

Artículo

La Salud Pública en América Latina y El Caribe.

Public Health in Latin America and the Caribbean.

**(1) Oscar García-Roco Pérez (2) Nancy Castañeda González (3) Zoila Pérez González (4)
Hilda Labrada Iribarren**

1. Especialista de I grado en Cirugía Máxilofacial. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech. E-Mail: ogarcia@finlay.cmw.sld.cu
2. Estomatólogo General.
3. Licenciada en Ciencias Sociales.
4. Especialista de I grado en Medicina General Integral.

Resumen

Se consideran a través de la situación de salud, las características de la Salud Pública en América Latina y el Caribe, su evolución y los hechos que justifican los procesos de reforma del sector, sus fuentes teóricas, la forma en que se desarrollan, y los problemas que enfrentan. Se describen las características esenciales de Colombia, Chile, México, Venezuela y se particulariza en el modelo cubano. Se realiza una reflexión final respecto a la contradictoria situación prevaleciente y se analiza su contexto político.

Palabras claves: SALUD PUBLICA; AMERICA LATINA

Introducción

El hecho de que grandes sectores de la población de la mayoría de los países de América sigan sin tener un acceso real a los servicios de salud y que este déficit de cobertura se produzca en medio de una restricción considerable de los recursos disponibles para el sector, presenta un gran desafío para la capacidad de organización y gestión de los sistemas nacionales de salud. Es por ello que se ha venido insistiendo en que para reducir los efectos de la crisis económica, resulta de vital importancia que los países utilicen de la manera más eficiente sus recursos para la atención integral de la salud y que, al mismo tiempo, se produzca una intensa movilización de recursos nacionales, complementada por una movilización de recursos externos para lograr la transformación de los sistemas de salud que permita atender las necesidades crecientes de la población. (1,2)

La categoría Salud Pública (SP) ha venido evolucionando desde la época de Hipócrates, cuando se comenzó a hablar de la influencia del ambiente físico y social en la salud de la población. (3)

Para H. Sigerist la Salud Pública tiene sus raíces en la religión, pues la limpieza era concebida con sentido espiritual, tal como se expresa en el libro Levítico, 1500 años, pero aclaran que los primeros momentos de la SP fueron en Roma antigua, cuando se conocieron con la denominación de Higiene Pública, que se dedicaba a los aspectos preventivos relacionados con el ambiente físico, en especial agua y acueductos. (4)

El desarrollo de la Higiene Pública se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial (xviii) con Raus, Ramazini y, sobre todo, Johan Peter Frank. Este último es considerado el "Padre de la Salud Pública" y estableció la policía médica. En ese momento es cuando el Estado, para conservar las fuerzas productivas, toma mayor partido en el control del agua y la limpieza, agregando también algunos aspectos sobre el modo de vida, como el control de alimentos y de las enfermedades profesionales. (4,5)

El siglo XIX fue de grandes avances en la medicina por la aparición de equipos médicos y los descubrimientos de la bacteriología realizados por Pasteur en 1870 y Koch en 1882. Conjuntamente con lo anterior y la aparición de la medicina social, en la segunda mitad de este siglo, se incentiva el desarrollo de la SP, ampliándose las medidas sanitarias por los Estados e iniciándose el desarrollo de los servicios de salud, como ocurrió en Rusia en 1865 y en Alemania en 1883. (5) Debemos recordar que también para Cuba este siglo constituyó un momento de esplendor de la Salud Pública, por los trabajos e investigaciones de Tomás Romay y Carlos J. Finlay.

En la primera mitad del siglo XX, a causa de un despertar por el interés sanitario, se realizan adelantos en este campo y surgen los ministerios de SP. Con relación a esto último existe un hecho histórico de gran importancia al crearse en Cuba el primero del mundo, como Secretaría de Sanidad y Beneficencia, y después fueron surgiendo en Alemania, Inglaterra, Francia y otros. (6)

La SP continúa ampliando su campo y sus funciones e integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa, actualmente existe un amplio consenso en que esta se ha convertido en una ciencia integradora y multidisciplinaria.¹ No obstante, existen diferencias en los países de América Latina que comentaremos más adelante, destacado las particularidades del modelo cubano.

La situación de la salud en las Américas se caracteriza por: (4,7):

- Aproximadamente 800 millones de habitantes alcanzan el 13,5 % de la población mundial.
- El Caribe Latino crece en 2 millones de personas cada 5 años y el Anglófono pudiera no tener crecimiento en los próximos 5 años.
- Las ciudades de la América Latina han duplicado su población en 15 años.
- La población urbana de América Latina y el Caribe aumentó de 68,7 % a 74,7 % entre 1980 y 1996.
- La población indígena es estimada en 42 millones.

