

## El camino cubano hacia la cobertura universal 1960-2010

### The Cuban path to the universal health coverage in the 1960-2010 period

**Prof. Francisco Rojas Ochoa**

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La cobertura universal ha alcanzado un lugar destacado en la literatura de salud pública en años recientes. Lleva en ello la voz cantante, la Organización Mundial de la Salud. Son objetivos del trabajo exponer cómo y cuándo se logró en Cuba la cobertura universal y sus principales características. Este ensayo sintetiza los propósitos de la cobertura universal, define qué comprenden los servicios y cuáles funciones cumplirá, según la Organización citada. Se discute la cobertura alrededor de 1960 en Cuba, separadas la zona rural de la urbana, por sus notables diferencias; cómo los modelos de extensión de cobertura avanzaron a una mayor y mejor cobertura hasta confluir en un modelo único urbano-rural que alcanzó la cobertura universal. El análisis se hace sobre los avances en la atención primaria de salud, sin ignorar los niveles secundario y terciario. Se destaca el papel del policlínico en sus distintas variantes en el logro de la cobertura universal. La cobertura es universal cuando no existen barreras para el acceso a los servicios: económicas, políticas, sociales, étnicas, religiosas, de orientación sexual, de género u otras y la ofrece con mayor garantía los sistemas de salud únicos financiados por el estado. El espacio privilegiado para alcanzar la cobertura universal es la atención primaria de salud, como lo demuestra su desarrollo en Cuba durante un período que ya es largo, no obstante los grandes obstáculos confrontados. Un programa inicial de extensión de cobertura dará prioridad a la población del área rural.

**Palabras clave:** servicios de salud, cobertura universal, atención primaria de salud, área rural, área urbana, Cuba.

## ABSTRACT

Universal coverage has reached an outstanding place in the public health literature in recent years and the World Health Organization plays the leading role in this field. The objective of this paper was to present how and when Cuba has reached the universal coverage in health and its main characteristics. This paper summarized the aims of universal coverage and defined the contents of the services and their functions according to WHO. It analyzed the health coverage in 1960 in Cuba when rural areas were separated from the urban ones on account of their remarkable differences; the ways in which coverage expansion models have moved into broader and better range of coverage until having a unique urban/rural model that has reached the universal coverage. This paper also examined the advances in the primary health care without neglecting the secondary and tertiary levels. The role of the polyclinics in its several modalities to achieve universal coverage was also underlined. Coverage is universal whenever the barriers to access to services are non-existent, including economic, political, social, ethnic, religious, sexual orientation, gender or any other type of barriers; it is provided more effectively by unique health systems financed by the state. The privileged setting for universal coverage is the primary health care as it has been shown in Cuba for a long period of time despite the great obstacles faced. An initial program of coverage expansion will prioritize the rural area population.

**Keywords:** health services, universal coverage, primary health care, rural area, urban area, Cuba.

---

## INTRODUCCIÓN

El debate entorno al tema cobertura de servicios de salud ha tomado impulso al calor de la proposición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de alcanzar la *cobertura universal* de esos servicios.

Son pronunciamientos de la OMS al respecto:

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que 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.<sup>1</sup>

Es importante tener en cuenta lo que el informe citado enumera como las 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 calificado, 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 generaran datos oportunos y precisos para la adopción de decisiones, y
- unos sistemas de financiación sanitaria que recaudaran fondos suficientes para la salud, proporcionaran protección contra los riesgos económicos y velaran porque los fondos se utilicen con equidad y eficiencia.<sup>2</sup>

Conocido qué es la cobertura sanitaria universal y cómo es, son objetivos de este ensayo exponer cómo y cuándo se logró en Cuba y sus características principales.

## **COBERTURA EN LAS ÁREAS RURAL Y URBANA**

Trataremos el tema en el período comprendido entre 1960 y 2010 y separaremos el espacio cubano en rural y urbano durante una larga etapa hasta que se homogenizó el sistema de organización de servicios para estos dos espacios.

