. Los médicos encargados permanecían adscritos a alguna de las unidades de salud y eran informados por las educadoras sobre la detección de algún adulto con necesidades de atención médica en su domicilio (SESA, 2017).

En junio de 2007, la Secretaría de Salud sufrió un cambio estructural y se crea el Instituto del Adulto Mayor dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, las educadoras en salud pasan a esta nueva institución y el personal médico de la Secretaría se ve imposibilitado para seguir con las visitas domiciliarias al no contar con personal de apoyo, por esta razón, el personal médico se integra a la consulta médica en los Centros de Salud, en tanto se reestructura el planteamiento de la atención domiciliaria. La información que se tenía del programa pasó a formar parte de la nueva Institución creada, y desde agosto de 2007, el programa de visitas domiciliarias dejó de funcionar en la Ciudad de México (SESA, 2017).

Para el año 2009, bajo el jefe de gobierno del Distrito Federal (actualmente Ciudad de México) Marcelo Ebrard, surgió el programa Red Ángel, el cual fue un sistema de protección social, orientado a brindar un “Sistema de Oferta Integral y Acercamiento por Hogar y por Individuo en todas las Etapas de la Vida”. Entre otras actividades, este programa consistía en llevar la atención médica a domicilio mediante el médico, enfermera y trabajadora social. Para

CAPÍTULO I

ese entonces, se contrató personal de honorarios, no hubo médicos de base o médicos específicos para este tipo de situaciones. La estrategia operativa de este programa consistía en asignarles manzanas estadísticamente localizadas, enviaban al personal con medicamentos, a caminar a las casas y brindarles la consulta. Se buscaba identificar, principalmente, mujeres embarazadas, adultos mayores y enfermos crónicos degenerativos (Chamú, 2018).

Afirma Chamú (2018), que, desde la implementación del programa Red Ángel, se observaron diferentes dificultades operativas, en el Gobierno de la Ciudad de México: en un comienzo los mismos médicos llevaban maletas o cajas de medicamentos, posteriormente, llevaban nada más la receta porque a varios compañeros los asaltaban, les quitaban medicamentos, vacunas, entonces se optó por sólo llevar las recetas y el paciente tenía que ir al Centro de salud a recoger el medicamento. Se fue convirtiendo en un riesgo para los trabajadores. En muchas ocasiones los que acudían no eran médicos oficialmente, sino pasantes de servicio social de medicina, enfermería, entonces los enviaban a mercados a dar consulta, luego la población les facilitaba un espacio en su puesto de trabajo.

Este programa se mantuvo durante tres años de 2009-2012. Con el cambio de gobierno, y Miguel Ángel Mancera como jefe de gobierno de la Ciudad de México (CDMX), transformó este programa Red Ángel a Médico en tu Casa en julio de 2014, manteniéndose Armando Ahued como secretario de salud.

Partiendo del Modelo Operacional de este programa, realizado por la Secretaria de Salud (SSA) y la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOC), el Programa El Médico en tu Casa “buscó

CAPÍTULO I

acercar los servicios a la población vulnerable, disminuyendo los gastos de bolsillo para las personas con dichas características y contribuyendo a su mejor calidad de vida” (SSA, 2017, p.4).

De acuerdo con la SSA (2017), este programa tiene como objetivo general, además de brindar atención médica, llevar al domicilio de los pacientes beneficiarios del programa servicios como el de odontología, psicología, nutrición, enfermería, terapia física, además de contar con el apoyo de trabajo social para la vinculación de los pacientes y/o familiares con otras instituciones de salud y de otro orden, con el objetivo de resolver múltiples necesidades.

Por otro lado, dentro de sus objetivos principales planteaba:

Promover estilos de vida saludables, a través del contacto con pacientes y familiares en su domicilio, pudiendo dar una orientación más centrada en sus necesidades y poder generar en ellos un cambio en su estilo de vida logrando así romper el ciclo de enfermedad-pobreza (SSA, 2017, p.4).

1.8 Enfoque y reconocimiento del Programa Médico en Tu Casa

Con la aplicación de este programa se obtuvieron avances como: la identificación en sus domicilios de personas en condición de vulnerabilidad como son los adultos mayores, embarazadas y discapacitados que se les dificultaba el acceso a los servicios de salud y que pudieron ser atendidas por el personal del programa Médico en Tu Casa, no obstante, Evalúa CDMX (2017), encontró deficiencias como:

CAPÍTULO I

La falta de mecanismos de seguimiento ni un análisis de las contribuciones del médico en tu casa a la efectivización del derecho a la salud y a los objetivos sectoriales, locales e internacionales con los que se alinea; no se identificó la justificación teórica o empírica documentada que sustente el tipo de intervención (p.105).

Por otra parte, el Centro de Investigación de Docencia Económica (CIDE), encontró irregularidades en evaluación realizada de octubre de 2014 a septiembre de 2016; como fueron: falta de listados confiables de los beneficiarios y protocolos de atención, así como, consultas que nunca se llevaron a cabo; sin embargo, pese a éstos problemas de gestión, alrededor de 70% de los beneficiarios manifestaron estar satisfechos con el programa (Maya, 2017).

Lo anterior evidencia algunos aspectos que el programa mexicano debe tener presente para mejorar su desempeño y fortalecer el primer nivel de atención a la salud, el cual la OCDE (2015), considera que un enfoque hacia la prevención y fortalecimiento de la atención primaria optimizará el acceso, la calidad y la eficiencia de este sector. Por lo que se estima necesario que Programas como el de Médico en tu Casa sean reorientados para mayor beneficio de la población. Por la parte cubana, como mencionamos anteriormente, los logros obtenidos en este sector son consecuencia de la forma en que está estructurado su Sistema de Salud que repercute en el diseño de sus programas, en este caso el Médico y la enfermera (o) de la Familia es un ejemplo de ello.

En este sentido, si contrastamos indicadores generales en el sector salud para ambos países durante el año 2016, se observan diferencias a considerar:

CAPÍTULO I

Tabla 3. Indicadores de Salud, México y Cuba (2016).

Indicador	México	Cuba
Gasto en salud como % del PIB	6.3 %	11.1 %
Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)	51.76	95.6
Gasto total en salud por habitante*	1122	2475
Médicos. (por 1000 habitantes)	2.4	8.02
Personal de enfermería. (Por 10 000 habitantes)	27	79.3
Camas hospitalarias por 10 000 habitantes	1	5.4
Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año por cada 1000	18.10	10.4
Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos	12.9	4.3
Tasa de mortalidad, menores de 5 años por cada 1000	14.6	5.5
Tasa de mortalidad en 1 año por cada 1000 personas	4.82	7.89

* Datos basados en la paridad de poder adquisitivo, lo cual fue un sistema de medición empezado a utilizar por el Fondo Monetario Internacional a principios de los años noventa. Generalmente se utiliza cuando se quiere comparar determinados indicadores de diferentes países para lo cual es necesario homogeneizar la información, puesto que cada país mide su producto en su moneda local. En general la paridad de poder adquisitivo es una de las medidas más adecuadas para comparar la producción de bienes y servicios

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2016), OMS (2016), Inegi (2016) y de la ONEI (2016).

Al observar estos indicadores hay diferencias que se deben contrastar. En lo referente al gasto destinado a la salud, el PIB como referente del posible alcance al presupuesto en salud que cada país puede asimilar México destina cuatro puntos porcentuales por debajo que Cuba, lo cual es una diferencia importante en términos económicos y de gran impacto en la sociedad, ya que los recursos destinados no cubren a toda la población.

CAPÍTULO I

Por otro lado se observa diferencia en el porcentaje del gasto público en salud, siendo importante considerar que en el caso de Cuba no existe sector privado en salud, por lo que todo su gasto se destina al sector público; a diferencia con México que tiene ambos sectores, y el gasto se desglosa en público y privado. De acuerdo con la OCDE (2016) este rubro es comparativamente bajo. *“Como resultado directo de la falta de financiamiento del sistema de salud mexicano, hay un exceso de gasto de bolsillo para obtener atención de la salud en el sector privado”* (p.139).

En la densidad de médicos por cada 1000 habitantes se observa una diferencia notoria, teniendo Cuba a su favor alrededor de 8 médicos por mil habitantes, lo mismo sucede con el personal de enfermería.

Partiendo de que los indicadores de salud mostrados son a nivel general, ya desde aquí se percibe que ambos países tienen resultados diferentes. Para el caso de Cuba, gran parte de ello se debe a la estructura del Sistema de Salud con un carácter social que responde a un modelo de intervención enfocado en la atención primaria a la salud, lo cual se considera una estrategia que ha permitido consolidar y mantener los logros alcanzados. Por otro lado México responde a un modelo de atención mixto, apoyado en el sector privado y dirigido a la curación y no a la prevención de las enfermedades y en su caso mantiene indicadores de salud por debajo de las normas establecidas por organismos internacionales.

Capítulo II. Referentes Teóricos para el Análisis de los Programas

2.1 Introducción

En el capítulo anterior expusimos brevemente el tema a tratar, que consiste en analizar los Programas del Médico en Tu Casa en México y Médico y Enfermera (o) de la Familia en Cuba, junto con una breve descripción y la estructura en la que se encuentran. No obstante, resulta necesario realizar un recorrido teórico desde los diversos modelos de Estado, tipo de políticas que este realiza y sus programas sociales, a fin de comprender e interpretar el contexto de ambos programas.

Sobre la base de lo señalado en el párrafo previo, este capítulo tiene por objeto presentar los principales conceptos que serán utilizados para analizar los programas de salud, específicamente, se esbozan los conceptos de Estado de Bienestar y su taxonomía, problemas sociales, políticas públicas, políticas sociales y políticas de salud; posteriormente, se aborda el concepto de derecho a la salud y se hace referencia a los proyectos sociales, ya que mediante éstos se realizan acciones compensatorias para lograr que la población excluida reciba ciertos bienes y servicios básicos, en este caso, los servicios de salud de nivel primario, que son los que se ofertan a través de “Médico y la enfermera (o) de la Familia”, en Cuba y “Médico en tu Casa”, en la Ciudad de México.

2.2 Debates Teóricos en torno a los tipos de Estado de Bienestar

Para adentrarnos en el tema de este capítulo, partimos de la descripción de los Estados de Bienestar ya que es considerado un logro de los Estados modernos debido a su capacidad de proteger a los ciudadanos de diversas situaciones vitales para el desarrollo del individuo dentro de la sociedad, como la niñez, la vejez, el desempleo, la salud, la educación, entre otros.

De acuerdo con Cárdenas (2017), el Estado de bienestar o benefactor ha recorrido varias etapas, primero de los años 80 del siglo XIX hasta inicio de la Primera Guerra Mundial, se habla de un Estado Social donde el Estado es sólo asistencial y no concibe a los derechos económicos, sociales y culturales como derechos humanos, como una segunda etapa está el Estado Social Democrático de Derechos, establecido durante el período existente entre la Primera y la Segunda Mundial, “donde el Estado constitucionaliza derechos sociales y establece las bases de la teoría económica para construir un Estado de Bienestar; ya a partir de 1945 hasta el final de los años 70 del siglo XX, los países más industrializados del mundo actual se materializan y consolidan en este” (p.67).

Otro autor como Esping Andersen (1990), describe tres modelos de Estados de Bienestar:

1. El liberal: implica individuos autosuficientes y con fe ilimitada en la soberanía de mercado. Una de las regularidades que este presenta es el “Predominio de los programas de asistencia social –y del gasto relativo en estos programas respecto al total del gasto en bienestar-, y escasa importancia del reconocimiento de derechos.”

CAPÍTULO II

2. El conservador: donde el Estado interviene cuando fallan las instituciones más próximas al individuo. Este tipo de Estado hace escasa apelación a los mecanismos de mercado en la prestación de sus servicios, que son asumidos directamente por el Estado o por asociaciones eclesiásticas sin fines de lucro. Además, se le llama conservador porque las familias nucleares con padre trabajador, madres amas de casa e hijos, se convirtieron en uno de los puntales de la seguridad social y de las políticas sociales. Su estructura de seguros sociales, al estar vinculado con el empleo, dieron lugar a una gran diversidad de sistemas ligados al corporativismo y al estatus social.

3. El socialdemócrata: gran parte de los sistemas de asistencia social tradicionales se transformaron en programas de reconocimiento de derechos con tendencia creciente a la universalización; socialización global de riesgos, rechazo de los mecanismos de mercado, elevados niveles de subsidio e igualitarismo, con escasa relación entre ingresos laborales y prestaciones.

Andersen (1993), analiza a las sociedades capitalistas mediante el estudio de los Estados de Bienestar, establece comparaciones entre la función que ejerce el Estado en determinados países de Europa y llega al concepto de que el Estado de Bienestar se encuentra ligado a los procesos de mejoras sociales.

Al retomar autores como Sotelo (2010) y Andersen (1993), para el estudio de los modelos de Estado de Bienestar: Social Demócrata y Conservador hubo un progreso de ideas más universalistas y esquemas de prestación de servicios más igualitarios; impulsado por políticas

CAPÍTULO II

sociales que abarcaban las necesidades y riesgos a los que el trabajador asalariado y su familia se exponían.

Luego de 1970, ocurrieron una serie de acontecimientos internacionales en las grandes potencias económicas, en Gran Bretaña (1979) la llegada al gobierno de Margaret Thatcher, mientras que en los Estados Unidos (1981) Ronald Reagan tomó la presidencia. En este contexto, Sotelo (2010), resalta el comienzo de una etapa donde se empieza a cuestionar si el modelo de Estado Benefactor en el que la población trabajadora percibía una serie de derechos y beneficios era realmente factible. Dichos presidentes retomaron gran parte de las teorías económicas ejercidas durante el liberalismo económico, partiendo del supuesto de que el Estado no podía sostener los costos que implicaban beneficios para la población, mientras se acudiera al déficit presupuestal ni al aumento de la deuda. Evidentemente, todo lo relacionado con garantizar derechos y mejoras sociales a la población, en su mayoría de clase trabajadora, no favorecían a los intereses del capital, sino más bien, eran objeto de obstrucción de los grandes poderes económicos.

Una rápida mirada dentro del contexto mencionado nos lleva a reflexionar sobre ideas que surgieron durante esta etapa que penalizan el concepto de justicia social y el de igualdad de oportunidades “plantean que los sistemas jurídicos y económicos no deben ser forzados a obtener una igualdad social, porque se contraría con la naturaleza de las cosas. Hay que aceptar la desigualdad innata” (Cárdenas, 2017, p.84).

CAPÍTULO II

Con estos tipos de ideologías y argumentos salen a relucir los pensamientos de tipo liberal y neoliberal, como:

La intervención del Estado en la economía es anti productiva, no es eficaz ni eficiente. Las empresas privadas son muy superiores en organización y productividad a las empresas públicas que están lastradas por la ineficacia, ineficiencia, el burocratismo y sus altos costos de operación que llevan al despilfarro y al desperdicio de los recursos económicos (...) fortalecer el mercado y la libre competencia; reducir la presión fiscal a las empresas; fomentar actividades del capital en los mercados exteriores (Cárdenas, 2017, p.85).

Con el fomento de las actividades económicas en el exterior, se entra en una nueva fase, decisiva para el funcionamiento del Estado de Bienestar: la Globalización o la internacionalización de la economía. Desde la perspectiva de Cárdenas (2017): “La internacionalización de la economía ha sido el factor decisivo para restaurar una forma de capitalismo mundial y remover al Estado del bienestar de su sitio” (p.86).

Al respecto Sotelo (2010) define como globalización:

La rapidez con que se traslada de un país a otro un capital financiero, por lo general de carácter especulativo; la expansión del comercio internacional, en rápido crecimiento; las inversiones directas de empresas multinacionales por todo el planeta; la unificación de los modos de vida y pautas culturales a nivel planetario, con la correspondiente reacción política y cultural de las distintas civilizaciones. El que más se beneficia es el capital que puede trasladarse con la mayor rapidez allí donde consiga los mejores rendimientos y pierde sin duda la mano de obra en los países que se quedan sin trabajo, aunque prospere en aquellos en los que accede al empleo, aunque a la larga el destino sea el mismo en un mundo en el que el

CAPÍTULO II

capital precisa cada vez menos de la fuerza de trabajo. En los países desarrollados con la globalización pierden sobre todo los sectores más desfavorecidos, ya que su principal protector, el Estado, muestra toda su impotencia en este nuevo contexto (p.297-298).

Cárdenas (2017) agrega la necesidad de rescatar que parte de los cambios ocurridos con la Globalización fueron la universalización del ingreso de la mujer al mundo laboral, las grandes migraciones de los países subdesarrollados a los desarrollados, entre otros con los que las sociedades del Estado de Bienestar de los países industrializados no pudieron dar respuesta a estos nuevos retos.

Como se resaltó, este declive de los Estados de Bienestar, dio paso a las nuevas ideas neoliberales donde la eficiencia está en la privatización de las empresas, en la pérdida de derechos humanos sobre todo aquellos de carácter social, debido a que los costes de elementos vitales para el desarrollo humano son asumidos por los ciudadanos, donde el Estado no interviene en lo absoluto.

Retomando la opinión de Sotelo (2010), esta nueva ideología se define de la siguiente manera:

El neoliberalismo propugna que cada cual se asegure según valore la salud, pague una educación de la que al fin y al cabo se aprovecha individualmente, o que una entidad privada garantice las pensiones que, según el dogma liberal, costarían menos (p.311).

De manera general, se puede afirmar que el neoliberalismo es lo contrario a los logros obtenidos por los llamados Estados de bienestar; dejando de lado el reconocimiento de los

derechos sociales y la intervención del Estado cada vez menos en esos asuntos. Siendo lo único importante el funcionamiento del mercado.

Una vez abordados los diferentes modelos de Estados desde la perspectiva de los autores, podremos analizar en cuál de ellos se insertan los países analizados en esta investigación, lo cual nos permitirá contar con mayor comprensión de las políticas tomadas por estos. (Ver Anexo 1)

En el siguiente apartado se hará énfasis desde una aproximación teórica conceptual al papel que ejerce el Estado dentro de los problemas sociales.

2.3 Problemas Sociales

La segunda categoría analítica que se usará en este apartado son los problemas sociales. Respecto a esta categoría el autor Aranguren (2005) nos plantea:

El campo de los problemas sociales es una de las especialidades más importantes de la ciencia social en general y en particular de la sociología. Dichos fenómenos implican o afectan a mucha gente, es precisamente lo que los convierte en problemas sociales. Sin dejar de reconocer que lo que para unos es problema social puede no serlo para otros. Desde la sociología, el objetivo principal es descubrir las causas de los problemas, investigar cuáles son sus contextos determinantes y cómo están relacionados los problemas con otros fenómenos sociales (p.25-26).

Siguiendo con el mismo autor, las investigaciones sobre problemas sociales proporcionan el conocimiento y los datos necesarios para diseñar políticas y programas de intervención que tenga

CAPÍTULO II

probabilidad de éxito para la población. Con este tipo de investigaciones, el público en general contará con más información de los problemas sociales.

En contraste, para Aguilar (2013), las situaciones sociales son calificadas como problemas cuando los efectos que causan en la vida de los individuos son contradictorios a los que deben existir en una sociedad, por tal situación, exigen cambios y mejoras al respecto. En general, mientras un conjunto de personas tenga la misma percepción de determinada situación social que los afecte, se estará en presencia de un problema social.

Coincidimos con este autor al observar que:

“problema significa una valoración y un juicio de valor (...) la referencia de una situación social empírica de un sistema de valores políticos y sociales relacionados con dignidad humana, libertad, justicia, bienestar, seguridad, etcétera; es lo que hace que la situación sea juzgada negativamente como un problema a resolver” (Aguilar, 2013, p. 186).

Visto lo anterior, se estima que cuando una persona tiene dificultad o no puede acceder a los servicios de salud, ya sea por problemas económicos, enfermedad, o porque éstos se encuentran alejados y no es posible su acceso, o simplemente porque no están disponibles dichos servicios, pueden considerarse como un problema social; pues impide el desarrollo integral del individuo.

La relación del Estado va a depender del modelo que se ejerza, como se observó, si se trata de un Estado de Bienestar que reconoce los derechos sociales de la población y se preocupa por el

CAPÍTULO II

goce de éstos, veremos que tendrá amplia participación en eliminar los problemas, y promover un cambio siempre en beneficio de los individuos. Por otro lado, si tenemos un Estado con características neoliberales, sucederá todo lo contrario, su participación será mínima, centrándose en atender a aquellos que demuestren y sea comprobado que se encuentren en situación de vulnerabilidad o indigencia.

2.4 Políticas Públicas

La siguiente categoría analítica considerada en este trabajo es la de Políticas Públicas. Al respecto Myriam Cardoso (2006), define por política pública:

Como un fenómeno social, administrativo y político específico, resultado de un proceso de sucesivas tomas de posición, que se concretan en un conjunto de decisiones, acciones u omisiones, asumidas fundamentalmente por los gobiernos, mismas que se traducen, en un lugar y período determinado, la respuesta preponderante del mismo frente a los problemas públicos vividos por la sociedad civil. La política pública es una práctica fundamental de los gobiernos, estos son considerados como sus principales actores, pues son los únicos que tienen los recursos necesarios para brindar bienes y servicios capaces de satisfacer las necesidades de la población. Lo cual no quiere decir que se niegue la importancia a la participación de las organizaciones civiles y sociales o los ciudadanos en general, sino que ésta, si bien se estima deseable, no se considera un elemento imprescindible para definir una política como pública (p.25-26).

CAPÍTULO II

Las políticas son un proceso que puede desagregarse en fase o etapas, a lo cual denominan ciclo de las vías políticas. Como son: “aplicación o implementación, evaluación y terminación” (Cardoso, 2006, p. 27).

Aguilar (2013), propone por política pública: un conjunto de acciones intencionales y causales que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; y son acciones causales por cuánto son consideradas idóneas y eficaces para realizar el objetivo y resolver el problema; un conjunto de acciones cuya intencionalidad y causalidad son definidas mediante la interlocución entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; un conjunto de acciones a emprender que han sido decididas por las autoridades públicas y legítimas; un conjunto de acciones que son llevadas a cabo por actores gubernamentales, un conjunto de acciones que configuran un patrón de comportamiento del gobierno y de la sociedad (p.180).