- La esperanza de vida al nacer era de alrededor de 69 años en 1995 en América Latina.
- El Caribe Latino, Cuba y Puerto Rico tienen una esperanza de vida 20 años mayor que Haití, y en el área andina Venezuela y Colombia 10 años más que Bolivia.
- La cobertura promedio de acceso a agua potable aumentó de 59,8 % a 74,7 % entre 1980 y 1995.
- El cólera reemergió en 1991, después de un siglo de ausencia. Hasta 21 países notificaron 1,2 millones de casos en años recientes.
- La poliomielitis fue erradicada de la Región en el período de 1980-1994, las muertes por tos ferina y difteria desaparecieron en algunos países y el tétanos y el sarampión están bajo control.
- La mortalidad infantil ha descendido en América Latina y el Caribe de 125 a 35 por 1 000 nacidos vivos entre principios de los años 50 y mediados del 90.
- La mortalidad por diabetes ha aumentado rápidamente, sobre todo en la población mayor de 25 años.
- La deficiencia de hierro es el problema nutricional de mayor prevalencia, en especial en pre-escolares y mujeres.
- La incorporación de nuevas tecnologías es uno de los factores más influyentes en las modalidades de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, así como la calidad y costo de los servicios que brindan.

En este contexto continental, Cuba presenta resultados que merecen destacarse. (4,8):

- El crecimiento de la población cubana es menor del 1 %.
- La población urbana en 1998 era el 77,1 %.
- 1 médico por cada 184 habitantes.
- 6 camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes.
- 98,4 % de la población cubierta por el médico y la enfermera de la familia

- La esperanza de vida al nacer se estima en 76,1 años para ambos sexos, 74,3 años para hombres y 78,1 en mujeres; el cubano que llega a 60 años vive 16 años más y el que arriba a 80 años, vive 8 años más. .
- Cuba no ha registrado casos de cólera en la reciente pandemia continental.
- La poliomielitis fue erradicada en Cuba desde 1963 y la difteria desde 1993.
- La mortalidad infantil alcanza tasas inferiores a 10 por 1 000 nacidos vivos desde 1993(entre los 25 mejores del mundo).
- 10,6 por 1 000 nacidos vivos de mortalidad en menores de 5 años (entre los 27 mejores del mundo).
- El 100 % de los niños cubiertos por 11 enfermedades prevenibles por vacunas.
- Disminuidas a cifras de países desarrollados la mortalidad por diarreas.
- 2,4 por 10 000 nacidos vivos de mortalidad materna.
- 95 % de las embarazadas captadas en el 1er. trimestre y con atención especializada en 11 ocasiones por cada embarazo, con el 99,9 % de partos institucionales por personal especializado.
- La tecnología de mayor impacto en los servicios de salud es el modelo de medicina familiar adoptado e implantado progresivamente desde principios de la década de los 80.
- Aunque vivimos como pobres, morimos como ricos, ya que nuestras primeras causas de muerte son el infarto, los accidentes vasculares, cáncer y otras enfermedades de países desarrollados por las cuales trabajamos también en programas puntuales de alto desarrollo para mejorar nuestros indicadores y calidad de vida.

Las Américas, en la actualidad, parece ser la más activa de las regiones de la Organización Mundial de la Salud en lo que respecta a las Reformas Sanitarias

(RSs). A mediados de 1995 prácticamente todos los países o territorios de la región consideraban la posibilidad de implementar alguna iniciativa para reformar sus sistemas de salud, sus políticas, o ambas cosas

Se parte de la suposición de que la RS es necesaria en América Latina y el Caribe (ALC) porque los sistemas de salud han sido en general no equitativos, ineficaces e ineficientes. Se considera que aunque se aprecian signos alentadores de crecimiento económico en varios países, éste no garantiza la solución de los problemas sociales existentes, entre ellos los de salud. Es ampliamente aceptado que el objetivo central del desarrollo debe ser el ser humano y es reconocida la inexistencia de vínculos automáticos entre crecimiento económico y desarrollo pero que tales vínculos pueden existir y reforzarse mediante políticas definidas; se defiende la idea de que salud y desarrollo son interdependientes y que la inversión en salud es necesaria para el desarrollo sostenible; y se visualiza al sector salud también como un sector económico. (8,9)

Se considera que los programas de reforma contienen aspectos esenciales que integran las plataformas más avanzadas de la salud pública:

- Crecimiento económico
- Ampliación de la escolaridad básica
- Reorientación del gasto público destinando menos recursos a la atención terciaria y a la capacitación de especialistas y más recursos a medidas de alta externalidad
- Fomento de la diversidad y la competencia en el suministro de la atención clínica
- Creación de sistemas de seguros que permitan contener los costos
- Aumento de la eficiencia de los servicios de salud pública
- Estímulo a la comunidad para una mayor participación en la promoción de hábitos de vida sanos y la administración de los servicios locales de salud.

