

## El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba

### Access to health services: general theoretical considerations, and reflections for Cuba

Susset Fuentes Reverón

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Cuba), Universidad de la Habana. Cuba.

---

#### RESUMEN

El presente trabajo realiza un acercamiento teórico a la temática del acceso a los servicios de salud, con la pretensión de analizar críticamente su estudio y situación en el caso cubano. Se basa en el análisis documental de fuentes, relativas al contexto internacional (específicamente en lo teórico-metodológico) y también al nacional, a partir de la triangulación de información de documentos político-programáticos, estadísticos, la prensa escrita, y resultados investigativos. La discusión destaca la existencia, en el debate académico cubano, de vacíos e insuficiencias en los acercamientos a esta temática, y la necesidad de hacer replanteamientos en el orden teórico-metodológico que permitan un abordaje capaz de captar las múltiples complejidades de esta cuestión. En Cuba, si bien hay un sistema de salud universal y gratuito, diversas fuentes y actores identifican problemas de acceso a los servicios que deben ser visibilizados y tenidos en cuenta desde el ámbito académico y político. La realidad del funcionamiento de los servicios está apuntando al imprescindible abordaje de esta cuestión, teniendo en cuenta los problemas relativos al sistema de prestaciones, pero también aquellos referidos a cuestiones externas a los servicios que pueden estar favoreciendo o limitando la existencia de barreras de acceso.

**Palabras clave:** Acceso; calidad; servicios de salud; barreras de acceso; Cuba; retos teórico-metodológicos.

## ABSTRAC

The present work makes a theoretical approach to the issue of access to health services, with the aim of critically analyzing its study and situation in the Cuban case. It is based on the documentary analysis of sources, related to the international context (specifically in the theoretical-methodological) and also to the national, from the triangulation of information of political-programmatic documents, statistics, the written press, and investigative results. The discussion highlights the existence, in the Cuban academic debate, of gaps and inadequacies in the approaches to this topic, and the need to rethink the theoretical and methodological order that allows an approach capable of capturing the multiple complexities of this issue. In Cuba, although there is a universal and free health system, various sources and actors identify problems of access to services that must be seen and taken into account from the academic and political spheres. The reality of the functioning of the services is pointing to the essential approach of this question, taking into account the problems related to the benefits system, but also those related to issues external to the services that may be favoring or limiting the existence of barriers to access.

**Keywords:** Access; quality; health services; barriers to access; Cuba; theoretical and methodological challenges.

---

## CONSIDERACIONES TEÓRICAS

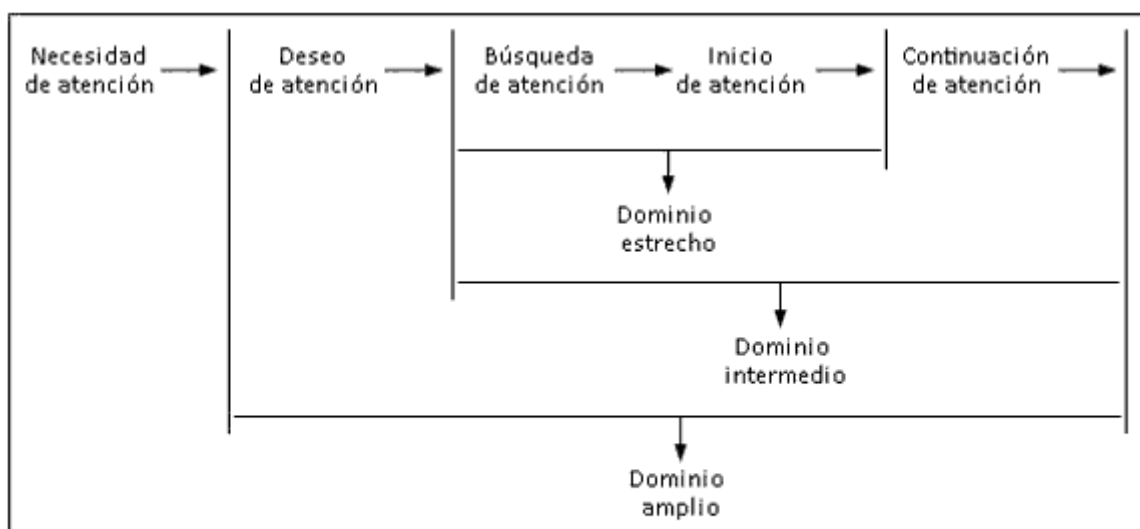
La literatura internacional reconoce que el "acceso" es un concepto con dificultades en su definición, y que en la práctica se utiliza de manera imprecisa pues muestra límites borrosos con otros conceptos relacionados, de ahí la tendencia a usarlo indistintamente como sinónimo de "uso", "disponibilidad", "búsqueda de la atención", o a confundirlo con algunos de sus componentes, como la "cobertura".<sup>1,2</sup>

Otra cuestión en disputa es de carácter terminológico (aunque en ocasiones con anclaje teórico también), y es la relativa al uso del término "acceso" o "accesibilidad".<sup>3</sup> Hay autores que los utilizan indistintamente, sin encontrar conflicto entre sus significados; en otros casos se establece una distinción entre ambos conceptos, a partir del criterio de que uno está contenido en el otro: uno es el proceso y el otro una etapa dentro de este, específicamente la posibilidad de llegar al servicio.

