

La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica

Social protection on health as a way of confronting the economic crisis

Jorge Luis Hadad Hadad; Elías Valdés Llanes

Profesores de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende" del Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las crisis económicas y financieras se hacen cada vez más frecuentes, profundas y globales, su repercusión ocurre fundamentalmente en los sectores sociales y, como parte de ellos, en la salud. De manera especial estas afectaciones se producen en los grupos más vulnerables y de riesgo, en servicios y programas de salud. A partir de la experiencia vivida por Cuba en la década de los noventa, se estudió la repercusión de las crisis sobre la salud y sus determinantes, las políticas e intervenciones adoptadas y se evaluaron sus efectos. Se alcanzaron juicios conclusivos que permiten conocer mejor estas crisis, su repercusión sobre la salud y las mejores políticas y estrategias para minimizar sus efectos. Sin pretender proponer un modelo de enfrentamiento, se logra identificar las políticas y acciones que más contribuyen a preservar la salud de la población.

Palabras clave: Crisis económica, políticas de salud, indicadores de salud, Cuba.

ABSTRACT

The economic and financial crises are increasingly frequent, deep and global; they mainly affect social sectors, and among them, healthcare. These effects are particularly seen in the most vulnerable and risky groups, and in health services

and programs. On the basis of the Cuban experience in the 90's, the impact of crisis on health and its determiners and the adopted policies and interventions were studied. Also their effects were assessed. The conclusive criteria of this paper allowed knowing these crises better, their impact on health, and the best policies and strategies to reduce the effects. This paper was not intended to submit a model of confrontation to the crisis, but it managed to identify the policies and actions that would greatly contribute to the preservation of the population's health.

Key words: Economic crisis, health policies, health indicators, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La crisis, que afecta a casi la totalidad de los países del mundo, con independencia del nivel de desarrollo económico, es una grave y actual realidad. Si bien comenzó como financiera, del sector inmobiliario y en Estados Unidos de Norteamérica, hoy afecta a todas las economías, sectores y países.

La interconexión entre los mercados financieros, la economía y las empresas es mayor ahora que nunca. Por lo que los efectos de la crisis pasan muy velozmente de unos países a otros y de un sector económico a otro. El ejemplo vivido en los últimos meses es altamente elocuente.

La desaceleración del crecimiento en los países más industrializados se ha extendido y de un crecimiento de 6,4 % esperado para el 2009, solo se alcanzará el 4,5. El Banco Mundial estima que se han afectado 94 de los 116 países en desarrollo y que 43 de ellos experimentan altos niveles de pobreza.

La pobreza se incrementará en alrededor de 46 millones de personas en este año a partir, fundamentalmente, de las pérdidas de empleo, disminuciones de salario y remesas.¹

Las experiencias vividas en crisis anteriores, las situaciones actuales y las perspectivas, hacen que la comunidad mundial se interese, con preocupación, en el alcance y los efectos de la presente crisis, dada su gravedad y globalidad. Las aproximaciones ocurren desde las perspectivas políticas, económicas y sociales; y desde los ámbitos específicos donde ocurren las mayores afectaciones: mercado laboral, salarios, alimentación, industrias, agricultura, comercio, combustibles y otros.

En Cuba, la preocupación se concentra en las repercusiones sobre la salud vista en sus componentes y determinantes.²

Existen temores de que la situación sanitaria se agrave a medida que el desempleo aumente, las redes de protección social empiecen a fallar, los ahorros y fondos de pensiones se vean erosionados, y el gasto en salud disminuya. También de que aumenten las enfermedades mentales y la ansiedad, y que quizá se dispare el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas, como ha ocurrido en el pasado (La Crisis Financiera y la Salud Mundial. Mensaje de la Dra. Margaret Chan. Directora General de la Organización Mundial de la Salud).

En medio de este riesgoso escenario se encuentran los determinantes de la salud, todos altamente amenazados y muchos ya afectados, los servicios de salud ven con preocupación los inevitables recortes financieros y el incremento de la demanda de atención, en especial de problemas complejos y de alto costo, en sistemas sobresaturados y subfinanciados.³

Las crisis económicas han descuidado la atención a la salud y en particular las acciones preventivas. Los grupos vulnerables, mujeres, niños y adultos mayores, son los más afectados, tanto en su alimentación como en los cuidados generales y servicios de salud (La Crisis Financiera y la Salud Mundial. Mensaje de la Dra. Margaret Chan. Directora General de la Organización Mundial de la Salud).

En momentos como estos surgen, con más fuerzas, muchas preocupaciones e interrogantes:

¿Cuáles son los efectos negativos que pueden producirse sobre la salud?

¿Qué grupos poblacionales se verán más afectados?

¿Cómo proteger a esas poblaciones y prevenir los efectos negativos que pueden producirse sobre la salud?

En tiempos normales, si es que han existido, es relativamente fácil establecer prioridades. En momentos de crisis, establecer prioridades es aún más importante, pero también es más complejo. Se trata de decidir qué proteger, qué conservar y a qué renunciar, en condiciones de grandes afectaciones globales.

Cuba, país en vías de desarrollo, que clasifica económicamente como de "ingresos medios", se adentra en una grave crisis económica desde el año 1990 sin experimentar proporcionales afectaciones en la salud de la población.

Se presentarán las situaciones vividas y el enfrentamiento adoptado, con el propósito de sistematizar las experiencias y contribuir a identificar las afectaciones a la que puede estar sometida la salud durante una crisis; los principales signos de alerta, los factores que contribuyen a mitigar sus efectos y proteger a la población, con criterios de vulnerabilidad, así como las intervenciones adoptadas y el momento de su aplicación.

Se han identificado tres momentos importantes ante una crisis económica y sus efectos sobre la salud: el período ínter crisis, o el *antes*, el momento del enfrentamiento, o el *durante*, y la etapa de recuperación, o el *después*. Todas de igual importancia aunque con sus peculiaridades y formas de atención.

Sin pretender establecer un modelo de estudio y enfrentamiento, dado las particularidades del sistema económicosocial cubano y las diferencias de épocas y contextos, las evidencias y experiencias documentadas, en particular de las etapas de crisis, enfrentamiento y recuperación, contribuirán a profundizar en el conocimiento de este problema y a atenuar sus efectos.

LA POLÍTICA SOCIAL

La política social en Cuba se orienta a elevar continuamente el nivel de desarrollo y bienestar social, a eliminar las iniquidades entre las áreas, regiones y poblaciones del país y hacer cumplir la igualdad de derecho de todos los ciudadanos.⁴

Entre los principales *objetivos* se encuentran:

- El acceso a una alimentación básica.
- Asegurar el derecho ciudadano a la salud y la educación.
- Ingresos y protección a jubilados y personas que requieren de apoyo económico o social.
- Fuentes de empleo, protección y descanso del trabajador.
- Vivienda confortable, preferiblemente de su propiedad.
- Lograr una sociedad progresivamente más justa y solidaria.

Las *vías* establecidas para el logro de los objetivos anteriores son:

- Distribución de más del 60 % del aporte calórico de la dieta por vías sociales, como son el sistema de racionamiento a bajos precios, una red de alimentación popular para personas de bajos ingresos, alimentación gratuita o a muy bajos precios a través de los centros de salud, educación y otros.
- Acceso universal y gratuito a los servicios de salud y educación que incluye la enseñanza universitaria, y en el caso de la salud, los tratamientos médicos más complejos y costosos. Asignación de los recursos financieros y humanos necesarios para asegurar servicios de calidad.
- Cobertura universal de la seguridad social y de la asistencia social.
- Impulso al desarrollo económico como fuente principal de creación de empleos, programas de empleo en regiones deficitarias y para personas discapacitadas.
- Reducción de los alquileres, adquisición de la vivienda mediante un pago equivalente al alquiler, programas estatales de construcción de viviendas y apoyo a los de esfuerzo propio, alternativas de viviendas de bajo costo y reparación de viviendas con apoyo estatal.