Los países han adoptado varias estrategias para implementar los procesos de reforma y en ocasiones en un mismo proceso se combinan varias estrategias. Algunas RSs se derivan de procesos de revisión constitucional, otras se basan esencialmente en medidas administrativas dentro de los marcos jurídicos vigentes; en otros países la RS es parte de un proceso más amplio de ajuste de la estructura y función del Estado que busca incrementar su papel regulador y su reducción directa en las funciones ejecutivas; otras veces, la RS sigue a la descentralización global del Estado. Los cambios propuestos por las RSs en ALC son de varios tipos que pretenden abarcar modificaciones en las esferas de los a) papeles institucionales y la privatización de la atención de salud mediante la promoción de la práctica privada, contratación de servicios privados en servicios estatales (incluida la instalación de consultorios privados en hospitales públicos), determinación de una canasta básica de prestaciones y actividades de salud regulada por el Estado que puede ser ofrecida por prestadores públicos o privados, transformación de hospitales públicos en empresas sociales autogestionadas facultadas para recuperar costos mediante convenios con la seguridad social y el sector privado, promoción de la competencia entre los dispensadores de la asistencia médica, descentralización de las funciones del gobierno central y transferencia de recursos y capacidad de gestión a los niveles subnacionales e incremento de la responsabilidad ciudadana sobre su propia salud y su asistencia sanitaria; b) la población destinataria de los servicios, con ampliación de la cobertura de los servicios esencialmente a grupos desprotegidos e inclusión de nuevas prestaciones y la determinación de prioridades de atención, c) los modelos de atención con potenciación de atención primaria de salud y redefinición de los modelos de atención sobre la base de paquetes básicos de atención focalizada y d) los esquemas mixtos de financiamiento. Se destacan la privatización de la atención de salud, la descentralización de las funciones del gobierno central, la ampliación de la cobertura de los servicios a los grupos más desprotegidos, la reorientación de los modelos de atención sobre la base de paquetes básicos de atención focalizada, y la defensa de un modelo de sistema de salud de financiamiento mixto en el que se redefine el papel del Estado. Se pretende que el Estado abandone su omnipresencia y refuerce su papel en áreas críticas como respaldo de los servicios privados y la seguridad

social, y que el financiamiento público se destine principalmente a cubrir los costos de los paquetes esenciales de servicios de salud y los costos de intervenciones de salud pública de alta externalidad. (2,9)

Las RS en ALC se han circunscrito, en gran parte, a la reforma de las instituciones del sector público involucradas en la provisión de servicios de salud (los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social), y los problemas de eficiencia y equidad del gasto en salud que pretenden resolver se refieren, en la mayoría de los casos, a la utilización de los recursos públicos hechos por estas instituciones, énfasis que se debe en gran medida a una percepción generalizada de un papel marginal del sector privado en el gasto y la provisión de los servicios de salud.⁷ Sin embargo, la situación es diferente: la mayor parte del gasto nacional en salud en ALC corresponde al sector privado, y hay países donde esta proporción es superior al 70 %.

Problemas que enfrentan los procesos de reforma sanitaria en América Latina y el Caribe: (9)

- Ausencia de coincidencia entre los países, los actores dentro de cada país y las agencias de cooperación, en relación con los contenidos y la naturaleza de la reforma
- Se hace difícil hacerla viable políticamente, exige gran capacidad de liderazgo, de negociación y de ajuste a las circunstancias cambiantes
- No ha existido estabilidad de los máximos actores responsables de impulsarlas, de conducir los estudios y de negociar las propuestas
- La viabilización de los procesos de reformas integrales ha sido mucho más difícil que en los casos de reformas parciales
- Las reformas parciales resultan en modelos menos consistentes que los concebidos por las reformas integrales
- La reforma en muchos países ha sido conducida por las autoridades económicas sin una adecuada participación de los actores del sector salud

- Ha existido discrepancia entre las autoridades económicas y de salud respecto a los objetivos y las estrategias del proceso de reforma
- Existen reclamos por parte de los usuarios respecto a los beneficios de las reformas

Se comentan los rasgos básicos de la salud pública y los procesos de RS en Chile, Venezuela, México Colombia y Cuba.

En relación con los servicios de salud, la reforma en Chile comenzó en 1980, durante una etapa de severa dictadura militar, y tuvo lugar en un contexto de drástica reducción del gasto público, de disminución de la presencia del sector público y de incremento de la privatización, y se desarrolló como parte de la reforma de la seguridad social; se basó en 2 elementos claves: uno, la descentralización de los recursos públicos y la administración a servicios regionales, y la municipalización de la atención primaria, proceso concluido en 1988; el otro, la apertura de la opción entre pagar la prima obligatoria al sistema antiguo, o estatal, de seguros, o a las varias Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que se estaban desarrollando, posibilidad contemplada en la Constitución de 1980. Las ISAPRES trabajan como aseguradoras privadas independientes y rige el principio de que el que más paga recibe. Desde 1994 más del 26 % de la población era miembro de alguna de ellas. (9)

En 1990 cuando concluyó la dictadura, el nuevo gobierno tuvo que enfrentar 3 problemas fundamentales: el bajo financiamiento de los hospitales públicos estaba afectando la calidad; la municipalización de la atención primaria estaba generando severas dificultades financieras, tanto a los servicios de salud como a las municipalidades; y lo concerniente a la regulación de la relación entre los subsistemas público y de ISAPRES, y entre ISAPRES y sus clientes.

De 1991 al 1992 el gobierno incrementó el presupuesto de salud en el 50 % utilizando fondos nacionales y préstamos internacionales, creó la Superintendencia de ISAPRES y sometió al Congreso 2 leyes, una para reorganizar el sistema financiero de la atención primaria y la otra para regular

ISAPRES, leyes que fueron posteriormente aprobadas en el actual gobierno como parte de una estrategia para reorientar el sistema de salud.

La reorientación y la priorización de programas de salud se hará reajustándolas a las características de la transición demográfica y epidemiológica del país. La reforma del financiamiento se realiza con el fin de mejorar la administración. La reestructuración y la reoperacionalización del nuevo sector de la salud conllevan la modificación del marco legal y el incremento del presupuesto para la salud pública con el fin de mejorar las facilidades, modificar la remuneración, modernizar la administración y vincular los presupuestos con las necesidades de la población¹⁰.

