



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Pérez Maza, Benito A.

La equidad en los servicios de salud

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 33, núm. 3, julio-septiembre, 2007, p. 0

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433307>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La equidad en los servicios de salud

[Benito A. Pérez Maza](#)

RESUMEN

Sobre la equidad se dice que tiene sus fundamentos en los derechos humanos fundamentales, la equidad no es igualdad; la desigualdad para ser equitativa requiere justificación ética y moral. En Cuba, la equidad es premisa para las decisiones como de forma implícita se anuncia en “La Historia me absolverá.” El sistema de salud cubano tiene como finalidad fundamental producir salud de la mejor manera posible y tiene, además, dos indicadores principales: la eficacia social y la satisfacción social. La equidad es condición estratégica, necesaria, para el acceso a los servicios de salud según necesidades y posibilidades. Se muestra que en Cuba la reforma del sector de la salud es un proceso continuo y sostenible y que decisiones políticas, disposiciones legales, y los valores de la sociedad, aseguran el acceso a los servicios de salud de todos los cubanos. La *accesibilidad* se entiende como la facilidad de acceder y recibir la atención de salud que se necesite, de forma integral y oportuna pero es necesario avanzar más en ella; la lista de espera, el orden de llegada son medidas administrativas para adecuar de alguna forma la demanda con la capacidad real existente en los servicios. La *evitabilidad*, concepto clave para la equidad se considera fuente de acción para eliminar, reducir, neutralizar las causas, subjetivas más y objetivas menos, que demoran la atención aún dentro del sistema de salud único, estatal, integral y gratuito.

Palabras clave: Equidad, desigualdades, servicios de salud, accesibilidad, evitabilidad.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Hace 58 años, cuándo surgieron esperanzas en los pueblos de que la humanidad tomaría caminos de paz, de justicia y progreso, sustentadas en la derrota lograda contra el nazi-fascismo de ansias imperiales que había llevado a la II Guerra Mundial, sus representantes, en la Asamblea General de las Naciones Unidas,¹ aprobaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo 25 expresa:

- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida en sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Y en el artículo 2 deja establecido que:

- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Cuán justo, ético y moral es, destacar la correlación que se puede encontrar, con esta Declaración, en “ La Historia me absolverá”,² el documento que contiene el alegato de defensa del Dr. *Fidel Castro Ruz* en el juicio por los sucesos del Moncada, dos meses antes del quinto aniversario de la aprobación de la Declaración.

La administración imperial estadounidense, manipula tergiversadamente esos derechos humanos para atacar naciones que no se le someten, en el plano propagandístico como se puede comprobar en relación con Cuba y para dar sustento, a todas luces inmoral, también en el plano de intervenciones a la fuerza y de agresiones militares. Como dice el emperador de turno: en cualquier oscuro rincón del mundo. Parece que el sol también lo pretende manipular.

La División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS /OMS, presenta distintos aspectos y conceptos de la equidad en relación con la salud.³ De ese trabajo se tomaron las siguientes citas:

“Igualdad es uniformidad, y equidad es imparcialidad.”

“Lo igual puede ser equitativo en determinadas situaciones pero también puede ser iniquitativo...” y “para que lo que no sea igual sea equitativo, tiene que tener justificación ética y moral.”

Se hace referencia y se llama la atención, de que se define la “distribución equitativa” de los servicios de salud como:

“... una en el cual la enfermedad (como la define el paciente y su familia o los profesionales de la atención en salud) es el principio determinante de la asignación de recursos.”

En el párrafo que se cita a continuación, en el caso de Cuba, no tiene justificación: “El acceso a los servicios médicos históricamente se ha venido usando como medida de distribución justa, en parte, por que es más fácil medir y mejorar el acceso a los servicios, que alcanzar metas más ambiciosas como asegurar un cierto nivel de salud o de bienestar en la población.” Lo que se mide en el acceso, acompaña necesariamente a las otras acciones del Gobierno Revolucionario dirigidas a la elevación del nivel de salud de la población, su bienestar y calidad de vida, a pesar del genocida bloqueo yanqui impuesto contra el pueblo cubano, desde los inicios de la Revolución, muestra real del desprecio a las leyes internacionales del Gobierno Estadounidense y confesión no declarada del temor a su ejemplo. Los indicadores ascendentes en la salud, son suficientemente elocuentes, incluso tomando los del “período especial” cuyas causas y principales autores y colaboradores, son conocidos. Los continuos esfuerzos dirigidos al bienestar de la población también son elocuentes.

