

Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana

Universal health coverage and conciliation of criteria on the basis of Cuban experience

DrCs. Pastor Castell-Florit Serrate, DrC. Estela de los Ángeles Gispert Abreu, MSc. Anabel Lozano Lefrán

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El derecho a la salud es un valor central de la cobertura de salud, por ello, pensamiento y acciones reduccionistas comprometen la promoción y su protección efectiva, lo que redundaría en cobertura deficiente y dificultades para el desarrollo social y humano. El presente trabajo persigue aportar juicios acerca del estado actual de la cobertura universal de salud y su conciliación para la acción en base a la experiencia cubana. Se partió de la conceptualización interna de la cobertura universal, según la Organización Mundial de Salud, argumentándose que la obligación de preservar o restaurar la salud y la aportación de recursos humanos y financieros debiera provenir de los sectores de la sociedad y la economía, con asesoría técnica del sector de la salud y con liderazgo compartido. La situación de la cobertura universal en América Latina y el Caribe, demuestra que sin acciones para mejorar los sistemas de salud, el crecimiento económico no reduce las inequidades en salud. La experiencia cubana señala que la intersectorialidad en el marco de la atención primaria de salud, es la tecnología salubrista apropiada para el control de los determinantes sociales de la salud de cada momento histórico y la mejora continua de los indicadores de salud. El reto actual es seguir identificando las acciones intersectoriales a desarrollar ante un escenario de población envejecida y de reducida natalidad; perfeccionar el proceso de intersectorialidad para la salud en el contexto socioeconómico actual, y continuar garantizando así, la cobertura universal de salud con la participación plena de la sociedad.

Palabras clave: salud, derecho a la salud, cobertura universal de salud, sociedad, intersectorialidad.

ABSTRACT

The right to health is a fundamental value of health coverage; hence, reductionist thoughts and actions jeopardize health promotion and effective protection leading to poor coverage and to difficulties in the social and human development. The present paper was intended to contribute criteria about the present situation of universal health coverage and their conciliation for common action on the basis of the Cuban experience. It started with the internal conceptualization of universal coverage by WHO to state that the obligation of preserving or restoring health and the provision of human and financial resources should come from the sectors of the society and the economy, with the technical support of the health sector and shared leadership. The situation of the universal coverage in Latin America and the Caribbean shows that without the implementation of actions to improve the health system, it is not possible for the economic growth to reduce health inequalities. The Cuban experience shows that intersectoral work in the field of primary health care is the adequate health technology to control the social determinants of health at every historical time and the permanent improvement of the health indicators. Today's challenge is to keep on identifying the intersectoral actions to be carried out within the setting of aged population and low birth rates, to improve the intersectoral work for health in the present socioeconomic context and to continue assuring the universal health coverage with the full involvement of the society.

Keywords: health, right to health, universal health coverage, society, intersectoral work.

INTRODUCCIÓN

La salud es proclamada como un derecho humano fundamental a partir de la constitución de la OMS (1948), y es objetivo de las políticas sanitarias internacionales a partir de la Declaración de Alma-Atá (1978),¹ por ello protegerla debe ser una función prioritaria de estados, gobiernos y de las sociedades.

El derecho a la salud se vale de los derechos civiles y políticos para hacerse efectivo, de esta manera se pueden incrementar gradualmente las acciones a desplegar de manera universal de acuerdo a las necesidades y demandas. No obstante el reconocimiento mundial del valor de la salud para la vida y el desarrollo, en muchos contextos sociopolíticos la interpretación de este derecho resulta limitada y sucumbe a los intereses del mercado, lo que genera diferencias en el acceso a la atención médica, a los medicamentos y otras tecnologías, privilegiando a unos y excluyendo a los más necesitados. Ello hace que las acciones para su obtención sean a su vez parciales, provisionales, desintegradas, circunstanciales a intereses particulares en un momento dado, y costosas, lo que ocasiona dificultades financieras para los individuos en particular, los estados y gobiernos, sobre todo cuando a causa de su inadecuado enfrentamiento se generan epidemias y pandemias de larga duración.

