

DEBATE

Escuela Nacional de Salud Pública

SITUACION, SISTEMA Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD PARA EL DESARROLLO EN CUBA*

Francisco Rojas Ochoa¹

RESUMEN: Este trabajo presenta un análisis de la situación de salud, el sistema de salud y la estrategia de recursos humanos y desarrollo en Cuba al finalizar el siglo xx. Para ello se hace una revisión bibliográfica sobre el tema, enfatizando en las estadísticas pertinentes. Se utilizan *in extenso* dos publicaciones previas en las que intervino el autor, dirigidas al tema desarrollo humano y equidad y se describe la situación de salud de la población cubana a finales del siglo xx, la cual es altamente favorable y que, resumida en indicadores relevantes, evidencia un 7,2 por 1 000 nacidos vivos; mortalidad materna directa 34,1 por 100 000 nacidos vivos; erradicación de la poliomielitis, la meningitis tuberculosa, el tétanos neonatal; la difteria; el síndrome de rubéola congénita; la meningoencefalitis por parotiditis y el sarampión. Problemas prevalentes en enfermedades infecciosas son la hepatitis y las de transmisión sexual. El SIDA presenta baja tasa: 15,1 por millón de habitantes. Predominan las causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles y los accidentes. Se describe y defiende el sistema de salud adoptado hace ya 40 años: estatal gratuito para la población, de cobertura total, científicamente respaldado y solidario, y se enfatiza el valor del desarrollo de los recursos humanos para mejorar la situación de salud, así como la bondad del sistema estatal de los servicios de salud. Tres razones sustentan el sistema y su sostenibilidad: voluntad política, la elección de tecnologías adecuadas (incluyendo la atención primaria de salud como estrategia) y la participación social.

DeCS: EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD; PLANES ESTATALES DE SALUD; RECURSOS HUMANOS EN SALUD; CUBA.

INTRODUCCIÓN

Esta presentación se basa en parte de lo publicado en los informes *Investigaciones sobre el desarrollo humano en Cuba*, 1996¹ e *Investigaciones sobre desarrollo humano y equidad en Cuba*, 1999.² Se examina aquí la situación de salud, el sistema de salud, su estrategia de recursos humanos y las características del desarrollo en Cuba, en los finales del siglo xx.

SITUACIÓN DE SALUD

En las últimas décadas los indicadores de salud de la población cubana han mostrado una mejoría gradual y constante, hasta alcanzar los niveles actuales. En los primeros años de la década de los noventa este progreso fue interrumpido por la crisis económica que afectó al país, la más grave en su historia, acentuada por el bloqueo económico que nos impone el Gobierno de los Estados Unidos de

* Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Salud Pública. Medellín, Colombia, 15-17 de noviembre del 2001.

¹ Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Consultante.

América y la desaparición del grupo de países de economía centralmente dirigida, con la que sosteníamos la casi totalidad de nuestras relaciones económicas. De esta situación nos hemos recuperado en gran medida.

El alto nivel de institucionalización del sector, el amplio grado de cobertura de los servicios, los índices alcanzados en atención preventiva, la calificación del personal de salud, la mística en su entrega al trabajo cotidiano y el esfuerzo colectivo nacional, han hecho posible que en importantes indicadores de salud Cuba se mantenga entre los países de mejor situación entre los del Tercer Mundo e, incluso que pueda comparar sus resultados con los de más alto nivel de desarrollo económico y tecnológico (tabla 1).

Los principales esfuerzos han estado encaminados hacia varias direcciones en función de las prioridades y a través de programas específicos, entre los que se destacan la atención a la mujer, a los niños y niñas y a la población mayor de 60 años.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad resume lo alcanzado de manera sostenida en materia de cuidados a la niñez. Según *El estado mundial de la infancia 2000*, publicado por la UNICEF, Cuba ocupaba la posición 32 en cuanto a la más baja tasa mencionada, entre 192 países, en 1998.¹ Esta fue en el año 2000 de 9,1 por 1 000 nacidos vivos.² La mortalidad de menores de 1 año fue entonces de 7,2 por 1 000 nacidos vivos.³

Todas las embarazadas reciben atención calificada prenatal y en sus partos. Cuba es un país de bajo riesgo reproductivo, según el *Population Action International 1995*.³ Aún se observa una alta tendencia a la interrupción de embarazo como medio para evitar los hijos no deseados. La tasa de interrupciones por 100 partos fue de 52,7 en el 2000 (había sido de 96,6 en 1986).⁴ La tasa de mortalidad materna directa (complicaciones de embarazo, parto y puerperio) en el 2000 fue de 34,1 por 100 000 nacidos vivos.

El programa nacional de inmunizaciones protege contra 11 enfermedades. En el 2000, el 92,1% de los niños menores de 2 años de edad quedó protegido.⁴ Se mantienen erradicadas: la poliomielitis y el paludismo (1962), la meningitis tuberculosa (1971), el tétanos neonatal (1972), la difte-

ria (1979), el síndrome de rubéola congénita y la meningoencefalitis por parotiditis (ambas en 1989) y el sarampión (1993). Las tasas de incidencia por tosferina, rubéola, tétanos y parotiditis son muy bajas, y no se registraron casos en 1999 ni 2000.⁴

La contracción económica ha tenido reflejo en las condiciones de vida y, también en la incidencia de las enfermedades transmisibles. La tasa de mortalidad por estas enfermedades aumentó entre 1990 y 1996, y descendió a un mínimo entre 1998 y 2000. Año este último en que la tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas se redujo a 2,3 por 100 000 habitantes⁴ (tabla 2).

TABLA 2. Mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuba 1989-2001

Año	Tasa por 100 000 habitantes	% del total de defunciones
1989	8,3	1,3
1990	9,4	1,4
1991	9,9	1,5
1992	10,4	1,5
1993	13,8	1,9
1994	13,5	1,9
1995	12,8	1,8
1996	10,6	1,5
1997	9,6	1,4
1998	8,0	1,1
1999	7,7	1,1
2000	5,5	0,8

Fuente: MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000. Palcograf. La Habana, 2001.

La morbilidad también registró aumento en algunas tasas, como en la hepatitis, la tuberculosis, las infecciones diarreicas y respiratorias agudas, la leptospirosis y las enfermedades de transmisión sexual.

Entre los problemas de salud dependientes del comportamiento y estilos de vida, las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema relevante. La sífilis, por ejemplo, muestra una tendencia ascendente. Su tasa por 100 000 habitantes que era de 44,7 en 1980, fue de 86,1

TABLA 1. Evolución de los indicadores de salud. Cuba. Años seleccionados

Indicadores seleccionados	1960	1980	1990	1995	2000
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	42,0	19,6	10,7	9,4	7,2
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	42,4 ^a	24,3	13,2	12,5	9,1
Índice de niños con bajo peso al nacer (en %)	...	9,7	7,6	7,9	6,1
Tasa de mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	120,1	52,6	31,6	32,6	34,1
Partos atendidos en instituciones hospitalarias (%)	63,0	98,5	99,8	99,8	99,9
Habitantes por médico	...	635	275	193	169
Habitantes por estomatólogo	...	2 677	1 528	1 200	1 128

^a: Datos de 1965.