Adviértase lo que se dice en este otro párrafo: “La evitabilidad es un criterio clave para la equidad.” De ahí que en la lucha por la equidad “se requiere una acción”. Si se acepta “que existe igual oportunidad para todas las personas dentro de una sociedad, al menos

hasta un cierto nivel aceptable, se debe analizar las condiciones de igualdad de oportunidades o demostrar de forma práctica que tal oportunidad existe.”

Hasta aquí se ha tratado de mostrar que: la equidad tiene sus fundamentos en los derechos humanos fundamentales, y vale la pena volver a decir que la equidad no es igualdad y que la desigualdad para ser equitativa requiere justificación ética y moral. La evitabilidad es un concepto clave para la equidad e indica la necesidad de acción, y que en Cuba la equidad es premisa de decisiones lo que implícitamente se anuncia desde “La Historia me absolverá.”

Tomando como base algunos documentos empleados en el Curso Taller Regional “Fortalecimiento de la Salud Pública y sus Funciones Esenciales”, que tuvo lugar en la Escuela Nacional de Salud Pública, hace dos años (29.11.04-03.12.04), se abordaron algunos conceptos sobre salud pública, sistemas de salud, objetivos e indicadores de desempeño de los sistemas de salud:

“El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone tienen como finalidad fundamental, producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica.” Pero si bien la eficacia social del sistema en su conjunto es un indicador principal de su desempeño, “el sistema debe hacerlo generando satisfacción individual y, sobre todo, social.”

“... la satisfacción es un valor esencial para alcanzar una calidad de vida plena y con una gran importancia política para la legitimación del sistema político.” Por tanto, “el nivel de satisfacción constituye el segundo indicador del desempeño global de los sistemas de salud y de atención de salud” si se evalúa conjuntamente “la calidad de la atención o sea capacidad de solución de problemas y formas de prestación.”

En otra parte se expone que los sistemas de salud están basados en valores de los que algunos, constituyen principios estructurales y que “la equidad es también condición necesaria y estratégica para alcanzar el acceso universal a la atención, según las necesidades y las posibilidades existentes” considerando además, que “la integralidad de la atención según las necesidades cuando se requiere una atención progresiva, es un requisito para la eficacia, la satisfacción y la equidad.”

Véase lo que se dice de la salud pública y la política: “La salud pública está subordinada o depende en gran medida de la política”. Por eso, en muchos de los aspectos de la salud pública se tiene que actuar en función de la política y se dice que “es preciso la actuación intencional y desarrollada de forma congruente, con la finalidad de conseguir los resultados políticos deseados.”

En síntesis, lo antes expuesto, indica que el sistema de atención debe producir la mejor salud posible, en cada situación específica y apuntar hacia la satisfacción individual y social considerando para ello la calidad y formas de la atención, todo lo cual tiene gran importancia por lo que incide en los resultados políticos deseados. La equidad es condición necesaria y estratégica para el acceso universal según necesidades y posibilidades. Un requisito para la satisfacción, la eficacia y la equidad es asegurar la integralidad de la atención progresiva que se requiera según el problema de la persona que se atiende.

No es necesario ofrecer cifras que muestren el desarrollo de la salud pública en Cuba y su congruencia con la política que conduce el Cdte. en Jefe, con el Partido, el Gobierno y el Pueblo. Algunos aspectos seleccionados de los varios tratados por el Profesor *Rojas Ochoa* y la ya desaparecida Profesora *Elena López Serrano*, tomados de la “Reunión especial sobre reformas del Sector Salud”, celebrada en 1995, apoyan lo anterior. Estos autores dan la siguiente definición:⁴

“La reforma sectorial en salud es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un período determinado y a partir de coyunturas que la justifican y la viabilizan.”