La RS en Venezuela implica una redefinición de las políticas públicas en salud, una transformación organizativa institucional y una nueva forma de producir los servicios de salud en un entorno caracterizado por un deterioro significativo de la salud, asociado tanto a la influencia de determinantes políticos, económicos, sociales, ambientales y demográficos como la propia producción de los servicios. La reforma se está impulsando desde el sector salud en el marco de un Estado que aunque está descentralizando política y administrativamente, debilitado y desarticulado; desde que el presidente Chávez ocupó el poder, sin embargo, tiene un compromiso con la población respecto a su salud establecido en la Constitución.

Venezuela, en el contexto de los países de las Américas, es el de peor impacto del ingreso en la salud de su pueblo, hecho que concommita con una mala situación de salud global. El deterioro de la calidad de los servicios de salud, con un perfil epidemiológico complejo y heterogéneo, es concurrente con el marco económico y social que determina la aparición y desarrollo de los grandes problemas de salud: la miseria, la caída de los ingresos familiares y la ruptura de los lazos de solidaridad dentro de la sociedad venezolana y entre sus diferentes sectores sociales. (9,10).

La RS en México es la última que ha sido hasta el presente propuesta y es de potencial influencia en la región. Fue elaborada como parte del programa para resolver la crisis originada en 1994.

México, es de los de peor situación, puede clasificarse como una situación regular de salud globalmente en el contexto de las Américas con un muy bajo impacto del recurso económico en el estado de salud de la población.

Dentro de los objetivos del programa reforma del sector salud 1995-2000 (no cumplidos y aún vigentes) de México se encuentra el mejoramiento de la calidad, la ampliación de la cobertura de la seguridad social, la descentralización, impulso a la participación de la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos locales, brindar cobertura de la población rural y dispersa y el desarrollo de un nuevo modelo de seguros de salud. (9,11)

Mejorar la calidad de la salud es el objetivo central de la transformación del sector. Para ello el proceso se propone los siguientes lineamientos estratégicos: implantar un sistema universal de salud definiendo un plan de prestaciones sanitarias adaptable a las diferentes zonas del país, asignarle máxima prioridad a la prevención y promoción de la salud estableciendo un sistema de atención primaria de base poblacional y territorial, orientar la asignación presupuestaria hacia la demanda, promover la participación de la sociedad civil, estimular el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el sistema evaluar permanentemente la situación de salud, aumentar la inversión en salud y establecer criterios y programas de acreditación. Con el fin de conservar la coherencia e integración del sistema sanitario la descentralización se completará garantizando una creciente actuación de los estados descentralizados bajo criterios que integren lo regional a lo nacional y que propicien el aprovechamiento de los avances técnicos en el área de salud (10,11). Entre los lineamientos estratégicos para incrementar los niveles de equidad se encuentran: promover una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo, separar las funciones de financiamiento y de prestación de los servicios e implantar sistemas de contabilidad de costos. (3, 10)

Colombia, con una regular situación de salud global y con un bajo impacto, del ingreso en la equidad en salud Dentro del marco de la reforma del sistema de seguridad social, el sistema de salud de Colombia mixto (servicio estatal, privado y seguros) fue reformado por Ley en diciembre de 1993, creándose un

Sistema de Seguridad Social en Salud. Esta reforma se realizó considerando 3 situaciones: que una tercera parte de la población no tenía acceso regular a los servicios de salud; que el país se encontraba gastando en salud, aproximadamente, lo que era de esperarse de acuerdo con su nivel de desarrollo; y que la insuficiente cobertura no era un reflejo tanto de la escasez global de recursos financieros, como de la iniquidad e ineficiencia del sistema, derivadas de su fragmentación institucional que incluía más de mil entidades con diferentes esquemas y beneficios. (2, 11)

La cobertura universal debe lograrse en un período razonable de tiempo en el cual se hace obligatorio estar afiliado al sistema de seguridad social. El aumento de la solidaridad se pretende realizar por medio de un Plan Obligatorio de Salud que contempla 2 subsistemas, uno contributivo y el otro subsidiado, este último para los pobres y los grupos más vulnerables, financiado por el Fondo de Solidaridad. El incremento de la eficiencia se desea obtener introduciendo la competencia entre los aseguradores públicos y los privados -las Entidades de Promoción de Salud (EPS)-. El impulso a la salud pública se aspira a conseguir por medio de un Plan de Atención Básica implementado por municipios y financiado mediante fondos centrales y locales. (2, 9)

Los objetivos de las RSs en Colombia son: Lograr cobertura universal, incrementar la solidaridad y la eficiencia e impulsar la salud pública. El contenido del paquete básico difiere según el subsistema: para los miembros del subsistema contributivo no puede contener menos beneficios que los que el Instituto de Seguros Sociales brinda a sus afiliados; para los miembros del subsistema subsidiado la unidad per cápita de costo (59 USD) es aproximadamente la mitad de la unidad de costo del sistema contributivo. (11)