Antes de 1960 es un esfuerzo de la imaginación considerar la cobertura de servicios en el área rural. Tendríamos que mencionar como se trataba la salud de los cañeros en épocas de la esclavitud o entrar en el terreno de la medicina popular de nuestros campesinos de la época colonial. En la República lo más cercano a los hombres del campo eran los servicios médicos asistenciales de los centrales azucareros, y las referencias escasas e incompletas a un hospital rural en Ventas de Casanova y un Instituto Técnico de la Salubridad Rural.<sup>3</sup>

En el área de la población urbana lo correspondiente a la atención primaria de salud (APS) era cubierto por las casas de socorro, las consultas para pacientes ambulatorios de hospitales públicos y las clínicas mutualistas y los consultorios médicos privados. En el aspecto sanitario eran las jefaturas locales de salubridad los que se ocupaban, con discreción de estos problemas.

Se ha intentado situar al lector en el contexto de 1960, pero lo más importante al respecto es partir del hecho que una revolución había llegado al poder político en 1959 y que al inicio de lo que se relata a continuación ya se había promulgado la Ley de Reforma Agraria y un año después se proclamó el carácter socialista de la revolución. Todo lo que pretendamos conocer de este momento de la historia de Cuba debe ser interpretado desde las grandes consecuencias de estos hechos.

### **EN EL ÁREA RURAL**

En enero de 1960 se aprobó la Ley 723 que estableció el Servicio Social de Postgraduados, luego denominado Servicio Médico Social Rural. Fue la primera ley de este tipo en Cuba, después se promulgarían para todos los profesionales. No fue esta primera de obligado cumplimiento para todos los graduados, no obstante de 330 la aceptamos 318. Fue lo que hizo realidad el servicio que nunca antes había existido. Numerosas comunidades rurales conocieron la atención médica, a algunos lugares se les calificaba de remotos o intrincados, el acceso por caminos rústicos,

---

frecuentes pasos de ríos sin puentes que aislaban las comunidades en época de lluvias, elevaciones de difícil acceso (Bernardo en Baracoa, Victorino en Bayamo, ambos en Oriente, El Nicho en Cienfuegos, Cayo Ramona en la Ciénaga de Zapata). La idea inicial daba prioridad a las comunidades aisladas.

Fueron funciones principales del Servicio la atención médica, la vigilancia epidemiológica y la educación sanitaria. Lo más frecuente en cuanto a diagnóstico, el parasitismo intestinal.

Los recursos iniciales eran los que cada médico llevara en su equipaje, después lo que obtuvo de las comunidades, finalmente, los planes en desarrollo de la salud pública, construcción y dotación de consultorios y hospitales rurales. De estos últimos el Estado construyó un modelo llamado típico de 27 camas, dotado de Rx y laboratorio clínico, gabinete dental, sala para partos, planta eléctrica. Por iniciativas locales surgieron otros. La cobertura avanzaba en cantidad y calidad.

En 1972 visité y obtuve información de la Dirección Provincial de Salud Pública, las Direcciones municipales correspondientes y sus áreas de salud de la región centro-sur de la Provincia de Las Villas en un territorio montañoso rural que formaba la Dirección Regional de Salud Pública del Escambray.

Un resumen de los datos recopilados es el siguiente: superficie de la región 3860 km<sup>2</sup>, población 209 899 habitantes. La densidad entre 24 y 82 habitantes × km<sup>2</sup>. La población de las áreas de salud variaba entre 36 y 83 % en su componente rural.

La red de servicios para esta región la formaban 1 hospital general, 6 policlínicos, 2 hospitales de área, 6 hospitales rurales, 9 puestos médicos rurales, 1 puesto médico, 1 hogar materno y 28 farmacias. Los indicadores de cobertura en uso en ese momento (1971) mostraban lo siguiente: 2 consultas programadas y 0,8 de urgencia por habitantes año, las consultas estomatológicas 0,2 por habitantes para un total de 3. Se registraban 6,6 egresos por 100 habitantes y 30,2 días pacientes por 100 habitantes. De este estudio se concluyó que los avances en cobertura eran satisfactorios. Estábamos a 11 años de la creación del Servicio Médico Social Rural.

En 1982 los doctores *Antonio González* y *Fernando Verdecia* estudiaron la situación de los servicios de salud asistenciales municipales, locales y rurales. En el espacio para la población que se describió para 1972 encontraron los siguientes servicios: 23 hospitales rurales, 3 hospitales locales y 1 puesto médico rural, además del hospital que ya existía en 1972 y que estaba en un núcleo urbano cabecera de municipio. El balance indica 10 unidades más, donde aumentaron los hospitales rurales (más 17) y disminuyeron los puestos médicos rurales (menos 8).

