



EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE CUBA

Dr. Abelardo Ramírez Márquez, Dr. Pastor Castell-Florit Serrate, Dr. Guillermo Mesa, ENSAP, 2003.

La situación social en general, y en salud en particular, de Cuba en 1958 eran típicas de un país subdesarrollado. La desocupación alcanzaba a casi la tercera parte de la población económicamente activa; el analfabetismo, según datos del Censo de Población y Viviendas de 1953 era cercano a una cuarta parte de la población, y solo algo más de la mitad de los niños entre 6 y 14 años estaban matriculados en la escuela. Igualmente deteriorada estaba la situación de la vivienda, la seguridad social y la situación en las zonas rurales, inmersa estas realidades en una estructura económica deformada con una economía en manos de los Estados Unidos en función de sus intereses y desatendiendo las reales necesidades del país (CIEM 1983). Respecto a los valores actuales prevalecían altas cifras de mortalidad infantil, baja esperanza de vida al nacer⁹ y una alta incidencia de enfermedades transmisibles¹⁰.

La organización de los servicios de salud en el nivel primario de atención, pilar fundamental para el desarrollo de las actividades de promoción de salud y la prevención de enfermedades, exhibía muy poco desarrollo. Básicamente se sustentaba en las llamadas “casas de socorro” y en cuerpos de guardias de los hospitales, a los que se les agregaron dispensarios - principalmente de enfermedades venéreas y tuberculosis - que se concentraban en las capitales de los territorios. Estas instituciones se limitaban a la asistencia curativa, a la par de ser insuficientes y mal dotadas. Aproximadamente un 20% de la población del país recibía servicios de instituciones de tipo mutualistas, mientras que el sistema de consultas médicas privadas estaba determinado por las leyes de la oferta y la demanda (Ramírez y Mesa 2002).

El país contaba con 6511 médicos de los cuales 4615 (70,9%) se ubicaban en las ciudades capitales de las antiguas 6 provincias del país. La mayor concentración se localizaba en la Ciudad de La Habana - el 58,5% del total de estos profesionales – mientras que sólo mil médicos en todo el territorio nacional trabajaban en el sector estatal, una ínfima parte. Para el período 1955-1959 la mortalidad infantil era de 58 por mil niños nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer de 62.1 años (CEDEM et al 1995).¹⁰

Según encuesta realizada en 1957 por la Asociación Católica Universitaria el 14% había padecido de tuberculosis, el 31% de paludismo y el 36% se encontraba parasitado (CIEM 1983) 2 de los cuales laboraba en zonas apartadas y en su mayoría dedicados al ejercicio privado de la medicina (s/a 1958).

A ello se unía el escaso número de instituciones de salud que no ascendían ni a 400 unidades médicas en 1958, con una dotación de unas 32500 camas para la asistencia médica y social (Comité Estatal de Estadísticas 1982) lo que imposibilitaba el acceso a los servicios básicos y por tanto impedía enfrentar los males que afectaban al país. Por otra parte, no existían entonces institutos de investigaciones médicas.

Los servicios de epidemiología funcionaban a nivel de los municipios a través de una jefatura local de sanidad encargada de la recolección de información de algunas enfermedades transmisibles y la participación en campañas de vacunación frente a las situaciones epidémicas que con frecuencia se presentaban, existiendo un cuerpo de inspectores que ejecutaban acciones muy limitadas y con un alto grado de corrupción (Recio 1955). El control higiénico-sanitario era pobre y se acompañaba de un amplio subregistro, característico de esa época en las estadísticas de morbilidad y en menor grado en las de mortalidad (Martínez 1955).

El año 1959 marcó un punto de partida para la completa transformación en la vida de la población cubana. Tras el triunfo de la Revolución, junto a la prácticamente total eliminación del analfabetismo, se instituyó la enseñanza gratuita sin distinción de color de la piel, religión o género, se integraron los conceptos y hábitos saludables a toda la población infantil en la educación regular, y fueron construidas numerosas escuelas en el campo para los niveles secundario y preuniversitario, en las cuales los escolares reciben alimentación, vestuario, material escolar y transportación de manera gratuita. La consistente voluntad política de elevar las condiciones de vida y los niveles de educación así como de proveer servicios de salud de calidad trajo consigo cambios significativos en el estado de salud de la población.