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas y Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

en 1990 y de 110,3 en 1999, y descendió a 82,2 en el 2000.⁴ La tasa por millón de habitantes por SIDA que fue de 2,6 en 1990, ascendió a 15,1 en el 2000; ésta es muy baja y prueba la eficacia de nuestro programa de prevención.⁴

El envejecimiento de la población es un hecho notable que se ha acentuado en la última década. En el 2000 el 13 % de la población cumplió 60 años o más.² En esto han influido los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad, el aumento de la cobertura inmunológica, las bajas tasas de mortalidad infantil y, sobre todo, la baja fecundidad: en 1985 la tasa de fecundidad por 1 000 mujeres en edad reproductiva era de 66,1 y en el 2000 fue de 47,3.⁴ La tasa bruta de reproducción ha estado por debajo del nivel de reemplazo durante la pasada década (0,72 hijos por mujer a mitad del período mencionado). Como cifra preliminar el 2000 registra 1,64.^{6,7}

Al envejecimiento de la población se asocia la principal carga de morbilidad y mortalidad que afecta a la población. Para tres enfermedades existen programas de atención dispensarizada, por lo frecuente de éstas y la necesidad de un control adecuado que asegure un mínimo de complicaciones y una calidad de vida satisfactoria. Estas y sus prevalencias respectivas, calculadas sobre el número de pacientes dispensarizados, son la diabetes mellitus (23,6 por 1 000 habitantes), la hipertensión arterial (155,6 por 1 000 habitantes) y el asma bronquial (77,1 por 1 000 habitantes).⁴ (Fuente: Anuario Estadístico de la Salud 2001. Palcograf. La Habana, 2001).

Las 3 principales causas de muerte en el 2000 fueron las enfermedades del corazón (180,3 por 100 000 habitantes), los tumores malignos (146,5 por 100 000 habitantes) y la enfermedad cerebro vascular (72,9 por 100 000 habitantes).⁴ Los accidentes registraron una tasa de un 44,5 y el suicidio del 16,4 por 100 000 habitantes.⁴

Desde los años 60 se logró eliminar la desnutrición como fenómeno social. Hasta 1989 se produjo un aumento sostenido del suministro energético, como parte de un consumo balanceado de alimentos. Pero a partir de ese año la alimentación ha sido uno de los aspectos de las condiciones de vida más afectados por la crisis y el bloqueo económico. En 1990 el consumo calórico diario reportado era de 3 130 calorías; en 1993 fue de 1 863, que representa el 78 % de las necesidades medias. Entre 13 nutrientes considerados, el déficit mayor fue de grasas (35 % de las necesidades). El bajo peso al nacer constituye otro claro ejemplo de los efectos de la alimentación insuficiente. Es además un índice de alta sensibilidad. Este índice mostraba una tendencia al descenso desde la década de los 70, pero comenzó a ascender en 1991 y dos años después alcanzó un nivel superior al de la década precedente. Esta nueva situación comenzó a revertirse en 1994 y continúa descendiendo, lo que evidencia la recuperación de los niveles nutricionales, aunque aún no está a la altura de 1990⁶ (tabla 3).

Que la población disponga de viviendas adecuadas y saneamiento básico es factor determinante de una buena situación de salud. El intenso proceso de urbanización (75,2 % de la población del país es urbana), impulsado por

TABLA 3. Índice de bajo peso al nacer. Cuba 1990-2000

Año	Índice ¹
1990	7,6
1991	7,8
1992	8,6
1993	9,0
1994	8,9
1995	7,9
1996	7,3
1997	6,9
1998	6,7
1999	6,5
2000	6,1

¹ Porcentaje sobre el total de nacimientos vivos.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud 2000.

la emigración del campo a las ciudades y el crecimiento de la población en edad matrimonial, ha presionado sobre las ca-rencias habitacionales.⁷

Durante muchos años y con el propósito de reducir las grandes diferencias entre la capital y el resto del país, los mayores esfuerzos constructivos se aplicaron a las ciudades del interior y zonas rurales. La Habana, en consecuencia, sufrió un deterioro progresivo y su situación se ha tornado particularmente difícil. El estado de más de la mitad de las viviendas es regular o malo; 1 de cada 10 es irrecuperable.⁸ Para corregir esta situación fue necesario introducir una mayor descentralización en la formulación y manejo de la política de vivienda y urbanización. El traspaso de los programas habitacionales a las autoridades locales, aún con las dificultades asociadas a los arreglos institucionales, el traslado de los recursos y la creación de capacidad de manejo a nivel subnacional, han permitido desarrollar la base de producción local e incrementar gradualmente la construcción de nuevas viviendas y asentamientos. A finales del pasado decenio ya se había recuperado el promedio anual de construcciones del quinquenio 1990-1995.⁹

Un programa audaz y novedoso se efectúa en el núcleo histórico de la ciudad de La Habana, donde se rescata el patrimonio cultural de esa parte de la capital, que ostenta la categoría de Patrimonio Cultural de la Humanidad. El Gobierno del municipio, la Oficina del Historiador de La Habana y el programa de desarrollo humano local han conseguido movilizar recursos nacionales y externos para una acelerada restauración urbanística, habitacional y social del lugar.¹⁰

En materia de saneamiento se ha logrado extender a una parte importante de los hogares cubanos el acceso a aguas limpias y sistemas de evacuación de desechos, garantizando un mínimo de salubridad del entorno, tanto rural como urbano. En 1999 la cobertura era para la población urbana del 84,9 % y para la rural del 40,4 % en cuanto al servicio de agua por conexión domiciliaria.⁷ La cobertura con medios sanitarios de eliminación de excretas, según el

estudio *Multiple Indicators Survey*, MINSAP/UNICEF, fue en el 2000 de 99,1% para la población urbana y de 95,1 % para la población rural.¹¹

Sin embargo, al identificarse los principales problemas ambientales del país, junto a la degradación de los suelos, la contaminación de las aguas terrestres y marinas, la deforestación y la pérdida de la diversidad biológica, se encuentra el deterioro del saneamiento y las condiciones ambientales en los asentamientos humanos. Este deterioro acentuado en la pasada década se explica, entre otros factores, por las afectaciones del servicio de agua potable (cantidad y calidad), las limitaciones para la recolección y disposición de desechos sólidos, el inadecuado manejo de los desechos peligrosos y, en ciertos lugares, los problemas de la calidad del aire.

El programa de desarrollo hidráulico permitió entre 1960 y 1990 aumentar la capacidad de los embalses de 48 millones de metros cúbicos a 9 600 millones, lo que aseguró aumentar la cobertura del suministro de agua. Sin embargo, la cantidad y la calidad se vio afectada en años recientes debido al déficit de productos necesarios para su tratamiento, el deterioro de las instalaciones, redes de acueductos e irregularidad en las tareas de mantenimiento.⁶ También se han afectado la recolección y disposición de desechos sólidos por falta de transporte automotor y de depósitos. En algunos asentamientos se han producido afectaciones en la calidad del aire, debido a incorrectas ubicaciones de algunos de estos, y de centros industriales.

La situación descrita ha entrado en franco período de restauración. El perfeccionamiento de la organización y gestión ambiental, la potenciación de la participación comunitaria y la asignación de recursos financieros (todavía insuficientes) han logrado detener el deterioro e iniciar la mejoría de la situación.

La aprobación de la estrategia nacional ambiental y la promulgación de la Ley del Medio Ambiente, ambas ocurridas en 1997, son acciones de gran valor en materia de mejoramiento del ambiente físico y de la calidad de los asentamientos humanos en el país. Son las bases para lograr los objetivos en materia de medio ambiente y desarrollo, que recoge la Agenda 21 para el mundo subdesarrollado.