Las cifras variaron más por cambios en la clasificación de las unidades que por la creación de nuevos servicios. En el estudio de 1982 se encontró con categoría de hospital pequeñas unidades como las de 8 camas de Jibacoa, Pico Blanco, Guasimal, Gavilanes, Juan Francisco, Itabo, Condado y Pitajones.

Como resultado del estudio, se encontraron deficiencias en organización, escasez de recursos y deterioro de las instalaciones. Se elaboró un plan de recuperación de estos servicios que elevaron su calidad e incluyó un aumento en la dotación de médicos y personal de enfermería, que mejoró la cobertura más allá de lo obtenido 10 años antes.

La siguiente transformación en la cobertura rural fue una aplicación en esta área de los cambios en el área urbana.

## ÁREA URBANA

La cobertura urbana no sufrió cambio significativo inmediatos (1959). Las mejoras se obtuvieron al eliminar la corrupción y las prebendas que florecieron en el régimen prerrevolucionario. En 1960 comenzó la política de unificación de los servicios estatales dispersos bajo una dirección única. Comenzaba a construirse el Sistema Nacional Único de Salud que a juicio del autor se completó con la extinción del mutualismo en 1968. Esta es la mayor realización de la salud pública revolucionaria cubana.

En 1961 ya avanzaba con rapidez la integración del Sistema, los servicios provinciales (escasos) y los municipales pasaron al Ministerio de Salud Pública, también los hospitales del Seguro de Maternidad Obrera, los dispensarios de la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI), las unidades de la Organización Nacional de Rehabilitación de Inválidos (ONRI) y otras entidades estatales autónomas, así como algunas clínicas y laboratorios clínicos privados que eran abandonados por sus propietarios que emigraban.

Se hizo necesario estudiar y resolver como organizar estos servicios que se incorporaban a un organismo único que los financiaba y dirigía. La atención primaria, que todavía no llamábamos así, utilizábamos el término atención ambulatoria, estaba notablemente fraccionada y dispersa. En agosto de 1961 el Ministro de Salud Pública (*José R. Machado Ventura*) mediante la Resolución No. 369 dispuso la creación en el municipio de Marianao de un área de demostración y adiestramiento para el desarrollo y adquisición de experiencias en el funcionamiento de lo que ya llamábamos policlínico, la mayoría instalados en locales que fueron casas de socorro de los servicios municipales. Esto era lo predominante en La Habana, en el resto del país en diferentes locales adaptados, allí las casas de socorro eran pocas.

La investigación y los experimentos concluyeron en mayo de 1964, tres años de trabajo. El resultado fue la creación del modelo de unidad de atención primaria de salud que se llamó Policlínico Integral. En el que se unían las funciones de la salud pública, bajo una dirección común: promoción de salud, prevención de enfermedades, atención de enfermos (diagnóstico y tratamiento) y rehabilitación de discapacitados. Con el nombre citado una nueva Resolución ministerial dispuso que se aplicara el Modelo de Policlínico Integral en todo el país. El original fue el "Aleida Fernández Chardiet", el 8 de mayo de 2014 cumplió 50 años de inaugurarse el Modelo. Ha experimentado cambios muy positivos, pero conserva lo esencial de su concepción y organización. Esto es el resultado de un trabajo previo de investigación que se inició bajo la dirección de *Jorge Quirch Nuño* (período breve) y concluyó *Roberto Hernández Elías*.

Hoy es frecuente escuchar que se habla de lecciones aprendidas, es un estribillo, a veces equívoco porque la llamada lección a veces no enseña nada. Esta gran lección de estudiar tres años un problema, sobre el terreno, y concluir al final el experimento no se ha seguido, con varios argumentos, como que no se puede esperar, se lanzan ideas, se proclama que el éxito es seguro y luego se comprueba que la idea era errónea. Pero de esas lecciones no se aprende.

El modelo fue un fuerte impulso a la cobertura de servicios en la atención primaria. Siete programas presidían las acciones planificadas, integrando las funciones mencionadas. Se adoptaron normas de recursos humanos, se definieron las funciones de profesionales y técnicos, algún tiempo después los programas se reestructuraron y fueron ocho.