Las bases jurídicas que traducían el pensar revolucionario sobre la nueva salud pública cubana se fueron estableciendo desde los años iniciales del proceso revolucionario. En el propio año 1959 se dictó el Decreto Ministerial No. 709 para la reducción del precio de las medicinas, y la Ley No. 100 para hacer accesible la asistencia médica calificada a los campesinos de las zonas más apartadas del país; se dispuso el carácter gratuito para 3 todos los servicios de salud mediante el Decreto Ministerial No. 4 de 1960, y la subordinación al Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria de todos los servicios hospitalarios y de sanidad pública de los municipios se estableció por la Ley No. 905 de 1960. En este mismo año se constituyó el Ministerio de Salud Pública de Cuba por la Ley No. 717 como órgano encargado del estudio de los problemas de salud del pueblo, el que paulatinamente asume la responsabilidad y rectoría de todas las actividades de salud en el país en acciones de promoción de salud, prevención, atención médica, asistencia social y rehabilitación; producción, distribución y venta de medicamentos, distribución de equipos y efectos médicos y terapia minero-medicinal, algunas de ellas previamente pertenecientes a otras entidades.

Asimismo, se decretó en 1961 la Ley No. 959 con vistas a que las instituciones públicas, privadas y mutualistas de la salud fueran adscritas a un sistema nacional de salud único e integral, con un carácter totalmente público, regionalizado y descentralizado de sus acciones y apoyado en principios rectores de la política de salud del Gobierno cubano (Delgado 1996a), prohibiéndose además, por Resolución Ministerial de 1962, el cobro de honorarios profesionales por servicios brindados a los trabajadores en caso de accidente o enfermedad.

La integración de todas las unidades conformó una red de instituciones agrupadas en tres niveles de atención – primario, secundario y terciario - coordinadas entre sí y amparadas en la ley del derecho a su uso, sin distinción alguna de persona y de manera gratuita.

El aumento de la cobertura, de la accesibilidad y de la participación social fueron las primeras acciones que acometió el Sistema Nacional de Salud en Cuba, dirigidas inicialmente a mejorar la accesibilidad de la población mediante el incremento del número de consultas en las instituciones existentes y, más tarde, mediante la habilitación de nuevos locales para ofertar consultas y servicios de laboratorios (Ramírez y Mesa 2002). El mayor

énfasis fue puesto en las actividades preventivo-curativas dirigidas a los individuos, la familia y la comunidad las que fueron garantizadas, entre otras formas, a través del incremento en la formación de los recursos humanos (médicos, estomatólogos, enfermeros y técnicos) que se distribuyeron desde un inicio por todo el país ocupando las áreas más alejadas y desprotegidas, sobre todo la rural, y con un adecuado nivel de especialización y de desarrollo científico-técnico de los servicios. ⁴

Recuadro 3.1
PRINCIPIOS DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA:

- 1) El carácter estatal y social de la medicina
- 2) La accesibilidad y gratuidad de los servicios
- 3) La orientación profiláctica
- 4) La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica
- 5) La participación de la comunidad
- 6) La colaboración internacional

Fuente: Martínez H. (1968)

Lo anterior se acompañó de la promulgación en 1960 de la Ley No. 723 para la creación del Servicio Médico Social Rural que materializó la posibilidad de que la población contara con médicos, incluso en lugares tan recónditos donde ni siquiera habían conocido de su presencia con anterioridad, a pesar de la reducción a la mitad del número de estos profesionales ocurrida a mediados de la década de los 60 como consecuencia de la emigración hacia los Estados Unidos, y de haber quedado sólo 16 profesores en la única Facultad de Medicina existente en todo el país (Meza 1999). A partir de la primera graduación de médicos y estomatólogos celebrada en el Pico Turquino en 1965, los graduados subsiguientes renunciaron voluntariamente a la práctica privada de la Medicina y pasaron a ejercerla en servicios estatales.