El progreso social se concibe de modo amplio y multifacético, al que contribuyen el desarrollo y acceso a la cultura, al deporte, a la recreación y al descanso.

La política social en Cuba se orienta a garantizar igualdad de oportunidades, con resultados equiparados mediante la promoción, prevención, protección y tratamiento específico y diferenciado a determinados segmentos de la población con menos posibilidades o considerados vulnerables.

Esta política permite, en un corto período histórico, eliminar las grandes diferencias sociales y territoriales, con índices muy reducidos de dispersión entre las provincias y municipios. Se erradica, a escala social, fenómenos como la desnutrición y el raquitismo, el analfabetismo, el desamparo y la pobreza; así como se alcanzan altos índices de desarrollo social en aspectos esenciales como la salud y

la educación, comparables a los de países desarrollados, con una tendencia homogénea entre los grupos poblacionales y los territorios.⁴

Las bases históricas de la sociedad cubana, reforzadas por la actual política social y sus resultados tangibles, contribuyen a conformar una conciencia y organización basada en valores ideológicos, patrióticos, humanos y solidarios que constituyen factores protectores capaces de reducir la vulnerabilidad y el riesgo de la población ante amenazas políticas, económicas, sociales y de otros tipos.

En el período, hasta 1989, se consolida y fortalece el modelo social de Cuba, lo que permite acercarlo a países de mayores ingresos. El incipiente desarrollo económico, alcanza una variación acumulada del producto interno bruto (PIB) entre 1981 y 1990 de 39,5 %.

Como parte de este modelo, la salud pública cubana sigue un acelerado y sostenido desarrollo durante los 30 años que mediaron entre 1959 y 1989, a partir de las exigencias y posibilidades derivadas del desarrollo socioeconómico y científicotécnico, las transformaciones del estado de salud de la población y del propio avance del sector.

Se crea el Sistema Nacional de Salud estatal, único, integral, regionalizado y descentralizado dotado de la más moderna y efectiva tecnología, que asegura cobertura total, amplia accesibilidad y alto nivel resolutivo. Este sistema, como parte de la organización económicosocial, permite cumplir anticipadamente las metas de "Salud para Todos en el año 2000" (SPT/2000) y acumular importantes logros dados en lo esencial por:^{5,6}

- Elevados niveles de salud en términos de morbilidad, mortalidad y control de riesgos.
- Ejecución de novedosos programas de alta complejidad tecnológica orientados a variados problemas de salud.
- Extensa, completa e integrada red de servicios dotada de altas tecnologías y recursos, sustentada en la Atención Primaria de Salud, en un novedoso modelo de atención familiar y en el policlínico como institución básica del sistema de salud.
- Considerable capital humano de calidad técnico-profesional, de valores éticos y humanísticos y de un elevado nivel de compromiso social.
- La emergente industria nacional de vacunas, medicamentos, productos y equipos médicos resultado del desarrollo y de la prioridad de las investigaciones a cuya actividad se dedicó el 1% del PIB.
- El abordaje integral de la salud, con énfasis en la promoción y la prevención, sustentada en la participación social e intersectorial.
- La tendencia a la homogeneidad y la equidad entre los territorios y grupos de poblaciones expresados en la escasa diferencia de los indicadores de salud entre ellos.

LA CRISIS

En el año 1989 se produce la caída del campo socialista de Europa del Este y el país ve reducida, abruptamente, su capacidad importadora en el 75 % y la exportadora en el 73 %. Se pierden los principales mercados y socios comerciales, con los que se llevaba más del 85 % del intercambio comercial, se recrudece el boqueo de Estados Unidos, vigente desde 1962, y se instauran nuevas leyes extraterritoriales: la Torricelli en 1992 y la Helms Burton en 1996.

Como consecuencia se produce una brusca y profunda *caída del PIB*, (figura 1) que en el período de 1989 a 1993 es de casi el 35 %, con un déficit presupuestario de 33 % que genera fuertes contracciones en los programas económicos y sociales. La tasa de inversiones desciende de 26 a 7%.⁷

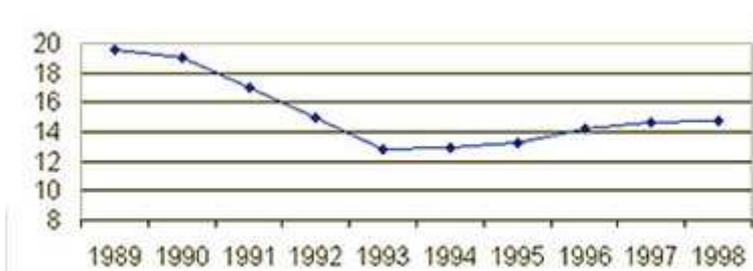


Fig. 1. Evolución del PIB (MMP).

El *combustible* se reduce a límites extremadamente bajos, las importaciones de petróleo caen a menos de la mitad y se producen graves afectaciones en el transporte (reducción en más del 80 % de los pasajeros transportados), en la electricidad (ausencia durante 8 a 10 h diarias) y en la preparación de alimentos.⁸

Las *capacidades de empleo* se reducen en cerca de 200 mil plazas entre los años 1993 y 1995, aunque sus ocupantes son protegidos por subsidios del 60 % de sus salarios.

A la *disminución de los ingresos* se le añade el del poder adquisitivo, de forma drástica se ve devaluada la moneda, hasta 150 pesos cubanos por dólar, aparece la consiguiente desmotivación por el trabajo, incluido el profesional, y la emigración y deserción laboral.

La *alimentación* (tabla 1) está muy afectada en los años más graves de la crisis debido a la carencia de productos, inestabilidad de las ofertas y altos precios. En 1985 se había alcanzado 2 929 kcal y 79g de proteínas diarias per cápita, estos valores caen hasta los 2 330 kcal y 57g de proteínas, el 62,8 % y el 63 %, respectivamente.⁹

Tabla 1. Disponibilidad per cápita de energía y proteínas.
Cuba. Años seleccionados

Año	Energía (kcal)	Proteínas totales (g)
1960	2550	57
1970	2565	69
1980	2567	75
1985	2929	79
1989	2835	76
1992	2330	57

Fuente: Ob. Cit. 6:160-1.

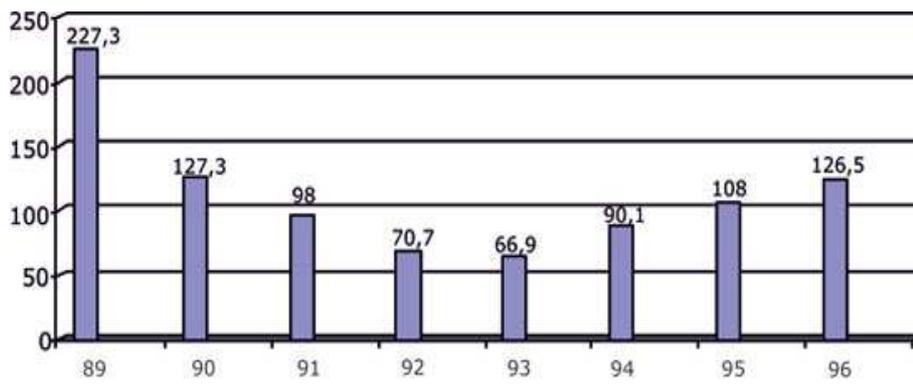
Otros *bienes de primera necesidad* para el aseo, la higiene, ropas, calzado y lencería están prácticamente ausentes en los años de mayor afectación.