Hasta aquí se ha presentado la información que habitualmente conocemos como situación de salud. Pero el 11 de septiembre de 2001, en Nueva York, se produjo el atentado criminal más repulsivo de nuestro tiempo, torpe, injustificado. Este hecho nos lleva cotidianamente a reflexionar sobre terrorismo y guerra. Pero esos temas no son de esta presentación. Me limitaré a reiterar mi opinión, que es la de mis compatriotas todos; estamos contra el terrorismo y contra la guerra. Pero sí quiero referirme al aspecto relativo a la salud humana que en las últimas semanas están llevando al pánico a la población estadounidense y de algunos otros países: el uso de un agente infeccioso como arma de terror.

Frente a lo que ocurre con el ántrax o carbunco se ha generado pánico en la población de un enorme y poderoso país, que ha permeado también a algunos más. Esta situación

ha conducido al agotamiento de las existencias de ciertos medicamentos, al uso que se ha clasificado de preventivo de algunos antibióticos, con el riesgo que implica su uso incontrolado, incluido el de nuevas resistencias a estos. Se compran por la población medios de protección variados. En resumen, se hacen cosas innecesarias, costosas y extravagantes, capaces de hacer más daño que beneficio.

La estrategia del sistema de salud cubano es muy diferente: informar adecuadamente y advertir, con argumento científico, de qué se trata, qué se conoce y qué se ignora, y educar sobre lo que procede hacer para prevenir, diagnosticar o curar la enfermedad o problema que nos afecte. Hemos visto situaciones similares, epidemias que han afectado a personas, animales o plantas, algunas introducidas intencionalmente en el país. Pero un verdadero ejército de profesionales y técnicos en materia de sanidad humana, animal o vegetal ha sabido qué hacer, sin provocar pánico. Ellos toman las acciones técnicas que proceden y educan a la población en lo que debe hacer de inmediato y con posterioridad a la emergencia. Tener educada a la población es la alternativa primera para el éxito y la única para contener el pánico, tan peligroso como cualquier epidemia.¹² Estas consideraciones, frente a un fenómeno de actualidad, tipifican un rasgo de la situación de salud y del sistema de salud cubano.

EL SISTEMA DE SALUD

La situación de salud antes expuesta es el resultado de las condiciones políticas, económicas y sociales que concurren en el país. El sistema de salud es un componente de la sociedad en que se inserta y con la que guarda relación de dependencia. A una formación económica social concreta corresponderá un determinado sistema de salud. La construcción consciente de un nuevo sistema de salud en Cuba se hace a partir de la ruptura abrupta y radical con una situación caracterizada por:

- La dependencia política y económica de una potencia extranjera que controlaba la principal industria del país, incluido el 25 % de las mejores tierras agrícolas; la producción y comercialización de la energía eléctrica, los servicios telefónicos, la importación, transportación y distribución de combustibles, el transporte marítimo, la minería y la parte más importante de la banca.
- La estructura económica dependiente de la producción agrícola, monoprodutora de caña de azúcar, de tipo extensivo, latifundio.
- El desempleo y subempleo permanentes y masivos, de hasta un 25 % de la fuerza de trabajo, en el período entre zafras azucareras.
- La economía abierta. De 25 a 28 centavos de peso correspondían a importaciones obligadas, y a una concentración geográfica de exportaciones (60 %) e importaciones (75 %), en el mercado de Estados Unidos de América.

Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola, monoexportador y, por tanto, dependiente.¹³

En este contexto se caracterizó la reforma del sistema por la adopción de la **concepción ideológica marxista**, en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública. Por esto **existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial**. En consecuencia, se adoptaron los principios de la salud pública socialista, como eran conocidos en la literatura científica del este de Europa, pero añadiendo Cuba el del **internacionalismo**, como forma solidaria de dar y recibir ayuda para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos.¹⁴

Así, la reforma de los servicios de salud estuvo presidida, desde su inicio, por la **voluntad política** de transformar la situación determinante de una salud colectiva afectada por graves problemas, y la de orientarla a un modelo que liquidara todo lo que atentara contra la salud de la población. Esta voluntad tuvo y tiene su expresión más concreta y visible en la atención personal que el Jefe de Estado y Gobierno dio y mantiene al sector salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentales en este campo. Son transformaciones introducidas por la reforma (que hoy caracterizan nuestro modelo de sistema de salud):

- La erradicación de la corrupción.
- La prioridad en el desarrollo de los recursos humanos: su capital humano.
- La planificación y programación de las acciones de salud.
- El desarrollo de la estadística sanitaria.
- El carácter intersectorial y multidisciplinario en la concepción del sistema.
- La búsqueda de la equidad.
- La lucha por la calidad.
- La participación social y popular en el sistema.
- La sostenibilidad del sistema.

En relación con este último aspecto, la sostenibilidad de la reforma y del sistema que generó, se expresa en la aceptación plena y la defensa consecuente que de ella hace la población. El respaldo popular ha sido total y sostenido, continúa décadas después de los primeros hechos de la reforma, que mantiene hoy los principios, características y proyección que le dieron origen.

EL MODELO DE SISTEMA

En Cuba, el programa de salud es parte esencial de la política social y ha contribuido a los logros en el desarrollo humano y la equidad. Se fundamenta en conceptos y proposiciones que gozan de amplio consenso internacional.

Entre sus componentes se destacan una concepción de salud vinculada con todos los aspectos de la vida humana y el acceso universal a adecuados servicios de salud.¹⁵ El modelo se basa en los siguientes principios:

- La salud es un derecho humano.
- Se reconoce el carácter estatal y social de la medicina.
- La salud de la población es responsabilidad del Estado: accesibilidad y gratuidad aseguran la equidad en los servicios para toda la población.
- Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica aplicando consecuentemente los adelantos de la ciencia y la técnica.
- Las acciones de salud tendrán orientación principal hacia la promoción y prevención.
- La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
- La solidaridad internacional es práctica de los servicios de salud.

La aplicación de estos principios, sobre todo la accesibilidad y gratuidad, ha hecho posible el logro de la equidad en salud, tanto en lo que se refiere a accesibilidad geográfica como a los distintos niveles de complejidad del sistema de salud (tabla 4).

TABLA 4. Cinco indicadores de equidad territorial en salud en las 14 provincias del país. Cuba, 2000

Indicadores	Máximo	Mínimo
% de partos con asistencia calificada	100,0	99,7
Menores de 2 años con esquema de inmunización completo	98,7	89,9
% de población cubierta con médico/enfermera de familia	100,0	96,0
Consultas de odontólogo x habitantes	2,6	2,1
Donaciones voluntarias de sangre por 100 habitantes	5,3	4,7

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2000.