Otro aspecto restrictivo gira en torno de la medición de la cobertura de salud que habitualmente se hace a partir del número de personas que potencialmente pueden acceder a un servicio de salud, y obvia la capacidad resolutive, las barreras

culturales, geográficas y financieras al acceso; la situación de los grupos vulnerables; el nivel de integración (gestión y entrega de servicios de acuerdo a las necesidades a lo largo del tiempo); y la calidad de los servicios que se ofrecen.

Al ser el derecho a la salud un valor central de la cobertura de salud, el pensamiento y las acciones reduccionistas, atentan contra la promoción y la protección eficiente, eficaz y efectiva de la salud, por consiguiente redundan en una cobertura deficiente y dificultades para el desarrollo social y humano.

En este sentido, se reconoce que el desarrollo de procesos políticos y sociales que aumentan la inversión, incrementan el gasto en salud, y promueven el diálogo social, alcanzan más altos niveles de cobertura y acceso universal efectivo.²

El presente trabajo persigue aportar juicios acerca del estado actual de la cobertura universal de salud y su conciliación para la acción en base a la experiencia cubana. Para su realización, se partió de la conceptualización interna de la cobertura universal, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se ofrece a continuación.

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: CONCEPTUALIZACIÓN INTERNA

Según la OMS, la cobertura de salud es "la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población".¹

También es "acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud,³ y que todas las personas que necesitan servicios de salud esenciales de calidad (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y paliación), los reciben a pesar de las dificultades económicas".⁴

Estas definiciones sitúan como responsable de la salud a los servicios y sistemas de salud y hacen referencia a la capacidad de los servicios de salud de brindar una atención que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico que mejore el estado de salud.⁵

Concretamente, los sistemas y servicios de salud de los diferentes países tienen la misión de preservar la salud de la población; pero como la salud es un problema complejo y universal, determinado socialmente, es una limitante para la acción verticalizar la solución en un solo sector cuando la obligación de preservar o restaurar la salud y el aporte de recursos humanos y financieros debiera ser de todos los sectores de la sociedad y la economía, claro está, con la asesoría técnica del sector de la salud y con liderazgo compartido, según sea la situación o problema a enfrentar.

A su vez, al ser la salud un derecho universal, los estados y gobiernos debieran contemplarlo con visión integral y no confinarlo a un paquete de prestaciones menores segmentadas y fragmentadas, como atenuante que quizás resuelva en alguna medida, sin embargo, no genera cambios positivos duraderos, entre otras cuestiones porque en algunos contextos se ofrecen como "regalo electoral" y no

como obligación sistemática legalizada del Estado y gobiernos; y muchas de las personas necesitadas, no lo perciben, ni sienten el compromiso de aportar, solo de recibir, con lo que la responsabilidad grupal e individual por la salud se disipa.

Por ende, sería conveniente que en la definición de cobertura universal de salud se refuerce la necesidad de participación e integración por la salud, de los estados, gobiernos y todos los actores que conforman la sociedad, claves para el despliegue de políticas de protección a la salud efectivas y sostenibles, encaminadas a convertir la hasta ahora utopía de "Salud para todos", en "Salud con todos y para el bienestar de todos", lo cual es una necesidad apremiante.⁶

SITUACIÓN ACTUAL DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La OPS y OMS, reconocen que los países de la Región han logrado avances importantes en el crecimiento económico, la lucha contra la pobreza, las iniquidades y en los procesos de reforma de sus sistemas de salud, aunque persiste la pobreza, bajos ingresos, exclusión, falta de acceso a servicios de calidad para amplios sectores de la población, lo que tiene un considerable costo social, con efectos adversos a la salud como lo demuestra la coexistencia de enfermedades transmisibles, no transmisibles, el aumento de la esperanza de vida sin calidad, el no alcanzar la meta de disminución de la mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015 y, la mortalidad infantil con marcadas diferencias entre los países, expresándose que sin acciones específicas que busquen mejorar los sistemas de salud segmentados y fragmentados, el crecimiento económico no es suficiente para reducir las iniquidades.^{1,7-10}

Se necesita además, mejor distribución de las riquezas, políticas de protección social de extensa cobertura, seguridad social, elevar el nivel de instrucción para la promoción de salud, educación para la salud y la participación efectiva de los actores de la comunidad y de los sectores sociales involucrados, que deben tener conciencia sobre sus derechos y obligaciones.

