



La práctica de la **salud pública** **en Cuba** **(1980-1995)**

Julio Teja Pérez



HISTORIA / ADMINISTRACIÓN EN SALUD

La práctica
de la salud pública
en Cuba
(1980-1995)

La práctica de la salud pública en Cuba (1980-1995)

Julio Teja Pérez



HISTORIA / ADMINISTRACIÓN EN SALUD

La Habana • 2021

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

La práctica de la salud pública en Cuba (1980-1995) / Julio Teja Pérez... [et al].--

La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021.

384 p.: il., tab. — (Colección Historia. Serie Administración en Salud)

-

-

Cuba, Práctica de Salud Pública/historia, Salud Pública/historia, Sistemas de Salud/historia, Administración de los Servicios de Salud/historia

WA 546

Cómo citar:

Teja Pérez J et al. La práctica de la salud pública en Cuba (1980-1995). [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/libros/la_practica_saludpublica_cuba/indice_p.htm

Edición: Lic. Dania Silva Hernández

Diseño de cubierta, ilustraciones: Téc. Yamilé Hernández Rodríguez

Emplante: Téc. Amarelis González La O

Fotografía de Fidel: Unidad Nacional de Promoción de Salud
y Prevención de Enfermedades

© Julio Teja Pérez, 2021

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2021

ISBN: 978-959-313-930-4 (Libro)

ISBN: 978-959-313-931-1 (PDF)

ISBN: 978-959-313-932-8 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 # 654 e/D y E, El Vedado, Plaza de la Revolución La Habana, CP: 10400,
Cuba.

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfono: (+53) 7 836 1893

Sitio web: www.ecimed.sld.cu



Fidel Castro Ruz (1926 - 2016)

Autor principal

Julio Teja Pérez

Máster en Salud y Desastres. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Profesor Consultante. Investigador Auxiliar. Licenciado en Ciencias Sociales. Escuela Nacional de Salud Pública.

Autores

Pedro Más Bermejo

Doctor en Ciencias. Doctor en Ciencias Epidemiológicas. Doctor en Medicina. Profesor Titular. Profesor Consultante. Investigador de Mérito. Académico de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública.

María Josefina Vidal Ledo

Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Informática en Salud. Licenciada en Cibernética-Matemática. Profesor Titular. Profesor Consultante. Investigador Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.

Oswaldo Juan Castro Miranda

Máster en Economía de la Salud. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (CECMED).

Colaboradores

Julián Álvarez Blanco

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Ministerio de Salud Pública.

Carlos Angurel Arias

Especialista en Edificaciones. Arquitecto especializado en Inversiones y Diseño de Instituciones de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Jorge Víctor Antelo Pérez

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Pastor Castell-Florit Serrate

Doctor en Ciencias. Doctor en Ciencias de la Salud. Doctor en Medicina. Profesor Titular. Profesor Consultante. Investigador Titular. Investigador de Mérito. Académico de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública.

Alberto Céspedes Carrillo

Máster en Ciencias de la Salud. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Licenciado en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Médicas Manuel "piti" Fajardo.

Ramón Díaz Vallina

Licenciado en Economía. Ministerio de Salud Pública.

Juan Manuel Diego Cobelo †

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor de Mérito. Ministerio de Salud Pública.

Alfredo Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Investigador Titular. Académico de Mérito. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Luis Estruch Rancaño

Doctor en Ciencias Médicas. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Titular. Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Escuela Latinoamericana de Medicina.

Nicolas Eugenio Fernández Montoto

Máster en Derecho Internacional Público. Licenciado en Derecho. Profesor Titular. Profesor Consultante. Instituto Superior de Relaciones Internacionales.

Josefa Fernández Torres

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Especialista de I Grado en Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Joaquín García Salabarría †

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Raúl Gómez Cabrera

Especialista de I Grado en Pediatría. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

José González Valdés

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor Titular. Profesor Consultante. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García".

Armando Guerra Vilanova

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García."

Pedro Hernández Sánchez

Máster en Dirección de Hospitales. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Pedro Francisco Llerena Fernández †

Máster en Ciencias de Salud Pública. Doctor en Medicina. Escuela Nacional de Salud.

Juan Navarro Salazar

Máster en Salud Pública. Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Rafael Pérez Cristiá †

Doctor en Ciencias Médicas. Doctor en Medicina. Investigador Titular. Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (CECMED).

Julián Pérez Peña

Máster en Salud Pública. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Manuel "piti" Fajardo. Centro de Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

Mario Pichardo Díaz

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Administración y Servicios de Salud. Asistente. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.

Marlene Porto Verdecia

Máster en Tecnología y Control de Calidad de Medicamentos. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Investigador Auxiliar. Centro de Investigación y de Desarrollo de Medicamentos.

Ramón Prado Peraza

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Organización y Administración de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública.

Gail Reed

Máster en Periodismo. Universidad de Columbia, Nueva York.

Marcelino Río Torres

Doctor en Ciencias Médicas. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Consultante. Investigador Titular. Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer.

José Rafael Rivero Rodríguez

Especialista en Mecánica de Precisión Óptica. Ingeniero. Empresa de Suministros Médicos.

Pedro Rodríguez Fonseca

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Organización y Táctica de los Servicios Médicos de Las FAR. Especialista de I Grado

en Organización y Administración de Salud. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana "Victoria de Girón".

Daniel Rodríguez Milord †

Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Salud Pública. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Higiene y Administración de Salud. Profesor Consultante. Ministerio de Salud Pública.

Salvador Tamayo Muñiz

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Geriátría y Gerontología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Héctor Terry Molinert

Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Ministerio de Salud Pública.

Pedro Urra González

Máster en Salud Pública. Licenciado en Relaciones Internacionales. Profesor Titular. Investigador Auxiliar. Universidad de La Habana.

Juan Vela Valdés

Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Titular. Profesor Consultante. Profesor de Mérito. Escuela Nacional de Salud Pública.

Oscar Vera Cabezas †

Máster en Dirección de Hospitales. Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud. Ministerio de Salud Pública.

Libia Victoria Cerezo

Maestra en Ciencias. Enfermera intensivista.

Agradecimientos

Los autores agradecen al compañero Fidel Castro Ruz, líder la Revolución cubana, gestor y guía del Sistema Nacional de Salud.

A todos los colaboradores que con sus testimonios enriquecieron las experiencias y vivencias de este período histórico y a los que no nos acompañan porque la vida no les alcanzó.

A todos los compañeros, directivos y trabajadores de la salud, que entregan su esfuerzo, sabiduría y solidaridad a la salud del pueblo cubano y de otros pueblos del mundo.

A la representación de la Organización Panamericana de la Salud en Cuba, por su estímulo, interés y la cooperación técnica brindada en la redacción y edición de este libro.

A una persona muy importante en mi vida que desde el anonimato ha sido la piedra angular para llevar este libro a ser realidad.

Prólogo

A partir del triunfo de la Revolución en 1959, se han realizado transformaciones relacionadas con el desarrollo político, económico y social del país.

En el sistema de salud cubano, se aprecia un desarrollo continuo y un perfeccionamiento constante de los sistemas y servicios de salud para la población. Una primera fase estuvo dedicada a la unificación estatal del sistema de salud. El período histórico 1980-1995 constituye la fase de integración de los servicios, desde la formación de sus recursos humanos hasta el desarrollo de sus estructuras docente, asistencial, epidemiológica, científica y económica, con la participación directa y guía del líder de la Revolución, Comandante Fidel Castro Ruz.