Parte de la propuesta de Aguilar coincide con Cardoso, al proponer que la política pública cumple un papel protagónico dentro de las funciones públicas que realizan los gobiernos “pues cubre prácticamente todos los campos de responsabilidad del Estado y de las expectativas sociales e integra las varias dimensiones políticas, legales, financieras y administrativas del gobernar” (Aguilar, 2013, p. 181). Como en efecto, la política pública es una acción que ejercen los gobiernos con la responsabilidad de cubrir las expectativas sociales e incorporar las diversas dimensiones políticas, legales, financieras y administrativas del gobernar (Aguilar, 2013).

Para adentrarnos en las características fundamentales de las políticas públicas retomamos las nociones propuestas por Meny y Thoenig (1992), para quienes las políticas públicas disponen de:

CAPÍTULO II

- *Un contenido:* toda política pública moviliza recursos de todo tipo para generar ciertos resultados o productos.
- *Un programa:* una política pública no se reduce a un acto o decisión considerado aisladamente, sino que, detrás de cada acto existe un marco de referencia que integra y da coherencia a esos actos o actividades.
- *Una orientación normativa:* la política pública no es la resultante de respuestas aleatorias, carentes de sentido o direccionalidad, sino, la expresión de las finalidades (mapas cognitivos e ideologías) y preferencias que el/los decisores/es no pueden dejar de asumir.
- *Un factor de coerción:* toda política pública procede de una autoridad gubernamental legítimamente investida, dotada de los recursos de coerción necesarios para imponer las decisiones de política adoptadas.
- *Una competencia social:* las políticas públicas se dirigen hacia determinados grupos o poblaciones, y buscan modificar sus comportamientos, afectar sus intereses o modificar los contextos en los cuales estos se desenvuelven.

Dicho lo anterior, se retoma nuevamente el trabajo de Aguilar (2013), para identificar ahora cuatro etapas de políticas públicas:

- *La definición del problema:* es el primer paso donde diversos actores políticos, sociales y diversos grupos de interés, despliegan su capacidad de influencia para posicionar de una determinada manera cada problema público, de esta forma, entre el conflicto y la negociación se integran los diversos temas que comprenden la agenda.

CAPÍTULO II

- *La formulación de políticas:* se lleva a cabo entre los argumentos racionales y técnicos que funcionarios expertos en la materia proponen, y los intereses y preferencias de grupos sociales diversos.
- *La implementación:* es la ejecución de las medidas planificadas e implica procesos de negociación y conflicto entre agencias participantes. Induce a ajustes entre actores y a la construcción de arreglos entre los mismos.
- *La evaluación:* consiste en valorar el desempeño del gobierno bajo criterios de eficiencia, eficacia, calidad y legalidad.

La noción de Aguilar (2013), incluye las etapas mencionadas anteriormente y otras que resultan necesarias destacar como:

La formación de la agenda; la definición del problema público; la hechura o formulación de la política, es decir, la construcción de opciones para resolver el problema; la decisión o la selección entre opciones para resolver el problema; la comunicación de la política; la implementación de la política y por último la evaluación de la política (p.188).

Además de coincidir con las etapas anteriores, manejar el término de intervención intencional dentro de las políticas públicas evidencia como los Estados intervienen en la sociedad, ya sea con actividades, proyectos o políticas sociales en general, con el objetivo de transformar y mejorar la realidad de los actores sociales.

Teniendo en cuenta las definiciones de los autores mencionados podría resumirse por concepto de política pública, como un conglomerado de acciones diseñadas y ejecutadas a través

del Estado en función de dar respuesta a los problemas de interés público. Según el tipo de Estado instaurado va a depender el enfoque de las políticas públicas, así como su intervención a través de determinados programas y proyectos capaces de formular soluciones y de esta forma brindarle bienestar a la sociedad.

2.5 Política Social

Otra categoría analítica dentro del proceso de las políticas públicas son las políticas sociales, que también se consideran acciones realizadas por el Estado para intervenir en los diversos problemas existentes en de la sociedad.

Partiendo de la teoría de Ortiz (2007), cabe resaltar que “La política social consiste en situar a los ciudadanos en el núcleo de las políticas públicas, ya no mediante el suministro de asistencia social residual, sino incorporando sus necesidades y voz en todos los sectores” (p.6). Diversos gobiernos han utilizado este mecanismo con fines totalmente políticos, para conseguir una especie de apoyo y legitimación por parte de la sociedad. A su entender “generar cohesión social, impulsar un mayor desarrollo económico, desarrollar el capital humano y empleo productivo” (Ortiz, 2007, p.6).

Como antecedentes de las políticas sociales Ortiz (2007), en su obra hace un recorrido desde la década de los ochenta y noventa donde resalta que la política social fue asistencialista, centrada en proporcionar como su nombre lo indica asistencia social y servicios básicos, lo cual no resultaba suficiente para lograr un desarrollo social y económico.

CAPÍTULO II

Respecto al carácter asistencialista de la política social, Montagut (2002), no descarta este, al entenderla como: *relativa a la administración pública de la asistencia, al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales, en aspectos tales como, salud, trabajo, educación, vivienda, asistencia, y servicios sociales en genera* (p.20).

Para Montagut (2004), en su análisis, establece una relación entre política social y los derechos de la ciudadanía. Considera que el contexto en que salen a relucir las primeras políticas sociales respondía a objetivos morales; partiendo de considerar “la igualdad entre los hombres, los derechos humanos o los derechos de la ciudadanía; donde los gobiernos intentaban conseguir esa deseada igualdad” (p.21).

Al referirnos al contexto inicial de las Políticas Sociales y a los objetivos que ésta responde, no podemos verlo alejado del modelo de Estado, respondiendo a un Estado encargado de proporcionar bienestar a la población a través del reconocimiento de determinados derechos sociales. En este sentido, encontramos la intervención del trabajo social, ya que mediante éstos profesionales el Estado llega a la población. Dicho de otro modo, los Estados realizan Políticas sociales con el objetivo de proporcionar bienestar a la población y dentro de los profesionales encargados de operacionalizar dichas políticas, ya sea a través de Instituciones públicas o privadas encontramos la labor de los trabajadores sociales.

Importante resaltar que el tipo Estado y la política social establecida, son fundamentales para la práctica profesional del trabajo social. En dependencia del enfoque de los Estados y la política que establezcan encontraremos el accionar de los trabajadores sociales, por lo que, colocamos a

CAPÍTULO II

los profesionistas de esta disciplina como agentes fundamentales de las Políticas Públicas y Sociales.

Al respecto Carlos Montaña (2009), propone que las políticas sociales constituyen instrumentos de intervención estatal (...) que representan conquistas de las clases trabajadoras y subalternas. Derechos conquistados para tener ciertas necesidades tratadas por el Estado. Este sentido social de las políticas sociales es transferido a los asistentes sociales, actualmente trabajadores sociales, formando su quehacer profesional, que, en sus palabras, forma parte de: “(...) *un engranaje en la reproducción de las relaciones sociales y del sistema imperante; su práctica social resulta funcional a la mantención del orden social y las relaciones capitalistas (...) Se condiciona por las estructuras sociales, las demandas institucionales (...)*”.

Como vemos, se evidencia la estrecha relación que existe entre el trabajo y las políticas sociales; funcionando como una herramienta utilizada por los Estados con el objetivo de controlar y dominar los sectores de la población (generalmente los más vulnerables); más aún en el marco de los Estados capitalistas neoliberales.

En el análisis de la autora Montagut (2004), su concepción de la política social persigue dos grupos de objetivos, los cuales separa en dos bloques:

- *Realizar un conjunto de medidas que, afectando las estructuras de la sociedad, intentan modificar las contradicciones que se generan y,*
- *Llevar a cabo un conjunto de medidas que –sin cuestionar el orden presente- intentan amortiguar y hasta resolver los conflictos generados” (p.22).*

CAPÍTULO II

Esta visión propuesta por Montagut permite repensar la función que cumplen las políticas sociales y reflexionar sobre: ¿hacia quienes van dirigidas exactamente?, ¿en qué modelos de Estados se llevan a cabo?, ¿qué enfoque tienen? y ¿cuál es el fin que persiguen? Por todo ello, continuaremos reflexionando desde la perspectiva de otros autores a fin de encontrar mayores argumentos.

El enfoque de derechos de la política social que definen Alonso y Delgado (2002), parte de:

El conjunto de objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de las cuales el Estado se dirige a crear oportunidades y fortalecer instrumentos en términos de la equidad y la integración social. La política social, por tanto, debe expresar el contenido específico de los servicios, prestaciones y protecciones sociales; la financiación para garantizar el acceso de quienes carecen de recursos; el aseguramiento de individuos, familias y grupos contra determinados riesgos; y la protección a quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad específicas (p.1).

En este sentido, Delgado (2002), plantea que la política social es un conglomerado de recursos financieros, medidas reguladoras, que tienen como objetivo distribuir y redistribuir determinados servicios en áreas de: salud, educación, seguridad social, vivienda, protección laboral y asistencia a las familias.

CAPÍTULO II

Partiendo de este razonamiento, es necesario destacar que la política social no sólo busca la redistribución, sino que se ha convertido en un mecanismo para:

(...) materializar explícitamente los derechos sociales y económicos de los ciudadanos, tales como salud, educación, vivienda, pues es claro que para poder ser un/a ciudadano/a activo/a, en ejercicio de los derechos civiles y políticos, se requiere de unos presupuestos básicos para la acción que son estos derechos sociales y económicos y reducir los niveles de exclusión, las condiciones de vulnerabilidad y riesgo social al que están expuestos grupos particulares de la población (Delgado, 2002, p. 2).

Por otra parte, dentro de la temática de la Política Social encontramos que tiene diversas aristas, ya que pueden abordar temas de salud, educación, vivienda, entre otros, sobre todo en aquellos que sean considerados problemas y necesidades sociales. Junto a ello, encontramos el quehacer profesional de los trabajadores sociales con toda la voluntad para incidir de manera significativa en el desarrollo integral de la población.

Anteriormente mencionamos que una de las áreas donde se encuentra el trabajo social es la salud; siendo parte de las funciones que ejerce, desarrollar programas de salud integrales lo cual estará asociado a la política de salud implementada.

2.6 Las políticas de salud

Una vertiente de las políticas sociales, son las políticas de salud, las cuales se orientan a que la población tenga acceso a bienes y servicios estratégicos para gozar de una vida saludable y duradera.

Para llevar a cabo un análisis y ser capaz de formular políticas de salud, es importante conocer los conceptos de “estado de salud de la población” y “sistemas de salud”, propuestos por el Posgrado en Salud Social y Comunitaria de Argentina (2010):

El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos y el sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud. Incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en la salud (p.26).

Establecer una política de salud parte de comprender el concepto de salud como un problema público, donde el Estado es su principal actor y encargado de satisfacer las necesidades de salud de la población. Dichas políticas tienen su origen a partir del momento en que se detectan problemas en la salud de los individuos y el Estado como ente regulador en la sociedad lo concibe como un problema en el que debe intervenir para beneficio de la población.

Entre los estudios realizados sobre Políticas de Salud en Argentina (2010), se prioriza la “identificación de alternativas para las líneas de acción en el momento de formular políticas de salud; ya que es una tarea que no solo necesita del saber de los médicos, sino una perspectiva mucho más amplia” (p.28).

CAPÍTULO II

Al respecto, existe divergencia en la planificación de las políticas de salud y su ejecución, de ahí que los especialistas advierten sobre:

(...) una enorme brecha entre la enunciación de las políticas y su implementación. Entre lo que se dice y lo que se hace. Muchas políticas enuncian su compromiso con valores como la equidad y la participación, pero instrumentan acciones que apuntan en el sentido contrario. Todas las políticas expresan, de manera implícita o explícita, una determinada racionalidad política e instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores. Por lo tanto, la formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida (Posgrado en Salud Social y Comunitaria, 2010, p. 29).

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, es necesario destacar: *“la adopción de un conjunto de determinados valores y principios que constituye el primer grupo de alternativas por las cuales se debe optar en la formulación de políticas sanitarias y en el diseño de sistemas de salud”* (Posgrado en Salud Social y Comunitaria, 2010, p. 30).

La eficacia de las políticas de salud establecidas en diversos países va a depender del enfoque que tengan, y hacia dónde estén direccionadas, si partimos de la salud como derecho, no solo instituido en la Constitución de los países, sino que la población lo perciba como tal; si la solución se encuentra en sanar las enfermedades en lugar de prevenir su ocurrencia. Partiendo de este punto, en el Informe sobre la salud en el mundo que realizó la Organización Mundial de la

CAPÍTULO II

Salud OMS (2008), propone que las políticas de salud que priorizan la atención primaria donde el objetivo es la prevención de la enfermedad y la cobertura universal de este sector, presentan mayor eficiencia y mejores resultados.

La población espera ser representada por sus gobiernos, que este garantice aspectos básicos para el desarrollo del ser humano. Las políticas públicas establecidas por los gobiernos deben abarcar todos los sectores, desde el más bajo hasta el más alto. “La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a las expectativas de la población” (OMS, 2008, p. 66).

En este sentido, en el Informe de la OMS (2008), se otorga prioridad a la atención primaria y la cobertura universal de la salud, aspectos claves en el establecimiento de las políticas públicas en el sector salud, relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de calidad, los recursos humanos, la acreditación, entre otros, puesto que constituyen el grupo de las políticas de los sistemas sanitarios, que de establecerse cumple con varios propósitos como definir prioridades y funciones a ejercer, mantener informada a la población, crear consenso entre los distintos grupos que conforman dicha política.

El diseño de las políticas de salud deberá estar enfocado en buscar el bien común de la sociedad, ya sean consideradas como políticas universales o focalizadas (lo cual rescataremos en próximos apartados), su principal objetivo será garantizar la salud de la población como aspecto fundamental para el desarrollo y bienestar de los países.

CAPÍTULO II

Otro aspecto importante para tener presente, es la profesión del trabajo social, ya que consideramos que puede ir acompañando en todo momento al diseño y ejecución de las políticas sanitarias, con el objetivo de sugerir diversos tipos de acciones y cambios necesarios para el funcionamiento y desarrollo de estos. Como vimos anteriormente los trabajadores sociales en el sector salud cumplen diversas funciones, entre las que se destacan el rol administrativo en las instituciones de salud y el trabajo individual con las familias y las comunidades.

2.6.1 Derecho a la salud

Dentro del proceso de las políticas de salud está inmerso un término importante que no podemos obviar y es el derecho a ésta.

El derecho a la salud ha sido definido a partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDECS) como de segunda generación. La Observación General 14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del PIDECS, en su párrafo 12, establece que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados: **disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad**. Dicho documento, ubica la salud más allá de la atención a la enfermedad, debe ser integral y relacionada con los demás derechos. El derecho a la salud incluye: la no discriminación por raza, sexo, color, idioma, religión; el carácter individual y social; la equidad; la participación auténtica; el acceso a los recursos efectivos para obtener su recuperación. De igual manera, tiene en cuenta factores determinantes básicos de la salud como el acceso a alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuada, agua limpia y potable, condiciones sanitarias y de trabajo, medio ambiente sano, acceso, educación e información en salud. El “contenido mínimo esencial” de un derecho, es la base mínima intangible de cada derecho, que todas las

CAPÍTULO II

personas en todos los contextos deben tener garantizado. Indica un tope mínimo debajo del cual no debe actuar ningún gobierno, aún en condiciones desfavorables. En ese sentido, se establecen tres tipos de obligaciones estatales: respeto, protección y satisfacción, definiendo el contenido del Mínimo Esencial que, en el caso de salud, se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, medicamentos esenciales, asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, entre otros (Grupo de investigación en Gestión y Políticas en Salud, 2008, pp. 22-23).

La OMS (2000), afirma que, en la actualidad, en el tema de salud se ha producido un desplazamiento progresivo del interés hacia el concepto que la OMS denomina un “nuevo universalismo”. En lugar de ofrecer toda la atención posible para todo el mundo, o solo la atención más simple y básica para los pobres, de lo que se trata ahora es de hacer llegar a todos una atención esencial de alta calidad, definida fundamentalmente por criterios de eficacia, costos y aceptabilidad social. Ello entraña una elección explícita de prioridades entre las intervenciones, respetando el principio ético según el cual a veces es necesario y eficiente racionar los servicios, pero considerando inadmisibles la exclusión de grupos enteros de la población (p. 21).

A pesar de lo planteado por la OMS (2000), sobre la necesidad de sistemas de salud universales permeado de valores y principios que incluyan a toda la población, no podemos obviar que los seres humanos en los sistemas capitalistas de la actualidad son eternos consumidores del mercado, tal y como afirma (Bauman, 1999), vivimos en una sociedad de consumo, donde las necesidades son creadas constantemente. Este aspecto se refleja en todos los sectores de la sociedad vinculados con la lógica del mercado. Se pone énfasis en la industria farmacéutica con sus grandes empresas transnacionales que poseen un gran poder económico

CAPÍTULO II

bajo la lógica del sistema capitalista. Esta industria genera una amplia gama de medicamentos con el objetivo de tener una “población saludable”, pero no promueven medidas preventivas de salud porque ese tipo de prácticas no son generadoras de ingresos, de tal suerte que vemos que existen medicamentos para la gran mayoría de las enfermedades (hasta más medicamentos que enfermedades), que se promocionan a través de los medios de producción con un bombardeo constante de información al respecto (González, 1994).

Claro que es necesario el avance científico tecnológico de esta industria, gracias a ello contamos con cura a enfermedades que antiguamente las personas morían por la no existencia del medicamento; lo que va más allá de eso, son los intereses económicos generados, el surgimiento de nuevas enfermedades con curas excesivamente caras, la imposición de hábitos alimenticios compensados con tratamientos médicos (en ocasiones no necesarios). En este sentido, se pone en evidencia la ausencia de valores y principios, pues los intereses económicos priman sobre problemas de interés social como el acceso a los servicios de salud, y contar con una población sana. Vemos que el eje central es el individuo como consumidor, dejando de lado la importancia de la prevención de las enfermedades, que lógicamente dista de los intereses económicos. Por lo tanto, en este tipo de contextos ejercer el derecho a la salud, resulta contradictorio.

Este cambio se ha debido en parte a las profundas transformaciones políticas y económicas vividas en los últimos 20 años aproximadamente, en particular, el paso de las economías de planificación centraliza a las economías de mercado, a una disminución de la intervención del Estado en las economías nacionales, a un menor control de los gobiernos y a una mayor descentralización (OMS, 2000).

CAPÍTULO II

Se puede decir que en el modelo cultural actual donde la ideología neoliberal por parte del Estado es la que predomina, propone que para poder sostenerse debe intervenir cada vez menos en el sector público puesto que provoca déficit fiscal entre otras cuestiones económicas, que no incluyen al factor humano y por ende social.

A partir de los planteamientos expuestos, se afirma que la salud se ha mercantilizado. Lógicamente son mecanismos injustos, donde la población de países subdesarrollados y en vía de desarrollo cuenta con desigualdad total en el acceso a la salud, aun cuando es considerado como derecho, ante las organizaciones internacionales y gubernamentales, y además plasmadas en la Constitución de muchos países.

Siguiendo con esta perspectiva, Montañó (2009), plantea que en general:

La orientación de las políticas sociales estatales es alterada de forma significativa. Ellas son privatizadas, transferidas al mercado y/o insertas en la sociedad civil; por su vez, contra el principio universalista y de derecho de ciudadanía, son focalizadas, esto es, dirigidas exclusivamente a los sectores portadores de necesidades puntuales, lo que permite su precarización (p.5).

Valdría la pena preguntarse si en todo este contexto, ¿la salud es realmente un Derecho? O si se está fomentando aceleradamente su pérdida con los procesos de privatización a los que nos estamos enfrentando en este modelo cultural imperante.

2.7 Programas y proyectos sociales

A continuación, abordaremos cómo es que las políticas sociales se transforman en programas y proyectos en función de la población. Al respecto Cohen y Franco (2005), nos aproximan a esta categoría, ellos proponen:

En cuanto a **programa** (en el campo de lo social) a un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, sin tomar en cuenta si requieren o no de inversión. Mientras que los **proyectos** pueden ser operacionalmente definidos como la unidad mínima de asignación de recursos (por ejemplo, un centro de atención primario de salud) para el logro de uno o más objetivos específicos. Tienen una población objetivo definida por los atributos de la demanda en función de la necesidad que se pretende satisfacer (p.110).

Por otro lado, en el Análisis y Desarrollo Social de Consultores (2014), definen a los proyectos como:

Un plan de trabajo con carácter de propuesta que concreta los elementos necesarios para conseguir unos objetivos deseables. Tiene como misión la de prever, orientar y preparar el camino de lo que se va a hacer, para el desarrollo de este. Son una serie de actividades ordenadas, que movilizan un número determinado de recursos, para lograr unos objetivos definidos, en un período de tiempo, en una zona determinada y para un grupo de beneficiarios, solucionando problemas específicos o mejorando su situación (p.4).

Partiendo de las definiciones anteriores, consideramos a los proyectos como el medio operativo mediante el cual los planes y programas se transforman en acciones concretas que se

CAPÍTULO II

ejecutan en territorios particulares para la atención de las necesidades de poblaciones específicas. Al ejecutar Proyectos, el Manual de Gestión de la Universidad de Antioquía (2013), considera:

La posibilidad de pasar de la idea a la realidad y de la teoría, a la práctica. Su capacidad para transformar situaciones concretas es mayor que la de los planes. La ejecución de los proyectos da lugar a productos identificables susceptibles de evaluación y en esta medida puede ser la base de control del gasto público social (p.32).

Un análisis más detallado sobre los proyectos sociales, conlleva a tener una reflexión rigurosa sobre el problema social concreto que queremos resolver. Tomar conciencia de las múltiples necesidades sociales, problemas y de la complejidad de la realidad social. Seleccionar un problema concreto. Elaborar un diseño sistemático y reflexivo. Ponerlo en práctica para poder transformar la realidad o de alguna manera inferir en mejores resultados. Ser original y creativo en la elaboración y diseño del proyecto. Y por sobre todas las cosas no partir de nuestras preconociones como investigadores de las ciencias sociales de determinado problema, más bien partir desde la óptica de quien vive el problema, de seguro serán versiones totalmente diferentes, que brindarán amplia información para la ejecución tanto de programas como de los proyectos sociales.