Existe convencimiento de que la protección social en salud se pone en práctica mediante la atención primaria de salud (APS).^{11,12}

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y SU VINCULACIÓN A LA APS

La cobertura universal de salud es primordial para mejorar los resultados de salud y otros objetivos fundamentales de los sistemas de salud, y parte del derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad.^{7,8} Por ser la salud esencial para el desarrollo sostenible, avanzar hacia la cobertura sanitaria universal es un imperativo para el desarrollo humano, reconocido a nivel mundial.¹³⁻¹⁵ La cobertura sanitaria universal, necesita de acción mancomunada de la sociedad y el estado por la salud. Estas cuestiones se pueden lograr dentro de la APS como señalará la Dra. *Margaret Chan*, Directora General de la OMS: "A mi modo de ver, la cobertura sanitaria universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. La cobertura universal atañe a todos. Permite unificar los servicios y prestarlos de manera integral e integrada, sobre la base de la atención primaria de salud".¹⁶

Esta apreciación se fundamenta en que la APS, como estrategia, persigue detectar de manera proactiva las necesidades de salud de las comunidades, familias e individuos, teniendo en cuenta sus determinantes sociales, y facilitar su solución a

través de coordinaciones con la sociedad, asimismo con los sistemas y servicios de salud en sus diferentes niveles, para proporcionar continuidad de la atención. Conjuntamente para cumplimentar sus objetivos, la APS debe proveerse de tecnología apropiada salubrista y biomédica, lograr la participación comunitaria e intersectorial, orientarse hacia la promoción de salud y garantizar que todos reciban atención según sus necesidades; ya que la cobertura universal con equidad y solidaridad aumenta la capacidad resolutive de los sistemas y servicios de salud, lo que no se puede conseguir con estrategias *aisladas*¹⁷ y carentes de inclusión social.

Entonces, la APS al promover la responsabilidad sectorial, el desempeño integrado de la sociedad por la salud, la protección social interinstitucional y el acceso a los servicios de salud integrales, es la estrategia básica para la construcción de la cobertura universal de salud.

El avance hacia la cobertura universal se compromete cuando la financiación del sistema de salud es dependiente de la cooperación internacional,^{4,18} de ahí la importancia de la concertación con otros sectores en cada contexto, basada en el diálogo, el consenso social, la conformación de redes y equipos de salud respaldados por el gasto público, así como de los aportes de organismos y organizaciones nacionales con el fin de garantizar la sostenibilidad.

Al mismo tiempo, se impone racionalizar la introducción y el uso de tecnologías de salud con enfoque integrado y multidisciplinario, en correspondencia con las necesidades de la población¹⁹ y que el nivel primario se base en un modelo de atención congruente con los propósitos de la APS como estrategia.

COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD DESDE LA EXPERIENCIA CUBANA

El reconocimiento del derecho a la salud de la población cubana, a la cobertura universal de salud y a la participación de organismos de la sociedad y el estado en la salud, tienen base legal en la Constitución de la República de Cuba (1976), que refrenda los principios humanistas y de solidaridad que caracterizan a la salud pública cubana, al expresar en su artículo 50, el derecho de todos a recibir atención y protección de su salud, garantizados por el Estado; y la Ley No. 41, de la salud pública (1983), que plantea satisfacer las necesidades de salud de la población sin discriminación ni exclusión social.

El sistema de salud de Cuba tiene la responsabilidad de responder a las necesidades de salud de la población en todo el territorio nacional, es rectorado por el Ministerio de Salud Pública (Minsap), y se caracteriza por ser único y universalizado. Cuenta con servicios de atención médica en tres niveles, integrados de acuerdo con principios de regionalización para mayor costo-efectividad.²⁰

Entre los factores favorecedores de la cobertura de salud se hallan:

- La centralización metodológica nacional y descentralización de la planificación y ejecución de acciones de salud conjuntamente con la conducción programática integrada, a partir de la década de los 70.
- La existencia de la estrategia sanitaria orientada a la APS desde la década de los 60, incrementó paulatinamente el acceso y la cobertura de salud hasta llegar a 100 % en la actualidad.
- El modelo de atención se centra en la medicina familiar, con el programa del médico de la familia, a partir de 1984. El modelo tiene como características distintivas, el actuar a partir del Análisis de la Situación de Salud, la *dispensarización* de la población y el trabajo en equipo multidisciplinario.