Este período, sin embargo, constituyó un gran reto para la salud pública cubana, dado por la voluntad política de brindar a la población servicios de salud integrados y de calidad; así como resistir el efecto que ocasionó la desaparición de la URSS y del campo socialista y el cruel bloqueo económico a que fue sometido el país por parte del gobierno de Estados Unidos; ya que ello, ponía en peligro la decisión de que Cuba fuera una potencia médica. Se logró mantener los resultados alcanzados hasta entonces en la salud de la población y se impulsó la fundación del Polo Científico del oeste de La Habana, como elemento de sustentación para el sistema de salud cubano y de pueblos hermanos.

La novedad de este libro está en la decisión de los autores de contar con los testimonios de sus propios protagonistas e identificar los hitos más importantes del período 1980-1995.

Con un esfuerzo de convocatoria y respuesta favorable a esta solicitud de acuerdo al objetivo trazado, se logró la participación activa a través de entrevistas abiertas a 38 personalidades, actores desde sus cargos de dirección y trabajo en la estrategia y en la implementación de todas las acciones realizadas en esa etapa.

Este libro está estructurado en una introducción, que trata en dos etapas y cuatro capítulos el tema histórico que aborda. Estos capítulos abarcan cuestiones metodológicas e históricas recopiladas a través del recuento de los actores.

El capítulo 1 brinda una noción a lo largo de la historia del desarrollo del sistema de salud cubano, hasta posicionarse en el período de estudio.

El capítulo 2 muestra los hechos correspondientes a la primera etapa del estudio sobre la táctica seguida para hacer de Cuba una potencia médica, definida e impulsada por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz con la implementación acelerada de importantes programas para el desarrollo científico y de los servicios de salud.

El capítulo 3 aborda los años de enfrentamiento al período especial, en el cual, a pesar de las dificultades, la capacidad de resistencia del pueblo y del país, el sistema de salud pública logró resistir, vencer y desarrollarse. Los temas tratados están relacionados con el enfrentamiento económico, el desarrollo de los servicios, las enfermedades meningocócicas, el VIH/sida, las enfermedades no transmisibles y la neuropatía epidémica.

El capítulo 4 aborda la cooperación internacional, en especial, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, con la salud pública cubana.

Este libro contribuye también a enriquecer los fondos históricos del Sistema Nacional de Salud, de la promoción y educación para la salud en la serie Momentos de la Historia y otros materiales docentes audiovisuales del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud y del proyecto de Personalidades de la Salud Pública Cubana, suscrito al Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.

La información contenida tiene una gran importancia para la formación de futuras generaciones y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, de manera que los lectores tengan de primera mano las experiencias y vivencias de aquellos héroes anónimos de la salud pública cubana.

Dr. Roberto Morales Ojeda

Viceprimer Ministro de la República de Cuba
2020

Contenido

Introducción/ 1

- La primera etapa (1980-1990)/ 3
- La segunda etapa (1991-1995)/ 5
- Bibliografía/ 8

Capítulo 1. Desarrollo del sistema de salud cubano/ 9

- Organización del sistema de salud cubano/ 9
- Legislación/ 15
- Bibliografía/ 19

Capítulo 2. Cuba: potencia médica/ 20

- La potencia médica/ 20
 - Nomenclatura por tipos y categorías de la red de unidades de salud/ 23
 - Sistema único de normas de plantillas para las unidades del Sistema Nacional de Salud/ 24
 - Desarrollo de las especialidades hasta el año 2000/ 25
 - Plan de actividades del hospital/ 27
 - Planes de consultas y de utilización de las camas/ 28
 - Planes de plazas/ 29
 - Estudio de la regionalización de los servicios de la Ciudad de La Habana/ 30
 - Objetivos, propósitos y directrices para Incrementar la salud de la población cubana (1992-2000) / 31
 - Programas relevantes desarrollados en el período como parte de la estrategia para convertir a Cuba en una potencia médica mundial/ 32
- Higiene y epidemiología/ 34
- Formación de recursos humanos/ 39
 - La calidad en el proceso docente/ 43
 - La integración docente-asistencial-investigativa/ 44
 - La formación médica para Cuba y el mundo/ 44

Desarrollo técnico material/ 45

Bibliografía/ 47

Capítulo 3. Período especial en tiempo de paz/ 49

Impacto en la economía y la salud pública/ 49

Los servicios y el abastecimiento técnico material/ 52

Higiene y epidemiología en el período especial/ 57

Enfermedades no transmisibles/ 60

Las relaciones internacionales/ 63

El sistema de trabajo del Ministerio de Salud Pública/ 64

Bibliografía/ 66

Capítulo 4. Cuba y las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales/ 69

Fortalecimiento del sistema nacional de salud/ 69

Los aliados durante el decenio de los años 80/ 70

Década de los años 90/ 72

La crisis económica de los años 90 y su impacto en el sistema de salud/ 73

Bibliografía/ 74

Testimonios/ 76

Julián Álvarez Blanco/77

Carlos Angurel Arias/85

Jorge Víctor Antelo Pérez/91

Pastor Castell Florit-Serrate/99

Osvaldo Juan Castro Miranda/109

Alberto Céspedes Carrillo/117

Ramón Díaz Vallina/122

Juan Manuel Diego Cobelo †/124

Alfredo Espinosa Brito/138

Luis Estruch Rancaño/152

Nicolás Eugenio Fernández Montoto/168

Josefa Fernández Torres/175

Joaquín García Salabarría †/181

Raúl Gómez Cabrera/187

José González Valdés/198

Armando Guerra Vilanova/207

Pedro Hernández Sánchez/217

Francisco Pedro Llerena Fernández † /225

Pedro Más Bermejo/228
Juan Navarro Salazar/237
Rafael Pérez Cristiá †/243
Julián Pérez Peña/250
Mario Pichardo Díaz/255
Marlene Porto Verdecia/260
Ramón Prado Peraza/267
Gail Reed/272
Marcelino Río Torres/279
José Rafael Rivero Rodríguez/283
Pedro Rodríguez Fonseca/286
Daniel Rodríguez Milord †/293
Salvador Tamayo Muñiz/304
Julio Teja Pérez/313
 Entre 1980 y 1990: desarrollo de la potencia médica/ 314
 Entre 1990 y1995: período especial en Cuba/ 317
Héctor Terry Molinert/322
Pedro Urra González/339
Juan Vela Valdés/348
Oscar Vera Cabezas †/366
Libia Victoria Cerezo/369
María Josefina Vidal Ledo/374

Introducción

Julio Teja Pérez

La salud, cualquiera que sea el país, la sociedad o comunidad, es uno de los elementos esenciales a tener en cuenta en su formación socioeconómica. Forma parte de los índices de desarrollo humano y por ende, debe contemplarse en las agendas de gobierno de la nación sin importar el sistema social que tenga establecido.

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de algunos ministerios de salud porque las desigualdades en salud constituyen un tema de justicia social. La inequidad lleva implícito la idea de injusticia y de falta de actuación para evitar diferencias prevenibles, que se hace patente en las condiciones de salud, casi siempre en perjuicio de los más necesitados, por lo que es un reflejo de la realidad política y social del país (Garriga, 2012; Domínguez y Zacca, 2011).

Cuba, no estuvo exenta de estas realidades hasta 1959, cuando arriba al poder una revolución triunfante, dirigida por Fidel Castro Ruz, con un programa de gobierno basado en su alegato de defensa ante el juicio que se le realizara por el asalto al cuartel Moncada en Santiago de Cuba en 1953, el que se denominó "La Historia me absolverá", en el cual denunció todas las inequidades que existían en el país y que la revolución se proponía erradicar una vez que asumiera el poder. A partir del triunfo revolucionario, se produjeron cambios importantes en los sectores socioeconómicos y de la sociedad en su conjunto; cuya repercusión fue inmediata en dos ramas importantes, la salud y la educación (Castro, 2007).