Los principios que rigen la salud pública en Cuba se presentan en el recuadro 3.1. El modo práctico en que ha operado el sistema de salud en Cuba ha conducido a cambios en el desarrollo paulatino de la atención médica. La distribución de las instituciones hospitalarias se amplió a los niveles de hospitales rurales y postas médicas, el número de hospitales se incrementó a la cifra de 267 en el 2001 y el total de camas para la asistencia médica y social a 70927 (6.3 camas por 1000 habitantes) en el propio año 2001. Asimismo fueron creadas o ampliadas 55 unidades de cuidados intensivos en hospitales clínico-quirúrgicos y 34 en hospitales pediátricos distribuidos en todo el territorio nacional (MINSAP 2002A).

Con el surgimiento del policlínico integral en 1964 se introdujeron los conceptos relativos a la medicina integral con carácter preventivo-curativo en el sistema de salud (MINSAP 1966a; Delgado 1996b), lo cual fue seguido de la división poblacional en Áreas de Salud para desarrollar los programas básicos de salud (MINSAP 1966b; MINSAP 1978) y del modelo de la medicina en la comunidad con la creación del policlínico docente, hasta llegar al modelo actual del médico y enfermera de la familia. Se ha seguido, por tanto, una trayectoria ascendente con búsqueda permanente de mayores niveles de salud, donde la respuesta del sector es satisfacer la demanda continua de mayor calidad y la necesidad permanente de

abaratar los costos de operaciones (MINSAP 2001a) y de buscar una mejor cobertura, accesibilidad y equidad en salud.⁵

Este modelo proporcionó en el 2001 una cobertura de 30726 médicos y 44864 enfermeras ascendente a 59,1 médicos y 75,0 enfermeras por 10000 habitantes. El 99,1% de la población total - cifra que alcanza el 100% en 10 de las 14 provincias del país – es atendida por el médico y la enfermera de la familia (MINSAP 2002A) con un alto grado de preparación ética, solidaria y científica, lo que refuerza su influencia en las modificaciones de los problemas que afectan al individuo en su medio físico y social. Esto permite dar respuesta al 90% de los problemas de salud de la población cubana (Ramírez y Mesa 2002). Por su parte, se reafirma el papel del Policlínico en la planificación, organización, dirección y control de la labor que se ejecuta en el nivel primario de atención, convirtiéndose en la sede de la Facultad de Ciencias Médicas para que el profesional pueda comprender, integrar, coordinar y administrar el cuidado de la salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

Asimismo, la integralidad y continuidad en el modelo cubano actual de salud pública se ha ido superando tanto en los aspectos de la atención primaria como de la hospitalaria y en su relación entre ellas, sin olvidar la necesaria participación social donde los seres humanos y las familias son sujetos y objetos del sistema de salud (Martínez 1968), donde la atención se dirige a las personas, a la familia y a la comunidad en el medio social en que vive, trabaja, estudia y realiza sus actividades de la vida diaria, siendo la promoción de la salud consustancial a la esencia de la actuación de estos profesionales complementado por la comunidad en el apoyo y en la dirección de las acciones de salud.

Para asegurar el ambicioso programa de formación de recursos humanos el Sistema de Salud partió de recursos con bajo nivel escolar hasta llegar actualmente a las 21 Facultades de Ciencias Médicas con que cuenta el país y 12 institutos de investigaciones que dan respuesta al desarrollo de las ciencias médicas, las investigaciones, la docencia y la atención en la mayoría de ellos, en especialidades y campos de importancia científica (MINSAP 2002A).

El constante desarrollo de la sociedad cubana ha implicado una permanente elevación del nivel educacional de la población. Fueron creadas escuelas formadoras de cuadros procedentes de la comunidad para la dirección de las organizaciones de masas, mientras se implementaban campañas para lograr niveles de 6º y 9º grados de escolaridad en la mayoría de los adultos. En agudo contraste con el 23,6% de analfabetos que existían en el país en 1959 (Castro 1960a) hoy son universitarios el 13,6% de la población laboral cubana (Comité Estatal de Estadísticas 2001) lo que también ha incidido directamente en la necesidad de incrementar el nivel educacional de los recursos humanos en el sector salud ante la creciente demanda de calidad en escuelas, facultades e institutos distribuidos a lo largo y ancho del país.