Retomando a los programas sociales, para el Coneval (2017), éstos deben “estar orientados a resolver una problemática que afecte a la población” (p.4). No descartar según Cohen y Franco (2005), dentro de dicha población, quienes sufren las carencias que se van a atender a través de

CAPÍTULO II

los programas sociales. Por lo que proponen que en el diseño de la política debe quedar establecido adecuadamente las relaciones causales entre los medios y el objetivo propuesto a lo cual llamaran el fin a alcanzar.

Siguiendo con Cohen y Franco (2005), afirman que:

En muchos programas sociales se tiende a confundir los fines y los medios. Ello conduce a que la ampliación de la cobertura aparezca con frecuencia como objetivo; a que se aumente la inversión en infraestructura física, cuando la construcción de escuelas y de puestos de salud no conduce necesariamente a los resultados que se esperan de una política de educación o salud y la tercera confusión consiste en creer que el aumento del gasto corriente es el único o fundamental prerequisite para el éxito. Sin dudas es muy importante disponer de recursos, pero nada asegura que ello se traduzca automáticamente en una educación de mejor calidad. La meta es alcanzar un impacto sobre la población objetivo (p.101-102).

2.7.1 Trabajo Social en los programas de salud

Al adentrarnos en este aspecto, consideramos necesario retomar los tipos de Estados; para el caso de los Estados capitalistas con rasgos neoliberales, la ejecución de programas sociales en el sector salud, específicamente aquellos relacionados con el Primer Nivel, donde se trabaja en las instituciones encargadas, así como con las comunidades; la función del trabajador social va a estar determinada por las Instituciones estatales. Generalmente, los trabajadores sociales son empleados como: canalizadores, controladores y mediatizadores de los procesos producidos en las comunidades, en su quehacer, organizan actividades de prevención y promoción en relación con la salud, pero siempre dentro del marco establecido; o sea, es una atención focalizada,

CAPÍTULO II

dirigida a la población, donde no hay un enfoque sistémico del proceso salud-enfermedad. Lo cual quiere decir, que factores socioambientales y epidemiológicos que pueden producirse en la comunidad y ser causantes de diversas enfermedades no se tienen en cuenta; por lo que el accionar del trabajador social es limitado.

Por otro lado, con la presencia de un Estado con carácter social, los programas de atención a la salud comunitarios tendrán un enfoque sistémico, brindándole mayor accionar a los trabajadores sociales, ya que abarcaran aquellos determinantes sociales que influyen en el proceso de salud-enfermedad.

Se puede decir, derivado de lo anterior el rol del trabajador social en los programas sociales va a determinarse según la política social establecida, así como, el modelo de Estado en el que se encuentre inmerso, aunque tradicionalmente éstos han ejercido las tareas de canalizadores, mediatizadores o administradores de los procesos producidos en las comunidades intervenidas y, generalmente, organizan actividades para la prevención de enfermedades y para la promoción de la salud.

2.8 Identificación de la población. Universalidad y Focalización

Dentro de la ejecución de los programas y proyectos sociales es fundamental identificar a la población a tratar; lo cual se encuentra en el marco de la gestión social que proponen Cohen y Franco (2005), y que son principios básicos que determinan el enfoque de los programas, ¿universales? o ¿focalizados?

CAPÍTULO II

Cohen y Franco (2005), enfatizan que, en el momento de identificar a la población objetivo de los programas, se parte del concepto de universalización, el cual debe interpretarse:

Como la orientación a respetar los derechos económicos, sociales y culturales de todas las personas, brindándoles igualdad de oportunidades para el desarrollo de sus capacidades. Pero esto exige considerar que la situación en que se encuentran suele ser heterogénea. La única manera de igualar pasa por tener en cuenta dichas diferencias para compensarlas mediante proyectos adecuados (p.106-107).

En este sentido, Filgueira (2014), toma en cuenta varios factores para ejemplificar lo planteado por Cohen y Franco, y propone que:

Cuando la función de protección social o de las prestaciones para la inversión o promoción social tienen un carácter heterogéneo, entonces la universalidad es sin duda el sistema de mayor eficiencia, equidad y también el que más promueve la cohesión social. No genera distorsiones en los mercados laborales. Pero cuando lo que se protege son seguridades o protecciones ante riesgos de manera estratificada (como sucede en los sistemas de jubilaciones y en muchos sistemas de aseguramiento de salud), la universalidad ni es eficiente ni es equitativa. En otras palabras, sistemas de prestaciones o transferencias universales solo tienen sentido si no son estratificados (p.20-21).

CAPÍTULO II

En suma, la ventaja de los modelos universales es defendible en materia de igualdad, cohesión social y eficiencia. La universalidad genera bienes, transferencias y servicios comunes que benefician a toda la población y que son, por tanto, una marca de comunidad y un factor de cohesión. La universalidad es, por otra parte, el sistema de menores costos administrativos y de menor distorsión de mercados, ya que opera para todos por igual y porque no se financia a partir de la nómina salarial, sino desde rentas generales. La universalidad también posee ventajas desde una perspectiva de redistribución en tanto proceso dinámico inter-temporal. Esta mayor redistribución se logra por la economía política del universalismo, que trata como bienes públicos para todos a una cuota o proporción de los recursos y servicios necesarios para el bienestar básico. El llamado *welfare package* de los países nórdicos es en buena medida esto: la base universal garantizada por el Estado de acceso a rentas, bienes y servicios (Filgueira, 2014).

Este autor, junto con Andersen (1990), plantea que los sistemas universales de protección social cooperan en la creación de sociedades más igualitarias a diferencia de las sociedades donde es fundamental para su desarrollo la combinación del mercado y la focalización.

Ocampo (2008), afirma sobre la definición de universalidad, que va más allá del respeto de determinados derechos, pues también es uno de los principios fundamentales de la política social e implica la responsabilidad que tiene el Estado con todas las personas de garantizarles “el suministro adecuado de bienes meritorios, es decir, de aquellos bienes y servicios que son esenciales para el bienestar y participación en la vida democrática” (p.25-38). Puede decirse que los Estados, al establecer políticas universales, otorgan especial importancia a los derechos de los ciudadanos de llevar una vida digna y saludable.

CAPÍTULO II

Por otro lado, tenemos el término de focalización; comenzaremos recordando que, durante los años 80, América Latina transcurría por una crisis económica y social crítica, que afectaba la calidad y cobertura de los servicios públicos; además de las altas tasas de desempleo y de pobreza. Fue la época donde se empiezan a privatizar empresas y organismos públicos y el Estado reduce considerablemente el gasto social. Todo esto contribuyó a que los programas sociales de carácter universal se adentraran en una crisis generando un impacto en las políticas sociales y en el bienestar social.

En este contexto se empieza a cuestionar si los programas de corte universal eran capaces de reducir los problemas sociales existentes, por lo que se introduce el concepto de focalización. Donde el “Estado concentra su acción y sus recursos en grupos particulares de la población, por ejemplo, los más pobres, los excluidos, las personas en situaciones de vulnerabilidad y riesgo social” (Delgado, 2002, p. 4).

En este sentido Filgueira (2014), afirma que en el contexto que vivimos de escasos recursos, al concentrarlos en determinadas poblaciones, serán mejor aprovechados, sobre todo en aquella población que realmente lo necesite, evitando así su gasto o desperdicio en población que no cuente con las características o que no lo necesite.

Siguiendo con este autor, las políticas focalizadas están estrechamente relacionadas con el mercado, ya que:

CAPÍTULO II

Desde el momento que son asignados los recursos hay que tener presente que esa población no ha tenido acceso a ellos mediante el mercado. Por lo que partir de aspectos como “el que, a quien, y cuánto” se asigna, no es fácil de manejar, por el contrario, toda precaución es necesaria, para no desincentivar a aquellas personas que son capaces de acceder a los medios por sus propias capacidades. Se piensa que, al transferir recursos a la población con capacidad de pago, o sea que cuenta con trabajo, sea un obstáculo en la motivación a trabajar (Filgueira, 2014, p.16).

Al respecto Cohen y Franco (2005) proponen algunos conceptos útiles sobre la población que se debe atender con políticas focalizadas ya sea a través de programas o proyectos sociales, ellos son:

- *Población de Referencia: Es el total de la población que tiene los atributos básicos que fundamentan el programa.*
- *Población Asignada: es el grupo que cumple con los requisitos establecidos para ser beneficiarios.*
- *Población Afectada: está compuesta por los que sufren la carencia que el programa pretende atender. Constituye la población objetivo potencial.*
- *Población Objetivo: es el grupo de personas que cumplen con las condiciones para ser atendidas por el programa (p.107)*

Esta alternativa a los programas universales se relaciona con la desvinculación del Estado hacia lo público, mostrando amplia debilidad y reducción del Gasto Social, al modificar, de cierto modo, el papel de los ciudadanos ante la sociedad, pasan de ser actores por derecho a ser

CAPÍTULO II

un actor específico, localizado en una zona de riesgo; “lejos de construir sociedades cohesionadas, se ha fomentado la fragmentación social y no ha garantizado el desarrollo pleno de los derechos y deberes ciudadanos” (Molina, 2006, p.31).

Algo importante a rescatar en este tema es el concepto propuesto por Filgueira (2014), sobre criterio de elegibilidad y las causas que puede provocar en el principio de la focalización. Propone dos aspectos: el primero que “puede introducir un desincentivo a superar o un incentivo a hacer en dicho status, ya que de hacerlo se perderá o accederá a la prestación” (p.17).

Cabe resaltar que la eficacia de los programas focalizados depende de las características económicas, políticas y sociales de los países donde se lleve a cabo esta práctica. Por lo que es necesario ver a la focalización como un medio no como un fin, para lograr determinados objetivos de mejoras en el bienestar de aquella población que sufre peores condiciones.

Hasta aquí hemos reflejado desde la perspectiva de diversos autores el enfoque de los programas y proyectos sociales, bajo los principios que operan en la actualidad, de universalidad o focalización los cuales son aspectos importantes para tener en cuenta en la ejecución de los programas y proyectos sociales.

2.9 Gestión social, enfoque de los programas de salud: ¿horizontal o vertical?

Los programas y proyectos sociales necesitan ser gestionados con base a su estructura. Para llevar a cabo su diseño necesitamos que las personas a cargo realicen una gestión acorde a una

CAPÍTULO II

estructura, y no aisladamente. Para lo cual, Cohen y Franco (2005), proponen que la gestión de programas y proyectos sociales debe: “dar cuenta del hacer y la dinámica organizacional; incluye la cultura y el clima organizacionales, las políticas de recursos humanos, el liderazgo, los estilos de dirección y de toma de decisiones, la resolución de conflictos y la participación del personal” (p.115). En cuanto a la estructura, evidencia la forma en que se divide y agrupa, mientras que por otro lado, la importancia de diferenciar y a su vez integrar las tareas de la organización.

La diferenciación es el resultado del número de actividades que se realizan dentro de un organismo. Existen dos modalidades de diferenciación. La vertical corresponde a la división de tareas y unidades administrativas por funciones o sectores de actividad, y la horizontal, al ejercicio de responsabilidades según la ubicación territorial o espacial (Cohen y Franco, 2005, p. 119).

En el párrafo anterior se planteó un tema importante dentro de los programas y proyectos, la diferenciación entre ellos, en contraste con los autores anteriores Velásquez y Chávez (2008), amplían éstos conceptos al realizar una descripción detallada sobre el enfoque de programas y proyectos sociales. Para el caso del enfoque vertical, tiene su fundamento “en la identificación de soluciones técnicas que son administradas a la población local, la cual las recibe en forma pasiva. Son programas que penetran a través de todos los niveles y que tienen una financiación específica y comúnmente exclusiva” (p.2).

Estos autores centran su análisis en el sector salud, estableciendo que los protocolos de los programas verticales incluyen medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento específicos para

CAPÍTULO II

el problema de salud abordado. Muchas veces su verticalidad incluye personal específico del programa, así como infraestructura, equipamiento e insumos. Es así como este personal se especializa en un tema y no siempre colabora en la solución de otro problema de salud, por importante que sea y aunque afecte a la misma persona o población. (...) Esto genera inequidades visibles en el nivel local y uso ineficiente de recursos, los cuales son muchas veces evidentes para el personal de salud y la propia comunidad (Velásquez y Chávez, 2008).

Al ejecutar programas con un enfoque vertical en el sector salud, se dirige la atención hacia un punto en específico, cuando este sector tiene múltiples aristas y diversas patologías, que incluso pueden ser más graves que hacia donde esté dirigido dicho programa o proyecto. Lo cual es una desventaja de este enfoque; tal y como lo afirman Velásquez y Chávez (2008), vemos que su acción va a dirigida hacia, “la enfermedad y el órgano, más que a las personas, la familia y la comunidad; es decir, un enfoque biomédico más que biopsicosocial, además de que este tipo de iniciativas no resultan sostenibles en el tiempo” (p. 2-3).

Por otro lado, en el caso de los programas horizontales responden a un enfoque distinto, hacia una lógica más integral que busca una respuesta amplia a la problemática de salud y enfermedad de la población, permitiendo la conformación de equipos más estables y con mayor poder de decisión en el nivel local (Velásquez y Chávez, 2008).

Continuando con Velásquez y Chávez (2008), plantean que los programas con enfoque horizontal han brindado una respuesta más global a los problemas de salud del binomio madre-hijo, los cuales requieren una horizontalización de las intervenciones para lograr disminuir la

CAPÍTULO II

morbilidad y mortalidad materna e infantil, así como, mejorar globalmente la salud de ambos grupos. Hoy en día, los programas de salud familiar son un buen ejemplo de programas horizontales, que permiten que un equipo de salud polivalente pueda dar una respuesta integral a los problemas de salud más prevalentes en el primer nivel de atención.

En contraste con el enfoque vertical, el horizontal tiene sus bases más estables, pues van desde el nivel local hasta niveles superiores, por lo que perdura en el tiempo. Llevado a los términos de salud, se puede decir que el nivel local es la atención primaria o primer nivel, donde sí, se encuentra bien conformado, la población acude por los canales pertinentes a los servicios de salud, es una evidencia de que la población tiene acceso a estos servicios. Con este enfoque se “favorece la continuidad de la atención médica a lo largo del ciclo de vida, el trabajo en equipo, el cual está más preparado para dar respuestas a diversas situaciones y no solo a problemas limitados y muy específicos de salud” (Velásquez y Chávez, 2008, p.4).

En general, con el enfoque horizontal las acciones que se realizan en el sector salud van a situar al individuo en el centro de atención de los programas que se realicen en este ámbito. Partiendo de un enfoque de promoción y prevención, que pone de manifiesto la importancia que ejerce la comunidad y el entorno en que vivimos, como condiciones sociales necesarias para la salud.

2.9.1 Gestión social y Trabajo Social

En la gestión de los programas sociales, encontramos la actuación de los trabajadores sociales cumpliendo un rol esencial al educar a la población en el reconocimiento de sus derechos y

CAPÍTULO II

obligaciones; más aún, en el contexto neoliberal que vivimos actualmente, deberá dirigir su accionar hacia la gestión de las políticas sociales por lo que deberá “revisar, analizar y redefinir lo que hace y cómo lo hace, es decir, el contenido de su práctica profesional en los niveles administrativos y operativo” (Molina y Morera, 1999, p. 22).

En consecuencia, partimos de la relación que existe entre trabajo social y la gestión social; pues el Trabajo Social es comprendido como: la disciplina que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo y comunidad. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social (Federación Internacional de Trabajadores Sociales, 2000). Dicha intervención de los trabajadores sociales se da a través de los ya mencionados programas y proyectos sociales; por otra parte, la gestión social se encarga de operacionalizar las acciones realizadas para que estas tengan un impacto en la población. Al respecto (Molina y Morera, 1999) afirman que:

En el ejercicio profesional de las y los trabajadores sociales, subyacen métodos que guían el análisis de problemas, la selección de alternativas de atención, la elaboración de respuestas planificadas, la ejecución de planes, programas y proyectos, así como la evaluación permanente del proceso, a fin de apoyar la toma de decisiones respecto a la necesidad de fortalecer, reorientar, eliminar o formular

CAPÍTULO II

nuevas alternativas de atención organizada, desde los ámbitos público y privado (p.22).

Los trabajadores sociales, al desempeñarse en un ámbito tanto gubernamental como no gubernamental, inciden en la producción de servicios sociales provenientes de los sectores público, privado y social; puede decirse que parte de su responsabilidad es analizar de qué manera los recursos que se asignan tienen un máximo aprovechamiento para materializar derechos, inducir el cambio social y, con esto, generar bienestar entre los sectores sociales más desfavorecidos. Para tal efecto, es necesario estructurar procesos de participación social que abonen a la eficiencia en la gestión de tales servicios; en tanto que éstos son derechos ciudadanos, producto de la contribución de distintos sectores de la sociedad. En palabras de Molina y Morera (1999): “Los servicios sociales no son regalías o dádivas del Estado Benefactor, son derechos ciudadanos. En consecuencia, la población tiene que recibirlos oportunamente” (p.59).

2.10 Trabajo social en el área de salud

La definición general del Trabajo Social es muy amplia, tal y como afirma la autora Silvia Galeana (1999) “su intervención se identifica de manera muy clara y precisa en diversas áreas de la realidad social” (p.138). Para efectos de esta investigación nos enfocaremos en aquella parte relacionada con el área de salud; siendo:

El Trabajador Social en el área de salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud,

CAPÍTULO II

por lo que requiere de identificar las formas y los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos (Terán, 1989,p.4).

En otras palabras, cuando nos referimos al trabajo social en el campo de la salud podemos decir que es una actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad (Ituarte, 1992).

En cuanto a la especificidad en esta área, Vázquez (1998), propone que el trabajador social sea un integrante más del equipo de salud, cumple un rol de sintetizador y mediador entre profesionales y pacientes, abriendo canales de diálogos y horizontalizando el vínculo entre el efector y el usuario (p.1-2).

Para Galeana (1999), el trabajador social promueve el desarrollo social incorporando de manera activa y comprometida a la población en estrategias que contribuyan a elevar el nivel de vida de esta. Por otra parte, el campo profesional se delimita en la atención de necesidades básicas de salud, vivienda, educación, alimentación, empleo y desarrollo humano (...) ecología, medio ambiente, los derechos humanos, la seguridad pública, y el desarrollo local y regional, por lo que su espacio de actuación se centra en aquellas instancias e instituciones que impulsan el desarrollo social, o bien centran sus objetivos en la atención de necesidades y demandas sociales, así como en la prestación y gestión de servicios sociales (p.144).

CAPÍTULO II

En cuanto a las áreas de intervención, Galeana (1999), propone tres tipos: tradicionales, potenciales y las emergentes. Para los objetivos de esta investigación nos centramos en el área de intervención tradicional ya que es en esta área donde se atienden básicamente las necesidades esenciales del hombre, cómo áreas de asistencia social, salud, penitenciaria y criminología, educación, desarrollo comunitario, vivienda y servicios sociales, entre otros.

Galeana (1999), propone que el área de intervención del trabajo social en los procesos de salud enfermedad debe ser desde una perspectiva multidisciplinaria e integral con un enfoque biopsicosocial que centra su análisis en problemas y necesidades sociales, que lucha por una salud completa de los individuos, siendo parte de su campo de acción la investigación sociomédica lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la gestión y administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas, así como en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participe en proyectos vinculados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Siguiendo con (Galeana, 1999, p.148), propone que dentro de la función administrativa del trabajo social, su accionar esté dirigido a:

- *Propiciar la coordinación institucional con el fin de desarrollar programas de salud integrales*
- *Generar procesos y mecanismos de gestión social que permitan la obtención de recursos y requerimientos, así como la asesoría y orientación de los usuarios para el uso de los servicios médicos;*
- *Pugnar la eficacia y eficiencia de los servicios médicos.*

CAPÍTULO II

Como vemos, la disciplina de trabajo social cumple un rol importante en el sector salud, sobre todo en su campo de acción y el impacto que puede provocar este en las dinámicas personales, colectivas y sociales, fomentando así, construir estilos de vidas saludables y por ende un mayor desarrollo humano. De esta manera, el trabajador social tiene toda la capacidad para detectar las problemáticas y necesidades sociales que afectan la salud de las personas a través de la investigación y diagnóstico, con el objetivo de cumplir lo establecido en las políticas sociales. Apoyado de un equipo de múltiples disciplinas siendo una de sus principales acciones trabajar en la promoción y cuidado de la salud. Desde un enfoque de derechos esta profesión tiene un carácter eminentemente político en la promoción de acciones de participación social y comunitaria para que la ciudadanía puede ejercer de una forma digna el derecho a la salud.

Capítulo III. Metodología de los estudios comparados

3.1 Introducción

Este capítulo tiene por objeto presentar información sobre el método, las técnicas y los instrumentos empleados en este trabajo para lograr el objetivo referido. Está organizado en seis secciones, en las cuales se presentan las generalidades del método comparado de políticas públicas y se ofrecen nociones de política social comparada desde la perspectiva de varios autores; se definen las categorías de análisis; se precisan las fuentes de información básicas que serán consultadas en esta investigación, así como, la técnica de análisis de contenido y la matriz que se utilizará para cotejar las unidades informativas de interés.

La metodología será cualitativa, comparativa y documental, que tiene como propósito analizar dos programas de salud, el Médico y la enfermera (o) de la familia en Cuba y Médico en tu Casa en México, a fin de proponer una serie de lineamientos que contribuyan a reforzar el diseño y operación del programa mexicano.

3.2 Surgimiento de los estudios comparados

A continuación, se realizó un recorrido desde el punto de vista de diversos autores especialistas en el tema sobre el surgimiento de los estudios comparados; que son exactamente este tipo de estudios; en qué consisten; cómo se estructura este método, y su relación con la política social.

CAPÍTULO III

Según Bulcourf y Cardoso (2008), el enfoque comparado está vinculado al análisis de instituciones, sistemas de gobiernos, electorales y procesos políticos. “La comparación siempre ha sido la principal fuente de conocimientos y ratificación de juicios y evaluaciones” (p.3).