En 1960 se crea el Servicio Médico Rural que llevó salud a la población campesina de manera gratuita y el 1ro. de agosto de 1961, se crea

el Ministerio de Salud Pública, organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado referente a la salud pública. En ese mismo año se establece también el Sistema Nacional de Enseñanza, rectorado por el Ministerio de Educación y a partir de 1976, también por el Ministerio de Educación Superior. Esto aportó mayor cobertura y acceso a los servicios de salud y a los estudios en busca de la equidad para todos, así como un enfoque más científico de la atención médica y la educación (Domínguez, E., Zacca, E., 2011).

El Sistema Nacional de Salud se gestó sobre la base de una ininterrumpida promoción estatal, bajo la impronta y dirección del propio Comandante en Jefe de la Revolución Fidel Castro Ruz, que acompañó e impulsó su desarrollo, como parte del cumplimiento del programa del Moncada, a pesar del enfrentamiento de Estados Unidos, que desde los primeros momentos manifestó su intención de impedir la profundización del proceso social cubano.

En la etapa 1980-1995, en el Sistema Nacional de Salud se definieron los principios esenciales que lo distinguen de otros similares en el mundo, se destaca su carácter estatal y social, que permite el libre acceso de todos los ciudadanos a los niveles de atención potenciado por la gratuidad de todos sus servicios, la competencia de sus recursos humanos, el uso de la ciencia, la tecnología y la innovación, bajo una orientación profiláctica, encaminada a la prevención de enfermedades, la promoción de salud y la responsabilidad compartida con la participación de otros organismos estatales y la comunidad toda.

Estos principios, aseguran la elevación de la calidad de vida de los ciudadanos y los ambientes saludables no solo para Cuba, sino para el mundo. Esto destaca la vocación internacionalista del Estado cubano que ha brindado apoyo en materia de salud en más de 66 países en cuatro continentes.

Es propósito de este libro exponer la práctica de la salud pública y las principales esferas de su desarrollo durante el período 1980-1995, sus dificultades, las soluciones y el rol del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz en su perfeccionamiento, como parte de la evolución histórica de la teoría y la práctica de la salud pública cubana e internacional.

Para ello, se han consultado fuentes primarias y secundarias por su indiscutible valor histórico y sus autorizados testimonios. Se incluyen

textualmente las entrevistas grabadas a 38 personalidades: el ministro, los viceministros, directores de hospitales, jefes de grupos nacionales, presidentes de sociedades científicas de la salud, profesores destacados, funcionarios y especialistas de alto prestigio del sistema nacional de salud en el período 1980-1995.

Mis vivencias como viceministro primero desde 1980 y después como ministro de Salud Pública de 1985 a 1995, y los testimonios de un colectivo excepcional que me acompañó, me han permitido confeccionar este material que aquí presentamos.

Por sus características, dividimos esta introducción en dos etapas (Teja, J., 2019). La primera abarca desde 1980 hasta 1990 y trata el desarrollo de Cuba como potencia médica; la segunda etapa abarca desde 1991 hasta 1995, los años del denominado período especial.

La primera etapa (1980-1990)

Recuerdo que recién llegado a trabajar al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) enfrentamos la epidemia del dengue hemorrágico que asoló el país en 1981 y demostró las capacidades disponibles que nos permitió vencerla, con la participación directa y personal en todo momento de Fidel. El momento estratégico inicial, puede ser situado en sus conclusiones en el acto de clausura del V Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, celebrado el 9 de diciembre de 1981.

En esta actividad señaló el impacto del éxodo de médicos al triunfo de la Revolución, por lo que orientó y dio seguimiento hasta su ejecución final al nuevo proceso de formación médica, la creación del destacamento Carlos J. Finlay con los mejores estudiantes, que estarían dispuestos a trabajar en cualquier lugar. Surgió la idea de que Cuba se convirtiera en una potencia médica, pues sería un centro mundial de desarrollo en la salud.

Abordó también la necesidad de la infraestructura docente. Se crearon las universidades, facultades y politécnicos de ciencias médicas en el país y la construcción y revitalización de hospitales con la inclusión de las salas de terapia intensiva. Todo ese movimiento, en el fragor del enfrentamiento a la mencionada epidemia de dengue de 1981, que conjuntamente con la atención primaria de salud, se convertiría en el escenario docente para la práctica en el servicio de los estudiantes de las ciencias médicas.

Otro elemento fue el mejoramiento del plan de estudio de medicina a partir de la creación de una comisión nacional, en la que participaron profesores de gran prestigio y conocimientos de los servicios de salud y se consideraron, además, las experiencias más modernas de países de alto desarrollo, para garantizar la formación integral del médico cubano.

El abordaje de la atención primaria de salud y la formación de un médico integral para el primer nivel de atención con elevados conocimientos, también fue objeto de atención y seguimiento. Se ejecutó un primer plan en tres municipios del país: Fomento, Vertientes y Guane, así como en el policlínico de Alamar en La Habana.

Con esta experiencia, se trabajó el plan de estudio para estos especialistas, los primeros se situaron en el policlínico Lawton de la capital a partir de noviembre de 1983 y fueron atendidos y dirigidos personalmente por Fidel.

La presencia de este médico integral se extendió a todo el país y conllevó a la construcción de consultorios para médicos y enfermeras, de manera que pudieran atender alrededor de 120 familias, así surgió el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, que modificó el paisaje de los pueblos y montañas.

Este programa alcanzó un desarrollo acelerado, e influyó en la cobertura de la población que fue en ascenso: 14,4 % en 1985; 56,7 % en 1990 y llegó a 96,2 % en 1995 (MINSAP, 1999)

Unido a todo ello, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) desarrolló un grupo de acciones estratégicas que apoyaron el desarrollo de las especialidades médicas y la formación de especialistas, planificado hasta el año 2000, la categorización de la red de unidades de salud, las normas y nomenclatura de las plantillas, entre otras.

A punto de partida de la epidemia de meningitis meningocócica en 1986, se profundiza el desarrollo de la investigación científica y la producción de tecnología sanitaria.

Esta epidemia, por su impacto es atendida por la dirección del país y el seguimiento personalizado del Comandante en Jefe. Se priorizaron los trabajos de búsqueda de una vacuna para proteger a la población, con la participación de destacados científicos cubanos y se logra; tras intensos trabajos, la vacuna contra la meningitis meningocócica tipo B.

Fidel, haciendo realidad su idea de que Cuba tiene que ser un país de hombres de ciencia (Castro, F., 1960), orienta la construcción de centros de investigación. De esta manera surge el Polo Científico del Oeste de La Habana y diferentes instituciones científicas, entre ellas, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, el Centro de Inmunoensayo con su tecnología SUMA (sistema ultramicroanalítico para diagnóstico), centros de vacunas, de anticuerpos monoclonales, de biopreparados, histoterapia placentaria, el Centro de Restauración Neurológica (CIREN), entre otros y se construyó el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK).

Una importante participación del Polo Científico fue el acompañamiento de los primeros casos de sida, con la orientación del Comandante en Jefe de trabajar intensamente para evitar que esa enfermedad se convirtiera en un problema de salud, se situaron fondos estatales para la obtención de las técnicas de detección y diagnóstico temprano y el muestreo masivo de sangre y sus derivados.