Más adelante reflejan las características de Cuba como “país neocolonial, agrícola, monoprodutor y por tanto dependiente” antes del triunfo revolucionario de 1959 y se dice que la reforma en el sector salud “se caracterizó por la adopción de la concepción ideológica marxista en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales, que incluyó lo concerniente a la salud pública” y por tanto, “ existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial” y exponen los Principios de la Salud Pública Socialista a los que Cuba se incorporó añadiendo el principio de la solidaridad internacional como práctica de los servicios de salud:

- La salud es un derecho de la población.
- La salud de la población es responsabilidad del Estado.
- Los servicios de salud alcanzan a toda la población por igual.
- Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica.
- Las acciones de salud tendrán una orientación preventiva.
- La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
- La solidaridad internacional será práctica de los servicios de salud.

Más adelante expresan: “Todo lo anterior estuvo presidido por la principal característica de la salud pública cubana a partir de 1959: la voluntad política de transformar la crítica situación encontrada y todo lo que atente contra la salud de la población, que toma su expresión más concreta y visible en la atención personal del Jefe del Estado y Gobierno, dedicado al sector salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentales en este campo.”

Exponen, además, las distintas medidas puestas en práctica en esa década de los años 60 del pasado siglo y los principales resultados de la Reforma Revolucionaria 1959-1969, y comentan: “Los hechos probatorios de la equidad alcanzada fueron, la rápida extensión de cobertura geográfica, la gratuidad de los servicios, la rebaja del precio de los medicamentos, la elevación del nivel de vida de la población, la ampliación de los beneficios de la seguridad social y la eliminación de distintas formas de discriminación lo que dieron a los cubanos, las mismas oportunidades para su acceso a los servicios de salud.”

Argumentan tres razones para la sostenibilidad del sistema: la voluntad política, la elección de tecnologías adecuadas y la participación social que acepta y apoya el sistema, condiciones que conducen además a la sostenibilidad de la reforma “que por demás se afianza en sus resultados concretos de mayor equidad y mejoras importantes en el estado de salud de la población, así como en la confianza de la población en su sistema.”

Del libro titulado “Reforma sanitaria en Europa” de *Saltman RB* y *Figueras J*, editado en Madrid por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se tomaron los elementos clave referidos al proceso, que pueden usarse para caracterizar reformas específicas del sector sanitario:

- Cambio estructural, más que gradual o evolutivo.
- Cambio en los objetivos políticos, seguido de cambio institucional, más que redefinición de objetivos únicamente.
- Cambio intencionado, más que *a lo que salga*.
- Cambio sostenido y de largo plazo, más que *de una vez*.
- Proceso político *de arriba hacia abajo* dirigido por el gobierno nacional, regional o local.

De lo expuesto es posible expresar sintéticamente, que la Reforma Sectorial en Salud es un componente de la Revolución Cubana, iniciada desde 1959, adoptando principios y valores socialistas para el rumbo de su desarrollo, teniendo en la equidad un componente esencial mantenido y en continuo avance.

La reforma sectorial en Salud en Cuba ha continuado sostenidamente en pos de salud, calidad de vida, con justicia social y equidad en las posibilidades de acceso a la atención a la salud, con un sistema de salud único, integral y gratuito que logra cobertura según necesidades, con su conducción política desde el líder de la Revolución. Si se caracteriza la Reforma que se inició en 1959, con los elementos clave antes mencionado, se confirma su continuidad, ascenso y sostenibilidad.

En correspondencia con el título, se introduce un tema con el interés de promover análisis, debates y posibles decisiones con posterioridad a este simposio y para rendir tributo, al Dr. *Abelardo Ramírez*, quién tanto se ocupó de velar por la equidad en la atención de salud.

Algunas citas de intervenciones del Cdte. en Jefe al respecto dicen que:

“Nosotros nos pusimos a pensar en la Revolución y desde el Moncada,⁵ ya hablando de los servicios médicos y cuándo estábamos en la Sierra Maestra ya prestábamos servicios médicos a toda la población con la que teníamos contacto, con los médicos que iban allí y se incorporaban. Eso debe ser una convicción, un deber elemental. Pero es que no solo visto desde el ángulo moral, sino desde el ángulo de la conveniencia política, hay que dedicar más atención, más recursos a los servicios de salud.”

“... pero con el capital humano que poseemos hoy podríamos estar haciendo las cosas mucho mejores o, digamos, muchas más cosas y mejores cosas.”

“... la idea básica es ir hacia la excelencia en cada uno de los servicios.”

