

Facultad de Salud Pública

LA ECONOMÍA Y LA SALUD PÚBLICA EN CUBA EN LA DÉCADA DE 1950

Dra. Carmen Arocha Mariño¹

RESUMEN: Se describe la situación económica y de la salud pública en Cuba en los años de la década de 1950 como continuación de una publicación anterior sobre dichos aspectos en los años de la década de 1940. Se cita un grupo de trabajos de destacados economistas que reflejan la inestabilidad de la economía del país y la deplorable situación de las familias cubanas. Se señala un grupo de instituciones y campañas de salud a las que fueron asignados créditos extraordinarios, como los aprobados para la lucha antituberculosa, y el desvío que se hacía de esos recursos, que iban a parar a manos particulares. Se hace referencia a la crisis médicas y las causas que la provocaron.

Descriptores DeCS: ECONOMIA DE LA SALUD; SALUD PUBLICA; ASISTENCIA MEDICA; CUBA.

En los años de la década de 1950 en Cuba aún no se había comenzado a enfocar la economía de la salud como una disciplina independiente, aunque hubo prestigiosos economistas como el doctor *Jacinto Torras de la Luz*, que contribuyeron con sus análisis a despertar una entusiasta colaboración entre los profesionales más representativos del gremio médico, para que por primera vez se estudiaran los problemas de la salud pública teniendo en cuenta los factores sociales y económicos de la nación, en el "Forum Nacional sobre Crisis Médica", celebrado durante los días 20 al 23 de septiembre de 1956, auspiciado por el Colegio Médico Nacional de Cuba.

No es casualidad que los peores resultados de los indicadores de salud se observen entre los países más pobres del Tercer Mundo.

El 25 % de la humanidad, que vive en la parte desarrollada de la Tierra, cuenta con la mayor cantidad de médicos, en sus países se produce y se controla más del 90 % de la producción de medicamentos, se dispone de 9 de cada 10 camas hospitalarias y es también la que disfruta de los mayores estándares de salud. Si bien no hay una relación matemática entre los recursos materiales y humanos dedicados a los servicios de salud y sus resultados, las estadísticas mundiales reflejan que en las zonas de

¹ Profesor Asistente

mayor nivel de producción industrial y de investigaciones científicas; las enfermedades más comunes tienen patrones diferentes a las que se padecen en las zonas pobres del mundo.

En África muere antes de cumplir 1 año, 1 de cada 8 niños que nacen, mientras que en Suecia eso solo ocurre en 1 de cada 150 nacidos vivos. En Asia y África continuamente brotan epidemias en su mayoría evitables, que cobran cientos de miles de vida, mientras que en Europa y América del Norte ya ni recuerdan sus sintomatologías, pues las sufrieron sólo hasta el siglo pasado como por ejemplo la fiebre amarilla y la viruela. [El potencial económico que respalda la salud pública. Facultad de Economía de la Universidad de La Habana, Abril, 1989.].

La responsabilidad del Estado sobre la salud del pueblo en Cuba, quedó bien esclarecida con la Constitución de 1940, pero los gobernantes de turno hasta 1958 dieron a ella la interpretación que más le convenía a sus intereses, caracterizándose este período por la insuficiencia cuali-cuantitativa de los servicios médicos y su concentración en la capital, trayendo como consecuencia un pésimo cuadro de salud, sobre todo en zonas rurales y marginales.

Desarrollo

En los años de la década de 1950, América Latina experimentó una seria crisis socio-económica de la cual Cuba no escapó, por el contrario, fue de gran relevancia por su profundidad y gravedad, convirtiéndose la economía cubana en un apéndice del mecanismo productivo de los monopolios norteamericanos.

En desastroso estado de la economía representaba una pesada carga para los trabajadores y se contradecía con los intere-

ses de los amplios sectores de la población. Cuba figuraba entre los países de la región donde la miseria y el desempleo masivo habían cobrado dimensiones trágicas.

El número de desempleados total o parcialmente (los que trabajaban menos de 40 horas semanales) en el período de máxima actividad económica -mayo de 1956 a abril 1957- ascendía a 584 000 personas, o sea, algo más del 25 % de la población apta.

Sobre el Ingreso Nacional los datos indican que a pesar de que hubo un aumento casi del triple en 1955 con relación a 1941, la situación de la población de Cuba, medida por sus ingresos reales "per cápita"; fue en los últimos 5 años de esa década igual o solo ligeramente mejor que en 1941, año que no fue de auge económico. [Torras de la Luz, J. Los factores económicos de la crisis médica. Trabajo entregado para el Fórum Nacional sobre crisis médica efectuado en el Col. Med. Nac. del 20 al 23 de septiembre. La Habana, 1956.].

