

La cobertura universal y la conducción epidemiológica del sistema de salud en Cuba

Universal health coverage and epidemiological guidance of the Cuban health system

DrCs. Silvia Martínez Calvo

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

En el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, se reconoce la cobertura universal de salud como un pilar articulador para los sistemas de salud, y para el reiterado enfoque de los determinantes sociales. Con antelación, se habían establecido lineamientos en la Agenda de Salud para las Américas, que se incorporaron a las cuatro estrategias requeridas para desarrollar la cobertura universal. En este trabajo se describen sintéticamente estas estrategias, que también sustentan el acceso universal y se analiza la ejecución de las dos estrategias que se consideran más vinculadas a la conducción epidemiológica de los servicios. El Sistema Nacional de Salud se reconoce como un sistema universal e indudablemente, la práctica epidemiológica en los servicios de salud generó resultados positivos en cuanto a la modificación de los perfiles de riesgos, enfermedades y daños en nuestra población, sin embargo, se identifican brechas importantes para alcanzar el acceso universal, cumplir sus tres requisitos básicos y consolidar las estrategias que aseguren la cobertura universal, en las actuales condiciones. Resulta imprescindible la decisión administrativa que impulse estos procesos recuperativos, cuya ejecución depende casi totalmente de esa decisión.

Palabras clave: cobertura universal, acceso universal, servicios epidemiológicos, estrategias.

ABSTRACT

The PAHO Strategic Plan 2014-2019 recognizes the universal health coverage as an articulating pillar for the health systems and the reiterated social determinant

approach. Before that, the Health Agenda for the Americas had set up guidelines that were incorporated to the four strategies required to develop universal coverage. This paper made a brief description of these strategies that also support the universal access, and analyzed the implementation of the two strategies that are more linked to the epidemiological guidance of services. The national health care system is a universal system and beyond any doubt, the epidemiological practice in health services have generated positive results in terms of changes of risk, disease and harm profiles in our population. However, there have been identified significant gaps to reach universal access, to fulfill its three basic requirements and to consolidate the strategies supporting the universal health coverage under the current conditions. The management's decision is then indispensable to advance these recovery processes and their implementation depends almost completely on this decision.

Keywords: universal coverage, universal access, epidemiological services, strategies.

INTRODUCCIÓN

Las políticas y estrategias de salud se establecen como respuesta a la solución de los problemas que afectan a la población tanto a nivel global, como en las diversas regiones y en los propios países. Desde hace varias décadas, en la agenda de la OMS se incluye el tema de la cobertura de servicios de salud en un inicio se utilizó el término "extensión de cobertura" y más recientemente, surge la estrategia denominada "cobertura universal de salud".¹La cobertura universal (CUS) se ha convertido en una de las prioridades sanitarias mundiales y el principio que subyace en su conceptualización, es el derecho a la salud. Por supuesto, en todas las regiones se adaptan o adecuan esas políticas y estrategias a las condiciones propias del espacio territorial y el contexto socioeconómico prevaleciente.

Es sabido que en Cuba existe un sistema nacional de salud reconocido como universal desde sus inicios y el objetivo de este trabajo, es describir las cuatro estrategias que sustentan la cobertura universal y analizar, brevemente, la ejecución de las dos estrategias que, a mi juicio, están más vinculadas a la renovación de la práctica epidemiológica en los servicios de salud, siempre orientada a mantener y mejorar la situación de salud de individuos, familias y comunidades.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES BÁSICAS

La Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) entrega la siguiente definición: "La cobertura sanitaria universal consiste en velar por que el conjunto de la población tenga acceso a los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de promoción de la salud que necesite y que esos servicios tengan la calidad suficiente para ser eficaces, sin que su costo implique dificultades financieras para sus usuarios".²

Los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52° Consejo Directivo de la OPS/OMS (2013), al otorgarle a la Oficina Sanitaria Panamericana (en lo adelante, la Oficina) el mandato de formular una estrategia que recién se presentó en el 53° Consejo Directivo (2014). Este compromiso de los Estados Miembros se expresa a través del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, en el que se reconoce la cobertura universal de salud como un pilar articulador junto con los determinantes sociales de la salud (DSS).³