“Hay que estudiar en un mapa donde están cada uno de los servicios y qué hay que hacer para acercar los servicios a la población.”

“... sería indigno de un ciudadano cubano⁶ discriminar a alguien en algo tan sagrado como es la salud humana.”

El acceso, se puede medir y se mide por medio de las cifras estadísticas que con periodicidad anual se publican por el MINSAP,⁷ como consultas e ingresos, y los registros de los distintos servicios realizados, por ejemplo en investigaciones diagnósticas y otras que se conocen y leen y valoran. El trabajo, *de Abelardo Ramírez y Cándido López*,⁸ estudia el acceso y propone varios indicadores para valorar la equidad en el acceso a los servicios de salud, lo que indica el incremento de atención que se observa y la importancia de medir y valorar el acceso equitativo a los servicios de salud.

En cuanto al acceso equitativo, hay otro terreno en el que convendría avanzar, se trata de la facilidad para el acceso o lo que muchos denominan: accesibilidad. La relación de centros de salud, por clasificación, categoría, distribución provincial y nivel de subordinación, por una parte. La fuerza laboral disponible según los perfiles profesionales y técnicos y, la cantidad de servicios brindados, más otras informaciones, como antes se dijo, por otra, permiten valorar de cierta forma, la equidad del acceso a los servicios de salud.

El trabajo mencionado arriba ha de contribuir a precisar esa valoración, pero aún, parece que falta la valoración de la accesibilidad y no para contar con más datos o un mayor “control”, sino por lo que significa en el grado de satisfacción de las personas que acuden a los servicios de salud, la facilidad de acceso a la atención que solicitan y para recibir la atención que necesitan y cuando la necesitan, de acuerdo a su problema de salud. Dicho de otra forma, es importante considerar, además de la oportunidad de acceso, la facilidad para recibir la atención que se requiere, como un factor que contribuye a la equidad en los servicios de salud.

Recordando, por su importancia, algunos términos ya planteados: “equidad es imparcialidad, lo que es igual no es equitativo, lo inequitativo requiere justificación ética y moral, la enfermedad determina la asignación de los recursos, la evitabilidad es clave para la equidad que requiere de acción, la satisfacción tiene importancia política, la integralidad de la atención según necesidades cuando se requiere atención progresiva y sostenibilidad del sistema de salud”, y de lo mencionado de intervenciones de *Fidel*: “con el capital humano disponible podemos hacer más y mejores cosas; debemos acercar los servicios a la población y es indigno la discriminación en salud. La idea básica es ir a la excelencia”, se puede afirmar que política, jurídica y materialmente, está garantizado el acceso equitativo a los servicios de salud.

La accesibilidad, es decir la facilidad de acceder y recibir la atención de salud que necesita toda persona según el problema de salud que la afecta, recibir la atención oportunamente en su integralidad, puede y debe ser, un elemento en la lucha por la excelencia a la que estamos convocados y comprometidos.

Haciendo exclusión de los Servicios de Urgencia Médica, para los que es elevada la comprensión acerca de la importancia de la accesibilidad, una de las bases de su perfeccionamiento; para el resto de las diversas y mayoritarias situaciones de la

demanda de atención por los servicios de salud , la accesibilidad no tiene la misma ni parecida consideración.

El tiempo de espera, la lista de espera, el orden de llegada, son medidas administrativas dirigidas a equilibrar de alguna forma, la demanda de atención con la capacidad para realizarla por un determinado servicio. Se puede preguntar, si en la práctica, los centros de servicios de atención a la salud, analizan con regularidad las causas que inciden en la variable de tiempo real de la espera, para identificarlas y accionar con las que pueden eliminarse, reducirse o preverse y reducir en lo posible ese tiempo.

Se puede mencionar la accesibilidad geográfica en la que incide la distancia que media para lograr el acceso oportuno a la atención. Esa distancia cobra mayor importancia en función del problema específico de salud y la relación que tenga con las posibilidades de transportación existentes, reiteramos que no se hace referencia a las urgencias médicas.

También se puede mencionar la accesibilidad en su relación con la funcionabilidad dentro del sistema organizacional institucional y entre instituciones, o el peso de los hábitos de adoptar normas para funciones internas sin valorar sus efectos para la oportuna atención.