Diez años después se sometió a crítica el funcionamiento del policlínico integral. Las conclusiones se recogieron en el documento "Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad", elaborado por una comisión designada por el Ministro *José A. Gutiérrez Muñiz*. Los cambios organizativos fueron importantes: nuevas normas de personal, mayor presencia de médicos especialistas, fortalecimiento del trabajo en terreno, creación del concepto de equipo de salud y redefinición de los programas que aumentaron a nueve.

En esta ocasión el experimento se realizó en el primer policlínico que se construyó en la zona de desarrollo habitacional de Alamar, el trabajo de ensayo en terreno lo dirigió *Mario Escalona Reguera*. Hoy el policlínico lleva su nombre, él había sido el redactor del informe citado antes.

El nuevo modelo que se llamó de Policlínico Comunitario fue exitoso, mejoró la cobertura.

Hasta aquí se ha sintetizado lo más relevante relativo a la APS que ya era nombre conocido e impulsado por la célebre conferencia de Alma-Atá. Es lo ocurrido en Cuba (en apretada síntesis) entre 1960 y 1984.

Se abrió paso entonces un modelo más completo e integral que unificó la organización de la APS para las zonas rural y urbana.

Para el momento actual (2014) la APS es un campo de acción por excelencia para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y solución de problemas de salud.

Es por esto que considero esencial el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades del personal profesional y técnico de la APS en estas disciplinas.

En 1984 fue innegable que el modelo de Policlínico Comunitario había agotado sus posibilidades de ofrecer la cuantía y calidad de los servicios que se proponían en la APS. Se revisó la situación y una primera conclusión emergió con fuerza: la APS en sus componentes asistencial y preventivista no se lograba con los tres médicos de especialidades clínicas que actuaban en el policlínico, era necesario un solo profesional con conocimientos y habilidades para la atención médica de personas y enfoques salubristas para actuar en la comunidad.

Se reformó el plan de estudios de la carrera de medicina fijando como objetivo graduar un médico general capaz de asumir la atención primaria asistencial y sanitaria de la población en lugar de los graduados de internados verticales que venían trabajando en los policlínicos.

Estos cambios y otros se sometieron a prueba en el policlínico Lawton bajo la dirección de *José Rodríguez Abrines (Pepelín)*.

Así fue surgiendo una nueva organización del servicio:

- el médico y la enfermera se acercarían más a la población, trabajarían en consultorios fuera del policlínico, en el seno de la comunidad que atendían: consultorio de médico y enfermera de la familia (MEF),
- era necesario ejecutar un plan de construcciones o adaptaciones de consultorios y viviendas donde trabajaran y residieran los trabajadores involucrados,

- el nuevo profesional trabajaría durante un año como médico de familia, al terminar ese año de posgrado continuaría trabajando en la atención primaria mientras cursaba el programa de estudio-trabajo hasta calificarse como especialista en medicina general integral (MGI). La formación de especialistas comenzó en el policlínico Plaza, bajo la dirección de *Cosme Ordoñez Carceller*,
- se dispuso que el equipo formado por el médico y la enfermera de la familia y, siempre que fuera posible el psicólogo atendieran 120 familias, o sea alrededor de 600 o 700 habitantes. Se hicieron ajustes a estas cifras, sin rebasar los 1000 habitantes. En su momento se extendió el modelo al área rural. Se empezaba a borrar las diferencias urbano rural de los modelos anteriores,
- los médicos se encargarían también de la atención a trabajadores de grandes centros de trabajo (industrias) y de educación (internados),
- se crearon grupos básicos de trabajo (GBT) formados por un ginecólogo, un pediatra y un internista, encargados de la docencia, las interconsultas y la supervisión de la labor asistencial de 15-20 médicos de familia,
- los consultorios de médico-enfermera de familia son parte del policlínico y de su área de salud, y
- los médicos y enfermeras de la familia interactúan con el área preventiva (higiene y epidemiología), visitan a las familias y actúan en el campo sociosanitario.

El modelo avanzó en su perfeccionamiento, amplió su contenido de trabajo: ingreso domiciliario, círculo de abuelos.