Con antelación a este compromiso regional, en el 2007 se estableció por el propio organismo la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017,⁴ cuyos principios y valores son: a) derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusividad, b) solidaridad panamericana, c) equidad en salud y d) participación social. Además, se definieron las áreas de acción:

1. Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional (función rectora y liderazgo intersectorial).
2. Abordar los determinantes de la salud.
3. Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
4. Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las iniquidades al interior de estos.
5. Reducir los riesgos y la carga de enfermedad.
6. Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud.
7. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
8. Fortalecer la seguridad sanitaria (desastres, pandemias y enfermedades que afectan la seguridad nacional, regional y global).

Como se observa, se reiteran los términos universalidad, accesibilidad, determinantes sociales, desigualdades, tanto en la estrategia para la cobertura universal como en la Agenda de Salud, que se basa en las tendencias de la salud observadas en la Región y en la cual se enfatiza la importancia de los determinantes sociales como variables que ayudan a explicar el gradiente de la situación de salud de una región o un país. El desarrollo cobertura universal no promueve un modelo único, los países deberán desarrollar enfoques apropiados según su contexto social, económico y político.

En ese sentido, fue oportuna la aplicación de una encuesta o guía metodológica en 12 países suramericanos, que sirvió de base para el taller "Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad". El objetivo del taller fue propiciar el intercambio de conocimientos, una reflexión sistemática y un análisis crítico de los sistemas de salud de Suramérica a la luz de los desafíos de la universalidad, integralidad y equidad, identificando fortalezas y debilidades que facilitarían el proceso de definir líneas de cooperación y trabajo conjunto.⁵

Entre otros aportes, con esta investigación se reivindican los sistemas universales de salud desarrollados en contextos político-sociales diversos en Latinoamérica con antelación a la propuesta de la CUS, algunos con resultados bien exitosos, además, se establecen variantes estratégicas para la cobertura universal de los servicios.

Por otro lado y como es habitual, han surgido criterios disímiles acerca de las denominaciones utilizadas en las políticas y estrategias de salud. Para *Evans DB, Hsua J & Boerma T*, se ha ocupado tiempo en dilucidar si esa nueva "meta" debía denominarse cobertura universal o acceso universal.¹ Estos autores consideran que la cobertura universal de salud, se establece cuando las personas obtienen los

servicios de salud que necesitan, así como, el beneficio de la protección del riesgo financiero. En cuanto al acceso, lo definen como la oportunidad o habilidad para hacer ambas cosas. A propósito, es oportuno recordar que las interrelaciones entre CUS y las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP),⁶ constituyen el cimiento donde descansa la Salud Pública desde hace décadas.

En un mencionado documento del organismo sanitario mundial,³ se establece que el acceso universal se alcanza con estos tres requisitos:

1. La accesibilidad física. Consiste en la prestación de servicios de salud de calidad a una distancia razonable y se cumple cuando los servicios están disponibles y situados cerca de las personas que atienden.
2. Asequibilidad. La capacidad de las personas para pagar los servicios sin dificultades financieras.
3. La aceptabilidad. Traduce la voluntad de las personas para utilizar los servicios. La aceptabilidad es baja cuando los pacientes perciben los servicios como ineficaces.

Ante estos elementos, resulta oportuno solicitar a los investigadores en sistemas y servicios de salud que además de asegurar no siempre con sólidos argumentos que en nuestro sistema de salud existe total cobertura de los servicios, también indaguen si esa cobertura se acompaña del acceso universal y si se cumplen los tres requisitos que se describieron en los párrafos anteriores. No es frecuente hallar investigaciones nacionales, cuyos objetivos estén dirigidos a este imprescindible aspecto de la prestación de servicios.