La salud es un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones por raza, sexo, edad, religión, posición política o condición económica. Su aseguramiento es responsabilidad del Estado, que actúa a través del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como organismo rector del sistema. Esto se ampara en los artículos 47 al 50 de la Constitución de la República, los cuales se cumplen.¹⁶

El MINSAP dirige y controla centralmente el plan de salud, pero, paralelamente, se apoya en una gestión territorial descentralizada para elevar la eficiencia y agilidad del servicio. La estrategia de trabajo se cumple a partir de prioridades, establecidas en función de las circunstancias y que permiten la ejecución de los programas específicos.¹⁷

La labor en esta esfera se complementa con un amplio trabajo multisectorial (el sistema de salud no es sinónimo de ministerio de salud o servicios de salud), y una intensa acción comunitaria a través de organizaciones de masa, que trabajan por el mejoramiento de la salud en su más alta concepción.¹⁸

El primer y decisivo paso en el desarrollo de los servicios de salud fue la integración de todas las instituciones de servicios médicos existentes al sistema, con lo cual estas pasaron a ser financiadas por el Estado y regidas por el MINSAP. En correspondencia con la concepción de desarrollo, se imbricó desde el principio, con las transformaciones económicas. Así, tras la aplicación de la Ley de Reforma Agraria, fue organizado el servicio rural, que extendía la atención médica a todas las zonas del país, lo que motivó un ambicioso programa de formación de recursos humanos.¹⁹

El establecimiento del servicio rural fue uno de los primeros pasos en la búsqueda de la equidad en salud, seguido de la nacionalización de servicios privados de salud, incluida la industria farmacéutica y farmacias, la gradual reducción del ejercicio privado de la medicina, la creación de las instituciones estatales con diferente grado de complejidad en el servicio, la formación del personal necesario para la expansión de las acciones en esta esfera y la creación de centros de investigación y desarrollo. Desde las primeras etapas en la formación del sistema podemos hablar de reforma, una reforma revolucionaria por su extensión y profundidad, pero la reforma ha sido un proceso continuo, ya que se ha hecho necesario introducir modificaciones al modelo de sistema por hechos como los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, la dinámica de la economía del país, en especial la crisis de los primeros años de la década del noventa, que llamamos período especial en tiempo de paz, y de la que hoy nos hemos recuperado en buena medida, y las contradicciones que genera el propio desarrollo, incluido el impacto de las nuevas tecnologías. Por eso se puede afirmar que en el caso de Cuba, la reforma sectorial –más que un hecho eventual o puntual– ha sido un proceso permanente en los últimos 40 años.¹⁵

Veamos algunos hitos importantes en el devenir de este proceso permanente de reformas en salud:

- El establecimiento desde 1960; de la gratuidad de los servicios médicos estatales, que luego alcanzarían a todos los servicios del país.²⁰
- La nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados en 1960.^{21,22}
- La creación del servicio médico social rural en 1960.²³
- El otorgamiento de alta prioridad al desarrollo de la atención primaria de salud.²⁴
- La descentralización administrativa del sistema, dotando a cada unidad de presupuesto propio.

- El inicio (1963) de la práctica de la solidaridad internacional, que llamamos internacionalismo en salud, y su posterior desarrollo.
- La creación de un subsistema que comprenda la importación/exportación, producción y distribución nacional de medicamentos, equipos y otros medios de trabajo del sector bajo la dirección y administración del MINSAP.
- La inclusión, como parte de las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, de la formación de recursos humanos para el sector.
- El desarrollo de la participación social, en especial en su forma comunitaria, como pilar del desarrollo y manejo de los servicios.

Para una mejor comprensión del modelo y de su evolución, es necesario referir con más detalle algunas acciones o medidas de la reforma, que hoy son objeto de ajustes.

Desde la concepción del nuevo sistema se inscribió la atención primaria de salud como la primera prioridad en cuanto a reforma y como estrategia principal para el desarrollo del sistema. Fue la creación del servicio médico social rural y la consiguiente extensión de cobertura, al llevarse hasta áreas rurales antes carentes de servicio un número significativo de médicos primero, seguido de enfermeras y odontólogos un año después. Para esta extensión no se recurrió a paramédicos, como los llamados *feltcher*, muy utilizados en Europa del Este, u *obstetrices* (comadronas). Fue una temprana decisión lograr una total cobertura de las necesidades de atención primaria con médicos, no obstante la aguda escasez de ellos que provocó un movimiento migratorio, estimulado desde el exterior por fuerzas políticas hostiles al país y su programa político.²⁵

En la ciudad se inició la transformación de las expresiones de atención primaria existentes hasta 1960: las casas de socorro, para la atención de ciertas urgencias, los dispensarios infantiles (programa paralelo a los del Ministerio de Salubridad) y las unidades sanitarias, definidas para realizar el control epidemiológico y de la higiene del ambiente físico. Estas instituciones fueron integradas en un centro de salud que denominamos policlínico. Estos evolucionaron y fueron objeto de acciones de reforma, como las que dieron origen a las denominaciones sucesivas de policlínico integral (al fortalecer sus acciones promotoras y preventivas) y policlínico comunitario (al dar fuerza mayor a la atención de las familias y a la concertación estrecha de los programas con las comunidades).²⁶⁻³¹

"La descentralización en salud formó parte de la descentralización político administrativa al interior de los gobiernos provinciales y municipales en el marco del fortalecimiento del papel de la sociedad y no de una simple reforma estatal. Buscamos modernizar y crear un nuevo tipo de modelo sanitario a través del fortalecimiento de la salud dentro de la sociedad, desarrollando los niveles operativos del

sistema de salud y de la sociedad en su conjunto, a fin de hacerlos más eficaces y eficientes, además ello conlleva que sean equitativos frente a los daños e igualitarios en el consumo y distribución de sus servicios. *Defendemos que los servicios deben tener acceso universal tanto en el consumo como en la distribución.* Para ello el modelo tiene tres componentes que fueron desarrollándose en el tiempo, pero las nuevas apariciones no borran el antiguo concepto que sigue teniendo vigencia en determinadas circunstancias, siendo esta forma, los nuevos modelos son respetuosos de la historicidad del desarrollo de los modelos anteriores".¹⁷

Un primer componente introducido en el modelo, siempre con enfoque principal en atención primaria, es el basado en el **daño con cobertura universal**. Aquí el sujeto de programación es la enfermedad y la apertura programática va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de aquella. Este modelo fue dominante largo tiempo en la planificación de salud, y base de numerosos programas "verticales" contra enfermedades (malaria, tuberculosis, cáncer...)¹⁷

Un segundo componente está basado en el **concepto de riesgo**. Así la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidas a riesgos específicos. Los riesgos deben seleccionarse en función de su vulnerabilidad, para definir una estrategia de atenuación o erradicación de estos. Entre otros grupos se ha trabajado con embarazadas, grupos específicos de edad (incluido el de la llamada tercera edad) y grupos de riesgo ocupacional.¹⁷

La programación por daño es un concepto de intervención biológico asistencial. El de riesgo admite posibilidades diversas ya sean en el plano sectorial (acciones asistenciales), como promocionales y preventivas o multisectoriales con un contenido epidemiológico y social. Este modelo es esencialmente descentralizado, pues el riesgo obliga a la planificación en el escenario local, que es donde se tipifica y caracteriza en sí mismo. La aplicación de este concepto es una de las bases de la actual planificación en el país. De ahí los programas vigentes importantes, para grupos como los antes mencionados.¹⁷

Un tercer componente está basado en el concepto de **protección familiar y cobertura integral**. Más avanzado que los anteriores ha emergido con gran fuerza en la década de los 80. Ha madurado, pero continúa siendo objeto de ajustes para su perfeccionamiento. Se fundamenta en el concepto de universalidad e igualdad de cobertura a toda la población sin ninguna categoría de exclusión. Busca no sólo la individualización y los grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa: la familia, basado en un aumento continuo de la calidad de vida y en la promoción de salud. Este marco conceptual asume que la salud no es un problema sanitario solamente, sino la expresión de vida de la estructura social concreta y para resolverlo es necesario el desarrollo de acciones sectoriales y fundamentalmente de acciones intersectoriales. En este

concepto se basa el desarrollo del programa del médico y enfermera de la familia, respuesta cubana a las proyecciones y proposiciones de la Carta de Ottawa, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social y las cumbres iberoamericanas, entre otras importantes reuniones internacionales.¹⁷

Los aspectos que sustentaron la concepción y desarrollo de este programa fueron:

- La creciente tendencia a la fragmentación y super especialización de la práctica médica.
- Los cambios en el perfil epidemiológico: control eficaz de enfermedades transmisibles, aumento de las crónicas no transmisibles.
- La necesidad de actuar sobre el individuo, la familia y la comunidad, modificando actitudes, conductas y estilos de vida.