El *ambiente* es dañado en cuanto a la disponibilidad y calidad del agua potable, la recogida y disposición de los desechos sólidos, el saneamiento básico, el incremento de vectores y la falta de higiene personal.¹⁰

El *sector educacional*, con un descenso en el presupuesto de casi el 20 %, sufre la carencia de libros, cuadernos de trabajo, útiles escolares y uniformes, deterioro en las estructuras de los inmuebles, la iluminación y los alimentos.¹⁰

Además de estas afectaciones, se produce un fuerte impacto directamente sobre el *Sistema Nacional de Salud*, con importantes recortes en recursos materiales y financieros, afectaciones en el clima laboral, en la organización y gestión de los servicios, en la situación de salud de la población y en su satisfacción con las prestaciones.

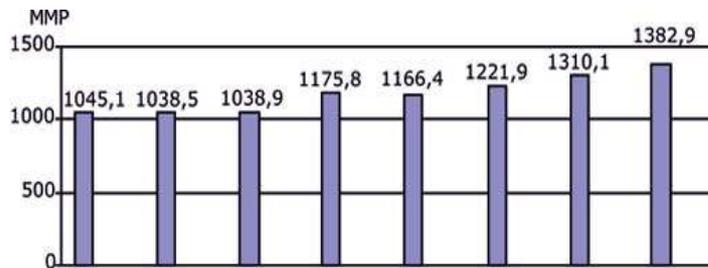
En el orden financiero, se reduce el presupuesto en divisas convertibles en el 70 %, lo que representa dejar de recibir cientos de millones de dólares para adquirir los componentes imprescindibles para mantener en funcionamiento un sistema de extensa y dispersa infraestructura, con amplia cobertura de profesionales y técnicos especializados, dotado de la última y más compleja tecnología médica y no médica, destinada a una población educada en recibir atención a su salud de alta calidad y en obtener una adecuada satisfacción (figura 2).



Fuente: Dirección de planificación y economía. MINSAP.

Fig. 2. Gastos en divisas para el financiamiento de la salud. Cuba. 1989-1996.

Sin embargo, se mantiene el incremento anual del presupuesto en moneda nacional y del gasto por habitante, aunque reorientado, quiere decir que se reducen los gastos de la atención hospitalaria de 487,8 a 480,0 millones de pesos y sobretodo se incrementan los destinados a la atención primaria de salud de 299,8 hasta 383,5 millones de pesos (figura 3).⁷



Fuente: Centro de Investigaciones Financieras del Ministerio de Finanzas y Precios.

Fig. 3. Gastos del sector salud como presupuesto estatal. Cuba. 1990-1997.

El Gasto en Salud, como porcentaje del PIB y del Presupuesto Estatal, siempre mantiene una tendencia creciente aunque al final del periodo de enfrentamiento, cuando se inicia la recuperación, se privilegian actividades más deprimidas y decisivas para el bienestar y el desarrollo social (tabla 2).

Tabla 2. Gastos del sector salud y su comparación con el PIB y el presupuesto del Estado. Cuba. 1990-1997

Años	Gasto (MMP)*	Gasto por habitante	Gasto en salud como porcentaje del PIB**	Gasto en salud como porcentaje del presupuesto estatal
1990	1045,1	98,6	5,3	6,6
1991	1038,5	97,1	6,4	6,3
1992	1038,9	96,2	7,0	6,6
1993	1175,8	107,9	7,8	7,4
1994	1166,4	106,0	6,1	7,5
1995	1221,9	111,1	5,6	8,0
1996	1310,1	119,1	5,7	9,6
1997	1382,9	125,3	6,0	10,9

* Miles de millones de pesos, **a precios constantes.

Fuente: Centro de Investigaciones Financieras del Ministerio de Finanzas y Precios.

Esta estrategia, expresión de la prioridad conferida al sector, permitió mantener en funcionamiento todos los servicios con el total de trabajadores y del presupuesto de salarios, así como asimilar a todos los estudiantes de carreras técnicas y profesionales que egresan durante el periodo y ofrecer fuentes de empleo a otros trabajadores no propios de la actividad.

En esta etapa se incrementan los servicios y los trabajadores asignados fundamentalmente a los policlínicos y consultorios, como parte de la estrategia de descentralización de los servicios de salud y el incremento de la accesibilidad a servicios recuperativos pero, sobretodo, debido a un nuevo enfoque y dimensión de la atención médica: el fortalecimiento de la atención primaria de salud, que hace énfasis en la promoción y la prevención, a partir de una mayor y más estrecha relación con la comunidad y los sectores (tabla 3).

Tabla 3. Trabajadores del Sistema Nacional de Salud. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Trabajadores de la Salud*	290,8	298,7	302,8	310,7	308,3	312,6	320,4
Médicos*	34,7	38,7	42,6	46,9	51,0	54,0	56,8

* En miles.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1995.

La crisis económica "sorprende" al país en un periodo de franco desarrollo económicosocial, y en particular de su sistema de salud, que incluye un amplio

programa de formación de recursos humanos, en sus dos componentes, extensivo e intensivo, por lo que las aulas universitarias cuentan con miles de estudiantes en formación que egresarían en los años siguientes, y otras decenas de miles que se encuentran en estudios preuniversitarios, a los cuales el país se propone darles continuidad en su formación.

De un número de egresados de alrededor de mil, dos mil y hasta tres mil en la década de los ochenta, el incremento del programa alcanza cifras de más de 7 000 en pleno auge de la crisis. Este hecho significa un reto importante para el mercado laboral, la extensión de los servicios y el incremento de los gastos que llevan aparejados.

No obstante, también constituye una fortaleza al asegurar empleo y salario a todos los profesionales y permitir la ampliación y extensión de los servicios, en especial los de atención primaria de salud. A partir de 1995 se continua el incremento de la formación de profesionales de la salud, pero no a expensas de médicos, sino de enfermeros y tecnólogos de la salud (tabla 4).

Tabla 4. Egresados de Educación Médica Superior*. Cuba. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Médicos	3 734	4 223	4 241	4 583	4 780	4 627	4 019
Estomatólogos	376	555	649	616	595	556	491
Enfermeros	850	1 273	1 593	36	1 414	1 344	2 421
Total**	4 960	6 051	6 483	5 235	6 789	6 572	7 025

*En miles, ** incluye graduados en tecnología de la salud 1994-1995.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1995.

En la *salud de la población* (tabla 5, figura 4), las afectaciones no se corresponden con la gravedad económica y social de la crisis. Los factores protectores construidos previamente evitan efectos mayores. Mientras el PIB decrece en casi el 35 % y el presupuesto en divisas para la salud disminuye casi el 70 %, la mortalidad infantil descende en más del 15 %, la mortalidad del menor de 5 años en más del 10 % y la mortalidad materna en casi el 8 %.¹¹

Tabla 5. Indicadores de salud seleccionados. Cuba. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Mortalidad infantil*	11,1	10,7	10,7	10,2	9,4	9,9	9,4
Mortalidad menor de 5 años*	13,6	13,2	13,4	13,1	12,2	12,8	12,5
Mortalidad materna**	29,2	31,6	36,2	33,0	26,9	42,8	32,6
PIB***	19,8	19,0	17,0	15,0	12,5	12,7	13,0

*Tasa por 1 000 nacidos vivos, ** tasa por 100 000 nacidos vivos, *** en miles de millones de pesos.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1989, 1993, 1995.

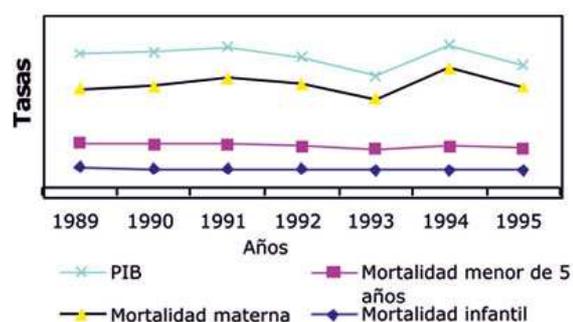


Fig. 4. Comportamiento de algunos indicadores de salud en relación con el PIB en años seleccionados.