A partir de la voluntad política del Gobierno y el Estado cubanos expresada en la elocuente frase: “el futuro de Cuba tiene que ser necesariamente un futuro de hombres de ciencia...” (Castro 1960b) el país promovió el trabajo científico en salud en aspectos tales como la ingeniería recombinante de proteínas, la obtención de anticuerpos monoclonales diagnósticos y terapéuticos, el desarrollo acelerado de la biología molecular, la producción de equipos médicos de alta tecnología y la creación de nuevos centros de investigaciones científicas tales como el Centro de Investigaciones Biológicas en 1982, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología en 1986, el Centro de Inmunoensayos en 1987, el Instituto Finlay para la investigación, desarrollo y producción de vacunas en 1989 y el Centro

de Inmunología Molecular en 1994, por sólo citar algunos ejemplos descolantes que junto a otras instituciones científico-productivas - que completan la infraestructura necesaria para el desarrollo de las investigaciones científicas y sus salidas productivas, tales como el Centro Nacional de Producción de Animales de Laboratorio - agrupan hoy más de 200 instituciones de este tipo, y cerca de 10 mil profesionales, cuyos logros han sido introducidos inmediata y extensivamente a toda la población (Martínez 2002). La calidad de las producciones de estos centros ha determinado que firmas especializadas de países altamente desarrollados se hayan interesado en adquirir vacunas, anticuerpos monoclonales, animales de laboratorio, plantas medicinales y equipos electrónicos (Delgado 1996b). Junto a esto, la introducción de técnicas de avanzadas en los análisis epidemiológicos, clínicos y sociales, y el enfoque de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su integración en un sistema de vigilancia en salud pública con la creación de las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud (del Puerto et al 2002) han permitido abordar la salud como problema social con intervenciones eficientes y efectivas.

El Sistema Nacional de Salud se estructura en tres niveles que se corresponden con la estructura político-administrativa del país. El nivel nacional está representado por el Ministerio de Salud Pública y es el órgano rector con funciones metodológicas, normativas y de coordinación y control al cual se le subordinan directamente los centros universitarios,⁷ institutos de investigaciones, centros hospitalarios de asistencia médica altamente especializados, centros de distribución y comercializadoras de suministros y tecnologías médicas así como otros centros y entidades nacionales destinados a actividades técnicas y de apoyo (Escuela Nacional de Salud Pública 1998).

Los otros dos niveles están representados por las direcciones provinciales y municipales de salud que agrupan las instituciones de salud a su respectivo nivel y que, al igual que en el nivel central, se subordinan desde el punto de vista administrativo a las estructuras de Gobierno en los distintos niveles organizativos, representando sus intereses ante ellos y dando respuesta a las demandas y necesidades de la población. La estructura del Sistema nacional de Salud se presenta en el diagrama 3.1.



Desde sus inicios las acciones de regulación y control en el Sistema de Salud fueron muy importantes para incrementar su eficiencia y efectividad así como para garantizar las condiciones de gratuidad, de libre acceso y de equidad. Inicialmente se implementaron inspecciones y supervisiones a unidades de salud, y por la Resolución ministerial No. 406 de 1961 se elaboró un reglamento general de hospitales que normalizó las actividades en un sistema de asistencia hospitalaria nacional. Desde fecha muy temprana se crearon comités de trabajo científico para evaluar los diferentes aspectos que integran este proceso (comités de auditoría médica, de tejidos, de programa, de enfermería, de internos y residentes, entre otros) los que fueron posteriormente actualizados por las Resoluciones No. 115 de 1963 y No. 51 de 1973. La organización y el establecimiento de funciones para el Policlínico Integral (MINSAP 1966a; MINSAP 1966b) y las evaluaciones del cumplimiento de los programas básicos del área de salud también contribuyeron al perfeccionamiento del sistema de salud, lo cual fue continuado por la Resolución ministerial No. 230 de 1985 que amplió el control y evaluación de los comités hospitalarios en aspectos tales como las intervenciones quirúrgicas, sangre y hemoderivados, fallecidos y ética médica, y por la ⁸ implantación del programa nacional para la prevención y control de la infección hospitalaria.