Se inauguró en La Habana el Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras, se crearon los cardiocentros de alta tecnología en las provincias de Santiago de Cuba, Santa Clara, y en los hospitales William Soler y Hermanos Ameijeiras. Se creó el centro de microcirugía ocular en serie para el tratamiento de afecciones oftalmológicas. Se amplió el hospital Frank País y se introdujeron los fijadores externos RALCA como innovación terapéutica que nos daba autonomía.

Se construyeron hospitales de 600 y 300 camas en las cabeceras provinciales y ciudades importantes y hospitales pediátricos, se elaboraron planes de ampliación, remodelación y modernización de las viejas unidades hospitalarias en todo el país y de los institutos de investigación en las diferentes especialidades, como ocurrió con los institutos de nefrología, cardiología y cardiocirugía, neurocirugía, angiología y el instituto de higiene y epidemiología.

Todo esto constituyó la base para el desarrollo científico y tecnológico del país a favor de la salud que nos enorgullece en la actualidad.

La segunda etapa (1991-1995)

Estos años fueron sin lugar a dudas, los más duros y traumáticos para el país. No obstante, la salud, uno de los objetivos estratégicos de

la Revolución, mantuvo sus logros e indicadores, como una de las más hermosas conquistas del pueblo y del socialismo. Ello fue posible en medio de serias afectaciones, sobre todo en medicamentos, material gastable de uso médico, material de aseo y limpieza, piezas de repuesto, entre otros, que obligó a emplear el mínimo de recursos para el mantenimiento y reparación de los equipos tecnológicos imprescindibles.

Se adoptaron e instrumentaron un conjunto de medidas para impedir el deterioro del sistema de salud y continuar brindando una atención esmerada a la población e incluso se obtuvieron resultados relevantes en el área materno-infantil, como se demuestra en la siguiente tabla.

Tabla. Resultados alcanzados

Indicadores	1980	1990	1995
Tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos	19,6	10,7	9,4
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por 1000 nacidos vivos	24,3	13,2	12,5
% del índice de niños con bajo peso al nacer	9,7	7,6	7,9
Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos	52,6	31,6	32,6

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

Se incrementó la formación de médicos, de 17 000 que se formaron en el período de 1986-1990 a 22 000 entre 1991 y 1995, los que fueron asimilados por el sistema de salud y se mantuvieron las condiciones docentes para su especialización (MINSAP, 2018).

Se logró preservar el funcionamiento de todas las unidades del sistema de salud, y se fortalecieron los programas de salud y el sistema de vigilancia en salud que conllevó a la creación de las unidades de análisis y tendencias de salud.

Se sentaron las bases para la informatización del Sistema Nacional de Salud, cuya red telemática surge en 1992 debido a la solidaridad y compromiso de Pastores por la Paz, otras entidades y proyectos. Se crearon nodos en todas las provincias del país para brindar servicios de mensajería electrónica e información científico-técnica a profesionales y técnicos de la salud (CNICM, 2010).

Se fueron ampliando los servicios de la red hasta convertirse en el portal de la salud cubana, en el que se hospedan los sistemas de

información en salud para la toma de decisiones, espacios que brindan información e intercambios para el acceso y desarrollo de las instituciones, especialidades, docencia y otros (CNICM, 2010).

Por otra parte, se informatizaron los principales registros y sistemas informativos para la gestión de la dirección en salud y se introdujeron y probaron en el Instituto de Oncología y en las provincias de La Habana y Santiago de Cuba, las primeras computadoras cubanas CID, que garantizaron los registros nacionales de cáncer y otros programas de control de enfermedades (Morales; 2009).

Confrontamos situaciones especiales en esta etapa, como fue la epidemia de neuropatía, cuyos primeros casos se informaron en 1991 y llegó a registrar más de 50 000 enfermos. Para el enfrentamiento a esta enfermedad se creó un grupo operativo dirigido personalmente por Fidel e integrado por el ministro de Salud Pública, directivos de ciencia y técnica y de la defensa civil, científicos destacados y directores de centros de investigación, cuyo arduo trabajo también contó con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS. La epidemia se controló en el año 1994 y demostró la efectividad del trabajo integrado de todos los factores convocados y de la comunidad científica.

Otros hechos relevantes también matizaron este período, como fueron la colaboración cubana en otros países del mundo, la atención médica en Cuba a pacientes del accidente de Chernóbil en la Unión Soviética, accidentes de aviación y marítimos en el país, que se detallan en los siguientes capítulos; hechos que atrajeron la atención de las autoridades, organismos nacionales e internacionales, todos con un alto espíritu de solidaridad, consagración y entrega a la salud del pueblo (Acosta; 2019).

Todos estos logros se gestaron junto al pueblo cubano resiliente, que se crece ante las dificultades, resiste, vence en cualquier contingencia y tuvo, además, la oportunidad de contar con un líder inconmensurable como Fidel Castro Ruz, que condujo al triunfo a la Revolución cubana, cumplió el programa del Moncada, dirigió el desarrollo del país y privilegió los sectores de la salud y la educación, con la sensibilidad y humanismo que le caracterizaba, pero con la visión de que eran los sectores en los que descansaría el futuro de la Patria.

Con esta compilación de hechos y anécdotas queremos transmitirles a las futuras generaciones las vivencias de diferentes momentos en la

historia del desarrollo de la salud pública cubana que nos tocó vivir, y como expresó Fidel:

Nuestra misión es crear una doctrina en relación con la salud humana, demostrar un ejemplo de lo que puede hacerse en ese campo que es, desde luego, el más sensible para cualquier persona del mundo (Castro, 1999).

Bibliografía

- Acosta, M. (2019). Los niños de Chernóbil en Cuba: Una historia no contada. CubaDebate. En: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2019/06/19/los-ninos-de-chernobil-en-cuba-una-historia-no-contada-i/#.XmV3AftB-60>
- Castro, F. (1960). Discurso pronunciado por el Comandante Fidel Castro Ruz, Primer Ministro del Gobierno Revolucionario, en acto celebrado por la Sociedad Espeleológica de Cuba, Academia de Ciencias. Periódico Granma digital. En: http://www.granma.cu/granmad/secciones/fidel_en_1959/fidel_en_1960/art001.html
- Castro, F. (1999). Palabras de Fidel a los estudiantes graduados del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana el 9 de agosto de 1999. La Habana, Granma de 11 de agosto de 1999, p. 4,
- Castro, F. (2007). La historia me absolverá. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales. En: <http://www.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2009/05/la-historia-me-absolvera-fidel-castro.pdf>
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM). (2010). Sistemas de información en salud: diálogo con Pedro Urrea González. *Salud Colectiva, diálogos*. En: <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/99-111/es/>
- Domínguez, E., Zacca, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Rev Salud Pública México*, 53(supl. 2). En: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
- Garriga, Y., et al. (2012). Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. *Rev Infodir*, (15).
- Teja, J. (2019). Cuba como Potencia Médica y la Salud Pública en el Período Especial [serie audiovisual]. Momentos que marcaron la historia. La Habana: Representación OPS, ENSAP, MINSAP, PROSALUD.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP) (1999). Recursos y otros indicadores del subsistema de médico y la enfermera de la familia. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP) (2018). Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- Morales, E. (2009). Informática Médica. Antecedentes históricos. Su desarrollo en Cuba hasta 1988. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Desarrollo del sistema de salud cubano

*Julio Teja Pérez, Osvaldo Juan Castro Miranda, Nicolás Fernández
Montoto y María Josefina Vidal Ledo*

Organización del sistema de salud cubano

El desarrollo de la salud pública en Cuba, abordada desde la organización y agrupación de las instituciones sanitarias para el enfrentamiento a las enfermedades en su medio social, tiene sus antecedentes en el siglo XVI, con la fundación de instituciones de asistencia hospitalaria de carácter religioso.