Son características del programa a que se hace referencia la instalación de un consultorio enclavado en la comunidad a la que darán servicio un médico y una enfermera. La población a su cargo la forman los miembros de 120-160 familias, alrededor de 600 a 800 personas. Cuentan con el respaldo de personal especializado en el policlínico del que dependen y el médico tiene categoría de especialista en Medicina General Integral (tres años de estudios como "residente" para alcanzar el título de especialista). Su responsabilidad incluye la ejecución de los programas de salud en marcha, y en especial las acciones promotoras y preventivas de estos. Los médicos de familia en el 2000 eran 17 105, lo que daba cobertura al 99,1 % de la población del país.⁴

Es también relevante en este sistema de salud el alcance y profundidad de la participación social, que le otorga al sistema un amplio carácter democrático, con práctica directa y efectiva de la democracia.

En un inicio la participación social fue del tipo que llamamos pasiva, o sea, inducida por el sector salud y dirigida a procurar el apoyo de los programas del Ministerio de Salud Pública. En etapas posteriores se avanzó a una participación activa, que se manifiesta por las iniciativas propias de la comunidad y por su participación en el control y decisiones sobre acciones de salud. Su más alta expresión se concreta en las asambleas de rendición de cuentas de los delegados a las asambleas municipales del Poder Popular (ediles o concejales), donde estos rinden cuenta de su gestión ante sus electores, quienes los eligieron mediante voto secreto y directo, en candidaturas sin candidatos únicos. En estas asambleas semestrales, entre otros asuntos de la comunidad, se tratan los temas de salud y se discuten y se adoptan decisiones que son mandatos de estas asambleas abiertas de los electores para su delegado. En cada período, los participantes en las asambleas de cada circunscripción cuando eligen a un delegado suelen alcanzar alrededor del 80 % de electores participantes. Esta es una de las bases más importantes del respaldo popular al sistema de salud y al sistema político y social que lo sostiene.

Podemos identificar resultados del sistema de salud cubano derivados de la participación social:

- La formación y organización de personal voluntario para el desarrollo de acciones de salud en el seno de la comunidad, como las que forman las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas y los que iniciaron este tipo de participación: colaboradores voluntarios en la vigilancia epidemiológica para la erradicación del paludismo.
- El entrenamiento y asignación de funciones como “responsables de salud” a miembros de los sindicatos y de comités de defensa de la revolución, que los eligen.
- Son tareas destacadas de estos colaboradores el apoyo a campañas y programas de vacunación, de saneamiento ambiental, y de diagnóstico precoz en el programa de la lucha contra el cáncer.
- La educación y concientización de la población en la solución de problemas de alta incidencia como enfermedades diarreicas agudas, parasitismo intestinal y protección a la embarazada.
- Promoción y participación en el programa de donaciones voluntarias de sangre (5,3 por 100 habitantes en el 2000).⁴

Uno de los aspectos del sistema y de la reforma que le dio origen y que hoy suscita discusión es la concepción totalizadora del sistema de salud cubano, que incluyó como parte del sector y subordinadas al MINSAP a la casi totalidad de las actividades relacionadas con la salud humana. Entre estas la producción y distribución de fármacos, equipos y otros insumos del sector. Cuando esto ocurrió (1961-1962), existió amplio consenso al respecto, pero al evaluar los hechos en fecha reciente, ratificamos la decisión de aquel momento en que se subordinaron a un mando único estos importantes aspectos relativos a los servicios de salud, sobre todo por ser época de convulsión política y económica, lo que permitió avanzar a soluciones estratégicas y prácticas para el momento y años posteriores. Pero esto ocurría hace 40 años. Recientemente se decidió subordinar la industria farmacéutica al Ministerio de la Industria Básica. Esto, entre otras ventajas, permitirá rectificar la dimensión de la esfera del MINSAP, que en el 2000 alcanzó la cifra de 359 653 trabajadores, o sea, el 5,5% de la población en edad laboral. A su vez contribuirá a un mejor ejercicio por parte de la autoridad sanitaria en la fiscalización o control de la producción de esta industria.

Otro rasgo distintivo del sistema de salud cubano es la práctica del internacionalismo en salud. Esta comenzó en fecha tan temprana como 1963, cuando 56 profesionales y técnicos llegaron a Argelia, recién conquistada su independencia. Progresivamente la asistencia y cooperación en el campo de la salud fue creciendo. En 1985 Cuba tenía lo que *The New York Times* llamó “quizás el mayor programa de asistencia civil en el mundo.” Cuba tenía entonces más mé-

dicos trabajando en el exterior que la OMS.³² El valor político de esta colaboración se relaciona con la forma en que se realiza, que es la atención médica directa a la población en el país receptor. Pero junto a este tipo de ayuda se ha trabajado también en numerosos países, en algunos por largo tiempo: recibiendo pacientes para atención médica, formando recursos humanos en Cuba y en el país anfitrión, socorriendo frente a desastres naturales, donando equipos y suministros, con asesorías de alto nivel y otras variadas formas de cooperación bilateral o multilateral. Todo lo referido ha sido un aporte gratuito de Cuba, excluyendo la actual forma de cooperación que llamamos compensada, añadida y no sustitutiva de la anterior, en lo que el país receptor paga parcial o totalmente por lo que recibe. La cooperación internacional en el campo de la salud es un rasgo trascendente de nuestro sistema, que la categoriza como principio, y es el más importante impacto en las relaciones de la salud pública cubana con el extranjero.³²

Más recientemente estas acciones se han fortalecido y crecido al calor del Programa Internacional de Salud (PIS) realizado por el Gobierno cubano y concebido a raíz de los desastres causados por ciclones tropicales que azotaron a América Central, Haití y República Dominicana. Este programa comprende dos acciones principales: la cooperación con personal médico y sanitario en las zonas más desprotegidas de los países afectados y el otorgamiento de becas a estudiantes de las mismas zonas para cursar estudios de medicina en Cuba. El programa posteriormente se ha extendido a países de África.

A finales del 2000 los países que participaban del programa eran, 7 de América Latina, 7 de África y 1 de Asia. El número de cooperantes involucrados era de 2 446. El total de países receptores de colaboración era de 58 y con un monto de 3 853 colaboradores.

Los alumnos de otros países en facultades cubanas de medicina al inicio del curso 2000-2001 sumaban una cifra de 1 760. Además, en la Escuela Latinoamericana de Medicina están actualmente matriculados 4 857 alumnos.

Esta política internacional de colaboración en salud parte de una más amplia que incluye otras esferas que desarrolla el Gobierno cubano, es una hermosa obra de solidaridad y un trabajo relevante como contribución al mejor entendimiento entre los pueblos y a la paz.

LOS RECURSOS HUMANOS

En la estrategia cubana para la creación y consolidación de su sistema de salud, la política de desarrollo de recursos humanos ha sido factor de máxima relevancia. El capital humano con que hoy cuenta el país, en todas las esferas, es notable, pero se aprecia mejor y alcanza más peso en el sector salud.