La situación descrita anteriormente se debió al crecimiento que tuvo la población y al incremento de los precios en los productos alimenticios y del costo general de la vida, entre los que estaban la vivienda, vestidos, educación, transporte, medicamentos y artículos de uso caseros entre otros; representando por tanto \$ 313.00 en el año 1955 de \$ 145.00 en 1941.

En un artículo titulado "Inestabilidad y Desarrollo Económico en Cuba" publicado en el No. Extraordinario del Diario de la Marina, el 15 de septiembre de 1957, el profesor *Julián Alienes Urosa*, economista español de prestigio internacional, residente en Cuba, hizo un análisis del país y señaló que la inestabilidad es la característica más acusada de la economía cubana, poniendo el argumento de que el Producto Nacional Bruto varió de 1945 al 1947 el 58 % de incremento, para luego reducirse el 7 % en 1949 y elevarse nuevamente en 1952 al 34 %, dis-

minuir el 24 % en 1955 y aumentar el 42 % en 1957.

"Todo esto revela que el producto nacional bruto varía como promedio por encima de los 200 millones de pesos anuales y en términos relativos por no menos del 13 %. El mal de la inestabilidad es por ende evidente".¹

Según lo descrito por el prestigioso economista y comentarista de temas económicos en la prensa, doctor *Rufo López Fresquet* con la colaboración del también economista *Antonio Jorge*, en el artículo "Las Instituciones de Crédito: Desarrollo de la Banca de Cuba", el principal problema en la eliminación de la inestabilidad dentro de la economía cubana consiste en alcanzar la transformación de la inestabilidad de la propia naturaleza de la industria hasta convertirla en la estabilidad que necesita la economía general de la nación.²

Para agravar la situación económica del pueblo cubano se unía el carácter estacional de su producción, vinculada fundamentalmente con la producción azucarera, trayendo como consecuencia el desempleo permanente y estacional, el subempleo y el desempleo tecnológico.

Sobre esta situación del desempleo en Cuba, el economista doctor *Hugo Vivó* hace un análisis en su artículo "El Trabajo en Cuba. Contribución a la Riqueza Nacional".³

Al analizar la estructura económica de Cuba es necesario examinar el papel particular que jugó Estados Unidos en este proceso, ya que a mediados del siglo XIX Cuba ocupaba un lugar especial en los planes expansionistas de esta potencia en América Latina. El capital monopolista norteamericano se apoderó rápidamente de las posiciones dominantes de casi todas las ramas claves de la economía nacional.

En los años de la década de 1950 el país importaba el 88 % de las grasas que se consumían, el 33 % de las legumbres, más

del 40 % de los cereales, el 63 % de los productos cárnicos, el 90 % del pescado y el 84 % de las conservas de fruta entre otros, o sea, el 19 % de los comestibles que se consumían en el país.

En esencia, el mercado cubano estaba monopolizado por las mercancías norteamericanas.

Todo lo expuesto muestra que la política norteamericana después de la Segunda Guerra Mundial profundizó la dependencia de Cuba y contribuyó a que la crisis de la economía semicolonial se transformara en una crisis permanente e insoluble dentro de la mecánica del mundo capitalista.

La extracción cada vez más intensa de riquezas cubanas, el saqueo de los fondos públicos, la dilapidación de las reservas nacionales, que como se estima, en 1952 Cuba poseía 500 millones de dólares y se transfirieron al extranjero por concepto de beneficios y fraudes más de 200 millones, por lo que en 1959 ya no alcanzaban los 100 millones y la consolidación del latifundio azucarero, constituyen las más importantes características de la economía cubana en ese período.⁴

El área latifundiaria en Cuba alcanzaba el 56,9 % del área nacional en fincas, es decir, 385 000 caballerías, quedando como fincas con menos de 30 caballerías 155 000, para el 43,1 % restante, lo que traía aparejado la limitación de la productividad de la tierra, el desempleo, el bajo nivel de ingresos de la población campesina, la tendencia al monocultivo y el atraso técnico en la agricultura. [Rodríguez CR. La reforma agraria en Cuba Conf. Televisada e impresa. Of. Hist. MINSAP].