Es en extremo importante para la definición de "acceso" tener en cuenta su carácter multidimensional y, si es preciso, acotar la amplitud o estrechez con que se va a usar concretamente en cada contexto en que se le emplee. Algunos señalan que es un proceso general donde hay que evaluar una variedad de cuestiones como la "disponibilidad", "accesibilidad", "acomodación" y "aceptabilidad" de los servicios de salud, donde se entiende que los servicios son accesibles sí las personas tienen medios para utilizarlos<sup>2,3</sup> y otros lo abordan diferenciando dimensiones de este: geográfica, económica, administrativa, simbólico-cultural, entre otras.

Una idea acerca del "acceso" frecuentemente utilizada y que tiende a invisibilizar las dimensiones ya mencionadas, es la existencia de una metáfora espacial subyacente a la idea de "acceso", que ha centrado la mirada en lo espacial y lo geográfico, específicamente en el acceso físico a los servicios de salud.<sup>2</sup> Al respecto, es preciso acotar que la posibilidad de "llegar", de "entrar" al sistema, no solo tiene que ver con salvar una distancia espacial sino que puede haber obstáculos de otro tipo: financieros u organizativos, por ejemplo.

Resulta esclarecedor hacer referencia a los distintos dominios del concepto de "acceso", desarrollados por Frenk,<sup>4</sup> donde se puede ir desde un dominio estrecho, que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (para algunos entendido este proceso como el "acceso" en sí), a uno intermedio, que además incluye la continuación de la atención, hasta un dominio amplio que incorpora el deseo de atención (Fig.).



Fuente: Frenk J. Ob. Cit. 4.

**Fig. Dominios del concepto acceso.**

A partir de estas consideraciones puede comprenderse el "acceso" como un proceso mediante el cual se puede lograr que una necesidad de atención se satisfaga completamente. Este incluye varias etapas o momentos clave, que pueden ser objeto de análisis: la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad; y en él intervienen varios agentes: personal de salud, administradores de los servicios, usuarios, entidades de regulación y financiamiento y otras.

En general, se observan dos tendencias en las definiciones de "acceso", relacionadas con la "estrechez" o "amplitud" en el abordaje de la cuestión: 1) se piensa en términos del ajuste y articulación entre las características de los servicios y las características de la población y 2) se equipará a la "utilización" de los servicios.<sup>1</sup>

El enfoque del "acceso" como ajuste entre los servicios y la población se concentra en el dominio estrecho del acceso,<sup>2</sup> y se fundamenta en la consideración de que el dominio amplio contempla una serie de procesos culturales, actitudinales, cognoscitivos y conductuales que inciden en la búsqueda de la atención<sup>4</sup> y que

también determinan la utilización de los servicios, además de las facilidades u obstáculos para el acceso generados por el sistema de prestaciones y sus características.

Por otro lado, otros investigadores se pronuncian a favor del dominio más amplio para el estudio del "acceso", enfoque bajo el cual su abordaje se hace idéntico al estudio de los determinantes de la utilización de los servicios, pues se propone evaluarlo a través de sus resultados: el acceso realizado.<sup>c</sup>

*Donavedian*, uno de los primeros en desarrollar el concepto de "accesibilidad", la define como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud. Desde esta mirada, la accesibilidad se muestra como un concepto relacional, al hacer énfasis en esta como articulación o relación (negociada, pero también conflictiva) entre los servicios y las características y necesidades de la población.<sup>5</sup>

*Frenk*<sup>4</sup> concibe la "accesibilidad" como algo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado, y sugiere que su dominio se restrinja al proceso de buscar y recibir atención. Aun así, señala la necesidad de tener en cuenta otras cuestiones como la "disponibilidad", que constituye la presencia de los recursos para la salud, representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de la atención, donde la "utilización", que representa el consumo real de los servicios, viene a ser el otro extremo, el final del proceso.

Siguiendo el análisis de *Frenk*, entre cierta capacidad para producir los servicios y el uso de los mismos, hay una serie de fenómenos intermedios, por lo cual la "disponibilidad" no implica "utilización".<sup>4</sup> En este sentido pueden existir, en esa mediación entre un proceso y otro, una serie de obstáculos o barreras de acceso, entendidas como factores que se colocan entre los usuarios y los servicios y que obstaculizan o limitan la posibilidad de lograr la atención necesaria.

Al respecto el autor ofrece una tipología basada en las fuentes de dichos obstáculos:

- Obstáculos ecológicos: se origina en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancias y tiempos de transporte.
- Obstáculos financieros: precios.
- Obstáculos organizativos: se originan en los modos de organización de los recursos, ya sea en la entrada o al interior de un establecimiento de salud, y se refiere a características organizativas que interfieren el contacto inicial con los servicios y con la recepción oportuna de atención una vez dentro del sistema.