Al examinar el alcance actual de esta política y sus resultados no puede olvidarse que hace poco más de 40 años se realizó en el país una campaña de alfabetización,

que en un año, con la generosa contribución de 270 000 jóvenes voluntarios, se alfabetizaron alrededor de 700 000 personas iletradas, y se redujo el índice de analfabetismo de 23,1 % a sólo 3,9 %.³² Así se erradicó el analfabetismo como fenómeno social.

Si la hazaña realizada entonces no se hubiera reorientado con un seguimiento nacional para elevar la instrucción de los recién alfabetizados hasta el 6to. grado de escolaridad, estos habrían regresado a su condición inicial. Pero no se detuvo el movimiento masivo para elevar la instrucción de los cubanos. Hoy la escolaridad media de nuestra población es de 9 grados de enseñanza. Por otra parte, la escolarización de niños entre 6 y 14 años rebasa desde la pasada década y de modo sostenido el 97 % cada año, lo que asegura el progresivo aumento de la escolaridad media del país. Esto se puede afirmar ya que el índice de retención escolar en cada curso para cada uno de los niveles de enseñanza, desde la misma década, es superior al 95 %.⁶

El control del Estado sobre la totalidad de las instituciones escolares excluye la privatización de la enseñanza tanto como la injerencia de los mecanismos de mercado y garantiza condiciones similares para todos los estudiantes. La educación en Cuba es universalmente gratuita; como la salud, es un derecho humano, que se adjudica sin distinción de raza, sexo, credo o nivel social.

El acceso a la educación ofrece al individuo no sólo conocimientos y la posibilidad de acceder a su propia visión del mundo, sino que lo capacita para una vida plena, rica intelectual y moralmente. Por ello, la educación en Cuba no es, en sentido estricto, una inversión social, sino que forma parte de una concepción más amplia, en la cual el bienestar del ser humano es el objetivo fundamental. Una sociedad de personas educadas avanza y se desarrolla armónicamente. Este es uno de los fundamentos del desarrollo humano.

Según una comparación internacional respecto al índice de la educación fundamental (IEF), Cuba ocupa el primer lugar del tercer mundo con el 96,9 %, por encima de muchas naciones de mayor desarrollo económico relativo.³³

Los logros relativos de Cuba en el campo de la educación, con respecto a los observados en el mundo industrializado y en desarrollo, según aparece en el *Informe sobre Desarrollo Humano 1995*, editado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD), son los siguientes: de 4 indicadores considerados, en 3 el logro relativo de Cuba es alto y en 1 es medio.³⁴

Estos resultados encuentran expresión en la educación universitaria. Entre los cursos 1959-1960 y 1970-1971 la matrícula en nuestras universidades creció en 10 000 estudiantes, y en los diez años siguientes creció en 155 000.⁴

A fines de la pasada década, de cada 100 ocupados, 7 poseían títulos universitarios y 13 eran técnicos medios.⁵³⁻⁵⁴

En este contexto se ha desarrollado un riguroso programa de formación de profesionales y técnicos para el sector salud. Las instituciones formadoras, tanto universitarias como técnicas, se encuentran adscritas directamente al MINSAP, bajo la rectoría metodológica de los ministerios

de Educación Superior y Educación. El crecimiento del número de unidades de enseñanza ha alcanzado de 1 a 21 facultades de medicina y de 1 a 57 politécnicos de la salud.

El programa iniciado en 1960 egresó de sus escuelas hasta el 2000, la cifra de 208 248 técnicos.⁴ De las facultades universitarias 76 488 médicos, 11 485 odontólogos y 21 957 licenciadas en enfermería. Estas últimas tuvieron acceso al nivel universitario en 1980.⁴

Este esfuerzo ha contado con el respaldo que significa la gratuidad total de los estudios cursados. El acceso a la enseñanza universitaria pasa por un proceso de selección que incluye valoración de su rendimiento acumulado en los años de nivel preuniversitario, con un mínimo de 90 % para ser aceptado, examen adicional de suficiencia de ciertas materias, pruebas psicopedagógicas, examen médico diseñado para esta selección y aprobación del colectivo de estudiantes de donde procede. Durante la carrera no se admite repetir cursos por deficiencias académicas.

Tanto los profesionales como los técnicos tienen acceso a numerosas vías de superación o perfeccionamiento profesional. Para los universitarios tres sucesivos niveles pueden ser alcanzados: especialista, maestría y doctorado en ciencias. En cada caso el último acto de cada nivel es un examen estatal o defensa de tesis.

En todos los tipos o niveles de enseñanza se aplica el principio de educación en el trabajo que se desarrolla en el marco de la integración docente, asistencial e investigativa, el cual privilegia cada vez más la atención primaria de salud y el trabajo grupal tutorial, que potencia el desarrollo de la creatividad y capacidad resolutoria individual y colectiva de forma multiprofesional e interdisciplinaria.³⁶

La formación acelerada de recursos humanos a que se ha hecho referencia fue estimulada por la salida del país de personas que no aceptaban las circunstancias de consumo, austeridad, movilización y disciplina que derivan de un movimiento social transformador de raíz popular y del bloqueo externo. La importancia mayor para el sistema de salud la tuvo la emigración de médicos que entre enero de 1959 y marzo de 1965 alcanzó la cifra de 1 975 (poco más del 30 % de los médicos de 1958) con la consiguiente afectación de los servicios, la enseñanza y la investigación. La solución estuvo en los planes de formación desarrollados, sin concesiones en cuanto a calidad, hasta alcanzar la situación actual, en que se cubren todas las necesidades y es posible contribuir con otros países facilitándole personal calificado y de conducta laboral altamente satisfactoria.

El desarrollo de estos recursos ha sido a su vez el capital esencial para el impulso a la investigación científica y la búsqueda de la independencia tecnológica en todo lo que esté a nuestro alcance, según las posibilidades de cada momento. No es aceptable para nuestra economía depender de cada conquista tecnológica que se origine en el primer mundo, sobre todo si nuestro sistema de salud es universal en su cobertura, lo que implica aplicar las conquistas científicas a todo el que lo requiera, tanto en el campo de la

promoción y prevención, como en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Este concepto ha determinado la creación de numerosos centros de investigación y desarrollo tecnológico, como los 13 institutos de especialidades médico-sanitarias del MINSAP, los dos cardiocentros, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, el Instituto Finlay (vacunas), el Centro de Inmunoensayo, el Centro Nacional de Producción de Animales de Laboratorios, el Centro Nacional de Salud Animal y el Centro de Inmunología Molecular que, entre otros resultados, hoy ha alcanzado la producción de las vacunas contra la meningitis meningocócica y la hepatitis B, equipos y técnicas para diagnóstico, restauración neurológica y cirugía estereotáxica, equipos de resonancia magnética nuclear, factor de crecimiento epidérmico, anticuerpos monoclonales, interferones y surfactantes.

EL DESARROLLO

Aunque el crecimiento económico es una condición indispensable para el desarrollo, no todo crecimiento conduce a este objetivo. Para que resulte efectivo, el crecimiento debe darse en ramas económicamente estratégicas o sectores dinámicos, que aseguren niveles de actividad económica, constantes y equilibradas. Simultáneamente, se necesita la aplicación de estrategias adecuadas para garantizar una distribución racional de los ingresos en función de programas sociales de desarrollo, lo que demanda una intervención estatal consecuente.⁶ La inversión social, considerada por algunos un gasto improductivo, es en realidad el capital de reproducción natural capaz de impulsar el desarrollo.