En esta década la producción azucarera, exceptuando 1952, no alcanzó los niveles del año 1925 que fue una zafra de alrededor de 5 millones de toneladas de azúcar, hasta 1959 en que se logró un volumen de producción similar pero con una población

que duplicaba la de entonces, lo que quiere decir que a partir del año 1925 el ritmo de crecimiento poblacional fue superior al de la industria azucarera.

La economía cubana no se desarrolló entre otros factores por la rígida estructura institucional que existía (agraria, arancelaria, bancaria y crediticia) que la hacían cada vez más dependiente de la producción azucarera y de las importaciones extranjeras. [Pino Santos O. Estructura de la economía cubana. Conferencia mimeografiada. 20 pgs. Of. Historiador MINSAP.].

En 1959 en Cuba habían 161 centrales azucareros y más de la mitad de ellos pertenecían a 28 grandes propietarios, dentro de estos, 8 eran de importantes consorcios norteamericanos y el resto de diferentes nacionalidades aunque radicaban en el país.⁵

El economista y escritor cubano doctor *José A. Guerra y Deven*, señaló en su artículo "La Industria Azucarera de Cuba. 1932-1957" que aunque era aconsejable desarrollar otras fuentes potenciales de riqueza en el país, la nación cubana tenía en esos momentos en la industria azucarera un activo de un valor inapreciable que no podía ser abandonado, y que por el contrario, se debía sostener como pilar fundamental alrededor del cual se ampliara y completara una estructura económica sólida y bien balanceada.⁶

Al relacionar toda la situación económica vivida por el pueblo de Cuba en los años de la década de 1950 con su estructura sanitaria, se pueden detallar algunos de sus aspectos.

En 1950, la tuberculosis estaba entre las 10 primeras causas de muerte, la gastroenteritis ocupaba el tercer lugar y la tasa de mortalidad infantil era de 79 por cada mil nacidos vivos.

En el trabajo titulado "Revisión estadística sobre las causas más frecuentes de

mortalidad y morbilidad en Cuba" del doctor *Ortelio Martínez Fortún*, aparece un llamado del autor a sus compañeros de profesión en Cuba para que contribuyeran a mejorar las estadísticas médicas haciendo un mejor reporte de los casos, pues muchas de las muertes causadas por enfermedades como la tuberculosis pulmonar aparecían como causadas por bronconeumonías y bronquitis capilar. Los niños que fallecían en las primeras horas de nacidos se informaban como muertes fetales, distorsionando las cifras reales de la mortalidad infantil y así hubo de citar algunos otros ejemplos.

Sobre las primeras causas de morbilidad en Cuba, aparecen en trabajos del doctor *Martínez Fortún* que la tuberculosis alcanzó sus mayores cifras en los años 1944, 1945 y 1946 con 67,2 casos cada 100 000 habitantes y las menores a partir de 1950 con 20,9 casos por 100 000 habitantes. La fiebre tifoidea de 78,2 casos cada 100 000 habitantes en 1945 descendió a 10,4 cada 100 000 habitantes en 1951, algo parecido a lo que sucedió con el paludismo que de 54,9 casos cada 100 000 habitantes en 1944 pasó a 3,64 en 1953 y con la difteria, pues de 10,4 enfermos cada 100 000 habitantes en 1944 llegó a 2,84 en 1953.

Con todas estas cifras expuestas, que sin dudas muestran que la medicina cubana desde principios de siglo comenzó a tener notables éxitos, no se puede pensar que la situación sanitaria del país era buena, pues todavía morían anualmente alrededor de 5 000 niños antes de alcanzar la adolescencia de un total de 2 068 598, y de esas defunciones, unas 3 500 podían atribuirse a las enfermedades entéricas, al parasitismo intestinal y a la desnutrición, es decir, a males evitables que predominaban en las zonas rurales.⁷

En los primeros años de esta década siendo ministro de Salubridad el doctor *José R. Andreu*, se reorganizaron los servicios

hospitalarios y se restablecieron los créditos, se aumentó la consignación de instrumental quirúrgico, equipos y medicinas; y en el orden sanitario se realizó una activa campaña en el campo a través del Instituto Técnico de Salubridad para erradicar enfermedades parasitarias, gastrointestinales e infecciosas; además se llevaron a cabo campañas de higienización. El Consejo Nacional de Tuberculosis prosiguió la obra del Instituto de Vacunación "BCG", se creó en el Sanatorio "La Esperanza" la primera Escuela de Rehabilitación del Tuberculoso; se fundaron además, el Servicio de Cirugía Cardiovascular en el Instituto de Cirugía Ortopédica, absolutamente gratuito para enfermos pobres; el pabellón de niños en el Hospital "San Juan de Dios" de Santa Clara y la Clínica del Cáncer en la misma ciudad. También inició sus servicios el nuevo Hospital de Holguín; se reconstruyeron los hospitales "Saturnino Lora", de Santiago de Cuba; de "Maternidad e Infancia" de Pinar del Río; el "Civil" de Matanzas y el "Lilia Hidalgo" de Rancho Boyeros; además de que se erigieron otras. En este mismo período se subvencionaron creches y asilos de ciegos y ancianos, y se promulgó la Ley de Retiro Médico entre otro gran número de actividades.⁸

