

Fundamentos de la cobertura universal en servicios de salud

Foundations of universal coverage in health services

Francisco Rojas Ochoa^{1†} <https://orcid.org/0000-0003-0321-6539>

¹Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Desde hace varias décadas se debate con frecuencia el tema de la cobertura y acceso a los servicios de salud. El objetivo de la presente comunicación es contribuir al debate partiendo de las experiencias concretas del Sistema Nacional de Salud de Cuba en las últimas seis décadas. Se realizó una revisión bibliográfica y de documentos oficiales del Sistema Nacional de Salud cubano. Se presenta una síntesis breve de la experiencia cubana. Se puede decir que Cuba alcanzó la cobertura universal alrededor de 2010-2015 con el modelo del médico y enfermera de la familia.

Palabras clave: salud; cobertura universal; acceso.

ABSTRACT

For several decades, the issue of coverage and access to health services has been frequently debated. The objective of this communication is to contribute to the debate based on the concrete experiences of the Cuban National Health System in the last six decades. A bibliographic and official document review of the Cuban National Health System was carried out. A brief synthesis of the Cuban experience is presented. It can be said that Cuba reached universal coverage around 2010-2015 with the model of the family doctor and nurse.

Keywords: health; universal coverage; access.

Recibido: 12/06/2019

Aceptado: 22/09/2020

Introducción

En años recientes se viene prestando atención a los debates sobre sistemas y servicios de salud y su cobertura. Al respecto en un trabajo de gran actualidad, *Asa Cristina Laurell*⁽¹⁾ nos advierte de algo a veces oculto en los debates:

La ofensiva actual por la Cobertura Universal en Salud (CUS) emprendida por la Fundación Rockefeller, Lancet, el Banco Mundial, -entre otros- debe ser analizado en este contexto (el neoliberal) porque impulsa directa o indirectamente el aseguramiento y la separación de funciones.

En el ámbito de la acumulación el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada en el manejo de los fondos públicos. Para ello los gobiernos han usado el poder estatal para destruir las instituciones públicas en su propósito de mercantilizar los servicios de salud y trasladar la administración de su financiamiento a entes autónomos, públicos y/o privados. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto neoliberal en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica.

El proceso de transformación neoliberal se instrumenta en dos etapas parcialmente sobrepuestas. Primero se restringen los recursos de las instituciones públicas como parte del ajuste fiscal lo que lleva a su desfinanciamiento y deterioro. Este recorte suele acompañarse de la reducción de los servicios prestados y la introducción de pagos. Al mismo tiempo se establecen programas verticales focalizados para los comprobadamente pobres y se define la atención médica como un “bien privado” de mercado cuyo costo debe ser pagado por el “usuario consumidor”.^(1,2)

En esta larga referencia se sintetiza de modo claro y con precisión la estrategia contemporánea del capitalismo neoliberal que agentes internacionales, los citados, el Fondo Monetario Internacional, con apoyo de agencias especializadas, los gobiernos de los países de Davos y otros satélites en complicidad con las oligarquías nacionales de los subdesarrollados han impuesto en la mayor parte del mundo.

Mientras ocurría esto, Cuba se movía en otra dirección, se creaba el Sistema Nacional de Salud, único, financiado por el Estado y administrado igualmente por este. Eso explica que no sea frecuente discutir entre nosotros los aspectos del financiamiento del sistema, error que comenzamos a rectificar, pues estos servicios son de costo creciente y es necesario controlar los gastos, sin recurrir a las políticas neoliberales.

No encontramos en Cuba familias enfrentadas a “gastos catastróficos” o a lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado “en riesgo de ruina económica o empobrecimiento”.⁽³⁾

Antecedentes

El debate en torno al tema cobertura de servicios de salud ha tomado impulso al calor de la proposición de la OMS de alcanzar la cobertura universal de esos servicios. Algunos de los pronunciamientos de la OMS al respecto son:

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar los servicios de salud que se necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. Estos servicios van desde la atención clínica del paciente individual hasta los servicios públicos que protegen la salud de una población entera.