En la citada Agenda de Salud, se expresa que: "El panorama regional se caracteriza por la coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles, con enfermedades crónico-degenerativas, violencia, trauma, enfermedades laborales y enfermedades mentales. Las últimas han reemplazado a las transmisibles como causas principales de muerte y enfermedad en la totalidad de los países".⁴

Además, se reconoce "La existencia de amenazas tradicionales y nuevas amenazas y en muchos casos, el avance que se pueden lograr con acciones específicas del sistema de salud parece estar llegando a sus límites. Una buena parte de los factores y condiciones que originan los problemas, escapan al control directo del sector salud".⁴

¿Será este panorama diferente al nuestro? Existen evidencias para aseverar que lo reproduce totalmente, incluidas las "amenazas tradicionales y las nuevas amenazas" y para confirmarlo, ahí están la permanencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA), las infecciones de transmisión sexual (ITS), la inesperada reemergencia del dengue y el cólera y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como principales causas de mortalidad en la población. Si está garantizada la cobertura universal de los servicios de salud ¿dónde ha estado la brecha para enfrentar esta situación? La pregunta tal vez provoque asombro pues se consideran bien conocidos los factores condicionantes -expresados u ocultos- de esa situación epidemiológica nacional. Sin dudas, se han imbricado diversos factores para generarla pero, ¿se ha valorado el aporte de los tres criterios mencionados, cuya ejecución debe garantizar la cobertura y el acceso universal a los servicios con los cuales se enfrentaría esa situación?

Una posible respuesta a esa interrogante, se obtendría al describir las cuatro líneas estratégicas que deberán desarrollarse para lograr la cobertura y el acceso universales y, específicamente, realizar una resumida valoración del cumplimiento de las dos estrategias que consideramos más vinculadas con la práctica epidemiológica en los servicios, y en cuyo contenido están representados esos criterios que se requieren para el acceso universal.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL

Para desarrollar la cobertura universal, se establecieron cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza, c) aumentar y mejorar el financiamiento, promoviendo la equidad y la eficiencia y eliminando el gasto de bolsillo, y d) fortalecer la actuación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.⁷

AMPLIAR EL ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES, DE CALIDAD, CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES

Si se pretende lograr la cobertura universal de la salud, los servicios deben ser física y económicamente accesibles y aceptables para los pacientes, aunque estos requisitos *per se*, no podrán garantizar que todas las personas obtengan los servicios de salud que necesitan. Por ejemplo, pueden existir servicios accesibles y aceptables y las personas no los utilicen debidamente, al desconocer que padecen de alguna condición o enfermedad, como sucede con el período asintomático de la hipertensión, o no procuran tratamiento para una enfermedad infecciosa. También pueden ignorar que están disponibles servicios de mucha utilidad para ellos, como son los servicios de promoción de la salud o prevención de riesgos y daños.⁸ Por otro lado, los servicios de salud dependen en gran medida de la cantidad y las capacidades de sus recursos humanos, lo cual incide en su cobertura, calidad y eficiencia. La identificación de los puntos fuertes y débiles del funcionamiento del servicio, tal y como los perciben los usuarios, es un elemento clave para la gestión y en especial para la mejora de los procesos.⁹

En todos los niveles de atención debe asegurarse la profesionalización, la capacitación, la distribución, la remuneración y el desarrollo profesional pues, cuando se analiza el hoy denominado capital humano, debe considerarse no solamente su número y distribución, sino, su competencia y desempeño.^{10,11}

En Cuba, desde hace años se suscitan debates sobre la calidad de los servicios de salud, con elevada tendencia a valorar las condiciones de los recursos materiales y la utilización de la tecnología diagnóstica y con menor dedicación, los procesos de evaluación de las competencias y el desempeño, iniciados hace años, desde el Viceministerio de Docencia.¹²

Hoy para estos procesos, *López Puig* plantea que "En el sistema de salud cubano se dispone de un arsenal de herramientas administrativas para el correcto manejo de su capital humano que, si se utilizaran bien, favorecerían una gestión exitosa del más valioso de los recursos".⁹

Entre las mencionadas por este autor, se destaca el Sistema de Evaluación del Desempeño y el Sistema Nacional de Capacitación. Con estos y otros procesos

evaluativos, se han detectado insuficiencias en las habilidades clínicas en el personal médico, aunque la evaluación del desempeño debía extenderse a todos los profesionales y técnicos que intervienen en la atención médico-clínica y preventiva, en los diferentes niveles de servicios de salud.