Desde sus orígenes, el proyecto cubano de nuevo sistema social previó la estrecha relación entre la economía y los efectos sociales, con la finalidad de dar una solución integral a este dilema. Se concibió el proceso de desarrollo a partir del tratamiento simultáneo de los problemas económicos y sociales. La atención a los aspectos sociales se correspondía plenamente con el hecho de que todo movimiento social renovador, revolucionario, alcanza su realización, precisamente, a través de las soluciones que ofrezca a los problemas sociales existentes.

Sin dudas, la erradicación de problemas seculares del subdesarrollo como la pobreza, el monocultivo y el latifundio, el alto nivel de desempleo y el atraso industrial, demandaban, a su vez, la solución de fenómenos estructurales, tales como la existencia de un sector económico deformado y de relaciones de dependencia.

En el proceso de desarrollo en Cuba, las transformaciones en la economía y en la estructura social se rigen por el principio de lograr el desarrollo a partir de la distribución equitativa de los ingresos, manteniendo la justicia social. Esto se reflejó en medidas encaminadas a lograr la

redistribución inmediata de los ingresos a favor de los trabajadores y de los grupos marginados, la eliminación del desempleo y la elevación del nivel de vida.

La concepción del desarrollo integral, económico y social, constituye el primer rasgo del desarrollo en Cuba. Otro rasgo esencial es la aplicación de una política social única, dirigida por el Estado, lo que permitió la concentración y distribución de los recursos disponibles en función de esta política. Este enfoque ha demostrado ser acertado, especialmente en tiempos en que la estrechez económica ha provocado fuertes contracciones en la disponibilidad de los recursos.

Por otra parte, la acción del Estado no habría reportado resultados tan destacados si no hubiese contado el gobierno con respaldo popular, además de promoverse una universal participación social en los programas de desarrollo: en educación, salud, viviendas, abastecimientos de bienes de consumo, y las deportivas y culturales.

Esta política de desarrollo social ha elevado el nivel de vida de la población, combinando el incremento del consumo individual con las prestaciones de servicios sociales básicos. Simultáneamente las políticas aplicadas comprenden un tratamiento preferencial a determinados segmentos poblacionales: mujeres, niños, niñas, ancianos, población rural. Es precisamente en estos sectores vulnerables en los que los problemas estructurales del subdesarrollo se agudizan. La solución exige no solo profundos cambios en el sistema socioeconómico, sino también de un proceso de asimilación gradual y constante de cambios.

La historia del proceso de desarrollo que exponemos revela que, aún cuando desde el inicio la percepción acerca de un desarrollo integral estuvo presente, ello no aseguró automáticamente la relación adecuada entre todos los factores que tal desarrollo demandaba. La política económica conoció avances, deficiencias, errores propios de todo proceso de desarrollo, pero que en este caso, se ven acrecentados por las condiciones derivadas del bloqueo a que estamos sometidos desde hace cuatro décadas.

En este contexto, ha resultado vital la capacidad de adaptación a las circunstancias, manteniendo una posición flexible y de autocritica en la revalorización de las políticas adoptadas.

La política social está cambiando y debe su capacidad de adaptación, en parte, a la propia concepción que le dio origen:

- La centralización en manos del Estado, que ha permitido un mayor grado de integralidad, la igualdad de condiciones en el acceso a los servicios sociales, la estabilidad y la posibilidad de priorizar la atención a los sectores más vulnerables.
- El logro de un alto nivel de participación social en la adopción de decisiones, que han garantizado la compren-

sión y el apoyo por parte de la población a las medidas para sortear las crisis.

Es necesario destacar que el mayor éxito de este proceso reside precisamente en mantener y perfeccionar la estrategia elegida. La evolución de las políticas de desarrollo se convierte así, de objetivo esencial en motor impulsor y garantía de supervivencia del proyecto cubano.

En un modelo de desarrollo donde lo económico y lo social son simultáneamente tratados e impulsados como componentes obligados de un desarrollo que no debe ser sólo crecimiento económico, es comprensible el papel protagónico que en lo social adquieren los sectores salud y educación. Esto explica lo referido respecto a estos sectores. En salud se han dado evidencias de un sostenido desarrollo multilateral, que ha modificado sustancialmente la situación de salud, y donde el desarrollo de los recursos humanos ha desempeñado un rol trascendental. El modelo ha buscado y conseguido equidad en salud, entre otras formas.

Hoy puede resultar de interés como se prevé la sostenibilidad del modelo de salud, en términos de sostén económico.

El sistema de salud de Cuba se financia por el presupuesto estatal cuya elaboración pretende garantizar, por una parte, los objetivos de desarrollo previstos del sector salud, y por otra, una mayor eficiencia en la provisión de los recursos presupuestarios. Este financiamiento se encuentra altamente descentralizado. A partir de los presupuestos municipales se financian la casi totalidad de los gastos de salud pública (92,6 %). También de la educación (82,0 %) y de la asistencia social (92,4 %).³⁷

No obstante la difícil situación económica por la que ha atravesado el país en los últimos años, los gastos en salud pública se han incrementado sostenidamente, como

reflejo de la voluntad política de mantener los logros alcanzados en esta esfera. En los años más graves de la crisis, 1990 a 1993, la tasa de variación del PIB fue siempre negativo, llegando a -14,4 en 1993. Entre estos años mencionados este indicador acumuló una caída del 30 %. No obstante, los gastos corrientes en salud aumentaron un 17 % entre 1989 y 1994. Este aumento absoluto fue acompañado de un aumento relativo del gasto en salud como parte del PIB, 4,6 % en 1989 a 7,8 % en 1994 (tabla 5).

En estos años se ha registrado una considerable reducción de la disponibilidad de divisas para el sector, con notable afectación de ciertos servicios y escasez de varios insumos.³⁷ Pero se ha podido rebasar la gran crisis y hoy la economía da signos de vitalidad. **El modelo socialista ha resistido.** El Estado ha intervenido y sostenido la estabilidad social y política, a la vez que conjurado la crisis económica.

Por esta razón, con el fin de asegurar a cada cubano iguales derechos a la atención de salud, se ratifican los principios de que el sistema de salud continúe siendo totalmente financiado por el presupuesto del Estado y manteniendo la cobertura y la accesibilidad total mediante la gratuidad de los servicios. No están previstos nuevos gastos para ser financiados por las familias, ni ninguna forma de privatización; tampoco se prevén sistemas de seguro, ni medidas de copago.

La sostenibilidad del sistema se ha asegurado. Esto es consecuencia de las tres razones principales que lo sustentan:

- La voluntad política, expresada reiteradamente a nivel más alto del gobierno, en cuanto a la prioridad del modelo.
- La elección de tecnologías adecuadas, en sentido amplio, incluyendo la organización y gestión, y la elección de la atención primaria como base del sistema.

TABLA 5. Gastos en la rama Salud Pública e indicadores derivados. Cuba 1989-1994

Año	Gastos en salud pública*	Gastos como % del PIB	Gasto como % del gasto total	Gasto como % del gasto público
1989	904,5	4,6	5,8	12,1
1990	925,3	4,7	6,0	13,0
1991	924,9	5,7	6,3	14,5
1992	938,3	6,3	6,6	15,2
1993	1076,6	8,0	7,4	16,9
1994	1061,1	7,8	7,5	14,6

*Incluye los gastos en salud de todos los organismos del país en millones de pesos.