Como se ha visto, hay barreras que se deben rebasar antes de recibir la atención médica (tiempo de viaje, de espera, pago de servicios, entre otros) y hay otras relacionadas con las características de los servicios una vez se ha conseguido entrar en el sistema, como el proceso de referencia y contrarreferencia. Como señala *Frenk*,<sup>4</sup> la importancia relativa de cada obstáculo variará de acuerdo con el modo de organización del sistema de atención a la salud: en una situación de libre mercado los obstáculos financieros pueden ser muy importantes; en un sistema con cobertura universal pueden ocupar un lugar secundario.

Otra forma de abordar la accesibilidad es diferenciando dimensiones de esta:<sup>2</sup>

- Geográfica: relacionada con la distancia entre beneficiarios y servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.
- Económica: relacionada con la capacidad financiera de las personas en relación con los costos asociados a atención y otros aspectos relacionados con esta.
- Administrativa: referida a trabas burocráticas relacionadas con el acceso a los servicios.
- Simbólico-cultural: hábitos y costumbres de la población, y las diferencias existentes a nivel cultural entre beneficiarios y prestadores de los servicios.

Cada una de éstas permite, a su vez -y muy en sintonía con los aportes de *Frenkya vistos-*, identificar dificultades o barreras para que el proceso de necesidad, búsqueda y obtención de los servicios transcurra normalmente y se logre la satisfacción de los usuarios y la mejora o conservación de su nivel de vida. En este sentido, hay barreras originadas en el sistema de prestación de servicios (referidas a influencias que la organización de dicho sistema ejerce sobre las posibilidades para facilitar el acceso) y otras originadas en la demanda (relativas a características individuales como variables sociodemográficas, la estructura social y la cultura).<sup>8</sup>

Una de las cuestiones presentes en el debate acerca del acceso a los servicios de salud es la consideración de que este tipo de estudios deben permitir determinar si la atención es efectiva y apropiada para los individuos, para lo cual hay que trascender de un concepto de "acceso" como medida de entrada al sistema y analizar también el contenido y el resultado de la atención: su calidad y el impacto que tiene en términos de la satisfacción de las necesidades de los usuarios, cuestiones que generalmente han quedado fuera de los acercamientos a esta cuestión.<sup>9,10</sup>

Desde este punto de vista "acceder" al sistema de salud no es suficiente, lo que se espera es que el acceso permita una atención médicamente fundada, que genere beneficios en la salud y el bienestar de los pacientes. Para evaluar esto hay que tener en cuenta si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema de salud; de ahí que hay que incluir no solo el contacto inicial con los servicios de salud sino también los contactos continuados a lo largo de un episodio de enfermedad.<sup>9,10</sup>

Al respecto es importante señalar que, una vez producida la utilización del servicio es necesario analizar el contenido y resultado de la misma, es decir, la calidad de la atención.<sup>11</sup>

La multidimensionalidad de la calidad del servicio se ha justificado teóricamente. Uno de los aportes más significativos en este sentido son los de *Parasuraman* y otros, que según *Losada y Rodríguez*<sup>12</sup> identifica las siguientes: elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos que inspiren credibilidad y confianza), y empatía.

De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos grandes dimensiones: la técnica y la funcional. La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y el ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados; la funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario. A su vez, la forma de entender este proceso define el cómo se aborda la cuestión de la evaluación y medición de la calidad: en el primer caso se considera que son los profesionales de la salud los que tienen la competencia de evaluar la calidad; en el segundo enfoque se sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, de forma definitiva, su nivel de calidad, lo cual incorpora una visión personal y subjetiva de esta cuestión. En la actualidad la perspectiva del paciente aparece como un indicador significativo y de extrema importancia a tener en cuenta.<sup>12</sup>

Estas cuestiones antes vistas relativas al acceso y la calidad de los servicios de salud, se entroncan necesariamente con el tema de la equidad en salud, siendo aquellas dimensiones para el análisis de esta última. En este sentido, *Whitehead*<sup>13</sup> señala que hay tres ámbitos o dimensiones de análisis para abordar la equidad: el financiamiento de los servicios de salud, la prestación de estos y la situación de salud como tal.

Respecto a los servicios de salud, este autor propone que la equidad en la atención de la salud se defina como: I) igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; II) igual utilización para igual necesidad; III) igual calidad en la atención para todos.

El primer punto supone el mismo derecho a los servicios disponibles para todos, una distribución justa en todo el país basada en las necesidades de atención de la salud, y facilidad de acceso en cada área geográfica, así como la eliminación de otras barreras que impidan el acceso. En relación con el segundo, es preciso acotar que las diferencias en las tasas de utilización por parte de diferentes grupos sociales no suponen, *pero sé* que estas diferencias son inequitativas; se trata de poner el foco de atención allí donde el uso de los servicios se encuentra restringido debido a desventajas sociales o económicas. En cuanto a la tercera cuestión, la autora hace referencia a la necesidad de un procedimiento justo basado en las necesidades y no en la influencia social.<sup>13</sup>

## REFLEXIONES PARA EL CONTEXTO CUBANO

Desde el triunfo de la Revolución Cubana se realizaron importantes reformas que progresivamente condujeron al establecimiento del primer *Sistema Nacional de Salud Pública* (SNSP) único, integral, universal y gratuito en la historia de Cuba y de toda Latinoamérica, cuyos principios básicos se anclan en los preceptos enunciados en la Constitución de la República, que expresa el derecho de todos los ciudadanos a la atención y protección de su salud, y la responsabilidad estatal al respecto.