Incuestionablemente, el contexto en que se desarrolla el sistema de salud se ha modificado con la presencia de diversas transiciones: políticas, económicas, demográficas, culturales, organizativas, alimentarias, tecnológicas y no exclusivamente epidemiológicas con variaciones en la situación de salud de la población, y que obligan a establecer las "transformaciones" del sistema y los servicios. En cuanto a la accesibilidad han sido abundantes los cambios, no siempre consultados o aceptados por las personas que necesitan los servicios ni por el propio personal de salud.

En cuanto a los servicios higiénico-epidemiológicos, se desarrollaron desde los policlínicos integrales y comunitarios en las primeras décadas de establecido el sistema; en los 80, estos servicios se concentraron en los Centros y Unidades Municipales de Higiene y Epidemiología (CMHE) (UMHE), con el apoyo del trabajo que realiza el equipo de salud en los consultorios de Medicina Familiar desde la implementación del modelo del Médico y Enfermera de la Familia.^{13,14}

FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA

Tanto uno como otro término están referidos al sistema en su conjunto y a los fines del trabajo, resultó pertinente y oportuno adaptar el término "rectoría" uno de los reconocidos componentes de los sistemas de salud a la acción que se desarrollaba durante décadas por el área de Higiene y Epidemiología, para conducir las políticas y estrategias básicas del sistema. Aunque muchos directivos y no pocos funcionarios, muestran sus dudas acerca de la imprescindible tarea de la "inteligencia epidemiológica" en las políticas de salud, es innegable la necesidad de su aplicación. En ese sentido, los riesgos y amenazas que han modificado la situación de salud de los cubanos en los últimos lustros, confirman esa necesidad.

Las estrategias del sistema de salud en cuanto a la gerencia, la atención médica y la formación y capacitación de recursos humanos, deben responder a la situación de salud de todos los ciudadanos y todo ello, requiere de una conducción sustentada en un pensamiento epidemiológico consecuente, de lo contrario, se dispersan los componentes del propio sistema y se estimula su desintegración. Se entiende la casi obligación de racionalizar recursos y reducir los gastos en salud, pero no a expensas de la desvinculación de sus componentes que permanecen integrados, siempre que se privilegie la conducción epidemiológica del sistema de salud.

AUMENTAR Y MEJORAR EL FINANCIAMIENTO, PROMOVRIENDO LA EQUIDAD Y LA EFICIENCIA Y ELIMINANDO EL GASTO DE BOLSILLO

La tendencia para desarrollar la cobertura universal en la mayoría de los países, es priorizar las estrategias relacionadas con el financiamiento del sistema de salud. En afán de justicia social y equidad, en el sistema nacional de salud se estableció la gratuidad en la prestación de los servicios de salud. Actualmente, aunque se mantiene ese principio, se modifican aspectos del financiamiento del sistema de salud mediante una estrategia económica de racionalización.

Por otro lado, el requisito de la *asequibilidad* capacidad de las personas para pagar los servicios sin dificultades financieras no procede en nuestro sistema donde la atención es gratuita y sostenida por un presupuesto estatal. No obstante, en respuesta a la actual situación económica nacional, al interior del sistema se realizan cambios y modificaciones consecuentes, además, se informa a la población la importancia del costo estatal de las gratuidades en el sector de la salud.

FORTALECER LA ACTUACIÓN INTERSECTORIAL PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)

En el 2005, se constituyó la Comisión de Determinantes de la Salud cuyo objetivo es "Priorizar la perspectiva de los determinantes sociales y apoyar a los países en la implantación de enfoques amplios que puedan hacer frente a los problemas de salud teniendo en cuenta sus raíces sociales y medioambientales".