Ambos autores consideran que el desarrollo de la política comparada y el surgimiento de la administración pública son procesos que se relacionan entre sí en un mismo espacio en el tiempo. Luego de la segunda posguerra, para la década del cincuenta se produjo una revolución intelectual en estos dos aspectos.

Para establecer una definición de política comparada, el recuento realizado por Morlino (2010), nos permite adentrarnos en el tema del surgimiento de la comparación, para eso, retoma las definiciones de autores clásicos como Weber, Durkheim y otros contemporáneos como Laswell, Almond y Sartori, llegando a la conclusión de que: “la política comparada es un método de control de las relaciones empíricas planteadas como hipótesis entre variables en diferentes casos (el método comparativo es control empírico más explicación)” (p.22-23). Propone que “la comparación siempre resulta útil para alcanzar los objetivos de estudio e investigación que nos planteamos” (p.12).

De acuerdo con los autores citados en párrafos anteriores, en las ciencias políticas el empleo de comparaciones como método de análisis ha estado siempre presente, de tal suerte que tanto los autores clásicos como los contemporáneos han recurrido a este recurso para producir conocimiento dentro de las ciencias sociales.

3.3 Qué son los estudios comparados. Definiciones

Al referirnos a los estudios comparados, en qué consisten y qué nos pueden aportar, coincidimos con Morlino (2010), en que dentro de las diversas funciones que tiene este tipo de estudios, está la explicativa con el objetivo de “controlar hipótesis, sugerir las más convincentes o también elaborar hipótesis nuevas más profundas” (p.26).

En este sentido, Morlino (2010) propone: “el objetivo primordial de la investigación comparada es proporcionar la explicación de un fenómeno dado, es decir, establecer un nexo causal entre los estados de una o varias propiedades o variable” (p.27).

Al respecto, pensamos que de lograr una explicación detallada de determinado problema a tratar o en este caso a comparar, será el punto de partida esencial en el proceso de comparación ya que nos permitirá entender con mayor profundidad en qué consiste y así buscar puntos de comparación con otro fenómeno.

A su vez, Pérez (2008), afirma que la comparación fue formalmente definida como un procedimiento analítico central dentro de la ciencia política en los inicios de la década de los setenta. Siendo una “estrategia analítica con fines no solamente descriptivos, sino también como un procedimiento orientado por sobre todo a poner hipótesis a prueba” (p.3).

Este autor propone cuatro estrategias para el proceso de comparación, ellas son: 1) La identificación de condiciones necesarias a través del método de similitud; 2) el análisis de condiciones individualmente necesarias y suficientes a través del método de diferencia; 3) el uso de teorías tipológicas para identificar “casos cruciales” y 4) el análisis de configuraciones causales necesarias y suficientes (Pérez, 2008, p. 26).

CAPÍTULO III

Retomando Bulcourf y Cardoso (2008), también coinciden que el método comparado ha sido desarrollado, principalmente, en la ciencia política:

El enfoque comparado como campo es el conjunto de las observaciones y estudios realizados por los politólogos sobre fenómenos similares en muchos países (...) Abarca desde la simple compilación de "inventarios paralelos" de datos relativos a dos o más países, hasta el establecimiento de ámbitos de validez de las generalizaciones referidas a conjuntos de fenómenos políticos, sobre la base de efectuar comparaciones entre países o entre regiones de los mismos con diferencias de régimen político (p.9).

Sobre esta misma línea de argumentación, Bulcourf y Cardoso (2008), sostienen que: “La comparación como método es, pues, un aporte a la controlabilidad empírica de los fenómenos políticos” (...) El método comparativo es el procedimiento al que la Ciencia Política puede más fácilmente recurrir” (p.9).

Luego de haber visto algunas definiciones, es necesario preguntarse en este tipo de estudios ¿Qué vamos a comparar? Para ello nos basamos en lo expuesto por Morlino (2010), quien propone seis aspectos fundamentales:

- I. La identificación de la cuestión a investigar: esta consiste en describir, explicar o comprender lo planteado en la pregunta de investigación, cual fue la duda que surgió para realizar la investigación.

CAPÍTULO III

- II. Criterios para poder formular una buena cuestión: relevancia del tema; conocimiento de la literatura; formulación empíricamente precisa y controlabilidad empírica de la formulación.
- III. Conceptos y clases: este aspecto es de gran importancia, puesto que no se trata solamente de tener claro el objetivo de estudio con sus definiciones pertinentes, sino de lograr una buena clasificación que sea capaz de detectar el comportamiento de los fenómenos que existen en las diversas realidades.
- IV. La operacionalización: “entender los distintos pasos a través de los cuales se atribuye un contenido empírico a conceptos que no pueden observarse de forma directa” (p. 49-56)
- V. Propiedad y Variables: Respecto a cómo saber lo que es o no comparable, propone: “identificar las propiedades que son un conjunto de características de las unidades o casos que se consideran relevantes para la investigación. (...) La operacionalización transforma directamente las propiedades de los casos objeto de investigación en variables que pueden medirse” (p.49-57).
- VI. El dilema: muchas variables, pocos casos: el investigador deberá seleccionar los casos, propiedades y variables, lo cual forma parte de las decisiones que debe tomar.

En general, al realizar una investigación comparada:

Es fundamental elaborar una estructura teórica o al menos una serie de hipótesis que también se puedan obtener de estudios anteriores (...). Un buen constructo teórico es una magnífica orientación a la hora de seleccionar hipótesis, centrar la investigación y, por tanto, gastar mejor las energías (Morlino, 2010, p. 52)

CAPÍTULO III

Lo reflejaremos a través de un esquema para mejor comprensión (importante seguir el sentido de las flechas, pues reflejan una consecutividad de las fases: propuestas):

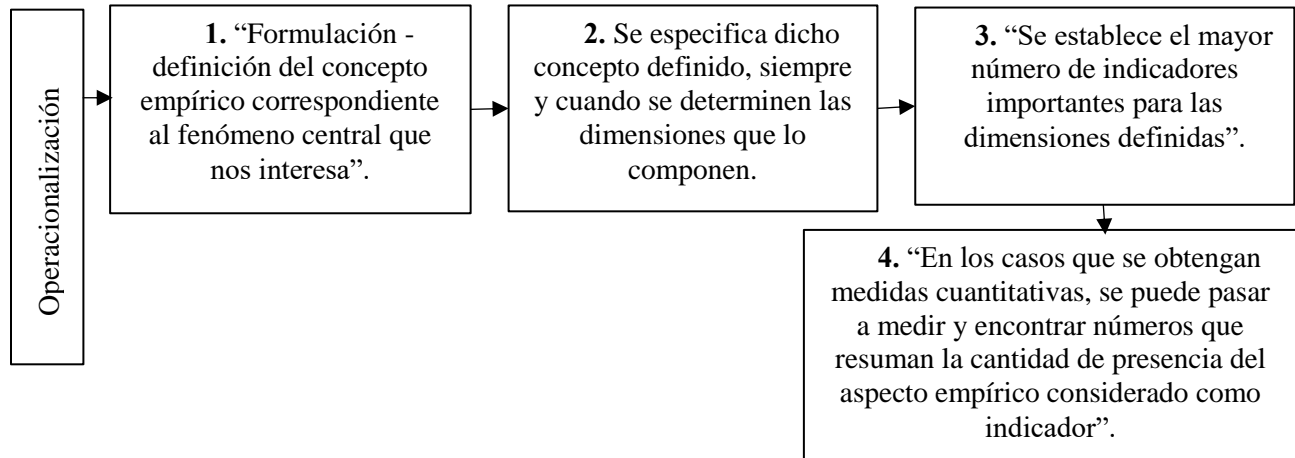


Figura 3. Esquema de Operacionalización

Fuente: Elaboración Propia en base a Morlino (2010).

Cabe señalar que, en contraste con lo señalado por Morlino, Laiz y Roman (2003), advierten que el método comparado en las ciencias sociales no impone que las unidades de comparación sean idénticas o que exista un número específico de elementos para efectuar el contraste; basta un elemento en común para poder formular la comparación y, de hecho, una misma política puede compararse solo consigo misma en dos tiempos terminados.

Morlino (2010), se hace la siguiente pregunta, que es pertinente para nuestro tema de investigación: *¿Qué significa comparar dos o más realidades diferentes? A lo que responde: "que se comparan las propiedades y por tanto las características específicas, similares o diferentes, de dos o más fenómenos; al igual que son comparadas las propiedades, estados y valores que adoptan las variables en un momento dado"* (p.58).

CAPÍTULO III

Es importante resaltar que durante el proceso de comparación siempre hay que tener en cuenta el fenómeno que se está comparando con sus respectivas propiedades y el contexto en el que está inmerso. Sólo así se llevará a cabo una comparación eficiente capaz de proporcionar información útil respecto al tema en cuestión.

A decir de Sartori (1999), para poder hablar de método comparado se debe tener una razón y un objetivo específico. Propone que el método comparativo “se justifica y desarrolla como una especialización del método científico (científico-empírico o científico-lógico) en general” (p.34). Siendo las comparaciones que interesan, llevadas a cabo “entre entidades que poseen atributos en parte compartidos (similares) y en parte no compartidos (y declarados no comparables)” (p.35)

Entendemos por esto que comparar es una acción donde se ponen de manifiesto semejanzas y diferencias, para el caso de esta investigación que compara dos programas del sector salud de países diferentes, nos compete este método pues profundizará en los porqués del funcionamiento de los programas. Por otra parte, las comparaciones internacionales nos brindan la posibilidad de mayor comprensión de la realidad desde diferentes puntos de vista. En capítulos posteriores se mostrarán los resultados.

3.4 Método Comparado en materia de política social

Al realizar el análisis de otros estudios previos respecto al tema que nos ocupa, encontramos que: “el análisis comparado de las políticas públicas puede entenderse como una perspectiva de análisis propia que pretende explicar tales similitudes y diferencias observadas, es decir pretende

CAPÍTULO III

buscar variables explicativas que den cuenta de las diferencias entre políticas públicas similares” (Grau, 2002, p. 3).

En nuestro caso, como fue planteado en el problema de investigación y objetivos, cabe hacerse la pregunta de ¿por qué comparar programas sociales implementados en dos países con sistemas económicos diferentes? Al respecto, concordamos con Landman (2014), y su perspectiva de análisis al decir que el acto de comparar es totalmente humano, siempre se busca un ejemplo a seguir valorando las opciones existentes, viendo semejanzas y diferencias que sean capaces de enriquecer el objetivo perseguido.

Más allá de esto, comparar programas sociales implementados en dos países con sistemas económicos diferentes proporciona una mayor comprensión de la política que ellos establecen. Para poder realizar dicha comparación, Landman (2014), propone cuatro objetivos que nos serán de utilidad en la investigación, ellos son:

- 1) la descripción contextual;
- 2) la clasificación y creación de tipologías;
- 3) la verificación de hipótesis y la construcción de teorías y;
- 4) la predicción.

Según el argumento de Landman (2014), “el primer objetivo de la política comparada es describir los fenómenos y eventos políticos de un país concreto, o de un grupo de países (...) siendo la descripción un aspecto importante durante el proceso de investigación” (p.28). Esto nos

CAPÍTULO III

permitirá ahondar en el funcionamiento de otro país. En efecto, al ejercer una comparación con el país del propio investigador sea implícita o explícita el autor afirma que el propósito de realizar una descripción contextual es obtener más conocimientos sobre el país estudiado, así como su sistema político, entre otras (Landman, 2014, p. 28).

En cuanto a la clasificación Landman (2014), propone que ésta: “Puede ser una simple dicotomía como la existente entre “autoritarismo” y “democracia” basada en una serie de criterios establecidos teóricamente que ayudan a determinar en qué categoría incluir a los distintos países” (p.29).

Luego de analizar los primeros objetivos que propone Landman para la comparación, se crean las condiciones para contrastar las hipótesis, pues se cuenta con información suficiente y necesaria para el investigador. En el caso de comparar países al realizar el contraste permitirá “excluir explicaciones alternativas y contrastar hipótesis derivadas de ciertas perspectivas teóricas examinando similitudes y diferencias internacionales” (Landman, 2014, p.30).

Al referirnos al último objetivo propuesto por Landman “la predicción”, el cual lo considera como el más difícil; ya que son formuladas luego de realizar el contraste de hipótesis con el objetivo de predecir futuras situaciones. Son predicciones basadas en probabilidades de sucesos que pueden ocurrir o no (Landman, 2014).

Hasta aquí se han definido aspectos claves que serán utilizados para formular las categorías a analizar en el próximo capítulo. Por otra parte, consideramos necesario destacar algunos estudios

CAPÍTULO III

que han sido realizados con el método comparado como el presentado en capítulos anteriores por Esping Andersen sobre los modelos de Estado de Bienestar en diferentes países de Europa, desde una perspectiva comparativa, mostró que este tipo de Estado no era igual en cada país objeto de estudio y que llevar a cabo un riguroso análisis comparativo permitía caracterizar en profundidad el funcionamiento de los modelos del bienestar según el país.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), es un organismo que también ha profundizado estudios comparativos entre países, en cuanto a salud, educación, vivienda, problemas ambientales, y en general, de las políticas sociales establecidas en diversos países de América latina y el Caribe. De esta forma, se refleja el comportamiento de diversos indicadores, visto su funcionamiento y la influencia de estos en la vida de las personas, teniendo en cuenta el contexto político.

En cuanto a Lucca (2015), los estudios comparativos en América Latina evolucionaron junto con el desarrollo de las ciencias sociales para 1970, específicamente, en los estudios relacionados con las políticas. Actualmente, países como Chile, Argentina, Colombia, Brasil entre otros, han realizado este tipo de estudios de política comparada y han obtenido una mayor producción de conocimiento, siendo una de las principales razones de dicha política.

3.4.1 Metodología para analizar programas sociales desde trabajo social

Por otra parte, además de utilizar el método comparado, el trabajo social nos propone a través de algunos de sus fundamentos metodológicos como: la metodología de la intervención individual, familiar, grupal y comunitaria; información idónea para poder responder la pregunta

de investigación y cumplir con los objetivos propuestos; proporcionando instrumentos útiles para la gestión social de los programas objeto de estudio dentro de su universo de operación que son las comunidades.

No se puede obviar que el método de investigación o intervención social va a depender fundamentalmente del “problema y del objeto que se debe atender, de las características de la población y de la unidad de análisis, sea una persona, familia, grupo o comunidad, así como del ámbito público o privado en donde se realice la intervención” (Molina y Morera, 1999, p.22).

3.5 Categorías de análisis

Una condición importante en el momento de realizar investigaciones comparativas es tener en cuenta el país que se va a comparar, el contexto en el que se encuentra el objeto de análisis. En nuestro caso, se pretende comparar los programas sociales de “Médico en Tu Casa” en México y “Médico y la Enfermera (o) de la Familia en Cuba”, pertenecientes al primer nivel de atención a la salud, para lo cual, nos basamos en los objetivos propuestos por Landman para realizar estudios comparados.

Específicamente, nuestra investigación se centra en comparar dos programas de salud a pesar de que, se tendrá en cuenta los contextos en los que están inmersos, ya que, según la teoría analizada, es una característica esencial para una mayor comprensión, dentro del método comparado de políticas públicas. Es importante resaltar, que, llevar a cabo en profundidad una comparación donde incluya todos los factores que conllevan a la realización de programas de salud resultaría extenso, por lo que, solo abarcaremos categorías de análisis tanto externas como

CAPÍTULO III

internas, definidas posteriormente, para explicar nuestro objeto de estudio que es comparar ambos programas de salud.

Efectuar un análisis de este tipo, revela la importancia de los diferentes esquemas de atención a la salud en los que están inmersos los programas, en cuanto a, cómo está conformado y organizado. A su vez, nos permite observar detalladamente aquellos factores que han contribuido al éxito de un sistema de salud respecto al otro, así como, aquellos que actualmente constituyen retos en materia de salud pública para los gobiernos de los países en cuestión, teniendo en cuenta los determinantes políticos y económicos de cada uno, lo cual sirvió de ayuda para desarrollar una adecuada valoración. Para facilitar la comprensión de los elementos comparados se utilizó categorías de análisis en dos grandes niveles: externas e internas. Esta clasificación resulta útil para comparar dichos programas en sistemas de salud diferentes y así percibir semejanzas y diferencias en ambos países. Además se realizó una matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), siendo una herramienta fundamental, que permite entre otras cosas, llevar acabo los procesos de planificación y diseño de programas sociales. Las categorías de análisis quedaron estructuradas de la siguiente forma:

CAPÍTULO III

Tabla 4. Descripción de las categorías de análisis externas.

CATEGORÍAS EXTERNAS	PROPÓSITO
1. Tipo de Gobierno-Organización Político-Administrativa	Caracterizar el tipo de gobierno y Estado al que pertenecen Cuba y México.
2. Órgano Rector de la Política de Salud	Conocer cómo está estructurado.
3. Derecho y Principios de la Salud	Cuáles son los principios que rigen y cómo está reflejado constitucionalmente.
4. Organización y Estructura del Sistema de Salud	Cómo se encuentra organizado y estructurado los sistemas de ambos países.
5. Acceso y Beneficiarios	Quiénes acceden y se benefician con los Programas.
6. Distribución de Recursos humanos y Financieros	Trabajadores con los que cuenta el programa.
7. Línea Estratégica del SNS	Cuál es el enfoque del SNS.

En complemento de las categorías externas, se consideraron un conjunto de categorías que hacen alusión al modelo de gestión de los programas, objetivo de análisis.

Tabla 5. Descripción de las categorías de análisis internas

CATEGORÍAS INTERNAS	PROPÓSITO
1. Programa Social a investigar a) Estructura organizativa	METC/ MEF Conocer cuál es la estructura de ambos programas.
2. Descripción del programa a) Problema o necesidad que busca atender b) Objetivo General c) Objetivos específicos	Ofrecer información sobre cómo está compuesto, qué se pretende con la implementación de este tipo de programas y los objetivos que persigue.
3. Criterios de elegibilidad	Identificar cuáles son los criterios que deben cumplir para ser tener acceso al programa,
4. Población Objetivo	Identificar a quiénes atiende
5. Componentes	Referir cuáles son los Bienes y Servicios que brinda
6. Cobertura y Alcance	Identificar hacia qué tipo de población va dirigido

3.6 Fuentes de Información

Las fuentes de información fueron consultadas mediante el trabajo de gabinete que permitió definir los aspectos a comparar en ambos sistemas y programas, siendo la información proveniente de fuentes oficiales de cada país y de organismos internacionales como el Banco Mundial, la OCDE, OMS, UNICEF, etc. Para el caso del programa mexicano, los principales insumos de información fueron documentos normativos, evaluaciones realizadas al programa cómo EVALÚA CDMX por la Secretaria de Salud, entre otros. Respecto a Cuba, se rescataron artículos de revista de la OPS, y documentos normativos del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

3.7 Técnicas e instrumentos

Dentro de las técnicas empleadas en investigaciones sociales está el análisis de contenido:

El cual permite la examinación sistemática de mensajes variados y obras literarias, documentos oficiales, programas audiovisuales, declaraciones políticas, informes de reuniones o de cuentas que se rinden con respecto a entrevistas poco directivas. La elección de los términos que utiliza el locutor, su frecuencia y su modo de disposición, la estructuración del discurso y su desarrollo constituyen fuentes de información a partir de las cuales el investigador trata de elaborar un conocimiento (Carnpenhoudt, 2005, p.216).

CAPÍTULO III

Carnpenhoudt (2005), parte del supuesto de que esta técnica dentro de las ciencias sociales tiene por objetivo comprender y analizar en mayor profundidad los aspectos que se dicen en el discurso

El lugar que ocupa el análisis de contenido es cada vez más importante en la investigación social, principalmente porque ofrece la posibilidad de tratar de manera metódica la información y los testimonios que presentan un cierto grado de profundidad y de complejidad, (...) permite en tanto que contenga un material rico y profundo, satisfacer armoniosamente las exigencias del rigor metodológico y la profundidad inventiva que no son siempre conciliables (Quivy Carnpenhoudt, 2005, p.216).

Existen diferentes métodos para analizar determinado contenido, Carnpenhoudt (2005), los concentra en varias categorías, métodos cuantitativos y métodos cualitativos; análisis temático, formal y estructural, para los cuales define una serie de ventajas:

“(...) los métodos obligan al investigador a tener una perspectiva con relación a las interpretaciones espontáneas y, en especial a las suyas. No se trata de utilizar sus propias referencias ideológicas o normativas para juzgar las de los demás, sino más bien de analizarlas a partir de criterios que tienen más ventajas sobre la organización interna del discurso que sobre su contenido explícito” (p.219).

En el caso de nuestra investigación, realizamos un análisis de contenido dentro de la categoría del método cualitativo pues tal y como lo define este autor se trata de: “realizar un análisis de un pequeño número de información compleja y detallada” (Carnpenhoudt,

CAPÍTULO III

2005, p.217). En concordancia con Hernández (1991), definimos previamente las categorías de análisis a utilizar, se revisan las unidades documentales. Identificamos las unidades de información que son de interés de acuerdo con las categorías ya definidas las cuales serán examinadas en profundidad a través de una matriz que mostramos a continuación:

Tabla 6. Matriz de Categorías

CATEGORÍAS EXTERNAS		CUBA	MÉXICO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de Gobierno. Organización Político-Administrativa. 2. Órgano Rector de la Política de Salud. 3. Derecho y Principios de la Salud. 4. Organización y Estructura del Sistema de Salud. 5. Acceso y Beneficiarios. 6. Distribución de Recursos humanos y Financieros. 7. Línea Estratégica del SNS 			
CATEGORÍAS INTERNAS		CUBA	MÉXICO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa Social a investigar <ol style="list-style-type: none"> a) Estructura organizativa 2. Descripción del programa <ol style="list-style-type: none"> a) Problema o necesidad que busca atender b) Objetivo General 	<ol style="list-style-type: none"> c) Objetivos específicos 3. Criterios de elegibilidad 4. Población Objetivo 5. Componentes 6. Cobertura y Alcance 		

Fuente: Elaboración propia.