Estas características generales del sistema de salud cubano son en extremo relevantes y deben ser tenidas en cuenta en cualquier análisis respecto al acceso a los servicios, pues la gratuidad universal de estos, y en general el diseño del sistema, eliminan, en primera instancia, un conjunto de barreras que facilitan la accesibilidad.

Sin embargo, es preciso hacer dos acotaciones: I) como ya se vislumbró anteriormente, el acceso es un proceso que involucra multiplicidad de dimensiones analíticas, y su estudio abarca y trasciende las características del sistema sanitario

y los obstáculos o facilidades asociadas a estas; II) por otro lado, aún cuando el sistema de salud sea único, universal y gratuito, no implica que se eliminen los problemas de acceso, incluso aquellos que se originan en el propio sistema de prestación de los servicios.

A pesar de lo anteriormente planteado, en ocasiones se suele asumir en discurso científico y político en el ámbito cubano, que el hecho de que en el país exista un sistema de salud gratuito y universal, garantiza totalmente un igual acceso a sus prestaciones a todos los ciudadanos. De esta manera, se simplifica el análisis de esta cuestión tan importante, y se corre el riesgo de asumir una postura triunfalista que limita las profundizaciones críticas en el abordaje de este tema.

Hay suficiente evidencia, basada en múltiples fuentes de información,<sup>14-23</sup> de que, aun existiendo servicios de salud gratuitos y universales en Cuba, hay problemas relativos al acceso a ellos y a la calidad de la atención.

Como es sabido, en el contexto de la crisis y la reforma de los noventa se afectaron los determinantes sociales que impactan el estado de salud de la población, y también la calidad y el desempeño de los servicios de salud, dada la fuerte contracción financiera que impactó el desarrollo de todas las prestaciones, que se resintieron ante la carencia de recursos e insumos necesarios. Otras afectaciones, menos señaladas por los investigadores, son las que se produjeron en el ámbito de los recursos humanos, el clima laboral, la organización y gestión de los servicios, y la satisfacción de la población con estos.<sup>14,15 d</sup>

La recuperación económica se revirtió en nuevas inversiones en política social como parte de las cuales a comienzos de los 2000, se desarrollan los *Programas de la Revolución en Salud* con el objetivo de perfeccionar el sistema en general y la atención primaria en particular. Dentro de las acciones más relevantes estuvo el desarrollo del *Policlinico Integral* dirigido a ampliar los servicios ofrecidos en estas unidades a partir de la transferencia tecnológica del nivel secundario hacia el primer nivel de atención, a través de una prestación de servicios de mayor accesibilidad y calidad.

Si bien las medidas tomadas para contrarrestar los efectos negativos dejados por la crisis y el reajuste rindieron frutos positivos y propiciaron una importante recuperación del sector de la salud, es válido acotar que continuaron presentes una serie de deficiencias asociadas a factores objetivos y a otros de naturaleza subjetiva.

Si se intenta hacer una síntesis en materia de retos y problemas asociadas al funcionamiento del sector, habría que mencionar cuestiones como el uso inadecuado de los recursos, las indisciplinas, el poco aprovechamiento de la jornada laboral y la baja productividad del trabajo, ineficiencia, todo lo cual conlleva a la afectación en la calidad de los servicios, insatisfacciones en la población, entre otros.<sup>15</sup> Es significativo destacar que también se ha reconocido la presencia del "amiguismo" dentro del sector, y el deficiente engranaje que se produce, en ocasiones, entre los distintos niveles de atención.<sup>16</sup>

La revisión de la sección *Cartas a la Dirección* del periódico *Granma*, tomando como foco lo que se dice explícitamente acerca de los servicios de salud,<sup>e</sup> permite identificar -junto a opiniones positivas y de agradecimiento puntual por buenos servicios recibidos y en general por el derecho a la salud- un conjunto de insatisfacciones, que directamente e indirectamente se conectan con la cuestión del acceso: dificultades para acceder oportunamente a servicios complementarios como ópticas, calzado ortopédico, prótesis auditivas y otros; problemas para la

adquisición de medicamentos, por la inestabilidad en los suministros o problemas organizativos en las farmacias. Se mencionan con mucha frecuencia problemas relacionados con insuficiencias materiales tanto en el estado constructivo de las instalaciones, las condiciones higiénico-sanitarias de estas, los insumos necesarios para la atención médica y la hotelería hospitalaria. A ello se suman opiniones sobre dificultades en el orden de la organización y gestión de los servicios, donde juega un papel vital el factor humano; en este sentido salen a relucir irregularidades en los servicios y desarticulaciones entre los distintos niveles de atención y unidades de salud; malgasto de los recursos estatales; falta de disciplina y desorden; la existencia de preferencias no oficializadas en el acceso a servicios según criterios de "amiguismo" o interés económico; la ausencia e inestabilidad de los médicos de familia en los consultorios, y en las consultas especializadas en policlínicos; falta de ética en algunos representantes del personal de salud manifestada en maltrato, "peloteo", indolencia, y en general incorrecta atención al paciente; demoras excesivas de respuesta del Servicio Integral de Urgencia Médica (SIUM) y otras.