Es clara la definición para estos determinantes "Circunstancias en las que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad y se incluyen: ingreso, escolaridad, ocupación, equidad, vivienda, etnicidad, edad y alimentación".¹⁵

Con posterioridad a la creación de la Comisión DSS por la OMS, se constituyen las Comisiones en los países y se efectúa una importante reunión en Brasil, donde se emitió la Declaración de Río en 2011, que tradujo el compromiso político global para la implementación del enfoque de los DSS, la reducción de las inequidades y alcanzar otras prioridades globales. De otro lado, se ayudará a construir un impulso en el marco de los Estados Miembros de la OMS para el desarrollo de planes de acción y estrategias nacionales, con el establecimiento de premisas para enfrentar las inequidades en salud.¹⁶

En varios países de América Latina se han implementado estrategias para incorporar el enfoque de los DSS a la práctica de los servicios, por ejemplo, resulta una interesante experiencia en México, el sistema de monitoreo para medir anualmente el comportamiento de los DSS con el propósito de impulsar la creación de políticas públicas, programas y proyectos que permitan la adopción de estilos de vida saludables.¹⁷ En la estrategia peruana, se seleccionaron las acciones de participación social individual y colectiva y la intersectorialidad para incorporar los determinantes sociales en los servicios y ser evaluados como atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud.¹⁸

En nuestro caso, Cuba, aún no se ejecuta con amplitud la estrategia para el enfoque de los DSS en la práctica epidemiología de los servicios. Este enfoque se ha desarrollado mucho más en centros de investigación epidemiológica, que directamente en los centros y unidades prestadoras de servicios y, al respecto, son diversas las investigaciones realizadas en el país.¹⁹⁻²² Como elemento vinculado a esta estrategia, en los últimos años se han reivindicado tanto para los servicios como para la investigación, los estudios sobre las acciones intersectoriales y la intersectorialidad desde la Escuela Nacional de Salud Pública, sustentados en valoraciones conceptuales, interesantes estudios de casos y aproximaciones a los DSS, aunque con escasa mención de procedimientos que faciliten el vínculo entre estos y la intersectorialidad, para su práctica permanente en los servicios.²³

Casi al finalizar la década de los 90, desde la Oficina se elaboraron sugerencias para "renovar" el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y entre ellas destacaba la priorización del estudio de desigualdades como uno de sus objetos.²⁴ En etapas posteriores y en consecuencia con la solicitud, fueron varios los estudios,

investigaciones y reuniones técnicas para asegurar el procedimiento que permitiera medir esas desigualdades.²⁴⁻²⁷

Es reiterado el criterio de la importancia y necesidad de utilizar el ASIS para la identificación y solución de problemas, algo reconocido frecuentemente por directivos, prestadores directos de los servicios y personal docente. En ese sentido, resultó interesante que el 88,5 % de los 26 expertos encuestados en una reciente investigación, reconocieran la utilidad del ASIS, lo que aunado a las sugerencias del organismo internacional y a las evidencias expuestas, estimuló entre otras proposiciones la siguiente: "Incluir en la identificación de los problemas de salud, procedimientos relacionados con la determinación social de la salud, las desigualdades en salud y las necesidades y prioridades referidas directamente por la población".²⁸

De lo expuesto en los párrafos anteriores, surgen interrogantes: ¿Qué se requiere para fortalecer la actuación intersectorial e intervenir sobre los DSS? ¿Cómo se establecería el vínculo determinantes sociales, ASIS e intersectorialidad en los servicios, con el propósito de modificar la situación de salud de la población?

De inicio, para responder a estas interrogantes sería pertinente y oportuno, revisar los hallazgos de relevantes investigaciones, no solamente realizadas en el sector de la salud y cuyos resultados ofrecen técnicas y procedimientos metodológicos correctamente aplicados; además, deben utilizarse las brechas de oportunidad que ofrece el contexto actual para el trabajo intersectorial, desde las modificaciones en los procesos formativos de la enseñanza general -horarios extraclases- que permite desarrollar actividades de promoción de salud entre los alumnos y maestros, hasta la participación permanente en los espacios para el debate público que se desarrolla en centros e instituciones sociales en todo el país, así como la obligación de establecer vínculos con el naciente sector de los trabajadores por "cuenta propia". El retardo en tomar decisiones atinadas, acelera la aparición de problemas derivados de la influencia más directa de los DSS, traducidos en nuevos perfiles de daños, enfermedad y muerte en la población.