La técnica de análisis de contenido posibilita examinar fenómenos no observados directamente a través de la revisión de información o datos relacionados con ellos (unidades documentales o fuentes secundarias), tales como, estudios, reportes de evaluación, material de divulgación, informes de gestión o documentos normativos, entre otros. El procedimiento para aplicar la técnica de análisis de contenido en el marco de este trabajo de sistematización se realizó con base en el siguiente procedimiento:

CAPÍTULO III

1. Búsqueda, identificación y selección las *unidades documentales* que abordaran algún aspecto de los programas objeto de análisis. Las unidades documentales fueron referidas en el apartado 3.5 *Fuentes de información*.
2. Establecimiento de las *categorías de análisis*, es decir, delimitación de los temas o asuntos específicos bajo los cuales se circunscribirá la revisión documental. Tales categorías fueron referidas en las tablas 5 y 6 denominadas: Descripción de las categorías de análisis externas e internas.
3. Diseño de un formulario para organizar y registrar los segmentos de información extraídos de cada una de las unidades documentales analizadas. Uno de los formularios se presenta con el nombre de Matriz de Categorías.
4. Revisión de las *unidades documentales* y vaciado de la información en la *matriz*;
5. Identificación de los segmentos de información de interés y llenado del formulario diseñado para tal efecto;
6. Análisis y síntesis de la información asentada en las matrices diseñadas para sistematizar y procesar la información

En este capítulo metodológico se abordó el Método Comparado con su significado y definiciones para fines de esta investigación; así como las características de las unidades y categorías de análisis que nos permitió profundizar en el próximo capítulo sobre los contextos de ambos Programas objeto de estudio.

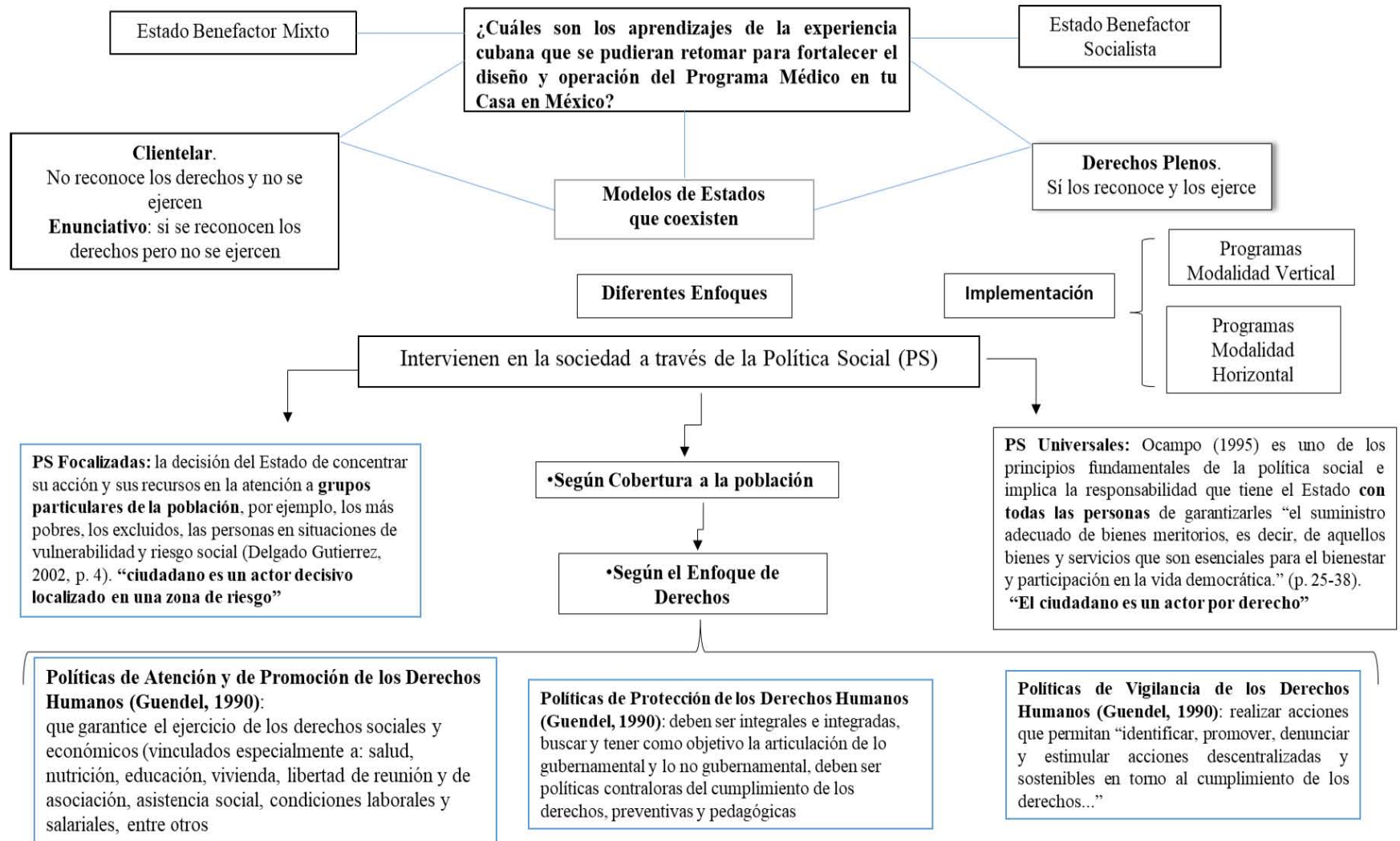
Capítulo IV. Análisis comparativo de los programas de salud de Cuba y México

4.1 Introducción

A continuación, se exponen los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los dos programas sociales analizados. Está estructurado en cuatro apartados: en el primero, partiendo de la pregunta de investigación, se expone el modelo de análisis desarrollado a partir de los conceptos teóricos expuestos en los capítulos anteriores. Posteriormente, en el segundo y tercer apartado, se especifican las categorías de análisis, tanto externas como internas, a fin de conocer el contexto en el que se encuentran inmersos los programas, “*Médico y la Enfermera (o) de la Familia en Cuba y Médico en tu Casa en México*”, respectivamente, y dar respuesta al objetivo de esta investigación en el sentido de comparar ambos programas sociales.

Para finalizar, en la cuarta sección, partiendo de las características de ambos programas, se identifican las diferencias más relevantes entre ellos, es decir, las que pueden explicar de manera más contundente las diferencias en los resultados alcanzados entre una y otra experiencia, resaltando las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de ambos modelos de intervención, a modo que permitan retroalimentarse, ya que comparaciones de este tipo con un carácter internacional nos permitirá identificar algunas líneas de trabajo que se puedan aportar desde el Trabajo Social, con miras a incidir en un mejor funcionamiento de dichos modelos de intervención en las comunidades. Para iniciar este capítulo, se presenta un cuadro sinóptico que sintetiza el modelo de análisis y, en los párrafos siguientes, se detalla el contenido del cuadro en cuestión.

4.2 Descripción del Modelo de Análisis para Cuba y México



CAPÍTULO IV

A partir del modelo de análisis propuesto, se muestra que Cuba tiene un Estado benefactor con un carácter social, que redistribuye el presupuesto a todas las esferas sociales y promueve la justicia social a través de valores como la solidaridad colectiva. Es un modelo de Estado interventor en todos los sectores de la sociedad, por lo que todos los ciudadanos están provistos de asistencia por parte del gobierno. En cuanto a igualdad, ésta se basa en el acceso de toda la población a los bienes y servicios públicos. El grado de mercantilización es bajo, ya que la gran mayoría de los servicios como salud, educación, vivienda son subsidiados por el Estado cubano y, consecuentemente, son gratuitos y de acceso universal. Se considera un Estado que reconoce y ejerce los derechos plenos de los ciudadanos, como acceso total y gratuito a la salud, educación, trabajo y vacaciones. El régimen de protección social es a través de políticas universales financiadas con presupuesto del Estado, por lo que presenta una cobertura universal hacia todos los ciudadanos sin distinción.

En cuanto a México, podemos decir que cuenta con un Estado Benefactor Mixto que redistribuye el presupuesto a las esferas sociales y económicas e impulsa políticas sociales de corte universal, como las educativas; pero también altamente focalizadas, como las políticas de superación de la pobreza; y esquemas de seguridad social, los cuales están vinculados con el trabajo formal. En este sentido, en México coexisten programas y políticas propias de los modelos de bienestar liberal, socialdemócrata y conservador, descritos por Esping-Andersen. Además, es un modelo que interviene en gran parte de los sectores sociales. Cuenta con centros de Seguridad Social, que incluyen desde servicios de salud, guarderías, y pensiones, entre otros aspectos. El grado de mercantilización es alto, debido a la presencia del sector privado, ejemplo de ello lo podemos apreciar en la industria farmacéutica. A pesar de que las Instituciones de la

CAPÍTULO IV

Seguridad Social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Seguro Popular y otros, cubren gran parte de la población, no tienen la cobertura para cubrir las necesidades de salud de todos los mexicanos, y la población se ve obligada a recurrir al sector privado, en busca de medicamentos, diagnóstico y tratamientos, en el menor tiempo posible y, de acuerdo con su capacidad de gasto recurren a servicios de salud de diferente calidad y grado de especialidad. El Estado mexicano reconoce un conjunto de derechos establecidos en la Constitución y en las leyes secundarias, pero no cuenta con los mecanismos institucionales para garantizar que se ejerzan a plenitud por el grueso de la población. Así, el Estado mexicano interviene en la sociedad a través de políticas sociales universales y focalizadas concentrando los recursos en grupos particulares de la población, en ocasión, los considerados grupos vulnerables, marginales, personas en situación de abandono, madres solteras, por mencionar a algunos.

A continuación, procederemos a describir las categorías de análisis que sirvieron de guía para hacer el comparativo entre los dos programas sociales objeto de estudio, mismas que pueden clasificarse en dos grandes grupos: categorías externas e internas. Las primeras tienen que ver con el contexto social y político nacional en el cual las políticas se desarrollan. El uso de estas categorías permite contextualizar el entorno en donde operan tales programas; de esta manera, contribuyeron a desarrollar nuestra investigación, que es comparar dos programas sociales insertados en la atención primaria del sector salud. En complemento, las categorías internas son aquellas que aluden a los atributos propios de los programas examinados y hacen referencia al modelo de gestión del programa, es decir, describen aspectos del diseño y del modelo operativo. Con dichas categorías pretendemos conocer tanto el entorno general de Cuba y México que dio

CAPÍTULO IV

lugar a la implementación de los modelos de intervención, así como, los atributos generales de tales modelos en cuando a su diseño y operación.

Las categorías externas consideradas en la matriz fueron, las siguientes: (1) Tipo de gobierno-organización político administrativo; (2) Órgano rector de la política de salud; (3) Derecho y Principios de la Salud; (4) Organización y estructura del sistema de salud; (5) Acceso y Beneficiarios; (6) Distribución de recursos humanos y financieros; y, (7) Línea Estratégica del Sistema Nacional de Salud (SNS).

4.3 Análisis de las Categorías Externas

En esta sección se provee información relacionada sobre el contexto político y social de Cuba y México. Con el propósito de facilitar la lectura de esta sección, se elaboró un cuadro integrador en el que se asienta la información más representativa de cada categoría de análisis. En la primera columna se listan las categorías utilizadas en el comparativo, en las siguientes, se anota una síntesis de la información correspondiente a cada país. Al término del cuadro, se ofrece información más detallada del contexto político de cada país, en apego a las categorías utilizadas en el análisis.

CAPÍTULO IV

Tabla 7. Análisis de las Categorías Externas

CATEGORÍAS EXTERNAS	MÉXICO	CUBA
1. Tipo de Gobierno- Organización Político- Administrativa	Es una república, representativa, democrática, federal y laica; compuesta por Estados libres y soberanos (artículo 40 de la Constitución)	Estado socialista de trabajadores, independiente y soberano, organizado con todos y para el bien de todos, como República unitaria y democrática. (artículo 1o. de la Constitución)
2. Órgano Rector de la Política de Salud	La Secretaría de Salud (SS) tiene la atribución de “Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud”	El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud.
3. Derecho y Principios de la Salud	Gratuita, privada y focalizada para la población. Toda persona tiene derecho a la protección a la salud.	Carácter estatal y social y gratuidad de los servicios. Derecho de todos sus ciudadanos a que se atiendan y protejan la salud.
4. Organización y Estructura del Sistema de Salud	Se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud.	Tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector).
5. Acceso y Beneficiarios	Existencia de distintos tipos y volúmenes de población derechohabiente.	Acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100 % de la población.
6. Distribución de Recursos humanos y Financieros	Los recursos tanto humanos como financieros están divididos en los siguientes subsistemas: IMSS; ISSTE; SFAM; SEMAR; SEDENA; Seguro Popular Cuenta con: 762 mil Trabajadores de la Salud; 161 mil médicos generales, 4 de cada 10 trabajadores están en la SESA, 3 de cada 10 en el IMSS y en el sector privado poco menos de 2 trabajadores.	Los recursos humanos y financieros están distribuidos por el MINSAP. Cuenta con: 492 366 trabajadores de la salud; de ellos 30 mil médicos de la familia.
7. Línea Estratégica del SNS	La Secretaría de salud lleva a cabo disímiles programas de salud, específicamente en la atención primaria, promoción y prevención.	Enfoque dirigido hacia la atención primaria de salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF).

4.3.1 Tipo de Gobierno-Organización Político Administrativa

Para el caso de México, en el Artículo 40 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República, representativa, federal y laica; compuesta por Estados libres y soberanos (y éstos por Municipios) en todo lo concerniente a su régimen interior y por la Ciudad de México (capital del país); unidos en una federación establecida según los principios de esta ley fundamental (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2015).

Por otro lado, dentro de los fundamentos políticos, sociales y económicos del Estado cubano establecidos en su Artículo 1º de la Constitución, instituye que Cuba es un Estado socialista de derecho y justicia social, democrático, independiente y soberano, organizado con todos y para el bien de todos como república unitaria e indivisible, fundada en el trabajo, la dignidad y el humanismo y la ética de sus ciudadanos para el disfrute de la libertad, la equidad, la igualdad, la solidaridad, el bienestar y la prosperidad individual y colectiva (Constitución de la República de Cuba, 2019).

Como podemos ver, existen diferencias considerables entre ambos países, como sus formas de gobierno diferentes lo cual repercute en el contexto en que fueron implementados los modelos de atención a la salud que abordamos en esta investigación.

4.3.2 Órgano Rector de la Política de Salud

En cuanto a la segunda categoría externa, el órgano que rige la política de salud, en México es la Secretaría de Salud (SS) según el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal tiene el rol de: *“Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud”*. Además, en la Fracción VI se dispone que la SS es la responsable de impulsar y coordinar la participación de los sectores social y privado en SNS, así como determinar las políticas y acciones de inducción y concertación que correspondan (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2015).

Por otro lado, en el caso de Cuba, el órgano rector de la política de salud es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), encargándose de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico-farmacéutica. En general cumple con funciones normativas, de coordinación y de control de la política del Estado (Domínguez y Zacca, 2011).

Ambos países cuentan con organismos rectores para su sistema de salud, la diferencia la encontramos en que para el caso de México la Secretaría de Salud tiene la atribución para impulsar políticas en el sector; en el caso de Cuba, el MINSAP se encarga de ejecutar las políticas establecidas por el Estado.

4.3.3 Derecho y Principios de la Salud

Respecto al derecho a la salud, en Cuba, según el artículo 50 de la constitución, el Estado garantiza el derecho a que todos sus ciudadanos se atiendan y protejan la salud. Los principios rectores del sistema de salud cubano son: carácter social y estatal de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica participación de la comunidad e intersectorialidad; colaboración internacional; centralización normativa y descentralización ejecutiva. (Domínguez y Zacca, 2011).

Por otra parte, en México el derecho a la salud está garantizado según lo establecido en el artículo 4o de la Ley General de Salud donde se afirma que: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Teniendo como principios que rigen su sistema de salud brindar servicios de carácter privado, público y social. De igual forma, de la *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* se pueden identificar ciertos principios que deben regir la prestación de los servicios de salud en la Ciudad de México, como la gratuidad de los servicios médicos disponibles y medicamentos; la accesibilidad de tales servicios a las personas residentes en la capital del país que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral, y de manera prioritaria a las que padecen enfermedades crónico-degenerativas o a los grupos sociales vulnerables; y la legalidad, igualdad e imparcialidad, ya que el instrumento jurídico referido mandata a los servidores públicos de la administración pública local a actuar en apego a la ley y a promover los principios de igualdad e imparcialidad.

CAPÍTULO IV

Como puede apreciarse, existen diferencias notables entre ambos países en cuanto a los principios rectores de sus sistemas de salud. En el caso de Cuba, la universalidad de los servicios de salud y la seguridad social se garantiza a través de la Sistema Nacional de Salud; y uno de los principios básicos de las intervenciones de salud es el de la previsión de las enfermedades. Por otro lado, el Estado mexicano intenta lograr la universalidad de servicios de salud mediante los programas compensatorios dirigidos a las personas excluidas de la seguridad social contributiva, es decir, de la que se otorga principalmente a los trabajadores que están vinculados con el sector productivo formal. Para el caso de la Ciudad de México, la prioridad de las intervenciones está orientada a atender las enfermedades crónico-degenerativas de los grupos vulnerables.

4.3.4 Organización y Estructura del Sistema de Salud

Respecto a la estructura de los sistemas de salud, se observa que, en el caso cubano, cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios (Domínguez y Zacca, 2011).

En cuanto a la estructura del sistema de salud de México, en el Artículo 5o. de la Constitución se establece que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los

CAPÍTULO IV

sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como, por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. El sistema de salud mexicano se encuentra segmentado en los siguientes subsistemas: el sistema de aseguramiento social, compuesto por los servicios a la población no asegurada provistos de la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Oportunidades, y el subsistema privado. Dentro del subsector de Seguro Social, los principales actores son el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE), Seguridad de las Fuerzas Armadas (SFAM). Los trabajadores formales están obligados por ley a contar con afiliación en alguna aseguradora, cuyos servicios incluyen tanto el seguro médico, como la protección jubilatoria (Nava, Onofre, y Orellana, 2013).

Al contrastar esta categoría vemos que ambos sistemas de salud son totalmente diferentes, lo cual influye en el funcionamiento de los servicios que brinda.

4.3.5 Acceso y Beneficiarios

Debido a la estructura del sistema de salud mexicano, el acceso a los servicios de salud va a estar condicionado a las diferencias institucionales que implican la existencia de distintos tipos y volúmenes de población derechohabiente y que se traduce en inequidad en los servicios y en condiciones desiguales de salud de la población (Murayama y Ruesga, 2016, p.26). Siguiendo con estos autores, al no existir un padrón único de beneficiarios (debido a que va a depender de su condición laboral) la cobertura no es universal a pesar de diversos avances que se han visto encaminados para su cumplimiento. Al respecto tal y como afirma el DGED (2016): “el acceso a

CAPÍTULO IV

los servicios de salud y a los medicamentos aún depende en poco más del 40 por ciento de la capacidad probada de compra de los hogares” (p.30).

En este mismo sentido: “La afiliación o derechohabencia a alguna institución de salud es una característica que determina de forma importante el nivel de acceso que una persona tiene a los servicios de atención médica” (CONEVAL, 2018, p.19).

Continuando con esta categoría, el SNS de Cuba, cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100 % de la población. Dicho acceso no está determinado por el nivel de ingreso, ocupación en la economía o pertenencia a un sistema de aseguramiento público o privado (Domínguez y Zacca, 2011 p.4), por lo que toda la población se beneficia de estos servicios.

Lo señalado en los párrafos anteriores significa que el sistema de salud cubano cuenta con las instituciones y unidades de atención necesarias para brindar seguridad social y servicios de salud de calidad a toda la población. Para el caso de México, el acceso a los servicios de salud de calidad depende de su vinculación con el mercado laboral formal o de la capacidad adquisitiva de los ciudadanos. Además, la capacidad del Estado Mexicano para brindar acceso a servicios de salud de calidad en comunidades rurales apartadas de los principales centros urbanos, es limitada, por lo cual, muchos de estos ciudadanos están privados de este derecho.

4.3.6 Distribución de Recursos humanos y Financieros

Al referirnos a esta categoría se identificó que, en Cuba, por la forma en que están distribuidos los recursos financieros, los usuarios incurren en gasto de bolsillo sólo cuando requiere medicamentos indicados en la atención ambulatoria y para la adquisición de algunas prótesis o aparatos, que se adquieren a precios subsidiados. Los pacientes hospitalizados no incurren en gastos por medicamentos y por lo general, el acceso a éstos está garantizado (Domínguez y Zacca, 2011, p.6). Por otra parte, se cuenta con más de 30 mil médicos de la familia que trabajan en consultorios, policlínicos y hospitales rurales que componen el primer nivel de atención. En general, el país cuenta con 492 366 trabajadores de la salud, que representan un 6.8 % de la población en edad laboral. La tasa de habitantes por médico es de 122; existen 81.9 médicos por 10 000 habitantes (8 por cada 1000) según el Anuario Estadístico de Salud (2017).

En este sentido en México el gasto de bolsillo que se presenta al momento de acudir a recibir la atención médica permanece entre los más altos de los países miembros de la OCDE. “Los gastos están destinados a solventar las necesidades de atención de la salud de los integrantes de los hogares, en honorarios médicos, compra de medicamentos y facturas de hospitalización” (DGED, 2016. p.30). Respecto a los trabajadores dedicados al cuidado de la salud, entre el año 2005-2014, aumentaron aproximadamente, entre 215 mil hasta llegar a poco más de 762 mil en 2014, cada año se incorporaron alrededor de 24000 trabajadores de la salud. En el 2015, se contaba con 2.4 médicos por cada 1000 habitantes (OCDE, 2016); además el DGED (2016), afirma que 4 de cada 10 trabajadores se encontraban en la Secretaría de Salud, 3 de cada 10 en el IMSS y en el sector privado poco menos de 2 trabajadores.

CAPÍTULO IV

Como puede observarse, en México, los usuarios de servicios de salud tienen que recurrir de manera sistemática a gastos de bolsillo; en el caso cubano esta situación está limitada a casos específicos.

4.3.7 Línea Estratégica del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Al utilizar el término de la línea estratégica a la cual están enfocados ambos Sistemas de Salud, vemos que en Cuba se dirige hacia la atención primaria de salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF).