En 1634 se crea la primera organización de la salud pública cubana, el Real Tribunal del Protomedicato de La Habana, fundada por la Ley de Indias de 1570 y se consolidó durante el siglo XVIII con presencia en casi todo el país. Se enfrentaron situaciones epidemiológicas y de asistencia médica hasta que en 1807 se crean las juntas de sanidad en las capitales de provincias y ciudades de importancia, con la posterior incorporación de las juntas de beneficencia y caridad, que brindan acciones epidemiológicas y atención hospitalaria (Delgado, 1998).

En 1825 se pone en práctica el primer modelo de atención estatal para la atención primaria, cuya entidad rectora es la junta superior de sanidad, que dio origen en 1871 a las casas de socorro como instituciones que prestaron servicios hasta el triunfo de la Revolución. En la segunda mitad del siglo XIX, asociaciones regionales españolas de ayuda mutua fundan casas de salud y constituyen un sistema de salud mutualista, que unido al sistema estatal y a la asistencia médica privada, se mantiene hasta inicios del período republicano.

En 1909 entra en funciones la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, primer ministerio de salud pública del mundo, que llevaba una política salubrista de avanzada, propiciada por la escuela de higienistas cubanos, fundada por el doctor Carlos J. Finlay a principios de siglo (Delgado, 1998).

La infraestructura sanitaria descrita aportaba a la burguesía y grupos de mayores ingresos una medicina asistencial aceptable mientras que el campesinado y los trabajadores solo tenían acceso a instituciones mal equipadas, con un presupuesto insuficiente para gastos asistenciales y preventivos, en el que los desfalcos administrativos eran frecuentes y ni siquiera llegaba atención médica a las zonas más apartadas del país (Delgado, 1998).

Personalidades de la talla de Carlos J. Finlay, Diego Tamayo Figueredo, Manuel Delfín Zamora, Juan Guiteras Gener, José A. Malberti Delgado, Gonzalo García Vieta, Enrique B. Barnet, Antonio Díaz Albertini, Jorge Le Roy y Cassá, entre otros, intervienen a lo largo del desarrollo de las organizaciones sanitarias y de beneficencia, con aportes para la mejora de los servicios de salud, la creación de la escuela de higienistas cubanos, la integración de acciones que permitieron enfrentar las epidemias y erradicar enfermedades como la fiebre amarilla, disminuir la mortalidad por tétanos infantil, establecer de manera permanente la vacunación contra la viruela y elaborar una avanzada legislación en materia sanitaria (Delgado, 1998).

En 1959, cuando la Revolución cubana liderada por Fidel Castro Ruz alcanza el poder, existían estructurados en el país tres sistemas de salud: estatal, asistencia privada y mutualista. El gobierno revolucionario asume de inmediato el sistema de salud estatal y en julio de ese año define la organización del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y en enero de 1960 lo denomina Ministerio de Salud Pública (MINSAP). De esta manera, Cuba inicia una nueva era revolucionaria en el contexto de un profundo proceso de cambios políticos, económicos y sociales, a 90 millas del más poderoso enemigo. El gobierno revolucionario abandona el sistema de salud que heredó, estructurado con un centro rector de poder limitado, grave escasez de recursos, cobertura de acceso limitado, altamente comercializado y afectado por una fuerte corrupción de sus funcionarios (Delgado, 1998; Rojas, 2018).

En 1961, se integra el Sistema Único Nacional de Salud, que asume la responsabilidad y funciones de brindar atención médica a toda la población del país y así, bajo la promulgación de leyes y decretos ministeriales, se va conformando el carácter estatal de la salud pública cubana que integra en el decenio de los años 60, de manera paulatina, todas las instituciones que brindan servicios de salud y conforma el Sistema Nacional de Salud, único e integral, no solo de Cuba, sino del continente Americano (Delgado, 1998; Domínguez y Zacca, 2011; Teja, 2020; Castro, 2020).

En la segunda mitad de la década de los años, el 60, 44 % de los médicos existentes, había abandonado el país, lo que significó un golpe para los planes de desarrollo de la salud pública cubana y un reto para la educación médica universitaria. De inmediato se acometió la formación masiva de profesionales para cubrir las necesidades asistenciales y docentes, bajo los principios del Sistema Nacional de Educación cubano: función estatal en el proceso docente-educativo, estudio y trabajo, coeducación en todos los niveles de enseñanza, gratuidad, carácter democrático y constituir un derecho de todos los cubanos. Bajo esta mirada se crea el instituto de ciencias básicas y preclínicas Victoria de Girón en cuya inauguración el Comandante en Jefe Fidel Castro, analiza el éxodo de médicos y plantea “la única fórmula y la que va a ser definitiva decisión de nuestro país es la formación masiva de médicos” (Carreño de Celis y Salgado, 2005).

Se decidió entonces, integrar un sistema de formación desde los propios escenarios de los servicios de salud y crear paulatinamente una red de centros de educación médica superior en todo el país, que garantizara los aspectos técnicos, docentes y metodológicos y con la misión de formar a los profesionales universitarios requeridos por el sistema de salud, con una sólida preparación científico-técnica y humanista, en correspondencia con los valores éticos y morales que se requerían, de acuerdo con las políticas y estrategias del gobierno y el MINSAP así como consolidar la superación sistemática y continua de estos profesionales (Carreño de Celis y Salgado 2005; Delgado, 2004).

En la década de 1970, ocurren cambios importantes, el país inicia un proceso de planificación económica y se introduce el plan de salud, que aborda la cobertura y desarrollo del sistema de salud de manera

ordenada y planificada bajo la dirección del MINSAP. El plan establece los principios de la salud pública socialista, definido por el carácter único y social del sistema de salud, la accesibilidad, gratuidad, regionalización de los servicios de salud y cobertura universal e integral en las acciones de salud, con especial acento preventivo. Considera, además, la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica. En torno a este plan se nuclea todo el pueblo, a través de la colaboración de la comunidad organizada (Delgado, 1998; Domínguez y Zacca, 2011; Teja, 2020; Castro, 2020).

En 1976, se crea el Ministerio de Educación Superior (MES) como organismo rector, que establece la estructura, especialidades y especializaciones de la docencia superior en el país. En consecuencia, la docencia médica pertenece al subsistema de educación superior y se subordina metodológicamente al MES, sin embargo, la dirección administrativa de los centros de educación médica superior a él adscriptos le corresponde al MINSAP, que controla y hace cumplir los aspectos técnicos, docentes y metodológicos que permitan la formación adecuada de los profesionales universitarios requeridos por el sistema de salud (Carreño de Celis, R., Salgado, 2005), (Delgado, 2004).

Se promulgaron documentos rectores para la implementación de estrategias y el desarrollo de la salud pública cubana, entre ellos, las *Metas y directrices para el trienio 68-70*, cuyo contenido puede calificarse como planificación sanitaria. En el marco político de su concepción y elaboración, se identificaron 34 metas y para cada una se estableció la motivación y un número variable de directrices que expresaban actividades a realizar en el cumplimiento de las metas.