Un importante informe titulado "Condicionantes del deterioro de la calidad de los servicios de salud en Ciudad de la Habana",<sup>17</sup> elaborado en octubre de 2009 por un grupo de expertos cubanos, trae a colación un cúmulo de elementos de gran valor a ser tenidos en cuenta para evaluar esta cuestión, como la multicausalidad que explica el deterioro de la calidad de los servicios, las condicionantes de trabajo y de vida de los trabajadores de la salud, las múltiples complejizaciones derivadas del auge de las misiones internacionalistas en el sector y sus impactos en la prestación de servicios dentro del país y la poca prioridad concedida a la formación de cuadros especializados en organización y administración en servicios de salud, entre otras.<sup>17</sup>

Todas las cuestiones referidas anteriormente -tanto para instancias como el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la población cubana o expertos- constituyen amenazas a la responsabilidad declarada que tiene el MINSAP de garantizar que cada paciente sea conducido por el sistema y reciba la atención correspondiente con la debida calidad.

En el presente contexto de actualización del modelo económico y social cubano se ha implementado nuevas transformaciones en el Sistema Nacional de Salud Pública, anunciándose a finales del 2010 el despliegue de un proceso de *Reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud* que tuvo como propósito el uso más eficiente y racional de los recursos para garantizar así la sostenibilidad de los servicios, aunque su implementación no responde solamente a motivos económicos, sino también a la necesidad de alcanzar niveles superiores de eficiencia y calidad en la elevación de la salud de la población como en la satisfacción con los servicios.<sup>16</sup>

A comienzos de 2014 directivos del MINSAP expusieron a la población los resultados de la evaluación de la primera etapa de las transformaciones (2010-2013) y sus impactos, donde se considera que se han cumplimentado los propósitos trazados: elevar la salud de la población, incrementar la calidad y la satisfacción con los servicios, al igual que la eficiencia y sostenibilidad del sistema.<sup>24</sup> En general, en la proyección del MINSAP sobre estos procesos se aprecia una visión que privilegia los logros alcanzados. Aunque no se señalan deficiencias como tal, se hace énfasis en la necesidad, luego de garantizados los recursos, de prestar "especial atención" al tema del funcionamiento de los servicios, cuestión de orden más cualitativa.<sup>24</sup>



La consulta de otras fuentes no oficiales (académicas, y basadas en la opinión pública) complejiza la visión sobre las actuales transformaciones en el Sistema Nacional de Salud Pública y sus posibles impactos sobre la prestación de estos servicios.

Al respecto, *Iñiguez* llama la atención sobre cuáles pueden ser los principales obstáculos en la consecución de los objetivos trazados en el seno de estas reformas del sector y destaca con mucha fuerza la cuestión de la accesibilidad a los servicios, que a su entender se constituye en un factor que puede restringir los logros esperados de esta regionalización, en términos de satisfacción y otros".<sup>14</sup> Esta autora señala que estos procesos de regionalización representan una de las principales readaptaciones al criterio esgrimido en la revolución del sector desarrollada en los 2000: *acercar los servicios a la población*. Ante esta nueva realidad la accesibilidad real a los servicios constituye un reto, teniendo en cuenta las limitaciones del transporte público y la capacidad diferenciada que tiene la población de acceder a otras formas de transporte y los costos que estos generan, por lo cual la lejanía relativa a la que quedarán algunos servicios puede crear nuevas insatisfacciones".<sup>14</sup>

Estas cuestiones han sido constatadas de forma puntual por algunas investigaciones que señalan -en contextos territoriales diversos dentro de la realidad cubana y a través del diálogo con los usuarios- que a partir de la reorganización de los servicios de salud se han producido variaciones en la distribución geográfica de las instituciones sanitarias (ya sea de primer o segundo nivel), cuya tendencia ha sido el alejamiento de las comunidades, lo cual ha generado limitantes en la accesibilidad geográfica a los servicios para una parte de la población y ha afectado su atención.<sup>19,20</sup>

A su vez, el estudio de *Skeen*,<sup>21</sup> referido al período 2010-2014, aborda las opiniones de la población de un municipio de la capital cubana sobre la calidad y la atención en los servicios de salud en el seno de este proceso de reformas en el sector, e identifica como principales problemas percibidos: inestabilidad del personal, incumplimiento de horarios de consultas, problemas organizativos en los servicios, demoras innecesarias en la atención, déficit de equipamientos, falta de servicios especializados, carencia de modelos y pérdida de valores en el personal de salud, todo lo cual afecta la calidad, la eficiencia y la efectividad de la atención.