Al respecto, en la encuesta mencionada en un párrafo anterior, se indagó sobre la utilización del ASIS para la toma de decisiones en los servicios por parte de los directivos y se confirmó, lo que se vaticinaba: el 96 % de los expertos respondió que "a veces" (65,4 %) y "nunca" (30,8 %), los directivos utilizan el ASIS para tomar decisiones, aunque todos reconocen su importancia para la identificación de problemas. Con anterioridad se habían obtenido opiniones similares como resultado de otra investigación nacional cuyo objetivo fue: "Disponer de actualizada información nacional, sobre el desarrollo de los procesos investigativos como 'generadores de conocimiento', para lo cual se utilizó como 'trazador' el ASIS".²⁹

Sea cuales fuesen los resultados de la aplicación del ASIS en los servicios, constituye un logro para el quehacer epidemiológico, particularmente en los niveles locales, que su elaboración permanezca como una de las competencias básicas de los epidemiólogos y los médicos familiares, lo que también facilita el desarrollo de acciones intersectoriales integradas en función de reducir la influencia de los DSS en la salud de la población.

CONSIDERACIONES FINALES

Aun cuando en Cuba persisten las características de universalidad del sistema nacional de salud, para lograr la cobertura universal deben cumplirse las cuatro

estrategias establecidas y aceptadas a nivel gubernamental, al suscribirse la propuesta del organismo regional. Para lograr la cobertura y el acceso universales que se reclaman, se considera imprescindible restablecer la rectoría epidemiológica del sistema de salud, tal como sucedía en las décadas subsecuentes a su creación. Que exista un área designada ahora en una especie de limbo gerencial para atender el quehacer epidemiológico de los servicios, no significa que se reconoce como el eje conductor del sistema y mucho menos, que su enfoque se oriente a identificar la influencia de los DSS, generadores de los problemas de salud que afectan a casi la totalidad de los ciudadanos.

Si se ha reconocido la utilidad del ASIS, para ejecutar esta cuarta estrategia, es necesario vincular su aplicación a un proceso de revitalización de las acciones intersectoriales. La intersectorialidad entendida como una acción compleja de carácter político-social, que necesita de renovados procedimientos y que no se establece *desde el sistema de salud*, lo cual contribuirá al desarrollo de la cobertura efectiva y el acceso universal, que se promueve en el discurso. No debe dilatarse en la práctica cotidiana de los servicios el desarrollo de este vínculo estratégico ASIS-intersectorialidad-DSS, cuya integración deberá influir sobre los problemas de salud que derivan directamente del actual contexto político, económico, social, cultural y demográfico del país. Resulta imprescindible la decisión administrativa que impulse estos procesos recuperativos, cuya ejecución depende casi totalmente de esa decisión.

Indudablemente, en los 50 años de establecido el sistema de salud y especialmente en las primeras décadas, la práctica epidemiológica en los servicios de salud generó resultados positivos en cuanto a la modificación de los perfiles de riesgos, enfermedades y daños en nuestra población, sin embargo, actualmente se identifican brechas importantes para alcanzar el acceso universal, cumplir sus tres requisitos básicos y consolidar las estrategias que aseguren la cobertura universal en las actuales condiciones.

Son incuestionables los logros del sistema de salud desde su creación, pero las transiciones que conforman el actual contexto originan en los servicios epidemiológicos evidentes debilidades e insuficiencias, que deben eliminarse para lograr niveles de satisfacción tanto al interior del propio sistema, como para beneficio de la población, como corresponde a la cobertura universal.

Todo lo expuesto hasta aquí permite concluir que la estrategia para desarrollar la cobertura universal, puede contribuir a perfeccionar las transformaciones propuestas para el sistema de salud desde hace un lustro y no solamente para mantener los logros de etapas pasadas, sino, para avanzar consecuentemente, ante los retos del contexto que todos compartimos.