Más tarde, se aplicaron los sistemas de costos (MINSAP 1985) en los principales hospitales del país y se implantó la Resolución ministerial No. 232 del 2000 que regula la regionalización de los servicios de diagnóstico y la remisión de casos para la atención médica especializada. También fueron perfeccionados los sistemas de evaluación en la atención primaria que abarcaron las modificaciones en el cuadro de salud, el cumplimiento de las actividades asistenciales y docentes y la opinión de la población con los servicios recibidos, entre otros aspectos.

Con el fortalecimiento de los órganos locales de gobierno el control se tornó más participativo y democrático, realizándose análisis de procesos y de resultado de los servicios por la propia población, por lo que el control popular se evidenció como una magnífica forma para emprender el proceso de perfeccionamiento del sistema de salud. Esto se hizo más claro con la implementación del modelo del médico y la enfermera de familia al lograr extenderse la cobertura, aumentar la capacidad de conocimiento sanitario de la población y perfeccionar las tecnologías de atención médica y de comunicación social.

Cuba ha experimentado una total transformación de la situación de salud de la población en la que el envejecimiento poblacional, la erradicación o la sensible disminución de la incidencia de las enfermedades infecciosas, unido a la relativamente alta prevalencia de enfermedades no transmisibles han generado cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad. El desarrollo de la infraestructura de servicios de salud organizada y con poder resolutivo, dotada de recursos humanos suficientes y científicamente calificados así como el balance entre el uso de las tecnologías más novedosas junto a la ética, el humanismo y la solidaridad, han sido elementos básicos del desarrollo extensivo y tecnológico en el sector salud.

La práctica comunitaria y social, la interrelación con nuestro pueblo, y la satisfacción en primera instancia de sus necesidades integrales, dieron como resultado un incremento de la satisfacción y la confianza del pueblo en el sistema de salud, a la vez que se ha alcanzado un alto prestigio internacional. Estos hechos han contribuido notablemente al empoderamiento de la sociedad cubana, de su sistema de salud, y que la población hoy lo defiende como uno de sus bienes más preciados. ⁹

El presupuesto para la salud pública, que en 1958 era de 3,01 pesos por habitantes se fue incrementando paulatinamente mientras se desarrollaba el Sistema Nacional de Salud alcanzando la cifra de 168.98 pesos por habitantes en el 2001 (MINSAP 2002A). Sin embargo, los gastos en divisas para el financiamiento de la salud que tuvieron un comportamiento ascendente a partir del año 1960 (MINSAP 2001b) decrecieron abruptamente en el período 1990-1993 como resultado del recrudecimiento del bloqueo económico impuesto por el Gobierno de los Estados Unidos contra Cuba, unido a los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos por la crisis económica mundial y la desaparición de la URSS y de los países de Europa del Este con los cuales se sostenía hasta entonces un intercambio económico justo (Rojas y López 1997). En consecuencia, fue impactada negativamente la importación de suministros necesarios para la salud - que se tradujo en la insuficiencia de medicamentos, materias primas para la industria farmacéutica, material gastable de uso médico, piezas de repuestos para los equipos tecnológicos y no médicos así como la ausencia de importación de equipos - con afectaciones para el sistema de salud y un importante deterioro de las unidades asistenciales. Esta tendencia comenzó a revertirse e inició su recuperación a partir del año 1995 (MINSAP 1998a).

Para el período 1992-2000 se estableció una estrategia con el objetivo de mejorar la salud de la población cubana, basada en el análisis de la situación de salud y sus tendencias, en la que predominaba la preocupación por el comportamiento de las enfermedades no transmisibles y los accidentes, cuando la repercusión de la situación económica en la salud aún no era notoria (MINSAP 1992). El impacto económico se hizo más notable en los años ulteriores cuando se produjeron cambios en las condiciones de vida de la población, deterioro en los servicios y surgieron nuevos perfiles de salud lo que demandaba un reanálisis de la respuesta social y sectorial de la salud pública. Ello unido a las transformaciones que llevaba adelante el país en el terreno económico, al proceso de perfeccionamiento del Estado y de los órganos de Gobierno y a las contradicciones propias del desarrollo del sistema de salud constituyó un contexto para que el Sistema Nacional de Salud diera la respuesta de enfrentar el reto y de dar un nuevo salto cuantitativo y cualitativo en medio de esas difíciles circunstancias (MINSAP-OPS/OMS 1996).