Fuente: Informes de liquidación del presupuesto 1989-1994. Ministerio de Finanzas y Precios. Oficina Nacional de Estadísticas. Ministerio de Economía y Planificación.

- La participación social, que acepta y apoya el sistema en su concepción y aplicación, lo que a la vez se torna en apoyo popular al gobierno que creó y mantiene el sistema.

Todo esto nos enseña una lección: cuando se reúnen voluntad política, tecnología adecuada y participación popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones

externas, se pueden alcanzar resultados como los mostrados. Son estas también las condiciones que generan la sostenibilidad del modelo, que además se afianza en resultados de alta equidad, mejoras en la situación de salud y confianza de la población. Por esto defendemos apasionadamente el humanismo y la solidaridad consustanciales a la ética de nuestro sistema político, económico y social, sostén del modelo de salud.¹⁹

Summary: This paper presents an analysis of the health situation, the health system and the strategy of human resources and development in Cuba at the end of the XX century. To this end, a bibliographic review on this topic is made, making emphasis on pertinent statistics. Two previous publications devoted to the topic of human development and equity in which the author took place are used *in intenso*. The health situation of the Cuban population at the end of the XX century is described. It was highly favorable and summarized in relevant indicators it evidenced an infant mortality rate of 7.2 per 1 000 live births, a direct maternal mortality of 34.1 per 100 000 live births, eradication of diseases, such as polyomyelitis, tuberculous meningitis, neonatal tetanus, diphtheria, the syndrome of congenital rubella, meningoencephalitis due to parotiditis, and measles. The prevailing problems in communicable diseases are hepatitis and the sexually transmitted diseases. AIDS presents a low rate: 15.1 per million of inhabitants. The non-communicable chronic diseases and the accidents predominate among the death causes. The health system adopted more than 40 years ago is described and defended. It is a state system that is free for the population, with a total coverage, scientifically supported and solidary. Emphasis is made on the value of the development of human resources to improve the health situation, as well as on the kindness of the state health services system. Three reasons support the system and its sustenance: political will, election of adequate technologies (including primary health care as a strategy) and social participation.

Subject headings: EQUITY IN HEALTH CONDITION; STATE HEALTH PLANS; HEALTH MANPOWER; CUBA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigaciones sobre el desarrollo humano en Cuba, 1996. La Habana: Caguayo; 1997. p. 131.
2. Centro de Investigaciones de la Economía Mundial. Investigaciones sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba, 1999. La Habana: Caguayo; 2000. p. 216.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2000. UNICEF. New York, 2000, p 83.
4. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2000. Palcograf. La Habana, 2001.
5. Population Action International 1995. Riesgo reproductivo: evolución mundial de la salud sexual y materna de la mujer. PAI. Washington 1995.
6. Martínez, O.; Márquez, M.; Rojas Ochoa, F. y cols. Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. Caguayo S.A. La Habana, 2000. p 196.
7. MINSAP. Situación de salud en Cuba. Indicadores básicos 2000. MINSAP. La Habana 2001. Tabla. Indicadores generales del País.
8. CEPAL. La economía cubana. Reformas estructurales y desempeños en los 90. Fondo de Cultura Económica; México DF, 1997. p 290-3.
9. Cuba. Informe nacional de Cuba a la Conferencia Mundial de Naciones Unidas para los asentamientos humanos "Habitat II". Comité Nacional Preparatorio. La Habana, 1996.
10. Programa para el Desarrollo Humano a Nivel local. Fachadas de las Plazas de La Habana. PNUD, Cuba. La Habana. p 12-18.
11. MINSAP/UNICEF. Multiple Indicators Survey. (para el seguimiento de las metas de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia) Inédito. p 38.
12. Castro, F. El pensamiento y la conciencia pueden más que el terror y la muerte. Tabloide No. 16. Ed. Juventud Rebelde. La Habana, 2001. p 8.
13. Rodríguez, JL. y Carrizo Moreno, G. La erradicación de la pobreza en Cuba. Ed. Ciencias Sociales. La Habana, 1987. p 33-4.
14. Serenko, AF y Ermakov, V V. Higiene social y organización de la salud pública. Ed. Mir. Moscú, 1986. p 31-50.
15. MINSAP. Análisis del Sector Salud en Cuba. Edit. MINSAP. La Habana, 1996. p 14-9.
16. Cuba. Constitución de la República. Gaceta Oficial, 1992. Art: 47-50.
17. Capote, R. y Haddad, J. Evolución y concepciones en políticas de salud. Rev. del Instituto Juan C. García. Vol. 8 Nos. 1 y 2. Enero-diciembre, 1998. p 29-36.
18. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. OMS. Ginebra 2000. p XIII y 6-8.
19. Rojas Ochoa, F. y López Serrano, E. Revolución Social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60. Investigaciones en Salud Pública. Documento Técnico, No. 30. OPS. Washington, 2000. p 9.
20. MINSAP. Decreto Ministerial No. 4 del 13 de mayo de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 30 de mayo de 1960.
21. Ministerio de Comercio. Decreto Ministerial No. 709 de marzo de 1959. Gaceta Oficial Ordinaria de 23 de marzo de 1959.
22. López Serrano, E. Efemérides médicas cubanas. En Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 69. La Habana, 1985. p 195.

23. Cuba. Ley 723 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial Ordinaria de 1 de febrero de 1960.
 24. Mehrotra, S. Human Development with a human fac. Santosh Mehrotra y Richard Joly (edit). Claredon Press. Oxford. 1988.
 25. Araujo, L. y Rodríguez Gavalda, R. Emigración Médica. CNICM. La Habana, 1968. p 1-21.
 26. Antología de autores cubanos. Saúde e Revolucao: Cuba. Achiamé/Cebes. Rio de Janeiro, 1984. p 23-343.
 27. Rojas Ochoa, F. El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. Rev. Cub. Med. Int. 10:2; 1971. p 84-96.
 28. Rojas Ochoa, F. El policlínico. Serie de Informes Técnicos. No. 3. CNICM. La Habana, 1973. p 7+82+6.
 29. Rojas Ochoa, F. El desarrollo de la salud pública socialista en Cuba 1959-1973. Editor Ya Chikin. Ed. Meditzina. Moscú, 1981. (en ruso).
 30. Navarro, V. Health Services and Health Planning in Cuba. Int. Jour. Health. Ser. 2 (3) 1972, pp 407-13 y 419-30.
 31. Capote R. La evolución de los servicios de salud y la estructura socio económica en Cuba. IDS. La Habana, 1979. p 33-34.
 32. Feinsilver, J M. Healing the Masses. Cuban health Politics at Home and Abroad. University of California Press. Berkeley/Los Angeles, 1993. p 157
 33. UNESCO. Education pour tous: situation et tendances. UNESCO. París, 1993. pp 23-26.
 34. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 1995. PNUD, 1995. Anexo Estadístico.
 35. MES. Catálogo 1997: MES, La Habana, 1997.
 36. Ilizástegui, F. Educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana. En: Integración de la Universidad Médica a la Organización de Salud. ISCM-H. La Habana, 1993. Folleto.
 37. Rojas Ochoa, F. y López Pardo, C. Economics, politics and health status in Cuba. Inter. Jour. Health. Ser. 1997;27(4):800.
- Recibido: 24 de enero del 2003. Aprobado: 2 de febrero del 2003.
Francisco Rojas Ochoa. Escuela Nacional de Salud de Pública. Calle I # 202 entre 11 y Línea, El Vedado, Ciudad de La Habana. E-mail: rojaso@infomed.sld.cu