- La red de servicios gratuitos a nivel nacional.
- El policlínico como centro, para coordinaciones internas de asistencia médica, docencia, investigaciones; interconsultas de las especialidades del segundo nivel de atención y del trabajo multidisciplinario entre servicios de salud (consultorios, clínicas estomatológicas, hospitales y otras instituciones). También para coordinaciones externas de acciones de salud con los individuos, las familias, la comunidad y sus sectores sociales.

Ello es respaldado por:

- Voluntad y decisión política del Estado de garantizar a salud de la población.
- Subordinación de la red de servicios de salud, a las estructuras de gobierno en los diferentes territorios.
- Consejos populares de salud.
- Organizaciones comunitarias de carácter formal, masivas, con tradición de trabajo en las tareas de salud.
- Programas de comunicación social en materia de salud.
- Respuesta social organizada a la salud.

Los servicios de salud en Cuba, se planifican de acuerdo a las necesidades de la población desde 1976 y las redes de servicios se organizan por territorios, teniendo en cuenta sus peculiaridades.^{20,21} La prestación de servicios es integral y se conciben acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, control de riesgos, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a través de programas y servicios que cubren a toda la población.²²

Los servicios de salud, y su infraestructura, cuentan con presupuesto estatal (no conllevan gasto directo de bolsillo), y se soportan con los centros docentes de formación o capacitación encargados de desarrollar recursos humanos y suministrar servicios de salud, así como por empresas del complejo médico-industrial, de producción de equipos, equipamiento no médico, y medicamentos.

La APS, su cobertura y la participación comunitaria e intersectorial, son pilares de la seguridad nacional, por cuanto han protegido del impacto de las epidemias, los desastres naturales y de las crisis financieras que afectan la salud de las poblaciones, al promover la equidad y la solidaridad.^{23,24}

La intersectorialidad en Cuba se ha desarrollado como tecnología de gestión para la producción de salud y forma parte de políticas, estrategias y de varios programas de salud,²⁵ la gestión intersectorial ha incrementado el capital social y los espacios de acción, lo que ha elevado la capacidad resolutive de la APS ante los problemas de salud de la población.²⁶

Propiamente las acciones intersectoriales de salud que se realizan, materializan la visión y la acción social (integral e integrada) por la salud, lo que se ha revertido en disminuir estratificación, iniquidades, exposición desigual a riesgos, vulnerabilidad y daños diferenciales. En consecuencia, aunque se requiere reforzar las alianzas y enfoques intersectoriales a la luz del desarrollo tecnológico y las nuevas situaciones contextuales,²⁷ la intersectorialidad en el marco de la APS, y del programa del médico y la enfermera de la familia, ha sido una tecnología salubrista apropiada para el control de los determinantes sociales de la salud en cada momento histórico

y para la mejora continua de los indicadores de salud, cuyo seguimiento se posibilita mediante el sistema de vigilancia en salud de amplia cobertura y el sistema de información estadística de salud de cobertura nacional que emplea el registro continuo, el censo, las encuestas, aplicaciones del muestreo y sitios centinela para la medición de los eventos en salud.²⁸

El pensamiento y la acción intersectorial son bases para lograr salud, bienestar y calidad de vida, ya que la salud se preserva con la participación de los implicados en su concepción o en su construcción.