Las medidas tomadas estuvieron dirigidas a aumentar la calidad de la atención médica, mejorar los niveles de salud, aumentar la eficiencia económica dentro del sistema,¹⁰ incrementar el nivel de satisfacción de la población y brindar una mayor atención al hombre, aprovechando las fortalezas y las oportunidades en el desarrollo ya alcanzado de los recursos humanos, destacándose el fortalecimiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud. Asimismo fueron objetivos explotar las reservas del sistema para incrementar la eficiencia y la efectividad y mantener la igualdad de acceso frente al crecimiento de los costos de las nuevas tecnologías planteando nuevos procedimientos que acercaran los servicios a la población para lograr mayor eficiencia, efectividad y calidad en las acciones de salud (MINSAP 1998a). Fueron igualmente adoptadas nuevas formas sociales participativas, como los Consejos de Salud en todos los niveles de la estructura administrativa del país y los Consejos por la Salud a nivel local, y en este sentido se fortaleció el papel del Movimiento de Municipios por la Salud, o de Comunidades Saludables, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, a cuyos fines se creó esta red cubana.

En 1996 el Sistema Nacional de Salud adoptó desde el punto de vista organizativo⁵ estrategias fundamentales y priorizó 4 programas básicos para continuar perfeccionándose, sin tomar medidas de restricción de los servicios de salud u otras medidas de corte neoliberal. Estas estrategias son (MINSAP 1998a):

1) la reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental: el médico y la enfermera de la familia; 2) la revitalización de la atención hospitalaria; 3) la reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e institutos de investigaciones; 4) la consolidación del Programa Nacional de Medicamentos y el Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional; 5) la atención priorizada a otros importantes aspectos como son: la asistencia estomatológica, los servicios de óptica, el mantenimiento de las instituciones de asistencia social, el subsistema de transporte sanitario, los complejos de servicios así como se incluyeron los aspectos relacionados con el plan de inversiones y la profundización en los sistemas de costos.

En lo referente a los programas priorizados se destacan el de atención materno infantil, el de control de enfermedades transmisibles, el de control de enfermedades crónicas no transmisibles, y el de atención al adulto mayor, todos los cuales han sido monitorizados, controlados ¹¹ y evaluados de acuerdo a la metodología establecida. Se definió asimismo la *municipalización* como un “proceso de consolidación en la integración de los programas y estrategias mediante la utilización eficiente de los recursos y capacidades del sistema municipal de salud para la solución de los problemas locales, orientado siempre a la mejora continua y sostenible de la salud de la población”, definiéndose de hecho como uno de los ejes principales de la estrategia, en cuya jurisdicción político-administrativa se complementan y desarrollan las potencialidades del sistema (MINSAP 2000a).

Estos esfuerzos y resultados no significan dejar de tener en cuenta un número importante de dificultades que conspiran contra la eficiencia y efectividad de los servicios de salud cubanos debido a la difícil situación económica que presenta el país, por lo que algunas áreas sensibles como el estado de las plantas físicas de las instalaciones, el suministro de medicamentos y la renovación del equipamiento fueron, y son, áreas con un nivel de afectación y deterioro que ponen a prueba diariamente la inteligencia, la creatividad y la capacidad de los trabajadores, profesionales y directivos del sistema de salud.

La Sociedad y el Estado cubano han resistido un complejo problema de ataques externos, los cuales han producido como respuesta en los ciudadanos un permanente y sostenido proceso de solidaridad y confianza, sin paternalismos pero que han permitido una gran gobernabilidad hasta en los momentos más críticos del llamado “periodo especial” (Rojas y López 1997). Entendida así, la gestión social es una estrategia de participación protagónica de la comunidad en las políticas de salud y de articulación de la sociedad civil socialista con el Estado.