La fecundidad y la natalidad aceleran su disminución durante el período hasta llegar a 40 000 nacimientos menos en un año.¹¹

Las afectaciones en el estado nutricional se expresan en la pérdida del peso corporal. El bajo peso al nacer (tabla 6), de mejor cuantificación, se incrementa en más de 20 en el 1993. La repercusión más grave consiste en una epidemia de neuropatía de base nutricional con más de 53 000 personas afectadas.¹²

Tabla 6. Indicadores seleccionados. Cuba. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Natalidad*	17,6	17,6	16,3	14,5	13,9	13,4	13,4
Bajo peso al nacer**	7,3	7,6	7,8	8,6	9,0	8,9	7,9

*Por 1000 habitantes, ** por 100 nacidos vivos.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1989, 1993,1995.

Algunas enfermedades infecciosas, que alcanzaban tasas muy bajas, se incrementan durante el período. La tuberculosis pulmonar, las enfermedades diarreicas agudas, las hepatitis y las ectoparasitosis elevan su incidencia. Si bien la primera se incrementa en más del doble, la hepatitis A lo hace en más de cinco veces. La mortalidad por tuberculosis duplica su tasa que inicialmente es de 0,4 por 100 000 habitantes (tabla 7). Sin embargo, en 1993 se elimina la lepra como problema de salud al alcanzar una prevalencia de 0,79 por 10 000 habitantes.

Tabla 7. Morbilidad por enfermedades infecciosas seleccionadas. Cuba. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Tuberculosis	5,5	5,1	4,2	5,3	6,6	12,0	14,1
Hepatitis A	24,5	55,0	185,7	195,8	111,2	133,8	137,9

Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1989, 1993,1995.

La mortalidad por enfermedades intestinales y parasitarias (tabla 8), y en especial la debida a infecciones intestinales, se incrementa durante estos años. Los más afectados son los mayores de 60 años, que constituye la poblacional más vulnerable. La incidencia no se incrementa en los menores de quince años.¹¹

Tabla 8. Mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuba. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Enfermedades infecciosas y parasitarias	8,3	9,6	10,1	10,7	14,3	14,1	13,5
Enfermedades infecciosas intestinales	3,0	4,0	4,6	4,9	7,5	7,3	6,4

Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1989, 1993, 1995.

Contrario a lo esperado, la *salud mental* (tabla 9), no se afecta sensiblemente. La política social y su protección a grupos vulnerables, incluida la baja disponibilidad y acceso al alcohol, unido a las estrategias de atención a la salud basada en la desinstitutionalización de los enfermos, el fortalecimiento de la red de servicios y de apoyo comunitario, con base en la atención primaria de salud y los centros de salud mental, y la formación y disponibilidad de recursos humanos calificados en estos servicios, permite no incrementar ingresos hospitalarios ni fallecidos por suicidio durante la etapa.

Tabla 9. Mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas. Cuba años seleccionados

1970	1975	1980	1985	1990	1993	1994	1995
11,8	19,1	21,4	20,9	18,3	21,7	20,8	20,2

Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1989, 1993, 1995.

El mayor impacto se produce en *los servicios*, con la disminución de los ingresos hospitalarios, las operaciones quirúrgicas electivas, las consultas de estomatologías, las donaciones de sangre, los exámenes diagnósticos, la disponibilidad de medicamentos, reactivos, productos y suministros médicos, la lencería, los materiales y productos para la alimentación, higiene y aseo, el transporte por ambulancia, el estado físico y el mantenimiento de las infraestructuras, mobiliario y equipamiento médico de las unidades del sistema, en especial los hospitales.

Sin embargo, se incrementan las capacidades y utilización de los hogares maternos como servicios de protección a la embarazada y al recién nacido en los aspectos nutricionales, higiénicos y de atención médica. Algunos ejemplos se ilustran en la tabla 10.

Tabla 10. Indicadores de servicios seleccionados. Cuba, 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Consultas estomatológicas*	15,2	15,0	14,4	13,8	12,7	14,3	16,1
Ingresos hospitalarios**	1 625,4	1 607,4	1 513,5	1 463,2	1 388,8	1 409,9	1 434,4
Intervenciones quirúrgicas***	-----	777,7	674,0	627,0	509,2	542,1	551,2
Ingresos en hogares maternos****	24,6	34,0	26,1	27,9	29,2	32,0	33,1

*Millones de consultas, **miles de ingresos, ***miles de operaciones, **** por 100 nacimientos.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. 1989, 1993, 1995.

Las afectaciones son más notables y profundas en los años siguientes del inicio de la crisis, al agotarse los inventarios y no existir fuentes ni formas para recuperarlos. Aparecen cambios en las condiciones de vida de la población, deterioros en los servicios y nuevos problemas de salud que requieren de análisis sistemáticos y profundos, agilidad y creatividad en las intervenciones para abordarlos, y nuevas formas y estilos de organizar la respuesta social y la sectorial.¹³

EL ENFRENTAMIENTO

En estas condiciones el país se ve obligado a aplicar un *fuerte proceso de ajustes* llamado "período especial", que constituye la respuesta estatal y social a la crisis económica, con el propósito de evitar que se lesionaran las bases y los logros, políticos y sociales, alcanzados por el país, sin tener que recurrir a fórmulas neoliberales aplicadas en otros países afectados por crisis similares. Este periodo constituye el tiempo mínimo que la sociedad cubana necesita para reorientar sus relaciones económicas y comerciales internacionales y para reestructurar su aparato productivo y de servicios en función de las nuevas circunstancias.

Es *reorientada la economía* cubana con fórmulas estatales, se preservan los programas sociales y se continua la construcción de la sociedad en los principios de justicia, equidad, humanismo y solidaridad, sustentada en los avances obtenidos, las fortalezas y potencialidades del sistema creado y el compromiso adquirido por la población.

Se abre la economía a la inversión del capital extranjero mediante empresas mixtas con participación mayoritaria del capital nacional, se crean las unidades de producción y el mercado agropecuario, se aprueba el trabajo por cuenta propia, se legaliza la recepción, tenencia y circulación de divisa con ventas de productos y servicios en dicha moneda, se reestructura el sistema financiero bancario y se inicia la reorganización progresiva de las empresas y organismos estatales.

Las primeras medidas de carácter social adoptadas son: mantener a los trabajadores en sus empleos y conservarles sus ingresos nominales, realizar un ajuste gradual del empleo enmarcado en un proceso de redimensionamiento empresarial, garantizar las prestaciones a todos los pensionados por el sistema de seguridad y asistencia social, trasladar la casi totalidad de los bienes de consumo disponibles al sistema de racionamiento para buscar distribución lo más equitativa posible y preservar los programas sociales de salud y educación.

Las medidas se tornan cada vez más profundas al orientarse a transformar los sistemas productivos y de prestación de servicios, reforzar la descentralización y la intersectorialidad, modernizar y fortalecer los niveles locales y crear nuevos espacios de participación en la gestión y el financiamiento de la política social. Así aparecen nuevas formas de financiamiento, como donaciones de empresas nacionales que se destinan al Sistema de Salud como política estatal de protección al sector.¹²

Entre los ajustes macroeconómicos más notables se encuentran la disminución del exceso de liquidez monetaria, la eliminación del déficit presupuestario y la creación de un mecanismo interno de circulación, captación y asignación de divisas.

Se producen incrementos de precios de bienes y servicios no esenciales, en primer lugar, los cigarrillos y las bebidas alcohólicas y se eleva la tarifa eléctrica a los mayores consumidores.