El estudio de *Fuentes*<sup>22</sup> también llama la atención sobre distintas barreras de acceso a los servicios de salud con énfasis en aquellas de tipo organizacional, dado el considerable peso que tiene en las experiencias de uso de los servicios médicos, no desde el punto de vista del ingreso al sistema, el cual está asegurado, sino más bien en relación con el desenvolvimiento ya dentro de él, donde los obstáculos organizativos al interior y entre los establecimientos de salud son los que más interfieren con la recepción oportuna de atención.

En el contexto abordado por esta investigación salen a relucir los problemas de funcionamiento de los servicios: la falta de control sobre los recursos materiales y humanos, las indisciplinas por parte del personal de salud y de los usuarios, la mala organización y planificación de los servicios, y otros. También es muy frecuente la referencia a la demora que implica obtener cualquier servicio de salud, ya sea atención primaria o especializada, o la realización de exámenes y pruebas (no solo se trata de la larga espera que *in situ* hay que hacer para acceder al servicio, sino también de la obtención de turnos médicos para especialidades o exámenes complejos que pueden tardar meses), lo que denota la presencia de obstáculos para recibir la atención en el momento justo en que la necesitan los usuarios. En relación con esto, sale a la luz de forma muy sentida en los discursos de los

entrevistados las dificultades en el contacto con los especialistas y, por tanto, en la posibilidad de tener un seguimiento médico adecuado.

Como señalan los resultados de esta investigación,<sup>22</sup> ante la conjunción de dificultades en el área de los recursos materiales, en los recursos humanos, y en la gestión y organización de los servicios, los entrevistados emiten opiniones sobre el limitado poder de resolución de los problemas y satisfacción de las necesidades en los servicios de salud. La autora concluye, entonces, que, si bien existen servicios disponibles de forma gratuita y universal, los senderos para aprovechar estas oportunidades suelen estar permeados de trabas, lo cual lastra la calidad del proceso.<sup>22</sup>

Ante la existencia de todos estos problemas, diferentes autores cubanos han destacado la necesidad de prestar mayor atención a estas cuestiones e incorporarlas a la agenda de estudios y al debate crítico en el seno de la academia, tanto por las ciencias de la salud como por las ciencias sociales.<sup>25-28</sup>

En este sentido hay que destacar como un antecedente importantísimo la propuesta de *Abelardo Ramírez*<sup>29</sup> en el 2002, g de un *Sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba* fundamentada en las modificaciones sustantivas que se habían producido en las condiciones de vida de la población cubana y en otras esferas del quehacer económico y social, unido a la disminución de la homogeneidad socioestructural precedente y la necesidad de conocer las disparidades sociales que pueden impactar en el estado de salud de la población y sus determinantes.

Es preciso destacar que esta propuesta tuvo en cuenta explícitamente en su diseño la cuestión de las diferencias en el acceso a los servicios de salud (geográficas y socioeconómicas) y el propósito de identificar también iniquidades en la distribución de recursos y servicios de salud. De esta manera destacaba la pertinencia de mirar el acceso y la prestación de los servicios de salud como una dimensión de análisis relevante y pertinente en la evaluación de la equidad en salud en el contexto cubano.

Los *Informes de Desarrollo Humano en Cuba (1996-1999)* abordan la esfera de la Salud Pública y si bien resaltan dentro de los principios del Sistema de Salud cubano el de la accesibilidad universal a los servicios -aún ante los peores escenarios de recrudescimiento del bloqueo económico y comercial de Estados Unidos- reconocen la existencia de factores externos al sistema de salud que producen brechas en el tratamiento equitativo de la salud de la población.<sup>30</sup>

En general, las cuestiones relativas a la accesibilidad, como el tiempo de llegada, el tiempo de espera, las vías y medios para el acceso, y la calidad y satisfacción con el servicio recibido se consideran aspectos de gran relevancia pero poco tratados en evaluaciones y estadísticas sobre la situación en Cuba, de ahí la necesidad de desarrollar indicadores capaces de reflejar no solamente la cantidad de acciones realizadas sino también la calidad de los servicios brindados y el impacto sobre la salud de la población.<sup>25-27</sup>

Por otra parte, *Castell-Florit, Gisperl y Lozano*<sup>31</sup> reflexionan acerca de que en Cuba "la medición de la cobertura de salud se hace habitualmente a partir del número de personas que potencialmente pueden acceder a un servicio de salud y se obvia la capacidad resolutoria, barreras de acceso y la calidad de los servicios que se ofrecen". Por otro lado, *Rojas Ochoa* se refiere al hecho de que dentro de los asuntos no resueltos en el camino hacia la cobertura universal en el contexto cubano está el asunto de la medición de esta cobertura, que deberá verificarse periódicamente y no solo con indicadores cuantitativos, sino también cualitativos.<sup>32</sup>

En tal sentido hay que destacar que los datos estadísticos oficiales arrojan una información necesaria, pero no suficiente para ilustrar y explicar más profundamente cuestiones como *acceso, calidad y equidad*. Como afirma Nerey: "en Cuba escasea la información necesaria para evaluar el funcionamiento de los servicios de bienestar a profundidad. Si bien las cifras de cobertura de estos servicios son un síntoma muy claro del desarrollo alcanzado en su extensión, sirven muy poco para evaluar su calidad".<sup>33</sup>

## REFLEXIONES FINALES

Las consideraciones antes compartidas demuestran la existencia, en el debate académico cubano, de vacíos e insuficiencias en los acercamientos a la temática del acceso a los servicios de salud, y la necesidad de hacer replanteamientos en el orden teórico-metodológico que permitan un abordaje capaz de captar las múltiples complejidades de esta cuestión.