Entre los aspectos controvertidos de este proceso de reforma se halla que se hace difícil concebir incrementos sustanciales en solidaridad sin que se produzca un aumento del gasto público en salud; adicionalmente, no está claro cómo el nuevo modelo va a reducir significativamente la fragmentación aludida de los sistemas de seguros públicos ya que no existe la forma de limitar la posibilidad de crear las EPS; y finalmente, dado que la ley brinda la posibilidad

de que las EPS no diversifiquen sus acciones a los lugares donde no existan suficientes proveedores y otras condiciones, el riesgo de mantener iniquidades, geográficas (entre regiones ricas y no ricas) en cuanto a cobertura no está nítidamente abolido. (9, 10)

La reforma de la seguridad social en Colombia apenas tiene cinco años de aplicación, con un período de transición demasiado corto para los objetivos buscados, en medio de múltiples obstáculos, en un sector tradicionalmente marginado y deprimido. Antes de proponer su derogatoria o reformas aisladas en aspectos circunstanciales, debe emprenderse un amplio debate social, orientado por las instituciones académicas, para tener la posibilidad de contemplar soluciones de fondo, que obedezcan a principios filosóficos y tengan legitimidad social. (2)

Cuba.

Al llegar al final del Período Republicano Burgués, sumido el país en una cruenta guerra civil por alcanzar su definitiva liberación, el estado que presentaba la salud pública cubana era el siguiente: las clases que integraban la oligarquía gobernante contaban con un sistema de salud privado, que le brindaba una excelente medicina asistencial; la burguesía media y los grupos de mayores ingresos de la clase obrera, con un sistema mutualista que disponía de 242 unidades, de las cuales 96 estaban en la capital de la República, cuya calidad era variable, pero buena en general en las principales; la inmensa mayoría del proletariado y el campesinado con el sistema estatal integrado por 97 unidades hospitalarias en toda la nación, mal equipadas, con un presupuesto para gastos asistenciales y preventivos insuficientes y esquilmo por los desfalcos administrativos y por último, el campesinado de las zonas más apartadas del país, quien ni siquiera con eso podía contar, se atendía con la medicina tradicional en manos de personas incultas y llenas de ideas mítico-mágicas. (12)

Período Revolucionario Socialista.

En los años transcurridos durante el período revolucionario, Cuba ha conferido decidida prioridad a la elevación de la salud del pueblo y dedicado considerables esfuerzos y recursos a la creación y consolidación de una salud pública que ha logrado alcanzar planos avanzados a nivel mundial. Ha cumplido con las metas trazadas en la "Conferencia de Alma Ata de Salud para todos en el año 2000" y el sistema de servicios de salud cubano se ha modificado, al adaptarse a cambios epidemiológicos que se han dado en la población del país y al establecimiento de nuevas metas.

Cuba con un sistema único y centralizado, viene realizando importantes reformas de su sistema de salud desde los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario. Se puede afirmar que en el caso de Cuba, más que un hecho eventual ha sido un proceso permanente, mediante los procesos de descentralización, participación comunitaria e intersectorialidad y con el objetivo de incrementar la eficiencia, efectividad, calidad y satisfacción de la población. En el período transcurrido desde 1989 hasta la fecha, Cuba ha sufrido una grave crisis económica como consecuencia de causas de origen fundamentalmente externo, que situó al país en uno de los momentos más complejos de su historia como nación independiente. La crisis impactó en prácticamente todos los ámbitos de la vida cubana, produjo afectaciones en los servicios de salud y en menor grado en la situación de salud. Presenta retos de difícil solución en un país con un universal y gratuito sistema de salud y una realidad en que el acceso a créditos externos por una parte, y a mercados de medicamentos, insumos y equipos médicos por la otra, se dificulta por efectos del bloqueo, lo que encarece y limita su adquisición. Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública, respondió con una estrategia dirigida a recuperar los servicios que sufrieron algún deterioro durante la crisis, defender y consolidar la amplia cobertura y el universal acceso logrados en el período revolucionario. (13,14)

El estudio de tan importante período se ha dividido en 4 etapas que permiten comprender las características esenciales de su desarrollo:

1era. De integración del Sistema Nacional de Salud Único, que comprende 1959 y años de la década de 1960.

2da. De consolidación del Sistema Nacional de Salud Único, años de la década de 1970.

3ra. De incorporación y desarrollo de alta tecnología médica, impulso a las investigaciones y dispensarización de acciones de salud a toda la población del país a través del modelo de atención primaria del médico de la familia, años de la década de 1980.

4ta. De lucha por la preservación de las conquistas logradas en el campo de la salud pública y por su desarrollo en condiciones de crisis económica profunda, años de la década de 1990.

A continuación se exponen algunos de los logros y dificultades que más las caracterizan.

Primera Etapa

En 1959 existían en nuestro país los 3 sistemas nacionales de salud, de ellos, el único que pasó inmediatamente al poder revolucionario fue el estatal, el cual va a sufrir muy tempranamente importantes transformaciones. En julio de 1959, se cambia el nombre de la organización por el de Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y en enero de 1960, por el que mantiene hasta la actualidad, de Ministerio de Salud Pública. En esta última fecha se crea el organismo más importante de esta primera etapa, el Servicio Médico Social Rural, que hará posible extender la atención primaria y secundaria hasta los lugares más apartados de la nación. (8)

En agosto de 1961 se da un gran paso de avance en la integración del Sistema Nacional de Salud Único al promulgarse la Ley No. 959, la cual señala al Ministerio de Salud Pública como rector de todas las actividades de salud del país, incluyendo las de las unidades privadas y mutualistas.