En el nuevo mandato del General *Fulgencio Batista*, después del golpe de estado del 10 de marzo de 1952, éste crea 2 nuevos organismos autónomos, que arrastrarán un mal que había sido suprimido después de su primer período de gobierno.

En cuanto al servicio de hospitales, la situación del país fue considerada totalmente inadecuada e insuficiente por los participantes en el IX Congreso Médico Nacional celebrado en La Habana en el año 1955, a pesar de que en los años 1931, 1947, 1948, 1949 y 1952 se había discutido y aprobado resoluciones y proyectos por diferentes

Asambleas Médicas Nacionales para solucionar los problemas de la Asistencia Hospitalaria de Cuba.

En ese importante evento se expuso que según el último censo realizado en 1953, en el país había en esos momentos 5 832 852 habitantes por lo que se debía disponer de 67 000 camas, de acuerdo con el indicador aceptado de 1,15 camas por 1 000 habitantes y que en la realidad existían 17 000 camas entre las instituciones del Estado, las autónomas y las privadas.

En una intervención realizada por el doctor *Rodrigo Bustamante Marcaida* expresó "... cuando se analiza superficialmente el status hospitalario cubano, sorprende y deprime que en 53 años de vida republicana no se haya dado por parte de las esferas oficiales ningún paso firme, ni haya realizado ninguna modificación básica encaminada a superar el caos de nuestros hospitales que a veces no merecen ni siquiera su nombre, permaneciendo relegados a la categoría de almacenes de enfermos".³

En el gobierno de Batista se crearon nuevos servicios de medicina preventiva para la asistencia a los enfermos y para la protección general de la población en salud, como fueron:

- Instituto Nacional de Cardiología
- Clínica de Cirugía Cardiovascular y Torácica en el Instituto de Radium del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes" de La Habana
- Servicio de Cardiología para el tratamiento de la trombosis coronaria en el Hospital "Lila Hidalgo" de Rancho Boyeros.

También se cedieron créditos extraordinarios para reforzar instituciones hospitalarias:

- \$ 29,000 destinados a la alimentación del Hospital "San Lázaro" del Rincón, Santiago de las Vegas.

- \$ 8,400 anuales para el Hospital "Juan de Dios" de Sagua la Grande, provincia Las Villas.
- \$ 50,000 para equipos del Hospital de "Emergencia" de Santiago de Cuba.
- \$ 62,600 para cocina, calderas y alcantarilla del Hospital de Dementes de Cuba, "Mazorra", así como \$ 195,000 para nuevas construcciones, ropas y alimentos.
- \$ 45,000 para reforzar los créditos de otros hospitales.

Aunque se han relacionado un grupo de acciones emprendidas por los distintos gobiernos en la década del 50 aun la salud pública en Cuba no lograba cubrir las necesidades de la población, pues a pesar de estar bien explícita la función social del Estado en la Constitución de la República, la organización hospitalaria del país era deficiente, había una ausencia de medidas reguladoras, de la asistencia médica a los grupos de más bajos ingresos y no se daba una verdadera protección a la salud en general porque se desviaba gran parte del presupuesto para intereses particulares.¹⁰

Los presupuestos no eran encaminados a la solución de los problemas fundamentales de la población, ni de forma general ni en el caso de la salud pública, incurriendo muchas veces en gastos inútiles e improductivos, y en el caso particular del personal médico se venía manifestando un fenómeno que se denominó "Crisis Médica", para lo cual el Colegio Médico Nacional convocó a un Forum para estudiar los factores económicos que originaban esta situación por lo que el prestigioso economista, doctor *Jacinto Torras* elaboró en 1956 un informe a punto de partida de las 2 manifestaciones fundamentales que tenía dicha crisis.

- La insuficiencia o escasez de oportunidades que un elevado porcentaje de mé-

dicos (más agudamente los recién graduados) encontraban para ejercer su profesión.