Los servicios de salud comprenden medios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa y deben ser suficientes para atender las necesidades de salud, tanto en condiciones de afrontar imprevistos: desastres ambientales, accidentes de origen químico o nuclear, pandemias, etc.⁽³⁾

Es importante tener en cuenta lo que el informe citado enumera como funciones que deben cumplir los sistemas de salud para asegurar la cobertura universal:

- Acceso a los medicamentos esenciales y los productos sanitarios.
- Un personal de salud motivado y cualificado, accesible a las personas que atiende.
- Unos servicios integrados y de calidad, centrados en el paciente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta la terciaria.

- Una combinación de programas prioritarios de promoción de la salud y control de las enfermedades, incluidos los métodos de prevención y tratamiento, integrados en los sistemas de salud.
- Unos sistemas de información que generen datos oportunos y precisos para la adopción de decisiones.
- Unos sistemas de financiación sanitaria que recauden fondos suficientes para la salud, proporcionen protección contra los riesgos económicos y velen porque los fondos se utilicen con equidad y eficiencia.⁽⁴⁾

Fundamentos de la cobertura universal

- La cobertura universal con calidad ética, política, social y científica al alcance de toda la población la ofrecen solo los sistemas de salud únicos, de carácter público, financiados por los presupuestos estatales y sobre el principio de acceso igual ante los mismos problemas.
- La cobertura universal asegurará que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud, sin limitaciones económicas, políticas, sociales, étnicas, religiosas, de orientación sexual, u otro tipo.
- Los servicios de salud comprenden los de atención individual y las necesidades colectivas en cuanto a promoción, prevención, atención y rehabilitación.

La cobertura universal asegurará la provisión de medicamentos y otros insumos sanitarios.

- Las reformas de perfil neoliberal no aseguran una cobertura total lo que enmascaran con programas limitados que ofrecen “paquetes para pobres”.
- La cobertura propuesta demanda la formación de un personal en el área de la atención primaria de salud educado y técnicamente calificado para ese nivel de atención. A los que se les reconocerá la condición de especialista en lo concerniente al salario, condiciones laborales, posibilidades docentes y de investigación, becas, entre otros, de modo que se asegure su estabilidad en el servicio. Estos son nuestros especialistas en Medicina General Integral.
- La aplicación rigurosa del método clínico en la atención individual es la más poderosa tecnología a utilizar en la atención primaria de salud.

- La cobertura asegurará una atención integral desde la atención primaria de salud hasta la terciaria, con el uso eficiente de la red de servicios bien comunicados y en armónico funcionamiento.
- La vigilancia fármaco-epidemiológica y la legislación adecuada protegerán a las personas de violaciones de las grandes empresas productoras de fármacos.
- Deberán controlarse las proposiciones pseudocientíficas y las estafas que se hacen en nombre de la medicina natural y tradicional, la que debe ser ejercida dentro de los estrictos principios éticos y científicos.
- La etapa inicial del desarrollo de la cobertura universal dará prioridad a cobertura en el área rural.
- La cobertura universal verdadera no excluye a nadie. Es necesario controlar que se incluye a los “diferentes”: inmigrantes, personas de orientación sexual no convencional y otros.
- La medición de la cobertura es difícil, engañosa cuando depende solo de indicadores cuantitativos. Debe impulsarse la investigación cualitativa sobre cobertura.
- El componente intersectorial es imprescindible para una cobertura universal en salud: agua potable y saneamiento, alimentación sana, vivienda saludable, educación y participación social. Esto requiere la participación de ingenieros sanitarios, hidráulicos y agrícolas, arquitectos, pedagogos, políticos, administradores, científicos sociales y otros.
- La regla de oro de la cobertura universal es el servicio de salud disponible siempre para todos en todas partes, sin pago directo o indirecto, en el momento u otro momento.

La enumeración de estos fundamentos presenta una síntesis del pensamiento y acción de un revolucionario salubrista del futuro, Fidel Castro Ruz. Estas no son ideas del autor del texto, solo me limito a recoger parte del legado de Fidel sobre salud.

Referencias bibliográficas

1. Laurell AC. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. Saúde em Debate. 2014;38(103).

2. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. BM. Washington, DC; 1993
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigación para una cobertura universal. Ginebra: OMS; 2013. p. 5-7.
4. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigación para una cobertura universal. Ginebra: OMS; 2013. p.16.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.