Por Decreto Ministerial de diciembre de 1962 quedan integradas las unidades privadas y mutualistas en la Empresa Mutualista, organización dependiente del Ministerio de Salud Pública, pero que conservaba su estatus de autonomía. (12,15)

El propio desarrollo que va tomando el carácter estatal de la salud pública cubana hace que, en forma paulatina, las unidades de la Empresa Mutualista se vayan convirtiendo en hospitales u otros tipos de instituciones estatales, según sus condiciones o las necesidades del momento, para pasar de 226 unidades existentes en 1961, poco antes de constituirse la empresa, a 27 en 1968, las que ya en la segunda mitad de 1969 se incorporaron, casi en su totalidad, al Ministerio de Salud Pública, para hacerlo la última, el histórico Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, en septiembre de 1970. Llega así al establecimiento del primer sistema nacional de salud único e integral en la historia de nuestro país y del continente americano; quedaba preparado el camino para continuar su perfeccionamiento y desarrollo. (13,15)

Segunda Etapa

La implantación del Sistema Nacional de Salud Único permitió el primer intento de planificación a largo plazo en la esfera de la salud, lo que se produjo a finales de 1969, con la elaboración del Plan de Salud 1970 a 1980, que abarcaba 10 años.

Durante ese decenio la salud pública continúa su avance progresivo y sin abordar su desarrollo en extensión, ocurren cambios cualitativos que consolidan más la cobertura alcanzada en los años anteriores y hacen que predomine el desarrollo intensivo y se comience a aplicar la planificación como función rectora del trabajo de dirección. (4, 13)

Los principios de la salud pública socialista que habían sido introducidos en la primera etapa como rectores de la política de salud del Gobierno Revolucionario se consolidan en ésta y toman en muchos casos características nacionales propias, muy principalmente: el carácter integral de las acciones de salud, con especial acento preventivo, lo que permite erradicar enfermedades seculares en Cuba como el paludismo, la poliomiélitis y la difteria, entre otras; la participación activa de la comunidad organizada, con su colaboración desde un principio en la higiene ambiental, las campañas de vacunación y la educación para la salud, lo que determinó una vinculación tan estrecha, que a partir de estos trabajos iniciales no ha habido tarea alguna en el sector de la

salud donde no participe activamente el pueblo organizado; la accesibilidad a los servicios de salud que comenzó a ser una realidad mediante el establecimiento de gratuidad de éstos en sus componentes de más alto costo, tales como hospitalización, incluyendo en ella la obtención de medicamentos, las consultas médicas y estomatológicas, los exámenes de laboratorio y otros, mediante el desarrollo de vías de comunicación y transporte en los lugares más apartados, así como la construcción de unidades de salud dentro de las mismas áreas donde residen los núcleos de población incluyendo los rurales y por último, la proyección internacionalista de nuestra salud pública, que se extendió en esta etapa por países en vías de desarrollo de 3 continentes. (8,13)

Tercera Etapa

Al comenzar la década de los años 80 el desarrollo en extensión del Sistema Nacional de Salud Único permitió iniciar una etapa más ambiciosa, por lo costosa, que las anteriores. En ella se va a acumular y desarrollar en Cuba una destacada experiencia en el empleo de las técnicas más avanzadas a escala mundial.(8)

Esta nueva tecnología podía ser asimilada por el desarrollo alcanzado en nuestros institutos de investigaciones creados en la primera etapa y en unidades de reciente creación como, entre otros, el Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" y el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ. (13)

Otro gran paso de avance lo constituyeron las unidades de terapia intensiva pediátrica, que en pocos años se extendieron a las 14 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud y los cardiocentros, inaugurados el primero en 1986.

Se realizan investigaciones, se desarrolla la tecnología médica en los institutos ya existentes y se crean otras instituciones de más amplia proyección en el área de las técnicas médicas modernas como el Centro de Ingeniería Genética

y Biotecnología, Centro de Inmunoensayo y Centro Nacional de Biopreparados.
(13, 14)

Pero lo que quizás constituya la medida más importante para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Único en esta etapa lo es la implantación del tercer modelo de atención médica primaria del período revolucionario o médico de la familia, precedido en el tiempo por los modelos del Policlínico Integral y del Policlínico Comunitario, con el que se tiende a dispensar acciones preventivas curativas y de promoción de salud a la totalidad de la población del país y el cual, iniciado experimentalmente en 1984, al final de la etapa ya cubría casi la mitad de los habitantes del archipiélago cubano. (4, 8)

Cuarta Etapa

A finales de la década de los años 80 comienzan a experimentarse cambios en los países socialistas de la Europa del Este, que llevarán a la caída sucesiva de los gobiernos marxista-leninista en dichas naciones.

Entre diciembre de 1989 y diciembre de 1991 se habían perdido para Cuba sus mercados más ventajosos y seguros; comenzaba para el país una etapa de crisis económica profunda, que se agudiza más al aprobar el Congreso y sancionar el Ejecutivo de los Estados Unidos de las leyes Torricelli y Helms-Burton, con las que se ha hecho más férreo el bloqueo económico impuesto a nuestro país desde febrero de 1962 y se trata de impedir que empresas de otros países, relacionadas con transnacionales norteamericanas, establezcan convenios económicos con Cuba.