- Los sueldos o ingresos insuficientes en la mayoría de los médicos para cubrir sus necesidades.¹⁰

Del personal médico, se conoce que en este período (1956) existían en el país 6 250 médicos colegiados, lo que da un índice de 1 médico por cada 960 habitantes, o lo que es lo mismo, 104 médicos por cada 100 000 habitantes, que al ser comparado con otros países según los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, Cuba se situaba en el undécimo lugar en cuanto a la disponibilidad relativa de médicos.

Esta buena posición del país en cuanto a personal médico no está dentro de las causas que provocaron la crisis médica, lo que quiere decir que no fue precisamente un exceso de este personal lo que motivó su difícil situación de manera general, sino las condiciones económicas de la mayoría de las familias cubanas, la ausencia de presupuestos nacionales técnicos, la débil organización hospitalaria y el poco desarrollo de los seguros de salud, exceptuando el mutualismo, además de la menor demanda de servicios por la población por sus bajos ingresos.

A partir de lo expresado anteriormente se puede asegurar que existía una estrecha relación entre el nivel de los ingresos promedios de los médicos y la situación económica general del país, favoreciendo entonces, que apareciera el subempleo o desempleo de los profesionales con la consiguiente "Crisis Médica" a la que se enfrentó Cuba en la década de los años 50 y que el nivel del Ingreso Nacional y de los ingresos familiares fueran insuficientes para proporcionar condiciones de salud adecuadas a la población.

Consideraciones finales

En la década de 1950 se incrementaron las exportaciones por el establecimiento de la cuota azucarera al contar Cuba con mercados fijos, pero a pesar de ello la situación real de las familias cubanas se mantuvo muy difícil, por el aumento del costo general de la vida y por el crecimiento de la población.

La estructura sanitaria del país permaneció igual que en las décadas anteriores

aunque se incrementaron las instituciones médicas así como los créditos para ellas, pero a pesar de ello la calidad de la atención continuó siendo deficiente pues no cubría las necesidades y estaban mal distribuidas geográficamente, además de que los grupos de más bajos ingresos, estaban desprotegidos pues continuaba desviándose gran parte de los recursos para fines particulares. Toda esta situación conllevó a la denominada crisis médica de los años 50.

SUMMARY: The economic and public health situation in Cuba in the 50's are described as a continuation of a previous paper dealing with these aspects in the 40's. A group of papers presented by outstanding economists which revealed the instability of the economy of the country and the very bad situation of the Cuban families at that time are mentioned. Also, a group of institutions and health campaigns to which extraordinary credits were granted, for example, the funds given for fighting tuberculosis and the embezzlement of such resources which were kept by individuals are pointed out. Reference is made to the medical crisis and its causes.

Subject headings: HEALTH ECONOMICS; HEALTH PUBLIC; MEDICAL ASSISTANCE; CUBA.

Referencias bibliográficas

1. Alienes Urosa J. Inestabilidad y desarrollo económico en Cuba. Diario de la Marina 1957;(Ext):84.
2. López Fresquet R, Antonio J. Las instituciones de crédito. Desarrollo de la banca en Cuba. Diario de la Marina, 1957; (Ext.):91-6.
3. Vivó H. El trabajo en Cuba. Su contribución a la riqueza nacional. Diario de la Marina. 1957; (Ext):118.
4. Bodomolov A. Cuba: experiencia del desarrollo social. Moscú: Progreso, 1983:263-310.
5. Jiménez Soler G. Los propietarios de los centrales azucareros cubanos al triunfo de la Revolución. Rev. Bim. Cub. Soc. Econ. Amigos del País 1995;78:100-7.
6. Guerra Deven JA. La industria azucarera de Cuba. 1932-1957. Diario de la Marina, 1957; (Ext):98.
7. Recio Foms A. Breve reseña de la situación epidemiológica y sanitaria en Cuba. Memorias de IX Congreso Médico Nacional. La Habana: Editorial P. Fernández, 1985:119-23.
8. Colectivo de autores. Libro de Cuba. Edición Conmemorativa del Cincuentenario de la Independencia (1902-1952). Cuarta Parte. Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. Edit. Pub. S.A. La Habana, junio 1954:229-38.
9. Bustamante Marcaida R. Sistema hospitalario de Cuba. Memorias de IX Congreso Médico Nacional. La Habana. Editorial P. Fernández, 1955:99-105.
10. Forum Nacional sobre Crisis Médica. Conclusiones y Recomendaciones. Rev Trib Med 1956; (Sept.-Oct.):9-88.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo del 2000.

Dra. *Carmen Arocha Mariño*. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.