Una propuesta en este sentido es la de incorporar, en el estudio del acceso a los servicios, una perspectiva de análisis que integre los niveles macro, meso y microsocioal, de manera tal que se puedan reconstruir las complejas intersecciones que van desde el diseño general de la política social de salud y la estructuración de los servicios, hasta su funcionamiento real en la cotidianidad.<sup>22</sup>

Como ya se ha mencionado, en Cuba -desde lo normativo- el acceso a estos servicios es universal y gratuito y se fundamenta en una concepción de la atención y protección a la salud como un derecho constitucional de todos los ciudadanos, independientemente de cualquier condición. Si bien este punto de partida es importantísimo, no garantiza *per se* que no existan posibles brechas entre el "acceso formal" y el "acceso real" a los servicios, lo cual hace necesario trascender la intencionalidad y la retórica legal para enfocarse en las prácticas.<sup>34</sup> En este sentido, los usuarios de los servicios de salud constituyen una fuente de información de vital importancia, desde cuyo microespacio se puede visualizar y comprender cómo se da el acceso real a las oportunidades, cuáles son las dificultades que estos encuentran en este sentido y qué estrategias se trazan para enfrentarlas. Este ángulo de miras, junto a la triangulación con información proveniente de otras fuentes y actores sociales involucrados en estos procesos, ofrece un espectro más amplio de elementos para captar las complejidades inherentes a estas cuestiones.

A su vez, desde el punto de vista teórico, se precisa una comprensión multidimensional del acceso como proceso, que permita dilucidar con más claridad y más apego a la realidad cubana (desde variados niveles analíticos) cuáles son los problemas más relevantes en este sentido y las barreras de acceso existentes, para poder trabajar en aras de minimizarlas.

Como se ha visto hasta aquí, la realidad actual de los servicios de salud en Cuba demanda la necesidad de prestar mayor atención a la temática del acceso a los mismos de manera que trascienda la mirada triunfalista de que es una cuestión garantizada por la universalidad y gratuidad de las prestaciones, y considerar también aquellas cuestiones externas a los servicios que pueden estar favoreciendo o limitando su acceso. La realidad del funcionamiento de los servicios está apuntando al imprescindible abordaje de estas cuestiones relativas a "acceso" y "calidad".

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara que no existen conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Barcelona: Universidad Autónoma; 2009.
2. Landini F, González V, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2014;30(2):231-44.
3. Restrepo-Zea J, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerencia, Política Salud*. 2014;13(27):242-65.
4. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Rev Salud Pública Méx*. 1985;27(5):438-53.
5. Donavedian A. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
6. Pechansky R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;XIX(2):127-40.
7. Aday LA, Anderson RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Service Res*. 1974;9(3):208-20.
8. Rodríguez S y Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Rev Economía Caribe*. 2008; (2):106-29.
9. Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to health care in today is market. *Health Service Res*. 1998;33(3):625-84.
10. Gold M, Stevens B. 2008 Synopsis and priorities for future efforts. *Health Service Res*. 2008;33(3):611-21.
11. Paganini JM. La evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud. Washington, D.C.: OPS (División de Sistemas y Servicios de Salud, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica; 1995.
12. Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuad Admin* (Bogotá). 2007;20:237-58.
13. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en salud. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1991.

14. Iñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2012;38(1):109-25. Acceso: 30 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011&lng=es)
15. Hadad JL, Valdés E. La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(3):235-48. Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300008&lng=es)
16. Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública. La Habana: Ministerio de Salud Pública (MINSAP); 2010.
17. Condicionantes del deterioro de la calidad de los servicios de salud en Ciudad de la Habana [informe]. La Habana: Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano (CESBH), Universidad de la Habana; 2009.
18. Fariñas L. Somos responsables de conducir al paciente en la solución de sus problemas de salud (Entrevista al Dr. Emilio Delgado, director de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública). Granma, 8 de mayo de 2014. Acceso: 30 de Ener 2017: Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2014-05-08/somos-responsables-de-conducir-al-paciente-en-la-solucion-de-sus-problemas-de-salud?page=2>
19. Hernández W, Iñiguez L, Gehartz A. Acercamiento geográfico al Sistema de Salud de la provincia de Pinar del Río. Rev Novedades en Población. 2012;15. Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu/index.php/rnp/article/view/153/152>
20. Gómez C. Pobreza, salud mental y desigualdad. Un acercamiento a los actores institucionales que median esta relación en un Consejo Popular cubano. En: Zabala MC, compilador. Algunas claves para pensar la pobreza en Cuba desde la mirada de jóvenes investigadores. La Habana: Publicaciones Acuario; 2014. p. 221-48.
21. Skeen MM. Las políticas sociales en el ámbito de la Salud Pública. Municipio Plaza de la Revolución. Atención Primaria 2010-2014. [tesis]. La Habana: FLACSO Cuba, Universidad de la Habana; 2015.
22. Fuentes S. El acceso a los servicios de salud y la capacidad de enfrentamiento familiar ante situaciones de quebrantamiento de la salud. ¿Un lugar desde el cual pensar la reproducción de desigualdades en la Cuba actual? [tesis]. La Habana: FLACSO Cuba, Universidad de la Habana; 2016.
23. Louro I, Bayarre H y Álvarez María E. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(Supl 1). Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500009&lng=es)
24. Cubadebate 2014. Las transformaciones en el sistema nacional de salud y sus impactos. (Intervención de los panelistas en la Mesa Redonda de la Televisión Cubana el 26 de marzo de 2014). Acceso: 30 Ener 2017. Disponible en: [http://www.cubadebate.cu/especiales/2014/03/26/las-transformaciones-en-el-sistema-nacional-de-salud-y-sus-impactos/#.WJDXdT\\_wDrY](http://www.cubadebate.cu/especiales/2014/03/26/las-transformaciones-en-el-sistema-nacional-de-salud-y-sus-impactos/#.WJDXdT_wDrY)

25. Pérez B. La equidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es)
26. Gálvez AM. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública (La Habana). 2003;29(4). Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es)
27. Martínez S. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(3). Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es)
28. Martínez S. Desigualdades e inequidades como objeto de análisis. En: Martínez S, et al. Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
29. Ramírez A, López C. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(2). Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es)
30. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba. 1999. La Habana: Caguayo S.A; 2000.
31. Castell-Floret P, Gispert E y Lozano A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(Supl 1). Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006&lng=es)
32. Rojas F. El camino cubano hacia la cobertura universal 1960-2010. Rev Cubana Salud Pública. 2015; 41(Supl 1). Acceso: 27 Ener 2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500003&lng=es)
33. Nerey B. Cuba: desarrollo, estado de bienestar y política salarial [tesis]. La Habana: Departamento de Sociología, Universidad de la Habana; 2005.
34. Martínez J. ¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Buenos Aires: CLACSO; 2008.

Recibido: 20 de enero de 2017.  
Aceptado: 31 de enero de 2017.

Susset Fuentes Reverón. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Cuba), Universidad de la Habana. Cuba.  
Correo electrónico: [sussetf@flacso.uh.cu](mailto:sussetf@flacso.uh.cu)

---

<sup>a</sup> En este artículo se usarán ambos términos de manera indistinta, por no encontrar elementos suficientes que sustenten que estos tengan implicaciones diferentes.

<sup>b</sup> Son representativos de este modelo los marcos conceptuales desarrollados por Frenk,<sup>4</sup> Donavedian,<sup>5</sup> Pechansky y Thomas.<sup>6</sup>

<sup>c</sup> En este enfoque la propuesta teórica que mayor repercusión ha tenido es el *Modelo de comportamiento de utilización de los servicios de salud* de Adayy Andersen.<sup>7</sup>

<sup>d</sup> Muchas veces este tipo de análisis sobre las afectaciones en el ámbito de los servicios de salud privilegian aquellas de tipo material e invisibilizan o minimizan las que han actuado sobre los recursos humanos del sector, área esta que se presenta como inmune a la debacle que significó la crisis de los 90´s. Estas cuestiones no son menos importantes, pues junto a aquellas complejizan la situación real del funcionamiento de los servicios, afectan su calidad y generan crecientes insatisfacciones de la población.

<sup>e</sup> La sección *Cartas a la Dirección* sale publicada cada viernes en periódico *Granma*, y refleja opiniones de la población cubana. Esta revisión abarcó el período comprendido desde la fundación de la sección, en marzo de 2008, hasta las publicaciones relativas al año 2014, y el foco de atención estuvo puesto en las referencias explícitas sobre el sector de la salud, y específicamente los servicios

<sup>f</sup> Este informe se realizó con la participación de 15 expertos bajo la coordinación del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de la Habana. Respondió a la solicitud del Buró Provincial del PCC de Ciudad de la Habana, quien propuso el tema: "Estudio de los factores, fenómenos y problemas que influyen en que no se logre, a pesar de las acciones y procesos desarrollados por la Salud Pública, disminuir y erradicar los factores subjetivos que atentan contra la calidad de los servicios, así como la ética de los profesionales y trabajadores del sector, elemento que afecta de manera clara en la atención que recibe nuestro pueblo".

<sup>g</sup> Sin embargo, no se puso en desarrollo este sistema de monitoreo dentro del Sistema Nacional de Salud, al parecer por cuestiones de tipo económicas.<sup>27,28</sup>