Estas metas estaban dirigidas al fortalecimiento organizativo del sistema de salud, a la formación de sus profesionales y técnicos, a la mejora de los programas preventivos de salud con énfasis en las enfermedades infecciosas, como expresión de la morbilidad predominante en la etapa, aunque ya aparecía la atención integral a la madre y el niño, a la formación de los recursos humanos, la producción de medicamentos, los aspectos económicos y la investigación científica, en el marco de los conceptos "ahorro", "austeridad" y "disciplina" (Castro, 2020).

Los documentos programáticos, informes centrales y resoluciones de los congresos del Partido Comunista de Cuba (PCC), marcaron de forma

precisa la política acerca de la salud en la Revolución en los 20 años transcurridos entre 1959 y 1980, etapa en la que se celebraron el I y el II Congreso del PCC, en 1976 y 1980, respectivamente. La revisión de dichos documentos permitió apreciar la abundante aparición de los asuntos relacionados con la salud entre los temas priorizados en cada reunión partidista y la relevancia conferida a la salud del pueblo. Se puede apreciar, además, una visión esclarecedora de la evolución de la política de salud de la Revolución en tan importante etapa de la construcción del socialismo.

Un análisis general de este aspecto, como componente de la política social del PCC, revela que, en los dos primeros congresos, el énfasis principal se puso en el crecimiento del número de unidades de salud y de los recursos necesarios para el incremento de las capacidades del sistema de salud (Castro, 2020).

Un estudio de los principales programas en estos congresos, permite conocer los logros obtenidos en esta etapa por la salud pública cubana. Los objetivos, contenido y resultados de dichos programas ponen énfasis en la identificación del aporte metodológico al desarrollo de la salud pública, una apreciación valorativa de su contribución al perfeccionamiento del sistema y una calificación cualitativa de sus resultados. Estos documentos constituyen un aporte histórico, que fueron tomados como experiencia para emprender nuevos empeños en recuperar, en las actuales condiciones, las características y los niveles de desarrollo alcanzado (Castro, 2020).

Durante el período 1970-1980, se publica el ya mencionado plan de salud, en cinco tomos, minucioso documento que, siguiendo un alto rigor metodológico, hace un detallado diagnóstico de la situación de salud de la población cubana y de los recursos existentes y fundamenta el pronóstico de su proyección para diez años. A pesar de las insuficiencias en la información estadística disponible antes de 1959 y de solo contar con los primeros resultados de los esfuerzos del gobierno revolucionario para dotar al país de registros estadísticos completos y confiables, se incluye en el plan de salud el análisis demográfico, el estudio del estado de salud de la población y las principales causas de enfermedad y mortalidad entonces prevalentes. Este plan abordó, entre otros, los siguientes aspectos de la salud (Castro, 2020):

- Reformula la asistencia hospitalaria, clasifica las instituciones de acuerdo a los servicios que ofrecen, evalúa el aprovechamiento de las camas hospitalarias en concordancia con la morbilidad y mortalidad de la población.
- Enfatiza en la atención ambulatoria; realiza el rol que corresponde a los policlínicos integrales y emplea el concepto de área de salud para el territorio asignado a dichas instituciones. Se trabajan los programas básicos del área de salud y se estructuraron en dos líneas fundamentales: programas de atención a las personas y programas de atención al medio ambiente. Ello aportó una valiosa herramienta para el trabajo de los directores de estas áreas, que recibían a través de su contenido los elementos metodológicos para la planificación y la organización de los servicios. Esto les facilitaba el diagnóstico de salud, el conocimiento de su universo de trabajo, la cuantificación de los recursos disponibles y de qué modo organizar y planificar los servicios preventivos y asistenciales a la población de su área, así como los elementos, las metodologías y los formatos para evaluar los resultados de su ejecución.
- Realiza el diagnóstico y la proyección de los servicios estomatológicos y destaca el análisis de la introducción y desarrollo de la estomatología preventiva.
- Incorpora a este plan la creación y desarrollo del Servicio Médico Rural, la asistencia social a los ancianos y la red de hogares de ancianos.
- Analiza la situación de los recursos humanos mediante el diagnóstico y proyección de su formación y especialización en salud e incluye la subordinación de las universidades de ciencias médicas al MINSAP en 1976, bajo el control metodológico del MES.
- Considera el análisis de la situación higiénico-sanitaria y epidemiológica, que sienta las bases para el saneamiento ambiental y control epidémico.
- Toma en cuenta los antecedentes, desarrollo y proyección de la industria farmacéutica cubana, entonces subordinada al MINSAP e incluye el análisis de los medicamentos y otros insumos médicos.

Ese trabajo constituyó un importante instrumento para la planificación de la salud pública en su momento, proporcionó información estadística sobre el decenio de los años 60 y marcó los objetivos a alcanzar en

la planificación del período 1970-1980, con amplia fundamentación técnica, como expresión objetiva de la política de salud.

Todo este proceso permitió la confección del sistema de normas, patrones e índices para el desarrollo de la salud pública hasta 1985. Este documento fue elaborado por la Dirección Nacional de Política de Salud del MINSAP, con el objetivo de introducir en la planificación de salud el método normativo y tomarse como base para la proyección de los indicadores y servicios a introducir en los cálculos del plan quinquenal 1981-85. El documento se aprobó el 12 de junio de 1979, por el acuerdo No. 7 del consejo de dirección del MINSAP, precedido de una amplia consulta a los grupos nacionales de especialidades médicas. Sin dudas, aportó un importante resultado en el fortalecimiento de la planificación sanitaria (Castro, 2020).

Legislación

La base legal requerida para la creación, desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, ha estado inspirada en el cumplimiento del programa del Moncada y de institucionalización del país tras el triunfo revolucionario, con marcada presencia desde sus conceptos fundacionales, estrategias y objetivos esenciales.

No puede dejar de señalarse que la voluntad de transformación radical en el plano político, económico y social del país, y en particular del sistema de salud, estuvo y está concretado en primer y fundamental lugar, en la persona del líder de la Revolución Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, como principal estrategia que trazó cada uno de los procesos de las transformaciones para la construcción del Sistema Nacional de Salud en sus distintos períodos, hasta llegar a su nivel de desarrollo actual.

La unificación del sistema de salud, está respaldada por la Ley No. 959 de 1961, que designó al MINSAP, como rector de las actividades de salud del país. Por decreto ministerial de diciembre de 1962, quedaron integradas las unidades privadas y mutualistas en la empresa de mutualismo integrado, organización subordinada al MINSAP, pero con estatus de autonomía (Delgado, 1998), (MINSAP, 1963).

El principio de la protección jurídica del derecho humano a la salud está recogido en el texto constitucional en su capítulo VII, denominado: Derechos, Deberes y Garantías Fundamentales. La tutela jurídica

al ejercicio del derecho de todos, a que se atiende y proteja su salud, alcanzó carácter fundamental al aparecer dentro del primer grupo de derechos que el Estado consideró esenciales y para los cuales se reconoce como su obligación, garantizar este derecho. El capítulo VI de la Constitución de la República de Cuba, se refiere y regula el principio de igualdad de derechos de todos los ciudadanos, sujetos a iguales deberes, además, proscribire la discriminación por cualquier motivo que sea lesivo a la dignidad humana, consagra el derecho conquistado por la Revolución de que los ciudadanos, sin distinción de color de la piel, de sexo, creencias religiosas y el origen nacional, tienen derecho a recibir asistencia médica en todas las instituciones de salud (Asamblea Nacional del Poder Popular, 1976).

La principal garantía jurídica de un derecho es su reconocimiento constitucional, lo que hace necesario que las normas y principios se configuren como tal a través de disposiciones normativas superiores, emanadas de los órganos representativos. En el caso del derecho a la salud que proclama la Constitución, requirió de una ley posterior que desarrollara su contenido.