Por otra parte, en México la Secretaría de Salud (SS) lleva a cabo disímiles programas en el primer nivel de atención a fin de fortalecer la promoción y prevención; sin embargo, el Sector Salud mexicano realiza esfuerzos importantes para atender los padecimientos de salud que ya afectan a la población, es decir, sus líneas estratégicas son preventivas y curativas y rehabilitadoras, lo cual puede derivar en mayor inversión pública. Estos programas suelen variar acorde al gobierno que se encuentre presente. En nuestro caso, como se ha planteado, el programa que nos compete es el Médico en Tu Casa en la Ciudad de México, el cual sufrirá cambios en este nuevo período de gobierno.

Como vemos ambos programas parten de enfoques diferentes: el programa cubano en sus inicios, tuvo un carácter local, a nivel comunitario en una provincia del país, y al convertirse en un programa efectivo, se extendió a nivel nacional, hasta las zonas más intrincadas, logrando una cobertura del 100 por ciento de la población y convirtiéndose en la puerta inicial al Sistema de Salud cubano.

CAPÍTULO IV

Para el caso de México, no podemos decir lo mismo del programa médico en tu casa, pues debido a factores como la estructura del sistema de salud, el enfoque fundamentalmente curativo y rehabilitatorio de su modelo de intervención, a la dificultad de lograr una cobertura universal en la Ciudad de México; no puede ser considerado como “pilar fundamental” del sector salud, pues tiene carácter local y atiende a una población en específico, además de no perdurar en el tiempo debido a los cambios de gobierno.

A continuación, luego de analizar las categorías externas de ambos países, nos enfocaremos en las internas, a modo de adentrarnos más en ambos programas sociales, definir sus características, estructura y funcionamiento.

4.4 Análisis de las Categorías Internas

En esta sección se analizarán las categorías relacionadas con el modelo de gestión de los programas objeto de estudio. Para ello fueron consideradas: (1) Programa social a investigar y su estructura organizativa; (2) Descripción del programa dividido en subtemas: (2.1) Problema o necesidad social que buscan atender, (2.2) Objetivo General y (2.3) Objetivos específicos; (3) Criterios de elegibilidad; (4) Población Objetivo; (5) Componentes; (6) Cobertura y Alcance. Con el propósito de facilitar la lectura de esta sección, se elaboró un cuadro integrador en el que se asienta la información más representativa de cada categoría de análisis. En la primera columna, se listan las categorías utilizadas en el comparativo, en las siguientes, se anota una síntesis de la información correspondiente a cada país. Después de presentado el cuadro, se ofrece información adicional sobre cada país respecto a las categorías en comentario.

CAPÍTULO IV

Tabla 8. Análisis de las Categorías Internas

CATEGORÍAS INTERNAS	MÉXICO	CUBA
1. Programa Social	Médico en Tu Casa.	Médico y la Enfermera (o) de la Familia.
a) Estructura organizativa	En el marco del Primer Nivel de Atención	En el marco del Primer Nivel de Atención
2. Descripción el programa	Compuesto por brigadas de salud integradas por médicos generales, auxiliares de enfermería y promotores de salud basados en unidades de salud tipo T-II (hospitales) y T-III (institutos y hospitales especializados)	Compuesto por Equipos Básico de Trabajo (EBS), conformado por un médico y una enfermera.
a) Problema o necesidad que busca atender	Acercar los servicios a la población vulnerable, disminuyendo los gastos de bolsillo para las personas con estas características contribuyendo a su mejor calidad de vida.	Hacer efectivo el derecho a la salud de toda la población, y llevar los servicios a las zonas más intrincadas del país.
b) Objetivo General	Brindar servicios de salud a domicilio, recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación de vulnerabilidad que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuentan con seguridad social.	Mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.
c) Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> Educar y promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes corresponsables y prácticas saludables entre los familiares y cuidadores primarios de la población vulnerable. Fortalecer las acciones de promoción y capacitación en salud a los pacientes, familiares y cuidadores primarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación de la comunidad organizada y la intersectorialidad. Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad.
3. Criterios de elegibilidad	Atiende a la población residente en la CDMX en condiciones de vulnerabilidad y que no cuenta con seguridad social.	Toda la población Residente en el país
4. Población Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres embarazadas vulnerables Adultos mayores Personas discapacitadas Pacientes postrados 	Toda la comunidad (Las Familias)
5. Componentes	Consultas a domicilio. Referencia y contrareferencia de pacientes	Consultas en el Consultorio y en el domicilio. Referencia a otros niveles de salud en caso de ser necesario. Seguimiento del paciente.
6. Cobertura y alcance	Este Programa está dirigido a la población residente de la Ciudad de México, que corresponde con el perfil descrito en la Población Objetivo.	El Programa está dirigido a toda la población residente en el país. Por cada Consultorio se atenderá a una población que no exceda los 1500 habitantes.

4.4.1 Programa Social a analizar

a) Estructura Organizativa

Para comenzar a hablar de ambos programas sociales, nos enfocamos en la estructura organizativa del primer nivel de atención a la salud.

En el caso de Cuba, al analizar la estructura organizativa del primer nivel de atención, vemos que según lo afirmado por (MINSAP, 2011):

Se compone a la vez por varios niveles; en la base encontramos los Equipos Básicos de Trabajo (EBS) el cual se conforma por un médico y una enfermera, siendo estos los máximos responsables de llevar a cabo el Programa Familiar en la comunidad a la que pertenezcan. El EBS brindará atención médica integral y dispensarizada al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente (p.5-6). De esta forma, queda conformado el Programa del Médico y la Enfermera (o) de la Familia.

Siguiendo con lo afirmado por el MINSAP (2011), la estructura de este primer nivel donde se encuentra este Programa, El Grupo Básico de Trabajo (GBS) es una unidad organizativa del policlínico, conformado por un número de equipos básicos de salud (EBS) que no deben exceder de 20, con funciones asistenciales, docentes investigativas y administrativas. El cual podrá ser ajustado según las características sociodemográficas de la comunidad.

El Grupo Básico de Trabajo estará integrado por los Equipos Básicos de Salud y por un especialista en medicina interna, uno de ginecología y obstetricia, un pediatra, un licenciado en psicología, un licenciado en enfermería (supervisor), un estomatólogo, un técnico(s) en

CAPÍTULO IV

estadística (uno por cada 20 técnicos y profesionales que generen hojas de consulta), uno o dos técnicos de higiene y epidemiología, según la complejidad del territorio y un trabajador social. Este grupo estará dirigido por un médico especialista en medicina general integral con categoría docente.

En el último nivel, tenemos a los Policlínicos que debe garantizar: la cobertura médica y de enfermería de los consultorios; no puede haber consultorio sin médico y enfermera(o). Que el Equipo Básico de Trabajo permanezca el mayor tiempo posible laborando en su comunidad, garantizando la estabilidad del personal de salud y el funcionamiento del consultorio, por lo que, se hace necesario no programar reuniones u otras actividades antes de la 5:00 p.m., exceptuándose solo de esta programación las sesiones docentes para los residentes y profesores (4 h semanales preferiblemente en el horario vespertino o los sábados) y la reunión del Grupo Básico de Trabajo (4 h mensuales). Entre otras actividades (MINSAP, 2011). La estructura organizativa se grafica de la siguiente manera:

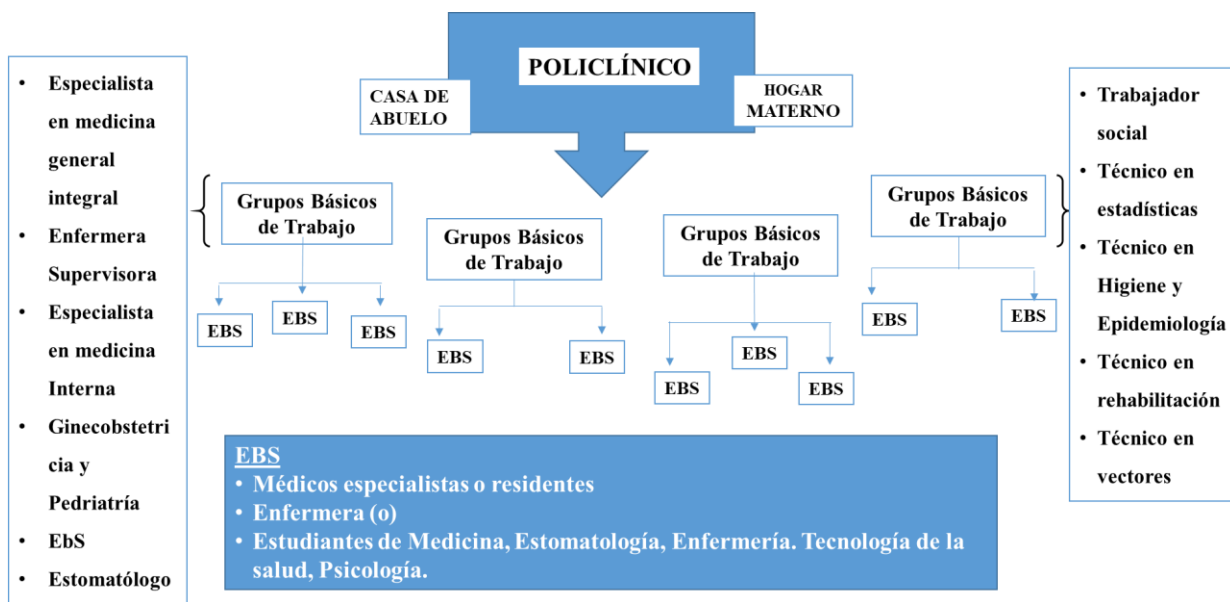


Figura 4. Estructura Organizativa de la Atención Primaria de Salud.

Fuente: Elaboración propia en base al MINSAP, 2011.

CAPÍTULO IV

En cuanto a México, el primer nivel lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. Dentro de los servicios otorgados en el primer nivel de atención encontramos las unidades móviles en la provisión de servicios. El DGED (2008) afirma lo siguiente:

Estas unidades se ubican como el segundo tipo más frecuente de unidades de consulta externa. En total existen en el país 1,629 unidades, lo que representa el 12.7% del total de unidades de atención primaria de los SESA. El objetivo de estas unidades es acercar la oferta de servicios de salud a la población que habita en las microrregiones con mayor grado de marginación y que, por su ubicación geográfica, dispersión o condiciones de acceso, carecen de servicios médicos instalados. La prestación de servicios en estas unidades la realizan equipos itinerantes de salud a través de vehículos equipados (p.10).

Según el DGED (2008), del total de unidades de salud que existen en el Sector Público más del 95% corresponden a unidades de atención primaria. Los Servicios Estatales de Salud (SESA) operan casi 13,000 unidades de atención primaria, muchas de ellas ubicadas en zonas de alta marginación en las que la existencia de estos centros de atención representa la única alternativa para hacer frente a los problemas de salud que aquejan a la población de bajos recursos en México (p.5).

CAPÍTULO IV

En México, se disponía en 2008 de 19,377 unidades ambulatorias en el primer nivel de atención. El 88.1% de estos establecimientos dirigen sus servicios a población que no está cubierta por la seguridad social. En particular, 12,828 unidades de atención primaria, casi dos terceras partes del total de unidades de este tipo en el país, corresponden a servicios proporcionados por los servicios estatales de salud (SESA), (DGED, 2008, p.10).

Como resultado de la estructura del sistema de salud, cada uno de sus subsistemas atiende el primer nivel; ya sea el IMSS, ISSSTE, o la Secretaría de Salud cuentan con clínicas para ello. Además, el sector privado presta servicios de atención primaria, como son los Consultorios anexos a las Farmacias de medicamentos, que cuentan de un médico y un listado de servicios considerados dentro del primer nivel.

Aún con todas estas acciones, no se ha logrado la cobertura total de los servicios de salud en el país, en esta investigación, como ya se ha dicho, nos centramos en la Ciudad de México donde existen personas “vulnerables” que, por razones de salud o socioeconómicas, no pueden acudir a una unidad de salud, afectando así ejercer el ejercicio de su derecho. Como alternativa a esta problemática, la Secretaría de Salud (SS) lleva a cabo determinadas iniciativas como acciones, estrategias y programas sociales como el Médico en Tu Casa el cual estaremos analizando.

4.4.2 Descripción del programa

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, en el Distrito Federal de México (cabe señalar que a partir del año 2006 el Distrito Federal pasó a llamarse Ciudad de México por Decreto en el que se declararan reformadas y derogadas diversas disposiciones de la

CAPÍTULO IV

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos); el 29% de las personas con discapacidad en la entidad no eran derechohabientes de algún servicio de salud, por lo que, las condiciones de vulnerabilidad, en este segmento son mayores, en el entendido de que no se trata sólo de lo relacionado con su discapacidad, sino de la carencia de servicios integrales de salud (SESA, 2017). Según el Modelo operacional del Programa Médico en Tu Casa, en la Ciudad de México, 70 mil personas aproximadamente, son vulnerables por su condición económica (no tienen ingresos o perciben hasta dos salarios mínimos), lo que frecuentemente les impide trasladarse a un Centro de Salud. A ello se suman cerca de medio millón que padecen alguna discapacidad.

Para el caso de este programa Médico en Tu Casa en México:

Los recursos se distribuyen en 16 jurisdicciones sanitarias de la CDMX. Este Programa se compone por brigadas de salud integradas por médicos generales, auxiliares de enfermería y promotores de salud basados en unidades de salud tipo T-II (hospitales) y T-III (institutos y hospitales especializados) de las dieciséis jurisdicciones sanitarias de la Ciudad de México. El médico líder también es responsable de decidir, con base en las necesidades de atención de los pacientes, si es necesario incluir a los miembros de brigadas integrales de salud, compuestas por un cirujano dentista, un licenciado en psicología, un licenciado en nutrición, un técnico en trabajo social y un técnico en terapia física. Debe haber al menos una brigada integral por jurisdicción sanitaria y sus actividades se rigen por la coordinación con las brigadas básicas según la necesidad que juzgue cada médico líder y la gravedad de los pacientes (EVALÚA CDMX, 2017, p.18).

CAPÍTULO IV

En cuanto a Cuba:

El Programa del médico y la enfermera de la Familia se implementa a nivel nacional, compuesto por Equipos Básico de Trabajo (EBS), a su vez conformado por un médico y una enfermera (o). Tanto el médico como la enfermera radican en un consultorio, se responsabilizan con la labor que realizan, el médico es el jefe de este equipo, siendo ambos los responsables de organizar su trabajo a partir de las necesidades de la población a la que atienden. Analizan la situación de salud para la identificación y búsqueda de solución a esas necesidades (MINSAP, 2011, p.5-6).

Ver Anexo 2.

El MINSAP (2011), establece que el EBS vivirá en la vivienda del consultorio, siempre que disponga de ésta, exento de renta. La enfermera (o) permanecerá la mayor parte del tiempo de la consulta en la sala de espera o en un lugar accesible a ésta, que le permita recibir a los pacientes, (Ver la ilustración 3) establecer prioridades de atención, brindar charlas educativas, medir signos vitales, pesar, tallar y desarchivar las historias clínicas individuales y familiares y registrar sus acciones. Además, las actividades que sean programadas por este equipo deben tener en cuenta a la familia como célula fundamental de la sociedad; además de realizar acciones específicas en grupos poblacionales priorizados (recién nacidos, gestantes, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), con la participación de otros especialistas, según lo establecido y siempre que lo considere necesario. Los horarios de atención quedan de la siguiente manera: el consultorio permanecerá abierto en la sesión de la mañana y de la tarde (de 8:00 a.m. a 12:00 pm y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes, y el sábado de 8:00 a.m. a 12:00 m). En los casos

CAPÍTULO IV

excepcionales que tenga que cerrar, se dejará la hoja de localización donde se informe el lugar en que se encuentran. Se establecerá al menos una vez a la semana, un horario de consulta deslizando de 3.00 p.m. a 7.00 p.m., para la población trabajadora y estudiantil, que complementa la jornada laboral de 8 horas.



Ilustración 3. Enfermera de la Familia en el Consultorio.

Fuente: Foto tomada por Alberto Borrego para el periódico Granma.

Según lo acordado por el MINSAP (2011), los Consultorios del Médico y la Enfermera (o) de la Familia deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- El consultorio contará con una pancarta informativa dirigida a la población, en un lugar visible y protegido, con el nombre y apellidos del médico y de la enfermera(o) y el número del consultorio.

CAPÍTULO IV

- Deben tener condiciones estructurales de: privacidad, iluminación, ventilación, suministro de agua potable, así como, mobiliario clínico y no clínico, instrumental y medicamentos, que permitan brindar una atención médica de calidad con un alto poder resolutivo.

- El consultorio tiene que ser el local más limpio y ordenado de toda la comunidad, con cultura del detalle.

- Garantizar que cada equipo de salud realice las actividades relacionadas con: la atención médica integral con enfoque biopsicosocial utilizando, como modo de actuación, la integración y aplicación de los métodos clínico y epidemiológico.

- El seguimiento a los pacientes que su dolencia lo requiera, hasta concluir con su control.

- Registrar a todos los pacientes atendidos en consultas o terrenos en la hoja de consulta y la envía al departamento de estadísticas de forma oportuna.

- La coordinación de la atención de sus pacientes en cualquier nivel del sistema nacional de salud.

- La custodia y cuidado de las historias clínicas individuales y de salud familiar, archivando las individuales según lo que establece la Dirección Nacional de Estadísticas.

- El registro en las historias clínicas de todas las acciones realizadas.

- El fomento de la autorresponsabilidad con la salud, logrando que las personas, con apoyo de su familia y la comunidad, velen por su propia salud.

- Las prioridades del terreno médico, son: Solicitud de visita en el hogar (Ver ilustración 4); ingreso en el hogar; pacientes postrados crónicos, con cuidados paliativos y terminales; gestantes, recién nacidos, lactantes, enfermos crónicos que resulten insistentes a consultas;

CAPÍTULO IV

visitas al hospital cuando lo considere necesario y visitas a las familias priorizando las familias disfuncionales (p.8).



Ilustración 4. Médico y Enfermera de la Familia realizan visitas en el hogar.

Fuente: Foto tomada por Claudia Rodríguez para la revista cubana: BOHEMIA.
<http://bohemia.cu/en-cuba/2018/03/salud-enderezar-el-camino-i/>

a) Problema o necesidad que busca atender

Siguiendo con Cuba, la necesidad que se atiende con este Programa es hacer efectivo el derecho a la salud de toda la población cubana, llevar los servicios a las zonas más intrincadas del país, ante la existencia de una fragmentación de la atención médica, falta de atención integral y proactiva al individuo, la familia y la comunidad. Los cuales eran problemas existentes que afectaban en gran medida a la población.

En cuanto a México, según lo referido por la SESA (2017) se pretende:

CAPÍTULO IV

Acercar los servicios de salud a la población vulnerable, disminuir los gastos de bolsillo para las personas con estas características contribuyendo a su mejor calidad de vida. Llevar al domicilio de los pacientes beneficiarios de este programa otros servicios, como el de odontología, psicología, nutrición, enfermería, terapia física, además de contar con el apoyo de trabajo social para la vinculación de los pacientes y/o familiares con otras instituciones de salud y de otro orden, buscando que se pueda contribuir en la resolución de múltiples necesidades (p.4). Ver ilustración 5).



Ilustración 5. Visita domiciliaria del Médico en Tu Casa

Fuente: Foto tomada del portal Ciudad Viva

Si bien, ambas intervenciones se orientan a hacer efectivo el derecho a la salud, la principal diferencia entre ambos enfoques es que el cubano busca asegurar que la cobertura del Sistema Nacional de Salud beneficie a las personas que viven en comunidades aisladas y remotas de los centros urbanos, quienes regularmente son privadas de sus derechos sociales. En el caso de México, se enfoca a atender a los excluidos de los sistemas de seguridad social, dando prioridad

CAPÍTULO IV

a la población vulnerable y que padece enfermedades crónico-degenerativas. Obsérvese que el programa mexicano es una medida para compensar y paliar la exclusión de la seguridad social de los ciudadanos. Sin embargo, los beneficios que otorga el programa objeto de análisis no son equiparables con los que disfrutaban las personas adscritas a la seguridad social, quienes disfrutaban de pensiones, incapacidad laboral, servicios médicos de segundo y tercer nivel y servicios de guardería, entre otros.

b) Objetivo General

El Objetivo general que persigue el Programa mexicano “Médico en Tu Casa” según lo establecido por la SEDESA (2017):

Brindar servicios de salud a domicilio, recorriendo casa por casa para la búsqueda de personas en situación de vulnerabilidad como mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad, enfermos postrados o con enfermedad en etapa terminal, personas en situación de abandono que por alguna situación de salud no pueden acudir a alguna unidad médica y no cuentan con seguridad social; así como, promover estilos de vida saludables, a través del contacto con pacientes y familiares en su domicilio, brindando una orientación más centrada en sus necesidades y poder generar en ellos un cambio en su estilo de vida logrando así romper el ciclo de enfermedad-pobreza (SEDESA, 2017).

Mientras que para el caso de Cuba, el objetivo general que se persigue con este Programa es: Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la Atención Primaria de Salud, así como los

CAPÍTULO IV

principios de la Salud Pública y las particularidades de la Medicina de la Familia Cubana (MINSAP, 2011, p.2-3).