Los numerosos programas nacionales introdujeron acciones específicas hasta rebasar la capacidad de trabajo del médico y la enfermera en su consultorio. Comenzó a deteriorarse el modelo. Influían en esto la crisis económica y su repercusión en el sistema de valores morales de la sociedad y de los profesionales de salud, la replicación del modelo a nivel de país no alcanzó el resultado logrado a escala de laboratorio, al sistema le faltó flexibilidad para enfrentar los cambios.<sup>4</sup>

Otras contingencias menores originaron también problemas. Conocido el estado del modelo en 2003, rebasado el período especial en su momento más crítico surgió el Proyecto Revolución, todavía en ejecución en 2010, límite temporal del contenido de este ensayo.

Algunos hechos previos al Proyecto mencionado habían comenzado a mejorar la situación: los debates en el I Congreso Nacional de Medicina Familiar y del Primer Centro Nacional de Debate sobre Medicina Familiar, organizado este último por la Unión de Jóvenes Comunistas. Se crearon los policlínicos principales de urgencias médicas, el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología y el Sistema de Vigilancia en Salud.

El Proyecto impulsó la reparación capital de los inmuebles de los servicios (consultorios MEF), se capacitó al personal que dirigía el Proyecto y a los profesionales que manejarían nuevos equipos y técnicas introducidos en la APS. Se dotaron a los policlínicos de equipos de ultrasonido, se crearon y fortalecieron las áreas de rehabilitación, se dispuso de algunas endoscopías y de optometría.

Todo lo anterior representó un salto de calidad en la atención y se acercó a la población la disponibilidad de tecnologías hasta entonces del segundo nivel de atención.<sup>4</sup>

Todo lo expuesto se resume en que se alcanzó una fina red de servicios, con alta calidad (presencia numerosa de especialistas y medios diagnósticos y terapéuticos), enlazados por el policlínico con los centros del segundo y tercer nivel según fuera necesario. La mayor garantía para esta cobertura universal, el financiamiento del servicio en su totalidad a cargo del presupuesto del Sistema Nacional Único de Salud.

No he conocido ningún otro sistema de esta naturaleza en ningún país de los que he visitado o en la literatura al respecto que he revisado.

Como observación sobre asuntos a juicio del autor no resueltos, tres comentarios:

1. Se aleja de la práctica el uso pleno del método clínico. Se pretende depender exageradamente de los exámenes complementarios, que son solo eso, complementarios. El método clínico es la más poderosa técnica que podemos aplicar en la APS, que es el escenario más importante del sistema de salud y donde se realiza o no la cobertura universal,<sup>5-7</sup>
2. no es todo lo fuerte que se necesita el compromiso y aporte intersectorial: agua potable y saneamiento, seguridad alimentaria, vivienda saludable, y participación social, y
3. la medición de la cobertura deberá verificarse periódicamente, no solo con indicadores cuantitativos, también con investigaciones cualitativas.

Todo lo expuesto hasta aquí permite concluir que la cobertura es universal cuando no existen barreras para el acceso a los servicios: económicas, políticas, sociales, étnicas, religiosas, de orientación sexual, de género u otras y la ofrecen con mayor garantía los sistemas de salud únicos financiados por el estado. La cobertura universal implica servicios integrales de salud: promoción de salud, prevención de enfermedades, atención médica y rehabilitación, desde la APS hasta el tercer nivel. La formación de personal para la APS requiere de profesionales y técnicos con calificación de especialistas a los que se otorgaran, entre otros, las condiciones salariales, de trabajo, posibilidades docentes y de investigación, becas, como a otros especialistas. El espacio privilegiado para alcanzar la cobertura universal es la APS, como lo demuestra su desarrollo en Cuba durante un período que ya es largo, no obstante los grandes obstáculos confrontados. Un programa inicial de extensión de cobertura dará prioridad a la cobertura de la población del área rural.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS; 2013.
2. OMS. La función de la investigación en la búsqueda de la cobertura sanitaria universal. En: OMS, editor. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. 2013. p. 13-6.

3. Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. Análisis y proyección del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria. La Habana: Edit. MSAH; 1959.
4. Sansó Soberats FJ. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública. 2005 [citado 18 Abr 2015]; 31(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200012&lng=es)
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
6. Moreno MA. El método clínico. Lectura y lecciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
7. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.

Recibido: 15 de enero de 2015.

Aprobado: 8 de mayo de 2015.

*Francisco Rojas Ochoa.* Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.  
Correo electrónico: [rojaso@infomed.sld.cu](mailto:rojaso@infomed.sld.cu)