En el caso de la salud, se reafirma el propósito de preservar, e incluso elevar, los niveles de salud alcanzados, y mitigar los efectos adversos sobre la población, los trabajadores de la salud y la organización e infraestructura del sistema.

Las cualidades de la población cubana, y en especial la de los trabajadores de la salud, más las potencialidades organizativas del sistema, permiten cumplir con este propósito, no sin estar sometidos a fuertes tensiones y afectaciones en la calidad integral de los servicios de salud, sobre todo los derivados del confort y bienestar de los pacientes, familiares y de los propios trabajadores.

Las estrategias adoptadas se caracterizan por combinar, no sin contradicciones, la centralización de las decisiones estratégicas y de la asignación del presupuesto en moneda libremente convertible a nivel del Ministro de Salud Pública, con la participación de los viceministros y asesores más cercanos, y la descentralización absoluta de las decisiones tácticas y operativas, con participación estrecha de las estructuras del gobierno, el partido y la comunidad, para situarlas dentro del contexto político, económico y social del país y del momento.

Las principales estrategias adoptadas, y puestas en funcionamiento, fueron: *

- Fortalecer el papel rector de las estructuras y niveles del sistema con autoridad descentralizada, para ser ejercida completamente en cada servicio.
 - Establecer métodos y estilos de dirección caracterizados por la participación colectiva, el contacto directo con los problemas y los actores, el control sistemático, la agilidad y la oportunidad en los análisis y decisiones médicas, organizativas y financieras.
 - Fortalecer la intersectorialidad y los proyectos de desarrollo municipal, como estrategia participativa y descentralizada, capaz de abordar los complejos problemas de la salud que rebasan el campo particular del sector, movilizar recursos locales y desarrollar acciones sinérgicas continua y efectivas.
-

- Ampliar la participación popular y adoptar formas y estilos descentralizados que hagan efectiva la transferencia de autoridad ante la identificación de los problemas de salud, el establecimiento de las prioridades, el diseño de las estrategias locales de solución y el control de su cumplimiento y efecto.
- Crear los Consejos de Salud en el ámbito nacional, provincial, municipal y de consejos populares, como órganos de coordinación intersectorial que permitan la descentralización, intersectorialidad, participación social y movilización y control de recursos.
- Fortalecer el movimiento de Municipios por la Salud, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención en el ámbito local.
- Reforzar el trabajo de los Grupos Nacionales de Especialidades Médicas y las Sociedades Científicas como forma de trabajo participativo y de vinculación con los servicios, para la identificación de problemas de la atención médica y elaboración conjunta de estrategias sustentadas en criterios técnicos.
- Reafirmar a la Atención Primaria de Salud y sus componentes, como el modelo esencial para el Sistema, especialmente en las condiciones existentes, dadas las potencialidades y capacidades para abordar integral, y oportunamente el proceso salud enfermedad, a partir de enfoques preventivos y tecnologías efectivas y de bajo costo.
- Trabajar en base al diagnóstico de la situación de salud de cada comunidad y a la priorización de los problemas identificados con enfoque clínico, epidemiológico y social.
- Fortalecer la protección social y la atención a la mujer y al niño como grupo vulnerable, brindarle soporte nutricional en servicios sociales y comunitarios y dotar a los hogares maternos de una nueva y más amplia responsabilidad y función en la atención integral a esta población.
- Fortalecer la red de instituciones comunitarias de salud mental vinculada a la atención primaria de salud para la prevención, protección, diagnóstico precoz e intervenciones oportunas con participación intersectorial, comunitaria y familiar.
- Introducir la suplementación medicamentosa y la fortificación de alimentos con vitaminas y minerales a toda la población.
- Redimensionar los servicios hospitalarios y reorientarlos a condiciones de atención ambulatoria, de baja estadía y estricto control de la asignación y uso de los recursos.
- Fortalecer la aplicación del método clínico como base para el diagnóstico, la buena relación médico-paciente y el uso racional de los medios diagnósticos.
- Concentrar tecnologías y medios en servicios y en profesionales especializados, como forma de asegurar el uso racional de los escasos recursos disponibles.
- Elaborar un Programa de Medicamentos que asegure 342 medicamentos esenciales y 471 complementarios para cada servicio sujetos a un estricto control en su prescripción, dispensación y uso.

- Fortalecer la producción nacional de medicamentos genéricos a partir de tecnologías y materias primas nacionales o de importación.
- Introducir y desarrollar la producción y uso de medicamentos y otros insumos, médicos y no médicos, a partir de plantas medicinales y productos naturales, así como la homeopatía y la medicina tradicional como alternativas terapéuticas en todos los servicios de salud.
- Fortalecer la atención y el control del ambiente a partir de un enfoque intersectorial de responsabilidad y control gubernamental.
- Desarrollar un sistema descentralizado y participativo de vigilancia en salud capaz de detectar y actuar de manera inmediata ante los riesgos y desviaciones.
- Movilizar recursos financieros externos a partir de proyectos y donaciones para ponerlos a disposición de la población, los servicios y los programas de salud.

Estas estrategias permiten preservar los servicios, mantenerlos en operaciones, e incluso ampliarlos, al asumir la incorporación de 20 000 nuevos médicos y un número aún mayor de enfermeras, estomatólogos y otros técnicos de la salud, que se encuentran en formación y a los cuales se les garantiza una plaza con respaldo salarial y un local de trabajo dotado con las condiciones, suministros y servicios de apoyo mínimos indispensables para cumplir sus funciones.

Se inicia la consolidación de la actividad científica y productiva a partir de las instituciones del Polo Científico del oeste de La Habana. Este hecho permite que durante la etapa de crisis más profunda, el país disponga de medicamentos, vacunas, productos y reactivos para sus programas de salud, elaborados en el país a un menor costo.

En este contexto se elabora un novedoso programa estratégico, a diez años, para mejorar la salud de la población en condiciones de un incipiente envejecimiento poblacional, con predominio de las enfermedades crónicas degenerativas, la amenaza de enfermedades emergentes y reemergentes, las afectaciones del ambiente, la necesidad de proteger a los grupos más vulnerables y las nuevas condiciones y estilos de vida impuestas por la situación económico social en un periodo de crisis.

El programa, denominado "Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública Cubana hasta el año 2000" -OPD 2000- constituye un hito en el enfoque programático en salud. Aborda los problemas del momento, con una real correspondencia con las condiciones y posibilidades del país y el sistema, a partir de un fuerte movimiento sectorial desde la dirección del Ministerio hasta los consultorios de médicos de familia, apoyado, en lo que constituye un importante ejemplo de participación comunitaria e intersectorial.¹⁴

Las medidas tomadas están dirigidas a preservar y mejorar la calidad de la atención médica y los servicios de salud, incrementar la eficiencia económica dentro del sistema, elevar el nivel de satisfacción de la población y brindar una mayor atención al trabajador y los colectivos laborales, a partir de las fortalezas y oportunidades brindadas por el desarrollo de los recursos humanos.

Las funciones de promoción de salud y prevención de enfermedades son privilegiadas en esta estrategia y en ocasiones, como en la actividad estomatológica, constituyen el contenido fundamental de trabajo de los profesionales y técnicos ante la falta de materiales y fluido eléctrico.

LA RECUPERACIÓN

El proceso de transformaciones económicas y de perfeccionamiento del Estado y el Gobierno permite detener la profundización de la crisis y comenzar, a partir de 1995, una modesta recuperación que, si bien no incorpora elementos de consumo a la población, crea condiciones para respaldar y asegurar la solución de los problemas fundamentales de la economía y continuar su rescate.