El reto actual es seguir identificando las acciones intersectoriales a desarrollar ante un escenario de población envejecida y de reducida natalidad; perfeccionar el proceso de intersectorialidad para la salud en el contexto socioeconómico actual, para continuar garantizando la cobertura universal de salud con la participación plena de la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008 [citado 14 Abr 2014]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución CD53.R14. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2014 [citado 11 Ener 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es
3. World Health Organization. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010 [citado 20 de Ener 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>
5. Pan America Health Organization, World Health Organization. 53rd Directing Council 66th Session of the Regional Committee of Who for the Americas. Resolution CD53/R5, Rev.2- ANNEX A. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Washington, D. C.: PAHO/WHO; 2014.
6. Gispert Abreu EA, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Salud con todos para el bienestar de todos: una necesidad apremiante. Rev Cubana Estomatol. 2011 [citado 10 Ener 2014]; 48(4): 317-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400001&lng=es&nrm=iso
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52^o Consejo Directivo de la OPS, 65^a Sesión del Comité Regional. Washington, D. C.: OPS; 2013 [citado 10 Ener 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es

8. Evans D, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access [editorial]. Bull World Health Organization. 2013 [cited 2014 Jan 10]; 91:546-46A. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país. Washington D. C.: OPS; 2012 [citado 10 Ener 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=3&lang=es
10. García-Ramírez JA, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [citado 10 Ener 2014]; 15(5): 731-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42230941007>
11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 52º Consejo Directivo 65.ª Sesión del Comité Regional. Resolución CD52/R11. Protección Social en Salud. Washington, D. C.: OPS-OMS; 2013 [citado 10 Ener 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25591&Itemid=
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 52º Consejo Directivo 65.ª Sesión del Comité Regional. Resolución CD53/5. Rev 2. Washington, D. C.: OPS-OMS; 2014 [citado 10 Ener 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&Itemid=270&lang=es
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; 19-21 de octubre 2011. Río de Janeiro, BR. Ginebra: OMS; 2011 [citado 14 Abr 2014]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
14. Organización de las Naciones Unidas. El futuro que queremos Río + 20- Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; 20-22 junio 2012; Río de Janeiro, BR. New York: NN UU; 2012 [citado 14 Abr 2014]. Disponible en: https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf
15. Global Health Workforce Alliance. High-level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda. Gaborone, Botswana: Workforce Alliance; 5-6 March 2013 [cited 2013 Abr 14]. Available from: [http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_\(B\).pdf](http://www.who.int/workforcealliance/UHC_HRH_GHWA_Briefing_Note_(B).pdf)
16. Chan M. Alocución de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. [citado 10 Ener 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_3-sp.pdf
17. Etienne C. Equidad en los sistemas de salud. Rev Panamer Salud Pública. 2013 [citado 20 Ener 2015]; 33(2): 812. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&g=5id51&Itemid
18. Jamison DT. Global Health 2035: report of the Lancet commission on investing in health. [citado 20 Ener 2015]. Disponible en: <http://www.dcp-3.org/resources/global-health-2035-report-lancet-commission-investing-health>

19. Engström H. Reinvesting in health post-2015. The Lancet. 2013 [cited 2014 Apr 14]; 382(9908):1861-4. Available from:
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62560-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62560-X/fulltext)
20. Márquez M, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina General Medicina Familiar. Experiencia Internacional y Enfoque Cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
21. Rojas F. La atención Primaria de Salud en Cuba, 1959-1984. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 21 Oct 2012]; 31(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es
22. López Puig P, Alonso Carbonell L, Fernández Díaz IE, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez AM, Sánchez Barrera O. Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 18 Oct 2012]; 27(4):421-34. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000400001&lng=es
23. Rojas Ochoa F. Seguridad nacional y salud pública. Rev Cubana Salud Pública [editorial]. 2014 [citado 15 Ener 2015]; 40(4):247-8. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400001&lng=es
24. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Protección de las conquistas de la salud pública cubana ante la crisis financiera y económica mundial. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 15 Ener 2015]; 36(4):337-48. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400008&lng=es
25. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad, una tecnología que despegua con fuerza. Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 15 Ener 2015]; 36(2):101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200001&lng=es
26. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E de los Á. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 15 Ener 2015]; 35(1). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_1_09/spu04109.htm.
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol35_1_09/spu04109.htm.
27. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E de los Á. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev Cubana de Salud Pública. 2012 [citado 10 Ener 2014]; 38(5):823-33. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21425053015>
28. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: DNE; 2015.

Recibido: 12 de abril de 2015.

Aprobado: 20 de mayo de 2015.

Pastor Castell-Florit Serrate. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: dirensap@infomed.sld.cu