Esta crisis económica interrumpe el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Único en su tercera etapa y da paso a una cuarta caracterizada principalmente por las dificultades económicas para la obtención de equipos, materiales médicos, materiales y medicamentos de toda clase en los mercados capitalistas, pero que se ha singularizado también por la lucha denodada de nuestro pueblo y su dirección revolucionaria por preservar las conquistas logradas en el campo de la salud pública en las 3 etapas anteriores y por continuar su desarrollo en condiciones de crisis económica profunda. (13,14)

Así no ha dejado de funcionar ninguna de las unidades del sistema nacional de salud del país; potencializados en la década de los 80 con el programa de medicina familiar y, continuar mejorando la situación de salud de la población hacia metas aún más ambiciosas, todo ello manteniendo el carácter público y gratuito de los servicios de salud. La estrategia aprovecha el alto desarrollo alcanzado por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, coincidentemente con la política nacional de fortalecer las instancias de base del gobierno (Poder Popular), se propone la descentralización del sistema hacia los municipios y consejos populares. Se desarrolla un movimiento salubrista al nivel local, en que por una parte, se promueven los "municipios por la salud", basados en la intersectorialidad y la participación social con estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades y por otra, se consolidan los servicios municipales de salud en el marco de la estratificación por niveles de complejidad del SNS. (4,13)

Elementos claves de la estrategia son: el desarrollo de la capacidad resolutive de los servicios de atención primaria al máximo posible, incluyendo la creación del subsistema de atención de urgencias en la atención primaria que en 1997 quedó implantado en el 80 % de los municipios urbanos y el 50 % de los rurales, el subsistema de emergencia médica en todas las provincias del país y el ingreso en el hogar en el 100 % de los municipios. Se precisan 3 campos principales en que se producen las acciones de reforma sectorial. En primer lugar, la reorientación y fortalecimiento del modelo de medicina familiar, en su calidad de pilar de la atención primaria en el país. En segundo lugar, la recuperación de la vitalidad de los hospitales, entendida como proceso de reorganización y perfeccionamiento de la gerencia y los servicios que se brindan en este nivel de atención. Las acciones en estos 2 campos se complementan con la recuperación de especialidades y tecnologías de punta, la consolidación del programa nacional de medicamentos y el desarrollo de la medicina natural y tradicional así como el mejoramiento de servicios que han sufrido algún deterioro en los últimos años como la atención estomatológica, los servicios de ópticas, los hogares de ancianos e impedidos físicos y el transporte sanitario, todo ello en el marco de la transformación profunda de la gestión del sistema mediante el fortalecimiento de la capacidad de análisis y

gerencia en los niveles intermedio, de base y del nivel central en sus roles normativo y de control, lo que constituye el tercer campo de reforma. (8)

Consideración final.

Prevalece una situación evidentemente contradictoria. Por una parte, las políticas aplicadas de privatización, descentralización y focalización han sido una prolongación de las políticas globales de ajuste predominantes en el campo económico y social y que han sido causa de la exacerbación de las iniquidades sociales en ALC, consideradas a su vez como las más acentuadas en el mundo. Se ha expresado que "la privatización dejará sin opciones de atención a los más pobres, la descentralización sin la presencia de un Estado central con decisión política de corregir desigualdades, abandonará a los pobres a su propia suerte; y los intentos de focalización significarán un retorno a las viejas prácticas de la beneficencia que en los hechos significa dar un poquito a muy pocos" A esta situación no escapa ninguno de los países de ALC, región de grandes contrastes, donde su situación económica no repercute significativamente en sus indicadores generales de salud ya que tiende solo a tratar de curar enfermos, brinda básicamente asistencia médica. Aparece el subterfugio de la descentralización de la asistencia médica y la educación. Las cuestiones políticas no se pueden descentralizar porque sino no hay equidad distributiva. El PBI no da noción de distribución por eso países con mayor PBI que Cuba exhiben una situación de salud lamentable (cuestión que sorprende a muchos), por falta de voluntad política y planificación, particularmente en algunos tan sensibles como la mortalidad materno-infantil; a pesar de sus gastos en salud se destaca su carencia de recursos humanos y de acceso a servicios de la población; no es cuanto, sino como y en que se invierte. Los problemas de salud no se resuelven con asistencia médica.

En este sentido, el Estado no puede desentenderse de esta perentoria obligación constitucional. El Ministerio de Salud debe ser el eje del sistema, respondiendo por la aplicación de las políticas estatales, orientando las actividades, vigilando las tendencias epidemiológicas, coordinando la atención de los eventos catastróficos y articulando acciones con el sector educativo en

la formación de los recursos humanos, con las calidades necesarias, en la cantidad y distribución apropiadas.

El avance del capitalismo salvaje y la aplicación del modelo de desarrollo neoliberal, basado en una apertura acelerada dejando el futuro de la comunidad dependiente de las tendencias del mercado, han originado en los países pobres, y en la mayoría de los desarrollados, una profunda crisis en los principios organizadores de la solidaridad y en la concepción de los derechos sociales. Esta crisis repercute directamente sobre el sistema de los seguros de tipo social, cuyos procedimientos seguirán siendo insoslayables, permanecerán como una de las formas modernas del vínculo social, pero no desempeñarán un papel central en la aplicación de los derechos sociales, a los cuales pertenece el de la salud.