El MINSAP como rector de la actividad en el país, asume la responsabilidad del marco jurídico para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, amparado en la Ley de Salud Pública, Ley 41 de 1983, promulgada por la Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba, publicada en la Gaceta Oficial en el mes de agosto de 1983 y posteriormente aprobado el Reglamento de dicha Ley 41 por el Decreto No. 139, de 4 de febrero de 1988, firmada por el Dr. Julio Teja Pérez, ministro de Salud Pública (Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983), (Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, 1988).

La Ley de Salud establece en su Artículo 4 los principios que rigen la organización de la salud pública, la prestación de los servicios y la protección legal a los ciudadanos; se basan entre otros, en:

- El reconocimiento y garantía del derecho de toda la población de que se le atiende y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional.
- El carácter estatal de las instituciones, la gratuidad de los servicios de la salud y de la asistencia médica.
- El carácter social del ejercicio de la medicina.

- La orientación profiláctica, como función altamente priorizada de las acciones de la salud.
- La participación activa y organizada de la población en los planes de actividades de la salud pública.

Es a partir de esta ley y de su reglamento, que el MINSAP como órgano rector metodológico, técnico y científico queda facultado para dictar cuantas disposiciones sean necesarias y contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social; así como la organización de la salud pública y de los servicios que le correspondan a través de las instituciones y órganos del poder popular dentro de sus respectivas esferas de competencia.

La finalidad es garantizar la protección de la salud de todos los ciudadanos en lo relativo a la atención médica social, la higiene y la epidemiología, la formación de los recursos humanos, el ejercicio de la práctica médica, la ciencia y la técnica, la distribución y comercialización de los medicamentos, instrumental y equipos médicos, entre otros aspectos; todo ello mediante la elaboración del plan ramal de la salud pública, la regulación del ejercicio de la medicina y de las actividades que les son afines y fija sus condiciones, requisitos y limitaciones (Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983); (Comité Ejecutivo del Consejo de ministros, 1988).

Las regulaciones emitidas por el Estado y las resoluciones ministeriales amparadas en la Ley 41 de Salud Pública y su reglamento, que legalizan la organización ministerial e implementación de los programas y servicios de salud en esta etapa de estudio, entre otras, tienen que ver con las disposiciones sanitarias básicas en la resolución ministerial 54/82, el decreto ley para el reglamento de las disposiciones e infracciones sobre el control sanitario internacional, decreto ley 104/82, el reglamento general de la ley de protección e higiene del trabajo decreto ley 101/82, la organización de la administración central del estado decreto ley 67/83, el reglamento de la inspección sanitaria estatal por resolución ministerial 2015/87, la creación del Centro Estatal de Control de Medicamentos por resolución ministerial 183/89, para la supervisión y control de los productos medicamentosos, tanto nacionales como de importación, que se ponen en circulación previa inscripción en el registro de medicamentos

del MINSAP; la reorganización de la administración central del estado decreto ley 2840/94 y la reorganización y funciones del MINSAP, acuerdo del Consejo Ejecutivo del Consejo de Ministros No. 2840/94.

En el decreto ley 139/88 se define una sección para el recién creado programa del médico de la familia donde el consultorio del médico es la unidad básica de atención ambulatoria, que depende de un policlínico u hospital rural y donde el médico es el responsable de la atención médica a las familias a él asignadas y debe realizar un trabajo transformador del estado de salud de la población a través de la dispensarización.

Otra sección donde se aprobaron nuevas normativas fue en el área de higiene y epidemiología, donde se establecen los niveles jerárquicos, organizativos y de servicios.

Las acciones de lucha antiepidémica definidas en los planes de trabajo técnico administrativos las ejecutarán los centros y unidades de higiene y epidemiología con la participación de los equipos de salud de los policlínicos, hospitales y demás unidades del Sistema Nacional de Salud si fuere necesario, y las directivas de trabajo inherentes a la profilaxis higiénico-epidemiológica las ejecutarán las unidades preventivo-asistenciales del Sistema Nacional de Salud, bajo el asesoramiento y el control de los centros y unidades de higiene y epidemiología.

Esto demuestra el proceso de aceleración del desarrollo del Sistema Nacional de Salud partir de 1980, para convertirse en ejemplo y modelo para el mundo, como destacara el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud en la Convención Cuba-Salud 2018, cuando dijo "No puedo más que agradecerle a Cuba por el sistema de salud modelo que tiene, que lo hace situarse entre los mejores del mundo" (CPICMmtz, 2018).

Esto fue posible, dada la voluntad política del país y la orientación directa del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, que materializó el cumplimiento de su alegato de defensa en el juicio del Moncada y con posterioridad planteó, intervino y controló cada una de las acciones que fundamentaron la creación del Sistema Nacional de Salud.

Siempre que pienso en esa etapa y nuestra misión en el MINSAP, agradezco al compañero Fidel por su participación en el período 1980-1995, en el que se logró integrar dos importantes momentos: el desarrollo científico-técnico y el período especial.

Bibliografía

- Asamblea Nacional del Poder Popular. (1976). Constitución de la República de Cuba. La Habana: Asamblea. Popular.
- Asamblea Nacional del Poder Popular. (1983). Ley No. 41. Ley de la Salud Pública. 1983. Gaceta Oficial de la República de Cuba,(9), pp.12-13. En: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/ley_41_de_la_salud_publica.pdf
- Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. (1988). Decreto No. 139. Reglamento de la Ley de la Salud Pública. Gaceta Oficial de la República de Cuba, (12). En: <http://juriscuba.com/wp-content/uploads/2015/10/Decreto-No.-139.pdf>
- Carreño de Celis, R., Salgado, L. (2005). Evolución histórica de la educación médica superior en Cuba a partir de 1959. *Educ Med Super*;19(2). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200008&lng=es
- Castro, O. (2020). Política de Salud de la Revolución Cubana. *Rev Infodir*,(31). En: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/714>
- Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Matanzas (CPICMmtz). (2018). OMS: El sistema de salud de Cuba es un modelo para el mundo. Matanzas: Centro Provincial. En: <https://instituciones.sld.cu/cpicmmtz/oms-el-sistema-de-salud-de-cuba-es-un-modelo-para-el-mundo/>
- Delgado, G. (1998). Desarrollo Histórico de la Salud Pública en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*,24(2), pp.110-8. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v24n2/spu07298.pdf>
- Delgado, G. (2004). Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. *Educ Méd Super*,18(1). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100007
- Domínguez E., Zacca, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Rev Salud Pública Méx*, 53 (sup. 2). En: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5038?articlesBySimilarityPage=30>
- Ministerio de Salud Pública. (1963). Historia del Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP. En: https://salud.msp.gob.cu/?page_id=225
- Rojas, F. (2018). Recuento de aniversario. *Rev Infodir*; (28). En: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/529>
- Teja, J. et al. (2020). La práctica de la salud pública cubana en el período 1980-1995. *Rev Infodir*; (31). En: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/754>

Cuba: potencia médica

Julio Teja Pérez, Osvaldo Juan Castro Miranda, Juan Manuel Diego Cobelo†, Juan Vela Valdés y Héctor Terry Molinert

El estudio de esta etapa, caracterizada por la implementación acelerada de importantes programas, concebidos y atendidos directamente por el Comandante en Jefe de la Revolución Fidel Castro Ruz, resulta imprescindible para conocer el desarrollo histórico de la salud pública en la Revolución. En ella se identifican los principales acontecimientos que pueden enmarcarse como la estrategia para convertir a Cuba en una potencia médica mundial.