Una de las principales diferencias que se observan del análisis de los objetivos es que, en el caso del programa cubano, tiene diversas unidades de intervención, pues busca incidir en los hábitos individuales y familiares, pero también realiza labores de prevención a la salud en el nivel comunicatorio, con lo cual se espera generar personas, hogares y entornos sociales saludables. En el caso del programa mexicano, éste se circunscribe a individuos en situación de vulnerabilidad que, además, padecen enfermedades crónico-degenerativas y están excluidos de la seguridad social, es decir, es un programa altamente focalizado y selectivo. Cabe señalar que el programa Médico en tu Casa hace referencia a intervenciones educativas en el ámbito de la salud, sin embargo, dentro de los documentos analizados no se encontró un modelo educativo o pautas pedagógicas para comprender de qué manera se llevan a cabo tales acciones, por lo que se puede inferir que éstas dependen de la iniciativa de los especialistas en salud que participan en el programa.

c) Objetivos Específico

CAPÍTULO IV

Tabla 9. Objetivos Específicos de los Programas Sociales

Médico y la Enfermera (o) de la Familia (Cuba)	El Médico en Tu Casa (México)
<ul style="list-style-type: none"> • Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorialidad. • Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social del individuo, la familia y la comunidad. • Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros en la salud de la población. • Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional. • Garantizar con calidad el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada, mediante la integración y aplicación de los métodos clínico, epidemiológico y social 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar a la población objetivo al programa “El médico en tu casa”. • Educar y promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes corresponsables y prácticas saludables entre los familiares y cuidadores primarios de la población vulnerable. • Detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a la población objetivo del programa; • Detectar y diagnosticar a mujeres embarazadas sin control prenatal en su domicilio y referir inmediatamente a la unidad de salud para asegurar su control. • Referir oportuna y adecuadamente a los pacientes con complicaciones a las unidades de segundo o tercer nivel de atención. • Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes beneficiarios del programa “El Médico en tu Casa”, con las unidades de mayor complejidad para su seguimiento y tratamiento en caso de ser necesario. • Incrementar la cobertura de atención médica de primer nivel a la población vulnerable de la Ciudad de México. • Fortalecer las acciones de promoción y capacitación en salud a los pacientes, familiares y cuidadores primarios. • Coadyuvar en la disminución de la muerte materna de la Ciudad de México.

Fuente: Elaboración propia con base en (MINSAP, 2011) y el Modelo Operacional del Programa El Médico en Tu Casa (2017)

4.4.3 Criterios de elegibilidad

Respecto a esta categoría, en el caso del programa del Médico en Tu Casa implementado en la CDMX los criterios por los que se rigen son atender a la población Residente en esta entidad. Por la parte cubana, el EBS: Médico y la Enfermera (o) de la Familia, atiende a toda la población residente en el país.

Como ya se ha referido, una diferencia entre ambos modelos de intervención es que el mexicano es un modelo altamente focalizado y centrado en individuos que ya enfrentan un padecimiento; el modelo cubano es universal, multidimensional (atiende a nivel individual, familiar y comunitario) y prioriza la prevención, por tanto, no es necesario que un individuo esté enfermo para poder ser atendido, de hecho, el modelo cubano prioriza su atención en las personas sanas, justamente para prever cualquier enfermedad; no obstante, también ofrece servicios médicos a quienes ya enfrentan algún padecimiento.

4.4.4 Población Objetivo

Al referirnos a esta categoría de análisis, partimos de la definición que realiza el Coneval sobre la Población Objetivo (población que se pretende atender y que cumple con los criterios de elegibilidad), en el caso del Programa mexicano, como se aprecia, son los mencionados anteriormente, agregando que sean pacientes que carezcan de posibilidad para asistir por sus propios pies al Centro de Salud correspondiente. En el caso de las mujeres embarazadas deben encontrarse en condiciones de vulnerabilidad, que no tengan manera de sustentarse, sin redes de apoyo, bajo nivel socioeconómico, menores de edad u otra enfermedad adyacente. En el caso de los adultos mayores, deben tener limitaciones en la funcionalidad que les impida su traslado y no

CAPÍTULO IV

cuenten con redes de apoyo. Personas con diagnósticos que ameriten cuidados paliativos. Las personas discapacitadas (aún con redes de apoyo) y los pacientes postrados (EVALÚA CDMX, 2017).

Mientras que con el programa cubano del Médico y la Enfermera (o) de la Familia, se atiende a toda la población que reside en el país; partiendo de la estructura organizativa, cada área de salud debe tener definido el número de consultorios, con el propósito de garantizar la atención integral a una población que no exceda los 1500 habitantes (MINSAP, 2011, p.5). De este modo, la atención que se brinda será individualizada teniendo en cuenta a las familias dentro de la comunidad.

Al analizar esta categoría, es necesario puntualizar la densidad de población de ambos países, lo cual es un factor que influye en determinar la población objetivo. El programa mexicano es llevado a cabo en la CDMX, que cuenta con una población de alrededor de 8.855 millones de habitantes, mientras que el cubano es para todo el país el cual tiene una población de 11.48 millones. De antemano se observa que es notoria esta diferencia, solo la población de la CDMX constituye el 76% a la población total de Cuba, influyendo así en la cobertura del programa.

4.4.5 Componentes

Cuando hablamos de componentes, nos referimos a los bienes y servicios que se ofertan a la población. Con el programa del Médico en tu Casa se realizan consultas a domicilio. Referencia y contrareferencia de pacientes. En cuanto a servicios, cada médico, auxiliar de enfermería y nutriólogo debe hacer:

CAPÍTULO IV

(...) 880 consultas anuales (4 diarias en 220 días laborables) y cada cirujano dentista, psicólogo, fisioterapeuta y trabajador social deben hacer 660 intervenciones anuales (3 diarias en 220 días laborables). Por su parte, se espera que los promotores de salud lleven a cabo 2,200 actividades de promoción y visitas domiciliarias anuales (10 diarias en 220 días laborables) (SEDESA, 2017, p.8).

Dicho programa ofrece cobertura para determinadas enfermedades, por lo que, cuenta con una gama de materiales, equipos y medicamentos distribuidos a todo el personal que trabaje para éste. Por mencionar algunos, serían, antibióticos como Amoxicilina, Ciprofloxacino para tratar determinadas infecciones; medicamentos para la presión arterial como el Captopril; Carbamazepina para controlar determinados trastornos; vitaminas; medicamentos para el control de la diabetes y demás. Los materiales y equipos por mencionar a algunos: Maletines médicos; unidad estomatológica portátil; Glucómetro; equipo multifuncional, computadora personal de escritorio, termómetro visual programable; lancha médica en tu casa, entre otros.

Por otra parte, en el Programa del Médico y la enfermera (o) de la Familia en Cuba se realizan consultas en el Consultorio y en el domicilio, sin embargo, en los reportes elaborados por la gerencia del programa y en las evaluaciones que fueron consultadas para hacer esta investigación no se define exactamente el número de consultas que deben realizar en el día. Además de referir a otros niveles de salud, en caso de ser necesario. Una vez que el paciente se encuentre en otro nivel también deberá darle seguimiento. Además, el policlínico: prestará los servicios necesarios por el EBS y regionalizará los servicios para diagnóstico y tratamiento de alto grado de especialización o con los que no cuente en su institución. Los servicios estomatológicos

CAPÍTULO IV

garantizarán la atención de todos los pacientes remitidos por el médico de familia y considerará sus criterios para la socialización de la prótesis dental (MINSAP, 2011, p.11).

Continuando con el programa cubano, sus bienes son todo aquello con lo que cuenta el Consultorio, así como: dos mesas, una para el doctor y otra para el enfermero, una camilla para hacer exámenes de pruebas citológicas a las mujeres, pesa para bebés y adultos, equipo para medir la presión, y algún que otro medicamento, cabe resaltar que los Consultorios se encuentran a corta distancia de los Policlínicos donde se accede a servicios de urgencias.

4.4.6 Cobertura y Alcance

Respecto a esta categoría en Cuba, con el programa del Médico y la Enfermera (o) de la Familia se atiende a toda la población que reside en el país; partiendo de la estructura organizativa, cada área de salud debe tener definido el número de consultorios, con el propósito de garantizar la atención integral a una población que no exceda los 1500 habitantes (MINSAP, 2011). De este modo, la atención que se brinda será individualizada teniendo en cuenta a las familias.

Al analizar el alcance del programa cubano, vemos que en la Habana, en el año 2017, fueron realizadas un total de 10'957,501 consultas externas en la atención primaria, de ellas, 8'609,870 fueron por Médicos de la Familia a su vez de estas 2'292,863 fueron realizadas en terreno (ONEI, 2017). Como vemos, el 80 %, aproximadamente de las consultas que se realizan, son llevadas a cabo por el médico de la familia, y sólo un 26 por ciento de éstas se efectúan en el

CAPÍTULO IV

domicilio del paciente; lo cual quiere decir que la población accede con mayor frecuencia a los consultorios donde reside el Médico y la enfermera (o) de la familia.

Por otro lado, el programa mexicano “El Médico en tu casa” se atiende a la población residente en la Ciudad de México, siempre que cumpla con los siguientes requisitos:

- Mujeres con embarazo de alto riesgo
- Adultos mayores
- Personas con discapacidad
- Postrados
- Enfermos terminales
- Estar afiliado al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la CDMX o al Sistema de Protección Social en Salud del DF (Seguro Popular).

Al analizar el alcance del Médico en Tu Casa, la SEDESA (2017), observó durante el período comprendido del mes de julio de 2016 a junio de 2017 que:

Se han visitado 523,647 casas, lo que permitió identificar un total de 45,484 personas vulnerables distribuidas de la siguiente forma: personas con discapacidad 19,353; personas postradas 2,333; adultos mayores 22,900; en situación de abandono 650; enfermos terminales 248; siendo beneficiados según el padrón de pacientes con 112,463 consultas y 368,918 acciones de prevención y promoción a la salud que otorgó el Programa, y recibió uno o más de los servicios que proporciona el programa (p.9).

CAPÍTULO IV

Haciendo un comparativo de los servicios ofrecidos por el modelo cubano en la capital del país (Ciudad de La Habana) se observa que el número de consultas realizadas es 20 veces mayor a las del programa mexicano, no obstante, es significativo resaltar que el número de habitantes en la capital cubana es mucho menor al de la Ciudad de México. A pesar de ello, se entiende que la capacidad de atención del programa cubano obedece, en principio, al total de personal de salud que colabora en el programa, a su organización logística; y a la experiencia adquirida a través de los años, que conllevan a mejoras constantes en su planeación y operación. Mientras que en México se trata de un modelo que no cuenta con experiencia para efectuar mejoras en su planeación y operación.

4.5 Resultados Alcanzados por los programas

Para el caso del Programa Médico en Tu Casa, EVALÚA CDMX (2017), expone que sólo se atiende a personas sin derechohabiencia y no se prevén mecanismos para incluir a quienes sí cuentan con ella y a pesar de esto no pueden acudir a sus unidades de salud; por lo que, continúa existiendo sectores de la población que aun permaneciendo en condiciones de vulnerabilidad no tienen acceso a los servicios de salud; demostrando que el programa no consideró estrategias que le permitieran aproximarse a población vulnerable; en este sentido es burocrático y excluyente.

Por otra parte, este Programa cuenta con un Censo de pacientes, según el cual se han visitado 2'938, 336 casas; sin embargo, el INEGI reportó en 2015 que en la Ciudad de México había 2'601, 323 viviendas particulares habitadas; o, es decir, no se entiende cómo fue estimada la cifra reportada por la coordinación del programa. Además, si lo comparamos con los recursos humanos que cuenta dicho programa, quienes levantan el Censo son 110 promotores de salud

CAPÍTULO IV

que tienen una meta de 2,200 visitas anuales (10 por días en 220 días laborables) lo que implica que para visitar el total de viviendas identificadas por el INEGI se requerirían al menos 11 años y 9 meses (EVALÚA CDMX, 2017, p. 108). Estas inconsistencias, evidencian que los mecanismos de recaudación y sistematización de información no son adecuados. Sin embargo, la omisión más relevante que se puede reportar en cuanto al manejo de información es que, en los documentos analizados no fue encontrada información respecto a si el Programa ha tenido alguna repercusión en el estado de salud de la población atendida, y qué tipo de evidencia tiene el programa para sustentar tal impacto. Además son muestra de una deficiente operación del programa, carente de criterios y protocolos de registro, siendo un factor determinante al tratarse de expedientes médicos; a diferencia con el programa cubano dónde, tanto el médico como la enfermera tienen claridad de los expedientes clínicos, permitiéndole informar datos estadísticos responsables y fiables.

En este aspecto, la Organización Panamericana de la Salud OPS (2018), para el caso del modelo de medicina familiar en Cuba, ejecutado a través del Programa del Médico y la enfermera (o) de la Familia, reconoce una notable mejoría en los indicadores de salud como: reducción de la mortalidad infantil, del bajo peso al nacer (esto debido al seguimiento constante de las embarazadas una vez detectado el embarazo); de los ingresos hospitalarios; aumento de los médicos de familia; total cobertura a la población. La mayor cantidad de consultas son brindadas por los médicos de familia. El segundo y tercer nivel no se encuentra saturado, debido a la prevención de las enfermedades y a su detección temprana por parte de los médicos de este Programa. Todos estos factores mencionados son de gran impacto para la población, provocando un índice de desarrollo humano elevado.

CAPÍTULO IV

Como vemos existe diferencia en el impacto obtenido por dichos programas; en el caso mexicano no cumplir con el requisito de no ser derechohabiente determina el acceso a los servicios brindados por El Médico en Tu Casa, cuando puede existir población derechohabiente que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad y presente dificultades para acceder a los servicios de salud. Mientras que, para el programa de Cuba, Médico y la enfermera (o) de la familia los resultados son notorios en los indicadores de salud ya mencionados, así como su repercusión y ayuda en los niveles de atención que le siguen.

4.6 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

Llevar a cabo un análisis de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), nos va a permitir conocer la situación interna y la externa de los programas, tomando en cuenta factores económicos, políticos, sociales, tecnológicos etc.

Se entiende por Fortaleza a aquellos elementos internos y positivos que diferencian al programa de otros de igual clase. Las Oportunidades son aquellas situaciones externas, positivas, que se generan en el entorno y que una vez identificadas pueden ser aprovechadas. Las Debilidades son problemas internos, que una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse. Las Amenazas son situaciones negativas, externas al programa que pueden atentar contra éste, por lo que, llegado el caso, puede ser necesario diseñar una estrategia adecuada para sortearla.

A partir de la información propuesta junto con los conceptos mencionados, se realizará un balance de ambos programas a través de un análisis FODA en la siguiente tabla:

Tabla 10. Análisis FODA

	PROGRAMA EL MÉDICO Y LA ENFERMERA (O) DE LA FAMILIA. (CUBA)	PROGRAMA EL MÉDICO EN TU CASA. (MÉXICO)
Fortalezas	<p><u>Enfoque:</u> Este Programa tiene un enfoque de intervención inspirado en el aseguramiento de derechos de los ciudadanos y brindar atención universal, por lo que tiene presencia en todo el territorio nacional.</p> <p>Está inspirado en un modelo de atención preventivo y comunitario; pues busca establecer buena comunicación con las familias y comunidades.</p> <p>Es un Modelo Familiar reconocido a nivel internacional por la prevención y promoción de las enfermedades y dispone de recursos humanos especializados para mantener la atención.</p>	<p><u>Enfoque:</u> Con la implementación de este Programa se ha identificado a población excluida de los servicios de salud (a través de visitas domiciliarias) y se propone vincular a este sector de la población con servicios de salud gratuitos.</p> <p>Hay vínculos explícitos entre este programa con el Programa Sectorial de Salud del Distrito Federal 2013-2018 y es consistente con la <i>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</i>. Los procedimientos para otorgar los apoyos a los usuarios están definidos en un documento normativo y son explícitos, lo cual abona a la transparencia del programa.</p>
Oportunidades	<p><u>Percepción del derecho a la salud:</u> El individuo es concebido como un portador de derechos sociales, no como un consumidor de servicios de salud.</p> <p>El gobierno otorga la prioridad a la atención de la salud y asume la responsabilidad de proveer tales servicios (ausencia de servicios de salud privados).</p>	<p><u>Percepción del derecho a la salud:</u> El gobierno de CDMX tiene a su cargo centros de salud y personal médico para la atención de personas que, por su situación laboral o económica, no gozan de seguridad social o no pueden pagar servicios privados de salud. Así como estrategias y programas para lograr mayor cobertura de los servicios de salud. El programa busca materializar el derecho a la salud de los grupos sociales históricamente excluidos de la seguridad social laboral.</p>

CAPÍTULO IV

Debilidades	<p><u>Riesgos:</u></p> <p>Existe la necesidad de crear un sistema de informatización en red que facilite la gestión de la información entre las instituciones de salud de los diferentes niveles del SNS. Así como, incentivar el uso de las nuevas Tecnologías.</p> <p>La OPS ha advertido la necesidad de garantizar una atención continua con un sistema de referencia y contrareferencia pertinente, y adecuar los servicios de salud al envejecimiento poblacional que enfrenta el país.</p>	<p><u>Riesgos:</u></p> <p>Realiza una intervención tardía: ofrece servicios de salud a la población con una situación médica crítica o cuando ya ha contraído una enfermedad. Además, es altamente focalizada.</p> <p>Es un Programa que tiene restricciones de personal y tiene una cobertura limitada.</p> <p>No se garantiza la entrega de medicamentos a todos los pacientes. Además, la proporción médicos – pacientes es muy baja.</p> <p>En el diagnóstico del programa no se identificó un análisis del estado actual de los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.</p> <p>No se identificó una estrategia para realizar acciones educativas en salud, no obstante que el discurso del programa sostiene que es una línea de trabajo.</p> <p>Los registros de información disponibles arrojan datos poco sistemáticos e inconsistentes. Además, no existen líneas basales para dimensionar los efectos que el programa tiene en la salud de las personas atendidas.</p>
Amenazas	<p><u>Problemas:</u></p> <p>El país ha enfrentado problemas de carácter económico desde el triunfo de la Revolución en 1959.</p> <p>Actualmente la medicina cubana se enfrenta a un cambio de contexto donde se impone el desarrollo social, tecnológico junto con las demandas crecientes de la población.</p> <p>La proporción de viviendas para los médicos de la familia son baja en comparación con la cantidad de médicos en esta especialidad, por tanto, carecen de viviendas suficientes o enfrentan dificultades para llegar a sus centros de trabajo. Estas condiciones implican que, en ocasiones, no acepten las designaciones de trabajo y que haya mucha movilidad y rotación de personal</p>	<p><u>Problemas:</u></p> <p>Existen muchas personas en situación de pobreza que demandan de servicios de salud y la cobertura del programa es muy limitada.</p> <p>El sistema de salud mexicano está segmentado y los servicios de salud tienen estándares de calidad diferenciados por lo que los ciudadanos del país reciben servicios de salud de calidad variable, dependiendo de su lugar de residencia, de su situación laboral y de su capacidad económica; y otros están totalmente excluidos del sistema de salud; no obstante que el derecho a la salud está consagrado en la constitución mexicana.</p> <p>Existe una calidad deficiente de determinados servicios de salud.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Hemos identificado que Cuba y México parten de contextos diferentes, desde su estructura organizativa de gobierno hasta como se conforma su sistema de salud; teniendo en común que ambos buscan acercar el acceso a los servicios de salud de la población. Toca señalar que ambos países tienen plasmados en su constitución la salud como un derecho; tal y como sugiere la Organización Mundial de la Salud, no obstante, una lectura detallada de los artículos donde está plasmado este derecho vital para el desarrollo humano conlleva a la reflexión, de que en el caso de Cuba, hace referencia a que el Estado garantizará este derecho; mientras que en México afirma que toda persona tiene derecho, pero no se hace una referencia explícita sobre quien cubrirá éste; lo cual, está relacionado con el acceso que tienen los mexicanos a los servicios de salud; según su aseguramiento social; producto de un sistema de salud fragmentado con diferentes entidades de seguridad social que aún no cuentan con toda la capacidad de brindar mayor cobertura a la población. Una vez contemplado el panorama externo y adentrarnos en el diseño y gestión de los programas sociales Médico en tu Casa en México y Médico y Enfermera (o) de la Familia en Cuba, vimos que el Programa cubano tiene un carácter universal; mientras que el programa mexicano llevado a cabo por la Secretaría de Salud tiene un carácter universal, pero solo en el plano normativo, en la realidad, excluye a mucha población, lo que ha dado lugar a programas compensatorios y al surgimiento de servicios de salud privado de primer nivel, que son accesibles a prácticamente todos los sectores sociales.

En el caso de Cuba, partiendo de su órgano rector el MINSAP (2011), las actividades del Médico y la Enfermera (o) de la Familia son programadas a partir de las familias, pero sin

CAPÍTULO IV

olvidar las acciones individuales y específicas que corresponden a la mujer, al niño, al adolescente, al adulto y al anciano, de forma integral. En este sentido, atiende, sin ser un programa focalizado, las necesidades de salud en reconocimiento de la diversidad de la población. La estructura de los objetivos del Programa agrupó el pensamiento médico en propósitos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, así como, la rehabilitación, se incluyeron los aspectos sociales e higiénico sanitarios. Cuba, por su parte, con la implementación del programa del Médico y la enfermera (o) de la familia, considerado como el pilar fundamental de su Sistema Nacional de Salud se encarga de prevenir las enfermedades, a través de una interacción estrecha con la comunidad. Además, realiza un diagnóstico general del paciente antes de su remisión, en caso de ser necesario, a los niveles correspondientes. Su riqueza, lo que distingue a este programa es la interacción del médico-paciente-familias-comunidad. Este médico al conocer al paciente, su familia, su medio social en general, no sólo va a ver a un cuerpo enfermo en el momento del diagnóstico, sino, deberá conocer aquellos factores del entorno comunitario que condujeron a la enfermedad. El médico de la familia tiene la función de conocer las causas, si las condiciones higiénico-sanitarias de los alrededores son las adecuadas, realizar evaluaciones a los depósitos de agua en caso de riesgos de contaminación, conocer las familias disfuncionales que existen en su comunidad para así detectar y prevenir posibles acciones hacia los hijos de dichas familias, con el objetivo siempre de prevenir enfermedades. Es decir, se parte de la premisa que el proceso salud-enfermedad, tiene determinantes sociales y que éstas pueden mitigarse mediante acciones preventivas, planificadas y dirigidas por personal especializado en atención a la salud. Como vemos, va más allá de recetar medicamentos luego de un diagnóstico, y de convertirnos en consumidores de éstos, se tiene un

CAPÍTULO IV

enfoque biopsicosocial que combina no sólo el factor salud, sino también psicológicos y sociales que conlleva al control, seguimiento y erradicación de las enfermedades.