Por consiguiente, el estado como sociedad aseguradora también ha entrado al momento crítico y ya no puede seguir la mutualización creciente de los riesgos sociales. Los derechos sociales, como compensadores de un disfuncionamiento pasajero ya no tienen vigencia. Se plantea, entonces, el regreso al tributo directo para asegurar una atención de salud básica y universal, pero asociada a cambios en el modelo de desarrollo que le permitan a los ciudadanos participar activamente en la construcción de la sociedad y asegurar así la atención de ellos y de aquellos que padecen algún tipo de invalidez.

La disociación profunda entre lo económico y lo social es también una consecuencia de las grandes contradicciones del capitalismo moderno y de la sociedad individualista y de consumo. Ante estas dificultades no se puede caer en la tentación de establecer subsidios para la subsistencia o en introducir la victimización social, como la denomina Ronsavallon en su obra, estrategia que busca producir efectos de redistribución sobre la base de una filosofía de la indemnización; el individualismo radical pretende compensar a las víctimas y ampliar los derechos civiles, antes de afirmar los derechos sociales.

A diferencia, Cuba que reemerge de la crisis en condiciones nuevas y difíciles ha declarado la voluntad de mantener los servicios públicos y universales de

salud y educación, como parte esencial de las conquistas sociales del sistema social cubano y la Revolución Socialista. Los problemas mencionados anteriormente tienen implicaciones directas para el SNS, tanto en las políticas y estrategias de salud a desarrollar, como en la orientación y organización de los servicios de salud, la formación y perfeccionamiento de los recursos del sistema y la incorporación y desarrollo de tecnologías, medicamentos e insumos varios. La propia extensión, cobertura y acceso universales del sistema cubano, resultan un reto en términos de sostenibilidad económica, eficiencia, efectividad y calidad de los servicios. (16)

En el marco del desarrollo social sostenible del modelo social cubano, se define una transformación profunda de la gestión del sistema por medio de cambios en los métodos y estilos de trabajo, con el fortalecimiento de los niveles de base del sistema, mayor intercambio y presencia del aspecto normativo del Ministerio de Salud y de ejecución y control de las provincias y la creación de grupos de expertos para analizar problemas prioritarios del sector y proponer soluciones. La estrategia otorga un importante papel a los Consejos de Salud, producto de una política integradora en esta nueva dimensión de la salud y como recurso para el desarrollo, surgen los Consejos de Salud en las diferentes instancias que cristalizan las ricas tradiciones del trabajo intersectorial y potencializan la participación comunitaria, que ha caracterizado el trabajo de la salud cubana desde el triunfo de la Revolución con un enfoque priorizado hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades sin descuidar los aspectos de recuperación de la salud y rehabilitación.

Summary

The characteristics of Public Health in Latin America and the Caribbean through the present health state of the region is considered. The evolution of these characteristics and the facts that justify the processes of reformation of the sector, as well as their theoretical sources; the form in which they are developed, and the problems they face are also regarded. The essential characteristics of Colombia, Chile, Mexico, Venezuela and particularly those of the Cuban model are described. A final reflection regarding the contradictory prevalent situation and its political context is made.

Key words: PUBLIC HEALTH; LATIN AMERICA

Recibido: 22/5/03 Aprobado: 22/8/03

Referencias bibliográficas

(1) Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social- Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 1988: 1-5.

(2) Yepes Parra A. El derecho a la salud. La necesidad de repensar los derechos sociales. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25(2): 112-22.

(3) OPS. Teoría y práctica de la salud pública. Documento Escuela de Salud Pública. La Habana; 1992.

(4) Ramos Domínguez BN. La nueva salud pública. Rev Cubana Salud Pública 2000; 24(2): 77-84.

(5) Ramos BN, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana. Editorial Pueblo y Educación; 1990. p.125-43.

(6) Hamlon JH. Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria. 3 ed. México, DF: La prensa Médica Mexicana; 1973. p 1-11.

(7) Rojas Ochoa F. La salud en las Américas. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25(1): 94-8.

(8) Dotres Martínez C. Salud y municipios. Desafíos y contribuciones en los albores del siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25(2): 105-11.

(9) López Pardo CM. La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública 1997; 23(1-2):17-31.

(10) Thorp R. Progreso, pobreza y exclusión: Una historia económica de América Latina en el siglo XX. Rev Panam Salud Pública 1999; 6(2):143-6.

(11) Isaza NP. La reforma del sector de salud. Rev. Educ.Med. Salud.1995; (3-4): 270-85.

(12) Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario. Rev Cubana Salud Pública 2000; 26(1): 57-62.

(13) Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 1998; 24(2):110-8.

(14) Suárez Jiménez J. El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública 1997; 23(1):5-16.

(15) Arocha Mariño C. La economía y la salud pública en Cuba en la década de 1960. Rev Cubana Salud Pública 2000; 26(2):141-7.

(16) Bouza Suárez A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev Cubana Salud Pública 2000; 26(1): 150-6.