La descentralización en salud ha contribuido al incremento de la eficiencia y de la efectividad del Sistema de salud cubano en un proceso que se subordina a 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. Se trata de modernizar y generar un nuevo tipo de modelo sanitario con el desarrollo de los niveles operativos del sistema de salud y de la sociedad en su conjunto. Defender que los servicios brinden acceso universal tanto en el consumo como en la distribución, es un principio básico de nuestro sistema de salud. Esto supera con creces la lucha de otros sistemas que al tratar de obtener la equidad para dar algo a los que no tienen nada y lograr una ¹² medicina para los pobres no toman en consideración que con ello, más tarde o más temprano, llegan a tener una pobre medicina.

El modelo cubano ha transitado por tres concepciones que fueron desarrollándose en el tiempo, pero las nuevas no borrarán los antiguos conceptos en su totalidad, manteniendo su

vigencia en determinadas circunstancias y respetando la historicidad del desarrollo de los modelos anteriores. Seguidamente se examinan estas concepciones (Capote y Granados 1996):

- 1- La concepción basada en el daño, donde el sujeto de programación está representado por la enfermedad, y la apertura programática va dirigida a la identificación de actividades en función de la reparación de este. Este modelo es el que ha dominado por mucho tiempo la planificación en salud. Por su naturaleza misma induce a un centralismo en las intervenciones y sigue siendo el que se aplica en los casos de emergencia epidémica y otras situaciones de respuestas rápidas a problemas.
- 2- La sustentada en el concepto de riesgo, en la que la programación va dirigida a la identificación de grupos de población sometidos a riesgos específicos, determinando un proceso salud-enfermedad caracterizado por daños comunes. La apertura programática va orientada a la identificación de factores de riesgo, seleccionados en función de su vulnerabilidad, para luego definir una estrategia de modificación de los mismos. Éste concepto de intervención eminentemente biológico-asistencial abre la posibilidad de intervenciones diversas desde el plano sectorial con acciones asistenciales, promocionales y preventivas multisectoriales. El mismo es descentralizado y constituye una de las bases de la presente planificación de salud para coberturas de población como madres, niños y otros grupos.
- 3- La concepción basada en el concepto de familia y cobertura total, más avanzado que el anterior y en pleno desarrollo, se fundamenta en el concepto de universalidad, igualdad y cobertura de la población, no sólo buscando la individualización de grupos de población sometidos a circunstancias particulares, sino la identificación en la estructura social de la unidad que la representa: la familia. La misma parte del marco conceptual de que la salud no es un problema sanitario solamente sino la expresión de vida de la estructura ¹³ social concreta, y para alcanzarla precisa acciones sectoriales, y fundamentalmente intersectoriales. El concepto forma parte de la respuesta cubana a los compromisos contraídos en la Carta de Ottawa, de los objetivos, propósitos y directrices de la salud pública cubana para el período 1992-2000, y es la base actual del desarrollo del programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

La crisis de los sistemas de salud que ha afectado a todos los ámbitos de la vida social contemporánea en el mundo y, en especial a nuestra América, ha tenido - necesaria e inevitablemente - un impacto sobre los sistemas de salud. Los conceptos y bases doctrinarias que durante años alimentaron los procesos nacionales de transformación de los sistemas de salud de Latinoamérica y El Caribe, han sufrido el embate del tiempo y de las radicales transformaciones políticas, económicas y sociales consustanciales al nuevo orden mundial unipolar (Martín y Schumann 1998). Ello ha sucedido en momentos en que la pobreza "cubre nuestra América en los albores de un nuevo milenio, donde hay miles de millones de seres humanos que pueblan el planeta aún analfabetos, que no tienen escuelas y su número crece cada año; cuando a diario niños que podrían salvarse mueren antes de cumplir el primer año de vida, en una región donde existe la mayor diferencia entre ricos y pobres y donde en muchas naciones los más pobres apenas disponen del 4% o el 5%, a veces incluso menos, del Producto interno bruto" (Castro 2002a).