No es necesario, ni conveniente en esta ocasión, extenderse en consideraciones y ejemplos, que pueden mostrarnos obstáculos de carácter subjetivo que alargan el tiempo innecesariamente para el acceso a la atención según su demanda, incluso algunos de carácter objetivo, cuya aparición o permanencia pueden ser evitados o reducidos.

Para valorar la accesibilidad, necesariamente se necesita información de los que usan los servicios de atención, la que no se obtiene solamente por encuestas sobre satisfacción. Las posibles soluciones de las causas que obstaculizan el pronto acceso requieren de análisis y sugerencias de prestadores y usuarios de los servicios.

En la lucha por la excelencia de los servicios de salud, la valoración y mejora de la accesibilidad gana en importancia y como no se cuenta aún con estudios, indicadores, instrumentos y otros elementos, cabe mencionar la posibilidad que brinda el Programa Ramal de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, para obtener esos u otros elementos necesarios.

Entre las líneas de este Programa, aparecen dos de claras relaciones con la accesibilidad:

1. “Accesibilidad y equidad”, para los temas de investigación “relacionados con las dificultades o los obstáculos que se les presentan a las personas para lograr el acceso oportuno a los servicios de salud y las desigualdades que pueden presentarse en ese sentido o las que pueden ocurrir por razones de género, edad, condiciones de vida, entre otros aspectos.”
2. “Satisfacción de la población con los servicios de salud”, la que se inclina hacia la precisión de las expectativas y el grado de satisfacción de la población, con el empleo de técnicas cuali-cuantitativas para que el participante ofrezca información útil que permita alcanzar el objetivo básico de elevar la calidad de los servicios.

CONCLUSIONES

Promover la realización de investigaciones sobre accesibilidad y satisfacción de la población, por los propios centros de servicios de salud, podría dinamizar las reservas que aún se tienen en el capital humano del sector de la salud para lograr ideas, métodos, procedimientos y técnicas, para incorporar la accesibilidad y la satisfacción de la población a la lucha por la excelencia en congruencia con los objetivos políticos del sistema cubano.

SUMMARY

Equity in healthcare services

This article offered the following elements on the term equity. Equity is rooted in the fundamental human rights; equity does not mean equality. For inequality to be equitable it requires ethical and moral justification and in Cuba equity is a premise for decisions as it was implicitly announced in "History will absolve me". The Cuban healthcare system is aimed at producing health in the best possible way based on two main indicators, that is, social efficacy and social satisfaction. Equity is a necessary strategic condition for access to health services according to needs and possibilities. The article demonstrated that the health sector reform in Cuba is a steady and sustainable process and that political decision-making, legal provisions and the society's values assure the access of every Cuban to healthcare services. Accessibility is understood as easy way to gain access to and receive health care services whenever needed in a comprehensive and timely way, but it is imperative to advance further in this regard. The waiting list, the order of arrival are administrative measures to somehow adjust the demand to the real health service capacities; however, avoidability is considered the key concept for equity as a source of action to eliminate, reduce, neutralize the causes, more subjective than objective, that delay care to patient even in a comprehensive free state-run and unique healthcare system like ours.

Key words: Equity, inequalities, health services, accessibility, avoidability.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217A (iii), del 10 de diciembre de 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos [serie en Internet]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/hr/Accesso el 05.12.06>
2. Castro F. La historia me absolverá. La Habana: Comisión de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba;1973.
3. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Principios y conceptos básicos de equidad en salud. Washington,D.C.: OPS;1999.
4. Rojas Ochoa F, López Serrano E. Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. Documentos técnicos. Washington,D.C.:OPS;2000.
5. Castro F. Discurso pronunciado el 28 de noviembre de 1997 en el VI Seminario Internacional de Atención Primaria, La Habana [serie en Internet]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>
6. Castro F. Discurso pronunciado el 3 de diciembre de 2002 en la Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana [serie en Internet]. Disponible en <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>

7. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana; MINSAP;2005.
8. Ramírez Márquez A, López Pardo C. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(2):79-91.

Recibido: 5 de diciembre de 2006. Aprobado: 27 de diciembre de 2006.

Benito A. Pérez Masa. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Línea esq. I, El Vedado. La Habana 10400, Cuba.

[1Profesor de Mérito, Escuela Nacional de Salud Pública.](#)