El PIB (figura 5) se incrementa, primero a un ritmo lento y luego más acelerado hasta alcanzar una tasa de crecimiento promedio anual, con base al año 1997, de 5,1%. En consecuencia se benefician las actividades económicas y sociales. La tasa de desocupación disminuye desde 5,4 a 1,9 % y el salario medio se eleva en más del 40 %.¹⁵

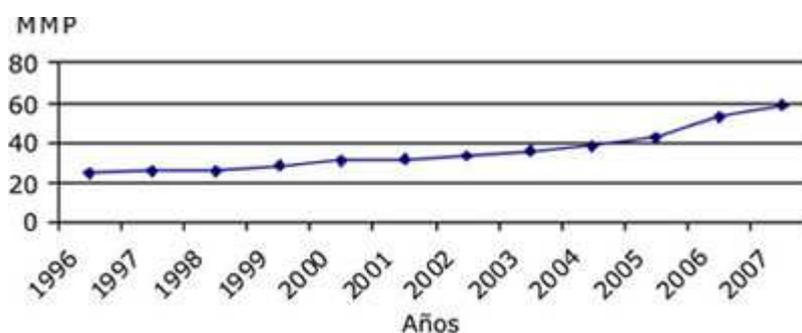


Fig. 5. Producto Interno Bruto. Cuba, 1996-2007.

El volumen global de alimentos se incrementa, tanto en aporte energético como de proteínas y permite mejorar el estado nutricional de la población. Se mantiene el reforzamiento alimentario de grupos específicos de población: niños de bajo peso, enfermos de fibrosis quística, embarazadas y madres lactantes, ancianos, personas con VIH/sida y otros.

El presupuesto destinado al Sistema Nacional de Salud, también es altamente beneficiado pues de 1,3 miles de millones de pesos destinados en el 1996, se incrementa a más de 4 mil millones de pesos en el 2007. El mayor incremento se observa a partir de 2004 en consonancia con el crecimiento económico del país. Ya en el 2007 se destinan 4,001 millones de pesos que representa un incremento del 25,0 % en relación con el año 2005 (figura 6). Más del 60 % de los gastos corrientes de la actividad presupuestada se han destinado específicamente a las esferas de la salud, educación, seguridad y asistencia social.¹⁶

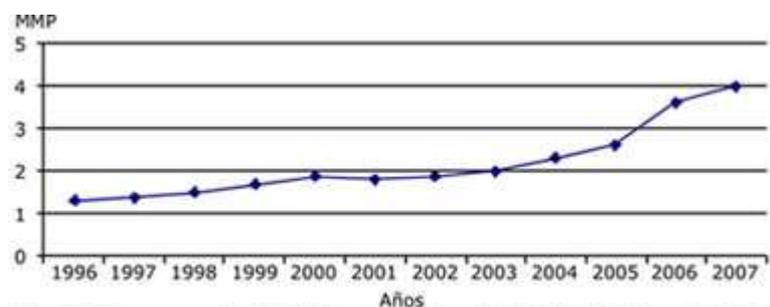


Fig. 6. Presupuesto del Sistema Nacional de Salud. Cuba, 1996-2007.

Se incrementa la movilización y uso de recursos financieros externos. En 2005 alcanza los 27,3 millones de USD a partir de proyectos, la mayoría con el Sistema de Naciones Unidas, y de donaciones.

A partir de 1996, como parte del proceso permanente de desarrollo del sector, se inicia una importante etapa de recuperación, basado en cinco razones fundamentales:⁷

1. Las consecuencias sobre la situación de salud y los servicios de salud de la crisis económica de la primera mitad de esa década, que aún la afecta.
2. El proceso de transformaciones en el modelo socioeconómico del país como parte del perfeccionamiento del Estado y el Gobierno
3. Los cambios en el estado de salud de la población, propios del desarrollo demográfico y epidemiológico, y el reto que constituyen para el Sistema Nacional de Salud.
4. Las potencialidades organizativas y sobre todo, del capital humano creadas durante el período
5. La insatisfacción de la población con los servicios recibidos.

Las políticas del sector fueron definidas a partir del análisis del contexto político, económico y social, nacional e internacional, y las indicaciones dadas por la Dirección del Partido y el Gobierno donde está contenida la política en salud pública.

Se elabora el Diagnóstico Sectorial, ejercicio arduo y complejo, mediante el cual se identifican las necesidades del sector de la salud, así como las debilidades, amenazas, oportunidades y fortalezas para satisfacerlas.

A partir de este diagnóstico se definen los objetivos estratégicos del sistema:

1. Mejorar la calidad de la atención médica.
2. Mejorar la situación de salud.
3. Incrementar la eficiencia económica del Sistema Nacional de Salud.
4. Mejorar la satisfacción de la población con los servicios de salud.

Estos objetivos se alcanzan teniendo en cuenta los principios siguientes:

1. Fortalecimiento del componente descentralización y del municipio como base y centro de la organización del sistema de salud.
2. Incremento del nivel resolutivo del sistema a partir de los servicios más próximos a la población.
3. Participación comunitaria e intersectorial.
4. Fortalecimiento del control y la supervisión en todos los ámbitos del sistema.

5. Perfeccionamiento de los recursos humanos y en especial de los cuadros de dirección.

6. Evaluación de la competencia y el desempeño profesional.

7. Mejoras en la atención a los trabajadores del sector.

Las intervenciones se estructuraron en un conjunto integrado de estrategias capaces de abordar los problemas de manera integral y sinérgica. Se utiliza una metodología participativa, elaborada e implementada, armónicamente, desde el nivel nacional hasta cada uno de los servicios del sistema, y se agrupan en cinco áreas de desarrollo y cuatro programas priorizados.⁷

Áreas de desarrollo

1. Perfeccionamiento de la atención primaria de salud.

2. Revitalización de los servicios hospitalarios.

3. Desarrollo del Programa Nacional de Medicamentos y de la Medicina Natural y Tradicional.

4. Desarrollo de las tecnologías de avanzada y la investigación.

5. Fortalecimiento de los sistemas integrados de urgencia, ópticas, servicios estomatológicos, instituciones de asistencia social, preparación de los directivos del sistema, fortalecimiento del control económico y de los servicios de aseguramiento logístico.

Programas priorizados

1. La atención materno infantil.

2. El control de las enfermedades transmisibles.

3. El control de las enfermedades no transmisibles.

4. La atención al adulto mayor.

En cada área de desarrollo y programa priorizado se establecen las estrategias particulares y las acciones correspondientes, que son sistematizadas en documentos normativos y metodológicos elaborados con participación de los especialistas e implementados mediante un proceso participativo, académico y administrativo.

Esta estrategia permite detener el deterioro del sistema, comenzar a revertir la situación existente, consolidar logros, recuperar y perfeccionar los servicios y programas, mejorar la salud de la población y su satisfacción con estos servicios.

Se mantiene el programa de formación de recursos humanos (tabla 11) y se incrementa el número de egresados, lo que unido al desarrollo del programa de atención primaria de salud, basado en el médico y la enfermera de la familia, la ampliación de consultorios, policlínicos y otros servicios de salud, le permite al sistema contar con un sostenido incremento de médicos, estomatólogos, enfermeros y otros trabajadores de la salud.

Este capital humano posibilita, desde el inicio de la etapa de recuperación, cubrir los nuevos servicios y brindar cooperación médica a países necesitados. En los últimos años Cuba mantiene a más de 30 000 trabajadores de la salud prestando servicios en países de América Latina, Asia y África.

Tabla 11. Trabajadores del Sistema Nacional de Salud. Cuba 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Trabajadores de la salud*	328,5	339,9	345,9	362,8	359,6	358,6	375,0	380,6	402,9	447,0	488,8	522,4
Médicos*	60,1	62,6	63,5	64,9	66,0	66,3	67,1	68,0	69,7	70,6	71,5	72,4

*En miles.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios Estadísticos.