En la evolución y desarrollo del Sistema Nacional de Salud cubano, la colaboración internacional con otros pueblos del mundo, en cumplimiento de uno de sus principios, ha tomado diferentes modalidades según las necesidades del país con el que se ha establecido. A partir de 1960, ante situaciones de pueblos asolados por catástrofes tales como terremotos, maremotos, huracanes, inundaciones, grandes epidemias, fue enviada ayuda médica a Chile, Perú, Nicaragua, Siria, Honduras, Angola, Bolivia, Ecuador, Colombia, México, El Salvador y Armenia en la Unión Soviética aún sin haberse establecido relaciones diplomáticas con algunos de sus Gobiernos (Delgado 1996a; Meza 1999). Subsiguientemente se estableció una colaboración sistemática con países en vías de desarrollo de África, Asia y América Latina, la que se fue incrementando vertiginosamente en cuatro décadas hasta abarcar un total 89 países y el aporte de 50011 trabajadores de la salud, de ellos 26700 médicos (MINSAP 2002A). Su misión se ha caracterizado por brindar asistencia médica integral de manera desinteresada y donde fuera necesario, incluso en zonas intrincadas y de difíciles condiciones de vida y de trabajo. A su vez, la calidad científica ¹⁴ de los servicios prestados y el prestigio alcanzado por la medicina cubana contribuyó a que otros Estados con recursos económicos suficientes también solicitaran la cooperación cubana en el sector salud.

Esta colaboración, sin embargo, no sólo se ha manifestado en circunstancias de adversidad. Miles de pacientes han sido atendidos en instituciones de salud cubanas, al tiempo que se han donado hospitales, medicamentos, unidades de terapia intensiva a diversas naciones (Meza 1999). La enseñanza de la medicina también ha estado presente en la cooperación internacional contribuyendo a la creación de Facultades de Medicina en 9 países, en tanto se han graduado en Cuba más de 3000 estudiantes extranjeros. En el año 2002 cumplen misión 4217 colaboradores cubanos de la salud y 17 docentes en 59 países del mundo (MINSAP 2002A).

Por su parte, la idea del Presidente cubano Fidel Castro de desarrollar un programa integral de salud para los países necesitados y de una Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas, estuvo motivada por la experiencia de dos terribles huracanes que azotaron al Caribe y Centroamérica, causando un impresionante número de víctimas mortales e incalculables daños materiales. En dicha escuela estudian más de 3000 alumnos procedentes de los lugares más remotos e inaccesibles de 17 países de América, África y Asia, cuyo fundamental objetivo habrá de ser su consagración total al más noble y humano de los oficios, en tanto apóstoles y creadores, más que médicos, celosos guardianes de la salud de sus pueblos; “y mientras ellos estudien en Cuba y se conviertan más tarde en especialistas prestando sus servicios a sus propias comunidades, miles de médicos cubanos se disponen a cooperar con sus países por el tiempo que sea necesario” (Castro 1999).

La evolución de los servicios de salud en este siglo es un proceso de las instituciones pero - en el caso de Cuba - es además un proceso de la sociedad civil socialista como sujeto del desarrollo de la salud que involucra las necesarias modificaciones a las relaciones, interacciones e imbricaciones entre el Estado y la Sociedad. Este cambio es la transformación radical del modo de vida de la población y de los valores sociales, entre los cuales la salud pasa a ser la expresión más clara de la vitalidad de una población para sus actividades sociales, culturales, científicas, artísticas y productivas y donde “el cese de la explotación entre los seres humanos y la lucha por la verdadera igualdad y justicia es y será el objeto, y no dejará de serlo nunca” (Castro 2002b). ¹⁵

En los comienzos de este siglo XXI se ha concebido un diseño estratégico de la salud pública cubana hasta el año 2005 con el propósito de elevar gradualmente la salud de la

población, de modo que contribuya a la elevación de su calidad de vida; al incremento de la calidad de los servicios, la satisfacción de la población y de trabajadores de la salud; al perfeccionamiento de la gestión y la elevación de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

Rev. INFODIR

Sección: Preparación para directivos