Recuperar la conducción epidemiológica del sistema de salud y agilizar el desarrollo sostenido de la intersectorialidad enfocada al estudio de los DSS, son estrategias aún pendientes de un diseño superior, para su implementación desde los servicios de salud en todos los niveles, como corresponde a la cobertura universal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evans DB, Hsua J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. Bull World Health Organ. 2013 [citado 10 Jun 2014];91:546A. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450>

2. Organización Mundial de la Salud. *Chan M.* Alocución a la 65ta. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 2012.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52do. Consejo Directivo de la OPS, 65ta. Sesión del Comité Regional; 2013, 30 septiembre 4 de octubre; Washington (DC), Estados Unidos. Documento Oficial 345. Washington, D.C.: OPS; 2013 [citado 20 Dic 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es
4. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas, 2008-2017. Texto del documento entregado en la ceremonia de lanzamiento. Panamá: Representación de la OPS; 2007.
5. Giovanella L, Feo O, Faría M, Tovar S, organizadores. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Río de Janeiro: ISAGS; 2012 [citado 2 Oct 2013]. Disponible en: www.isags-unasur.org
6. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. En: La Salud Pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589 [CD-ROM]. Washington, D.C.: OPS; 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS; 2013.
8. McIntyre D. Health Service Financing for Universal Coverage in East and Southern Africa, EQUINET Discussion Paper 95. Harare: EQUINET; 2012.
9. López Puig P. Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Cuba, 2013 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2014.
10. Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Toronto, Canadá. 4-7 de octubre de 2005. Washington, D.C.: Representación OPS; 2013.
11. Murillo C, Saurina C. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. Gac Sanit. 2013 [citado 10 Jun 2014]; 27(4): 3049. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.015>
12. Salas Perea RS. Propuesta de estrategia para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba. Educ Med Super. 2010[citado 20 Dic 2013]; 24(3): 387-417. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300011&lng=es&nrm=iso
13. Berdasquera D, Mirabal MC, Suárez CL. La integración de la Higiene y la Epidemiología a la Atención Primaria: Otro avance de la Salud Pública Cubana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [citado 15 Oct 2012]; 17(1): 100-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000100014&lng=es

14. Márquez M, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina General Medicina Familiar. Experiencia Internacional y Enfoque Cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
15. Organización Mundial de la Salud. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2005.
16. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la Brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud (documento de trabajo), Conferencia Mundial sobre los Determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro: Representación OMS; 2011.
17. Kuri P. Determinantes sociales de la Salud: de lo global a lo local. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México: Subsecretaría; 2012 [citado 20 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/.../3%20Importancia%20de%20la%20par>
18. Canta Ventura L. Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad DIRESA. AMAZONAS. Red de Salud Chachapoyas. Perú: Ministerio de Salud; 2013.
19. Pría Barros MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
20. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet M, de Vos P, Van Der Stuyft P. Algunas evidencias cualitativas acerca de la determinación de la salud en Cuba (1989 a 2000). Rev Cubana Hig Epidemiol. 2009 [citado 8 Sept 2014]; 47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100002&lng=es
21. Díaz-Perera G. Determinantes contextuales de las enfermedades asociadas a la aterosclerosis y sus factores de riesgo [tesis]. La Habana: Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana; 2011.
22. Bacallao J. Ensayo crítico acerca de la medición de las desigualdades sociales en salud [tesis]. La Habana: Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana; 2013.
23. Castell-Florit P. Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
24. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud. Bol Epid. 1999; 20(3): 1-16.
25. Alleyne G, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Pública. 2002; 12(6): 388-97.
26. Álvarez AG, Alegret M, Luis IP, Leyva A, Rodríguez A, Bonet M, et al. Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2011 [citado 10 Sept 2014]; 49(2): 202-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000200007&lng=es

27. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de Consulta Técnica de Expertos en Análisis de Situación de Salud (ASIS). Documentos para el debate. Asunción, Paraguay: Representación OPS/OMS; 2010.

28. Martínez Calvo S. Utilidad y aplicación del Análisis de Situación de Salud en el Sistema Nacional de Salud. Cuba 1988-2011 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012

29. Artilés L, Alvarez M, Norabuena MV. Proceso de gestión de ciencia, técnica e innovación en salud. La Habana: MINSAP; 2009.

Recibido: 3 de febrero de 2015.

Aprobado: 30 de abril de 2015.

Silvia Martínez Calvo. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: calvo@infomed.sld.cu