Ha sido la niñez la más favorecida en las modificaciones de la mortalidad en Cuba. La mortalidad en menores de cinco años ha descendido marcada e ininterrumpidamente. La tasa de 6,7 por 1 000 nacidos vivos representa el 1,1 % de las muertes para todas las edades. La estructura por componentes y causas está acorde al nivel que presenta este indicador. La mortalidad infantil, su principal componente, exhibe una tasa de 5,3 por 1 000 nacidos vivos.

La reducción de la tasa de *mortalidad materna* a 30,2 por cada 100 000 nacidos vivos no alcanza niveles en correspondencia con el resto de los indicadores del programa y se producen oscilaciones en el tiempo que no logran estabilizar una sostenida tendencia descendente (tabla 12).

Tabla 12. Algunos indicadores de mortalidad. Cuba 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mortalidad infantil*	7,9	7,2	7,1	6,5	7,2	6,2	6,5	6,3	5,8	6,2	5,3	5,3
Mortalidad menor de 5 años*	10,7	9,3	9,2	8,4	9,1	8,0	8,1	8,0	7,7	8,0	7,1	6,7
Mortalidad materna**	-----	50,4	47,7	43,8	40,4	33,9	41,1	39,5	38,5	51,4	49,4	30,2

* Tasa por 1 000 nacidos vivos, **tasa por 100 000 nacidos vivos.

Fuente: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuarios Estadísticos.

La natalidad ha continuado con su tendencia decreciente y alcanza valores muy bajos, lo que unido al similar comportamiento de la fecundidad y la mortalidad, producen un efecto de envejecimiento poblacional importante y agudo, con repercusión en el ámbito demográfico, económico y de salud. El índice de *bajo peso al nacer* detiene su incremento e inicia una sostenida disminución que ya solo representa el 5,2 % de los nacimientos (tabla 13).

Tabla 13. Indicadores seleccionados. Cuba. 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Natalidad*	12,7	13,8	13,6	13,5	12,8	12,4	12,6	12,2	11,3	10,7	9,9	10,0
Bajo peso al nacer**	7,3	6,9	6,7	6,5	6,1	5,9	5,9	5,5	5,5	5,4	5,4	5,2

*Por 1 000 habitantes, ** por 100 nacidos vivos.

Fuente: Cuba, MINSAP, Anuarios Estadísticos.

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido sostenidamente y, aunque no alcanza los valores de comienzo de la década de los noventa, representa menos del 50 % de los casos diagnosticados en 1995. La mortalidad por esta causa también ha disminuido sensiblemente y hoy tiene valores muy bajos, de 0,1 por 100 000 habitantes, cuatro veces menos que la línea de base en 1990 (tabla 14).

Tabla 14. Incidencia y mortalidad por tuberculosis*. Cuba. 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Incidencia	13,5	12,2	11,1	10,2	10,1	8,0	7,6	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
Mortalidad	0,8	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

* Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Cuba. MINSAP. Anuarios Estadísticos.

La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades infecciosas intestinales ha tenido un importante descenso en la etapa de recuperación. En el caso de la primera constituye, menos de la mitad de los fallecidos que ocurrían en 1993 y en la segunda, la disminución es de cuatro veces menos (tabla 15).

Tabla 15. Mortalidad por enfermedades infecciosas. Cuba. 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11,5	10,5	8,9	8,8	6,6	6,8	6,4	6,4	6,7	7,9	7,2	7,0
Enfermedades infecciosas intestinales	5,6	4,7	4,4	3,7	2,4	2,4	2,2	2,0	2,1	2,9	2,1	1,8

Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Cuba. MINSAP. Anuarios Estadísticos.

Todos los servicios son recuperados. La estomatología llega a duplicar el número de consultas que se producen en los años de la crisis, la posterior disminución obedece a la reducción de las actividades de terreno y su sustitución por consultas en los servicios. Las intervenciones quirúrgicas casi duplican la cifra obtenida en la primera mitad de los noventa, los ingresos en hogares maternos también, aunque luego disminuyen en correspondencia con la baja natalidad. Los ingresos hospitalarios decrecen sostenidamente en función del desarrollo de la atención primaria de salud, el incremento de los ingresos domiciliarios y el auge de las modalidades ambulatorias de atención médica (tabla 16).

Tabla 16. Indicadores de servicios seleccionados. Cuba. 1996-2007

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Consultas estomatológicas*	17,5	19,6	22,4	23,9	26,5	27,4	28,2	28,3	20,8	17,9	17,6	17,0
Ingresos hospitalarios**	1,42	1,44	1,39	1,37	1,33	1,30	1,25	1,22	1,14	1,13	1,14	1,10
Intervenciones quirúrgicas***	812,0	871,0	894,5	927,4	953,4	943,1	974,9	960,3	930,0	936,2	878,2	909,3
Ingresos en hogares maternos****	48,9	51,3	52,3	55,3	57,8	59,3	60,0	56,9	55,4	54,0	53,4	55,1

*Millones de consultas, **miles de ingresos, ***miles de operaciones, **** por 100 nacimientos.

Fuente: Cuba. MINSAP. Anuarios Estadísticos.

PROYECCIONES DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA HASTA EL 2015

Las estrategias adoptadas por el país en los últimos años, unidas a las nuevas relaciones internacionales en el campo político, comercial y económico, han abierto una nueva etapa caracterizada por mejoras socioeconómicas y de extensión y profundización de la colaboración internacional, que permiten llevar a cabo un proceso de fortalecimiento y perfeccionamiento de la organización económicosocial y en particular del Sistema Nacional de Salud.

En el contexto del movimiento político social del inicio del nuevo siglo, orientado a profundizar en los logros económicos y sociales del país, surgen novedosos programas, que impactan, de manera especial, en las capacidades y condiciones de los servicios de salud, la introducción de altas tecnologías, la elevación del nivel científico y técnico de los profesionales y en una atención de alta calidad y satisfacción.

Como parte de estos programas y de la etapa de recuperación, el Ministerio de Salud Pública asume un nuevo periodo programático a diez años con inicio en el 2006. Este programa, tecnológicamente superior a los anteriores, define las proyecciones, prioridades, acciones y metas capaces de concentrar, de forma organizada, los esfuerzos del sistema y el vasto potencial científico, tecnológico y humano de que se dispone incluida la decisiva participación de la comunidad y otros sectores.

Se denomina "Proyecciones de la Salud Pública Cubana hasta el 2015" y su propósito es "Mejorar el estado de salud de la población". Estas Proyecciones se orientan a los objetivos siguientes:¹⁷

1. Lograr con una adecuada intersectorialidad acciones que influyan favorablemente en el ambiente y con ello una protección superior en la salud de la población.
2. Desarrollar con efectividad un trabajo dirigido a la disminución y control de los factores de riesgo más importantes que afectan la salud de la población.
3. Disminuir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud que constituyen las principales causas de enfermedad y muerte en la población cubana.
4. Mantener y mejorar la situación de salud alcanzada en las enfermedades infecciosas y parasitarias y enfatizar aquellas que no se han podido resolver mediante la aplicación de inmunobiológicos y en las exóticas susceptibles de introducirse en el país.
5. Consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.
6. Desarrollar las acciones que permitan enfrentar con éxito la atención que demanda el envejecimiento de la población cubana.

A partir de ellos se diseñaron las Directrices Generales y Particulares para alcanzar las metas propuestas en cada uno de los componentes.

SITUACIÓN ACTUAL¹⁸

El país se encuentra en uno de los momentos más difíciles, desde el punto de vista económico, de los últimos años.

Se ha producido una creciente espiral especulativa en los precios de las principales importaciones del país que, en el caso de los alimentos, provoca un incremento del 53 % del precio; sin embargo los renglones de exportación, ven reducidos sus precios, como el níquel, en el 40 %.

Se sufre el impacto catastrófico de tres potentes huracanes, con un costo aproximado de 10 mil millones de dólares; aparece en el contexto internacional el estallido de la crisis económica mundial más fuerte desde la década de los años 30 del pasado siglo y se mantienen las condiciones de bloqueo económico que ha costado más de 93 mil millones de dólares al país.