En contraste con Cuba, el Programa del Médico en Tu Casa en México, a pesar de estar centrado en la Atención Primaria donde la prevención y promoción son aspectos fundamentales en este nivel, vemos que la relación médico paciente es estrecha, o sea, el médico se enfrenta por primera vez a dicho paciente del cual desconoce todo su historial clínico, prácticamente, su relación con el paciente es cuando ya éste se encuentra enfermo o con alguna patología. De igual forma, el médico interviene solo para prescribir medicamentos y, en algunos casos, para vincular al paciente con algún centro de atención a la salud para que reciba atención complementaria. Aunque el discurso del programa refiere que se realizan acciones en educación en salud, no se encontró evidencia de que esta línea de trabajo sea efectuada de manera sistemática. Por otra parte, no se tiene en cuenta los determinantes sociales como, el medio en que vive, su entorno como tal, ya sea la familia, trabajo, escuela y las condiciones socioambientales; el profesional en la salud únicamente interviene a nivel individual, de manera curativa y prescriptiva; además al no estar situado en un consultorio o espacio identificable en las comunidades o alrededores, no se crea un vínculo médico-paciente y no existe la interacción con las familias en las comunidades, dando lugar a un débil proceso de prevención, atención y seguimiento del paciente. Se pone de relieve los limitados recursos humanos de los que dispone el programa para ejecutar su modelo operativo. De ahí que la cobertura del programa sea muy limitada y que no exista alguna evidencia de que ha logrado tener un impacto significativo en la salud de la población.

Consideraciones Finales

Para abordar esta parte final de la investigación, comenzamos por retomar el modelo de análisis con el objetivo de dar respuesta a nuestra pregunta central: ¿Cuáles son los aprendizajes que se pueden rescatar de la experiencia del Programa Médico y la Enfermera (o) de la Familia en Cuba? Con este modelo, a través de conceptos utilizados en nuestro marco conceptual, se dio lectura al contexto en que se encuentran inmersos ambos Programas Sociales del sector salud. Por otro lado, con el análisis de las categorías externas e internas nos enfocamos en comprender el entorno político y social, así como, los atributos particulares y su situación actual.

Para el caso de Cuba, se observa que es un país con un Estado que reconoce el derecho a la salud de los ciudadanos, siendo su interés principal, (sin que interfiera el carácter mercantil); el individuo como centro de atención y no como un consumidor. Las condiciones estructurales del país, la ausencia de un sector privado y la prioridad que el gobierno otorga al desarrollo humano se ven reflejada en su política social y por ende en su implementación. El programa del Médico y la Enfermera (o) de la Familia considerado como pilar fundamental de la atención primaria a la salud; ha sido un ejemplo de ello, ya que no sólo trata al enfermo, sino que tiene exclusiva dedicación a la medicina preventiva a través de la educación y promoción de la salud para modificar estilos de vida y condiciones higiénico-sanitarias de las comunidades. El médico de la familia es un especialista en Medicina General Integral con una adecuada capacitación en curar y prevenir; tiene un carácter integral al abarcar no sólo la prevención y curar las enfermedades, sino también tiene en su accionar aspectos como el biológico, psicológico y otros determinantes sociales. Otra de las riquezas que presenta es su alcance, de un modo sectorizado al atender a una

CONSIDERACIONES FINALES

cantidad de población determinada (hasta 1500 habitantes por área de salud), lo cual permitirá mayor y mejor interacción entre paciente y médico. Por otra parte, mantiene una estrecha relación con el segundo y tercer nivel para remitir a aquellos pacientes que requieran servicios más especializados, mostrando así, su carácter regionalizado y vinculado. Los Equipos Básicos de Salud (EBS) tienen la responsabilidad de cuidar la salud de los miembros de la comunidad, desde la infancia hasta la vejez, tanto en el lugar establecido para ello, que son los Consultorios como en las visitas domiciliarias, funcionando como un médico que brinda prácticamente una atención personalizada. Los EBS siempre estarán en contacto con toda la población en general y con el paciente, así hayan sido remitidos a otros niveles, ya sea en el consultorio, policlínico, domicilio u hospital. Como vemos existe un vínculo estrecho con la población y no por último menos importante, con la comunidad, siendo otra característica esencial de este Programa. Tanto el médico como la Enfermera de la Familia deben trabajar con los individuos y contar con el apoyo comunitario y de las diversas organizaciones sociales con las cuales comparten el análisis de la situación de salud de su área y establece estrategias para la solución de los problemas.

De manera general, se infiere que este programa forma parte del tratamiento universal, e integral que se le da a la política social, específicamente a la política de salud establecida, que prioriza el acceso sin distinción alguna de toda la población a una salud pública. Cabe resaltar el bajo grado de mercantilización de los servicios de salud que, al no lucrar con los servicios ha predominado el factor humano por encima del económico; si se previene la enfermedad, pues no hay enfermos (valga la redundancia) y por ende una población saludable; además de no incurrir en altos gastos de medicamentos, equipos, etc.; que enriquecen cada vez más a las Industrias Farmacéuticas y a las sociedades de consumo; de aquí parte la eficacia y eficiencia de los

CONSIDERACIONES FINALES

Sistemas que se enfocan en la prevención; siendo el caso de Cuba a través del programa del Médico y la Enfermera de la Familia un ejemplo de lograr grandes resultados gracias al enfoque hacia la Prevención y Promoción de la Salud.

Para el caso de México, es un país que cuenta con un Estado Benefactor Mixto, que interviene en la sociedad a través de políticas universales y focalizadas. Una de las características de este tipo de Estado ha sido llevar a cabo un proyecto neoliberal trayendo consigo la flexibilización laboral, la venta de empresas estatales, los procesos de privatización de la salud y la educación, la prevalencia de intereses individuales sobre los intereses colectivos; las políticas focalizadas debido a recortes del presupuesto con las que solo se atienden a determinada población. Derivado de este carácter neoliberal las instituciones públicas de salud comienzan a entrar en un proceso de desacreditación, donde “lo realmente bueno y favorable” va a ser lo privado. Así ha ocurrido con el sector salud, pues las instituciones públicas no dan abasto con la elevada población del país, y no se invierte lo suficiente en el sector público por lo que muchos servicios se realizan en el ámbito privado (sólo accede aquella población con capacidad de pago). Un Estado con estas características hace énfasis en políticas focalizadas, centrando la atención en grupos vulnerables, lo cual refleja una pérdida de los derechos a determinados servicios, queriendo decir, que solo acceden aquellos que se encuentren en determinada condición, formando parte de un padrón de beneficiarios.

En el contexto mexicano, a nivel general, el gobierno interviene a través de las políticas en salud, programas y estrategias para promover la inclusión de la sociedad hacia el acceso efectivo de los servicios de salud. La OCDE (2016), afirma que parte de los problemas que presenta el

CONSIDERACIONES FINALES

Sistema de Salud mexicano es su desarticulación con la presencia de distintos sistemas de aseguramiento social que trae como consecuencia que el acceso a los servicios de salud no se determine por su necesidad, sino por el empleo que presente, dejando a gran parte de la población sin cobertura o con bajo nivel de ésta, o que tengan que recurrir a elevados gastos de bolsillo en el sector privado. Con la creación del Seguro Popular, pudiera decirse que fue un paso hacia una cobertura universal, asegurando a aquella población sin seguridad social, con el detalle que este Seguro no cubre todas las enfermedades.

La Secretaría de Salud lleva a cabo diversos programas, acciones y estrategias; ejemplo de ello, es el Programa Médico en Tu Casa. Este Programa objeto de estudio es focalizado, realizado con el objetivo de atender a aquella población en condiciones de vulnerabilidad que por sus medios no puede acceder a algún centro de salud. Al adentrarnos a través de un análisis descriptivo, vimos que a pesar de ser una aproximación para proteger la salud de los mexicanos y que puedan ejercer su derecho de acceder a los servicios de salud, aún queda mucho por hacer.

En contraste, con el programa familiar de Cuba, vemos que aspectos importantes como el trabajo con la comunidad, el enfoque biopsicosocial y la visión integral, sectorizada y regionalizada, tan importante en el desarrollo de este Programa y que lógicamente repercuten en los resultados satisfactorios obtenidos, en el caso mexicano no se aplican. El Médico en Tu Casa al estar dentro de los parámetros de la Atención Primaria, debiera centrar su atención en las actividades de Promoción y Prevención; vemos que en la práctica no ocurre así. Con las visitas domiciliarias, se detectan los pacientes ya con alguna enfermedad o dolencia, lo cual contribuye a cuidar su salud, pero no llega a ser del todo un programa con carácter preventivo. El médico se

CONSIDERACIONES FINALES

enfrenta por primera vez al paciente, no se trabaja con las causas que produjeron la enfermedad; que como hemos visto pueden ser determinantes ambientales, sociales, psicológicos, u otros. En este aspecto no se cuenta con un enfoque sistémico del proceso salud-enfermedad.

Es necesario resaltar que en la actualidad que vive México, con el cambio de gobierno y Claudia Sheinbaum a su cargo; se pretende reorientar el programa del Médico en Tu Casa, hacia los adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas, con problemas de movilidad y postradas (no hace énfasis si son derechohabientes o no) y excluye a las embarazadas; afirmó el pasado 2 de enero en Aristegui Noticias; entre otras cosas debido a irregularidades detectadas en el Programa.

Como podemos apreciar, este programa necesita ser renovado; tal vez no hacia la orientación que se le pretende dar con el nuevo gobierno, trabajando solamente con adultos mayores sino enfocarse en acercar los servicios de salud a las comunidades. Es importante considerar que la proporción de médicos-pacientes en el programa es baja, por tanto, acotar la población objetivo y atendida del programa puede ser una fortaleza, ya que la capacidad de respuesta es baja. El Diseño del Médico y la Enfermera (o) de la Familia en Cuba puede ser un ejemplo; trabajar con las familias, interactuar con los pacientes, conocer las condiciones higiénico-sanitarias de donde vive; y contar con una visión general de la persona que padezca o no la enfermedad, sin duda arrojará resultados eficaces junto con una visión sistémica y no parcializada del proceso salud enfermedad.

CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de que ambos países parten de estructuras de gobierno diferentes y con sistemas de salud con diferente organización, consideramos que la experiencia cubana es una alternativa que soluciona en mayor medida los problemas de acceso a los servicios de salud; llevar médicos casa por casa es complejo acorde con las condiciones estructurales de la Ciudad de México, mientras que acercar postas médicas o pequeños consultorios que se dediquen exclusivamente a trabajar con determinada población; descentralizaría y ayudaría a no saturar los niveles siguientes y contar con mayor cobertura de los servicios de salud, vitales para el desarrollo humano. Además, el trabajo e interacción con la población ya no sería cuando ésta presentara alguna situación de enfermedad, “el médico estaría al pendiente de cualquier problema detectado” evitando así una intervención tardía en poblaciones con estado crítico.

Desde la concepción de que los equipos de salud son multidisciplinarios, y de concebir el proceso salud-enfermedad como hechos sociales, el trabajador social juega un papel importante en las actividades de promoción y prevención de los programas implementados en el sector salud. Justamente, haber realizado un análisis comparativo de dos modelos de intervención en países diferentes, específicamente en el campo de la salud, nos permite valorar la necesidad de un enfoque social para un mejor funcionamiento. El rol del trabajador social va a estar determinado según las políticas de salud que implementen los Estados, así como el enfoque que estos presenten. Ubicamos la importancia del trabajo social en el desarrollo de programas sociales, ya que según el contexto en que se encuentren estos profesionales (entiéndase como Política establecida por los Estados) va a ser una profesión con toda la capacidad de proponer alternativas y gestionar programas sociales. Como sabemos su accionar va dirigido a atender los niveles de bienestar de la población, así como resolver determinados problemas y mejorar las

CONSIDERACIONES FINALES

condiciones de vida de las comunidades en general; siempre y cuando esté dentro del marco de las políticas establecidas.

El trabajador social en el área de salud y en específico en los programas de salud comunitaria debe cumplir un rol de gestor, promotor de la organización, así como incidir en el diseño de programas como éstos, que se traducen en bienestar de la población, con el fin de mejorar a través de una adecuada educación, las condiciones de vida en las comunidades.

Ha sido relevante profundizar en el funcionamiento de los programas objeto de estudio, ya que, al compararlos, se puso en evidencia la necesidad de un enfoque preventivo, donde el eje central sea el ser humano; además de promover actividades educativas en torno a los disímiles problemas de salud que afectan a la población y que se pueden evitar con la adecuada información y educación preventiva. Para el caso de México, rescatar los aprendizajes de la experiencia cubana y contar con el apoyo imprescindible de los profesionistas de trabajo social, podría elevar el desempeño efectivo de Programas como el Médico en Tu Casa, o cualquiera que se inserte en el primer nivel de atención, por varias razones. Una de ellas es que la profesión de trabajo social puede aportar metodologías que abonen al buen funcionamiento de este tipo de programas, por ejemplo: el trabajo con comunidades, familias y personas; modelos de educación comunitaria que conlleven a prácticas para el autocuidado de la salud o impulsar esquemas de gestión social que complementen los apoyos otorgados o vinculen a las familias atendidas con servicios de salud adicionales pero, sobre todo, contar con un enfoque social en la gestión de este tipo de programas, se traducirá en resultados satisfactorios para la población y el país en general.

Trabajos Citados

- Aguilar Villanueva, L. F. (2013). *Gobierno y administración pública*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (1999). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Gedisa.
- Burr, C., Piñó, A., Martín Lunas, E., & Quiroz, L. (2011). *Guía para el participante participativo: Arévete a saber, atrévete a exigir*. Ciudad de México: LID Editorial Mexicana.
- Carballeda, A. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Cárdenas Gracia, J. (2017). *Del Estado Absoluto al Estado Neoliberal*. Ciudad de México: DR © 2017. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cardoso Brum, M. I. (2006). *La evaluación de políticas y programas públicos*. Ciudad de México: Miguel Angel Porrúa, Librero-Editor.
- Chamú, J. M. (12 de 04 de 2018). Programa de salud en CDMX. (G. Gálvez Otero, Entrevistador)
- Clasen, J. (2007). Comparative social policy-Old questions and Original Answers. *Journal compilation*.
- Cohen, E., & Franco, R. (2005). *Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*. Distrito Federal, México: siglo xxi editores, s.a. de c.v.
- Cohen, E., & Franco, R. (2006). *Evaluación de Proyectos Sociales*. Distrito Federal, México: siglo xxi editores, s.a. de c.v.
- CONEVAL. (29 de 09 de 2017). *Ficha de Monitoreo 2016-2017 Seguro Popular*. Recuperado el 6 de 05 de 2018, de Evaluación Documentos:
https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_12_U005.pdf
- Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México. (11 de 2017). *EVALÚA CDMX*. Recuperado el 05 de 2018, de EVALÚA CDMX:
<https://www.evalua.cdmx.gob.mx/>

- Delgado García, G. (1998). Desarrollo Histórico de la Salud Pública en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, 110-118.
- Delgado Gutierrez, A. (2 de 11 de 2002). *Las políticas sociales en la perspectiva de los derechos y la justicia*. Recuperado el 28 de 10 de 2018, de Comisión Económica para America Latina. Cepal: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf>
- Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). (2016). *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México.
- EL Médico en tu casa. (s.f.). *El Médico en tu Casa*. Recuperado el 21 de 03 de 2018, de <http://elmedicoentucasa.mx/index.html>
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los Tres Mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: ALFONS EL MAGNANIM.INSTITUCIÓ VALENCIANA D'ESTUDIS I INVESTIGACIÓ.
- Filgueira, F. (2014). *Hacia un modelo de protección social en América Latina*. Santiago de Chile: Copyright © Naciones Unidas.
- Galeana de la O, S. (1999). Campos de acción del trabajo social. En M. Sánchez Rosado, *Manual del Trabajador Social* (págs. 139-158). México, D.F.: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.
- García Delgado, G. (1998). DESARROLLO HISTÓRICO DE LA SALUD PÚBLICA EN CUBA. *Cubana Salud Pública*, 1-9.
- González García, G. (1994). *Remedios políticos para los medicamentos*. California: Isalud.
- Grau, M., & Mateos, A. (2002). *Análisis de políticas públicas en España: enfoques y casos*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Grupo de investigación en Gestión y Políticas en Salud. (10 de 08 de 2008). *Políticas públicas en Salud: aproximación a un análisis*. Recuperado el 25 de 10 de 2018, de Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez".Universidad de Antioquia: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas_publicas_en_salud_aproximacion_a_un_analisis.pdf
- Hernández Sampieri, C. R. (1991). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Estado de México: McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V.
- Ituarte, A. T. (1992). *Procedimiento y proceso en el Trabajo social clínico*. Siglo XXI.

- Landman, T. (2014). *Política Comparada. Una introducción a su objeto y métodos de investigación*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- López Aranguren, E. (2005). *Problemas Sociales. Desigualdad, pobreza, exclusión social*. Biblioteca Nueva Universidad.
- López Segrera, F. (1981). *Cuba, capitalismo dependiente y subdesarrollado (1510-1959)*. La Habana: Ciencias Sociales.
- Luc Van Carnpenhoudt , R. Q. (2005). *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México DF: LIMUSA, S.A. de C.V.
- Lucca, J. B. (10 de 2015). *Conicet Digital. Repositorio Institucional*. Obtenido de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/53034>
- Márquez Morales, N. E. (2010). *Modelo El Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba*. Recuperado el 2018 de 04 de 2018, de Revistas Médicas Cubanas: <http://bvs.sld.cu/revistas/his/indice.html>
- Molina, M. L., & Morera, N. E. (1999). *La Gerencia de Servicios Sociales*. Buenos Aires: LUMEN/HVMANITAS.
- Montagut, T. (2000). *Política Social*. Madrid: Ariel.
- Montaño, C. (2000). *LA NATURALEZA DEL SERVICIO SOCIAL*. Sao Paulo: Cortez Editora.
- Morlino, L. (2010). *Introducción a la investigación comparada*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nelly Maya, L. (29 de 08 de 2017). El Médico en Tu Casa con anomalís, revela CIDE. *El Universal*.
- Ocampo, J. (2008). Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización. *Nueva Sociedad*, 36-61.
- OECD. (16 de 12 de 2015). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud de México*. Recuperado el 6 de 05 de 2018, de OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- OMS. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado el 7 de Septiembre de 2018, de Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
- OMS. (2008). *Políticas públicas para la Salud Pública*. Recuperado el 25 de 10 de 2018, de Informe sobre la salud en el mundo: http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf

- Ortiz, I. (2007). *Guías de Orientación de Políticas Públicas. Política Social*. Nueva York: Copyright © Naciones Unidas DAES.
- Pérez Liñán, A. (2008). EL MÉTODO COMPARATIVO:FUNDAMENTOS Y DESARROLLOS RECIENTES. *Política Comparada*, 1-29.
- Pino, E. d. (2016). *Los Estados de Bienestar en la encrusijada. Políticas Sociales en Perspectivas Comparadas*. Editorial Tecnos (Grupos Anaya, S.A).
- Posgrado en Salud Social y Comunitaria. (19 de 01 de 2010). *Modulo 5. Políticas de salud*. Recuperado el 25 de 10 de 2018, de Posgrado en salud social y comunitaria: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/M05-Politicass.pdf>
- Ruiz Hernández, J. R. (2008). *Cuba, Revolución Social y Salud Pública (1959-1984)*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Sansó Soberats, F. J. (2004). Momentos de la Medicina Familiar cubana a 20 años de la creación del modelo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Sartori, G., & Morlino, L. (1999). *La comparación en las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Sotelo, I. (2010). *El Estado social. Antecedentes, origen, desarrollo y declive*. Madrid: EDITORIAL TROTTA. FUNDACIÓN ALFONSO MARTÍN ESCUDERO.
- Terán Trillo, M. (1989). Perfil Profesional de Trabajo Social en el área de Salud. *Revista de Trabajo Social*, 124.
- UNICEF. (2017). *Reconoce UNICEF los logros de Cuba en la reducción de la mortalidad infantil*. Recuperado el 21 de 04 de 2018, de UNICEF en CUBA: https://www.unicef.org/cuba/media_37823.html
- Vázquez, M. (1998). *Acerca de la especificidad del Trabajador Social en el área de salud*. México: Espacio.
- Velásquez, L., & Chávez, M. (2008). Integración de los Enfoques Horizontal y Vertical en la Atención Primaria a la Salud. *Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía, Colombia.*, 1-8.

Anexo 1. Modelos de Estados

Categorías	Socialdemócrata (Universalista)	Conservador (Corporativista)	Liberal (Residual)	Socialista	Neoliberal
Redistribución	Redistributivo de ingresos	Redistribución de ingresos	No redistributivo	Redistribución del presupuesto	No redistributivo
Seguridad	Promover la justicia social (en el marco de la economía capitalista)	Solidaridad colectiva. Búsqueda de armonía entre clases e integración sociales	Riesgos asumidos de manera individual. Tendencia al individualismo	Justicia Social Solidaridad Colectiva Integración Social	Pérdida de solidaridad Soluciones individuales Riesgos asumidos individualmente
Asistencia	Modelo de Apoyo a los servicios públicos universalmente accesibles (atención a personas mayores, cuidado infantil, educación, atención médica.	Modelo intervencionista y subsidiario de servicios sociales: Educación, Salud, atención médica, etc. Familias trabajadoras	Modelo enfocado en dar asistencia social únicamente a los más pobres.	Modelo interventor en todos los sectores de la sociedad	Modelo que no interviene en los asuntos sociales ni en ningún sector de la economía. Crea las condiciones para la expansión del mercado Solo a los pobres
Igualdad	Alta incorporación de la mujer a la vida laboral.	Igualdad basada en la fijación de salarios y jornadas laborales	Aumenta la desigualdad	Igualdad basada en acceso a todos los servicios	Desigualdad
Grado de desmercantilización	Alto	Medio	Bajo	Alto	Bajo
Situación de Derecho	Ciudadanos con Derechos	Derechos vinculados al trabajo	Derechos según necesidades sociales	Derechos plenos a ciudadanos	No reconoce los derechos de ciudadanos
Régimen de protección social	Políticas Universales financiadas con políticas fiscales	Política selectiva según cotización laboral	Políticas ligadas a la comprobación de recurso	Políticas Universales financiadas con el presupuesto del Estado.	Políticas altamente focalizadas. Financiadas con la inversión pública y privada
Cobertura a la población	Universal	Ocupacional según sector de empleo	Selectivo	Universal	Selectivo
Población Objetivo	Todos los ciudadanos	Empleados de la economía formal	Los pobres	Todos los ciudadanos	Los más pobres

Fuente: Elaboración propia con base Esping Andersen (2000) y Cárdenas, J (2017)