A pesar de estas adversas circunstancias, en el año 2008 la economía cubana crece el 4,3 %, aunque queda por debajo del 8 % planificado en condiciones más favorables.

Este resultado se apoya en el crecimiento del 2,6 % en la productividad del trabajo, 6,6 % de las inversiones, mayormente en ramas decisivas para la producción y los servicios, el crecimiento de sectores claves como el agropecuario, que -a pesar de las afectaciones- lo hace en el 1,6 %, la industria que aumenta el 1,2 % y donde crecen 13 ramas de las 21 que la componen, la construcción que lo hace en el 3,3 %, el transporte en el 7,4 %, las comunicaciones en el 9,0 % y los servicios en el 8,0 %.

Igualmente crece el 7,2 % las exportaciones de bienes y servicios, el turismo se recupera y se estima que crezca en el 9,3 %. La sustitución de importaciones logra un ahorro de 265 millones de CUC, cifra dos veces y media superior al año 2007.

En este contexto, y ante la grave situación económica internacional producida por la vertiginosa extensión y profundización de la actual crisis económica, se requiere, con las experiencias acumuladas, elevar la capacidad de previsión y análisis. Algunos efectos ya se han producido, entre ellos, la disminución en los precios del níquel y el tabaco junto a la caída de la demanda de productos como la langosta. (Intervención del Co. José R. Machado Ventura, Vicepresidente Primero del Consejo de Estado, en el Pleno del Comité Provincial del Partido en Granma. 8 de abril de 2009).

El país ha trazado políticas que aseguran planes alcanzables, a partir del respaldo financiero, material y de fuerzas de trabajo, en medio del elevado nivel de incertidumbre existente. Para disminuir riesgos se reducirán los gastos, adecuándolos a los ingresos, se pospondrán inversiones y otros gastos no imprescindibles, se incrementarán producciones alternativas, fundamentalmente en alimentos y se establecerán reservas que permitan enfrentar situaciones imprevistas.

Como resultado de esta crisis económica, el país sufre afectaciones, sin embargo, sus características, las experiencias acumuladas y las estrategias adoptadas para el enfrentamiento, aseguran que nunca alcanzarán la magnitud y el alcance experimentados en años anteriores. Para la economía del país se planifica un crecimiento del 6% en el año 2009.¹⁸

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Las crisis económicas constituyen fenómenos cíclicos dentro de la espiral de desarrollo económico social. Con independencia de conocer su surgimiento y características, resulta imprescindible estudiar y proyectar, con anticipación y profundidad, su evolución en tiempo, espacio y ámbitos.

La estrecha conectividad e interdependencia del globalizado mundo actual, imprime un gran alcance y velocidad a la extensión de los fenómenos y a su repercusión. Este hecho puede contribuir a facilitar la solución o, por el contrario, constituir una barrera para su enfrentamiento.

Los efectos de las crisis económicas dependen del punto de partida de la economía y la política social. El asumir como modelo de salud su determinación por factores políticos, económicos y sociales, permite aseverar que: la inversión social, en etapas de ínter crisis, constituye la intervención de elección para mejorar la salud y sus determinantes y para enfrentar y mitigar los efectos sobre la salud que ellas producen.

Las políticas basadas en el principio de justicia social, expresadas en la igualdad de derechos al acceso a bienes y servicios, con equidad en su distribución, que privilegie a los grupos más vulnerables, para obtener igualdad de resultados en toda la población, constituyen la condición esencial para la protección de la población, antes, durante y en la recuperación de la crisis.

En momentos de crisis se hace aún más evidente la necesidad del Estado como responsable de la salud, las regulaciones y el control; del Gobierno como ejecutor de las políticas sociales y económicas; del Ministerio de Salud en la identificación de necesidades, establecimiento de prioridades, asignación de recursos, diseño y conducción de las intervenciones, seguimiento y vigilancia de la situación de salud, evaluación de resultados e impactos, coordinación entre los servicios y generalización de las buenas prácticas.

La participación social, comunitaria e intersectorial es aún más importante en las etapas de crisis, cuando se requiere de una mayor capacidad para hacer diagnósticos y análisis, definir prioridades y estrategias, involucrar con autoridad a los actores y ejercer el seguimiento y evaluación.

La descentralización real y participativa, que otorga autoridad, medios y responsabilidad, en el ámbito de los gobiernos locales y hasta el nivel más operativo de actuación, contribuye al conocimiento profundo y oportuno de los problemas, permite mejores y más oportunas decisiones y hace a la organización y a sus procesos, más efectivos y eficientes.

Los estilos de dirección requieren reforzar la agilidad, dinamismo, el contacto directo con prestadores y beneficiarios, el seguimiento y la evaluación sistemática.

Se refuerza la importancia de la atención primaria de salud y su enfoque de promoción y prevención, con tecnologías efectivas y de bajo costo al alcance de todos los ciudadanos, como la opción de elección en el enfrentamiento y recuperación de la crisis con respecto a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Background Paper prepared by World Bank Staff for the G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting. March 13-14. Horsham, United Kingdom: World Bank Press; 2009.

2. Are you suffering from Recession Flu? [sitio en Internet]. [citado 26 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.telegraph.co.uk/health/4325832/.html>

3. Roses M. XXIV Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (Resscad). 27 al 30 de enero de 2009. Tegucigalpa, Honduras: OPS; 2009.
4. La política social en Cuba [sitio en Internet]. [citado 26 Ene 2009]. Disponible en: http://www.cubagob.cu/des_soc/car_gral.htm
5. El Sistema Nacional de Salud. La Habana:MINSAP; 2008.
6. de la Torre E, Márquez M, Rojas Ochoa F, Gutiérrez Muñiz JA, López Pardo C. Salud para todos Sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social; 2005.
7. Sistema Nacional de Salud. Políticas, Estrategias y Programas. La Habana: MINSAP; 1998.
8. Castro Ruz F. Discurso del Presidente del Consejo de Estado en la clausura del Taller Internacional sobre Neuropatía Epidémica. Neuropatía Epidémica en Cuba, 1992-1994. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995.
9. Jiménez S. Estudios alimentarios nutricionales en relación con la neuropatía epidémica. Neuropatía Epidémica en Cuba, 1992-1994. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995.
10. Ferriol A, Castañeras R, Therborn G. Política Social: El mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia. Uruguay: PRONTOGRÁFICA; 2004.
11. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico, 1989, 1993,1995. La Habana: MINSAP;1996.
12. Neuropatía Epidémica en Cuba,1992-1994. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995.
13. Meza CA. Fidel y la Salud. Lima:Ediciones Sociedad y Salud; 1999.
14. Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública Cubana hasta el año 2000. La Habana: MINSAP; 1990.
15. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Panorama Económico y Social. Cuba 2008. La Habana: ONE; 2008.
16. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Anuario Estadístico de años seleccionados. La Habana: MINSAP; 2008.
17. Proyecciones de la Salud Pública Cubana para el 2015. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006.
18. Presentación a la Asamblea Nacional del Poder Popular del Informe sobre los Resultados Económicos del 2008 y los Lineamientos del Plan Económico y Social para el 2009 [sitio en Internet]. [citado 2008]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2008-12-28/intervencion-de-jose-luis-rodriguez-garcia-ministro-de-economia-y-planificacion/>

*Información obtenida de actores claves del Ministerio de Salud Pública en ese periodo.

Recibido: 14 de marzo de 2009.

Aprobado: 4 de mayo de 2009

Jorge Luis Hadad Hadad. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Salvador Allende".
Carvajal s/n Municipio Cerro. La Habana, Cuba.
E-mail: hadadj@infomed.sld.cu