La potencia médica

Los indiscutibles logros alcanzados por la salud pública en las dos primeras décadas de la Revolución como consecuencia de la prioridad otorgada al mejoramiento de la salud del pueblo se hacían evidentes en sus resultados. En el cumplimiento del programa del Moncada y en las décadas de los años 60 y 70 del siglo xx, el esfuerzo principal estuvo dirigido a mejorar la disponibilidad de los recursos económicos –bien exigüos– dedicados a la salud por los gobiernos de la etapa prerrevolucionaria y a la creación, organización y consolidación del sistema de salud pública de la Revolución.

Un análisis general de la evolución de la salud, como componente de la política social de la Revolución, puede apreciarse detalladamente en las proyecciones y lineamientos aprobados en el II y III Congresos del PCC, efectuados en 1980 y 1986, respectivamente, donde el énfasis principal se concentra en el crecimiento del número de unidades de salud y en los recursos necesarios para el incremento de las capacidades del sistema.

Algunos resultados expresan objetivamente los logros alcanzados, baste señalar que entre 1959 y 1980 el presupuesto de la salud pública creció 22 veces y el número de habitantes por médico, que al triunfar la Revolución era de 1064, ya en 1980 era de 641, a pesar de la política hostil del gobierno de los EE. UU., que había promovido por diversos medios el éxodo de estos profesionales. Otros sensibles logros en la salud de la población, fue la reducción de 67,3 % en la mortalidad infantil, que en 1980 había disminuido a 19,6 por 1000 nacidos vivos, de 60,0 en 1958 (PCC, 1986; MINSAP, 2019).

Estos importantes resultados posibilitaron que en los primeros años de la década de los 80, se emprendiera, a partir del pensamiento creativo del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, una nueva etapa cuyo objetivo estratégico, definido conceptualmente por el propio Fidel, se sintetizaba en convertir a Cuba en una potencia médica mundial, a cuya implementación dedicó su atención personal. El contenido y magnitud de esta estrategia constituyó un extraordinario reto para un país en vías de desarrollo y bajo el bloqueo imperialista.

En el plano de la política de salud y de las medidas organizativas en salud pública, se originaron importantes programas y acciones que aportaron un crecimiento acelerado en la disponibilidad de recursos y significativos avances para el Sistema Nacional de Salud.

Esta estrategia que, si bien algunas de sus acciones habían comenzado antes, realmente, fue en el período de 1985-1990 cuando alcanzó un desarrollo notable, determinado por la dedicación personal del Comandante en Jefe a la concepción e impulso a los diferentes programas y acciones. Pueden enumerarse como los de mayor significación los siguientes:

- La construcción de institutos y facultades de ciencias médicas en todas las provincias del país, lo que amplió apreciablemente las capacidades docentes para la formación de médicos y demás profesionales de la salud.
- La puesta en marcha de los hospitales de 600 y 300 camas en cabeceras provinciales y otras ciudades importantes del país, que en su conjunto aportaron 25 000 nuevas camas hospitalarias e impactaron favorablemente en la calidad de la asistencia médica, acercaron los servicios a la población e incrementaron notablemente en confort a pacientes y familiares.

- La formación masiva de médicos, otros profesionales y técnicos de la salud. En el año 1985 existía en el país un médico por 439 habitantes, ya en el año 1990, esta cantidad se había reducido a 274 habitantes por un médico y en el año 1995 la proporción era de 193 habitantes por médico.
- La construcción de salas de terapia intensiva pediátricas y de adultos. Esta actividad conllevó no solo la hazaña constructiva, sino a la formación y especialización de los médicos y el personal de enfermería, que asumieron la atención en estas unidades.
- La creación y rápida extensión de la atención por los médicos de la familia a partir de 1984, favorece el inicio del programa de construcción de sus consultorios. En el año 1986, la cobertura de la población con médicos de familia era de 14 %, en el año 1990, alcanzó 56,7 % y en el año 1995, 96,2 % de la población tenía cobertura con los médicos de familia. Ello conllevó al diseño e implementación de la especialidad de medicina general integral y todo tuvo como sustentación, la construcción de los consultorios de los médicos y enfermeras de la familia, que cambió el panorama de las ciudades, pueblos, comunidades rurales y hasta de las montañas.

Como parte de la respuesta institucional del MINSAP para identificar, planificar y ejecutar la política de salud que emanaba del pensamiento y la acción del Comandante en Jefe y de las directrices y lineamientos plasmados en los documentos de los Congresos III y IV del PCC, se concibieron y desarrollaron acciones que impulsaron la política de salud de la Revolución y caracterizaron la etapa.

Estas acciones se concentraron en el crecimiento de la red de instituciones de salud, la planificación de los servicios, el desarrollo de los recursos humanos y produjeron, además, documentos normativos para ser utilizados como instrumentos de trabajo.

Los materiales que aparecen a continuación tuvieron alto impacto en el desarrollo de la salud pública. Es necesario advertir que algunos de ellos comenzaron su confección y utilización en los primeros años de la década de los 80, pero jugaron su papel más importante en la segunda mitad de la década y primer lustro de los años 90, del siglo XX, tanto en su empleo como herramientas de trabajo como por sus resultados.

Nomenclatura por tipos y categorías de la red de unidades de salud

La nomenclatura por tipos y categorías de la red de unidades de salud, documento normativo de la estructura del conglomerado de las instituciones que constituían la organización de la salud pública, no existente hasta la fecha de su aprobación, significó un importante instrumento para el perfeccionamiento del sistema y el establecimiento de una política ordenada para el desarrollo de la salud pública (MINSAP, 1981). Se aprobó por Resolución Ministerial No. 185 del 2 de septiembre de 1981, firmada por el comandante Sergio del Valle Jiménez, entonces ministro de Salud Pública, la que daba carácter legal a este instrumento regulador y normativo.

Dicha resolución según se estable en su Resuelvo Primero, pone en vigor la nomenclatura por tipos y categorías de la red de instituciones del sistema nacional de salud. El Resuelvo Segundo, responsabiliza a la propia comisión que tuvo la misión de elaborar dicho instrumento regulatorio, y que estuvo presidida por la Dirección Nacional de Política de Salud, a que de conjunto con las direcciones provinciales de salud y el municipio especial Isla de la Juventud, estudiaran, analizaran y otorgaran la clasificación correspondiente a todas las unidades de salud del país.

Con ella se regulaba por primera vez la estructura y organización de la red y se normaban las características y requisitos que tenía que cumplir obligatoriamente cada institución reconocida para formar parte de dicha red. Así como también, regulaba la creación de nuevas unidades de salud, cuya puesta en funcionamiento exigía su correspondencia con los tipos establecidos en la nomenclatura aprobada y se asignaba al MINSAP la facultad exclusiva de aprobar transitoriamente la existencia de unidades atípicas, hasta que en un plazo razonable adoptaran la estructura de servicios y recursos establecida en la nomenclatura.

A partir de su implementación se sentaron las bases para la planificación de los servicios correspondientes a cada unidad, los niveles de la red en que debían ubicarse los recursos humanos calificados por las especialidades de que debían estar dotadas, las nuevas inversiones cuyos proyectos constructivos deberían corresponderse con las características reguladas centralmente por dicho instrumento legal y la elaboración de las normas de plantilla para cada tipo de institución.

Además de su utilización en el Sistema Nacional de Salud, se introdujo por el Ministerio de Finanzas y Precios la metodología para el cálculo del presupuesto, que permitió diferenciar las normas de gastos asociadas a la complejidad de las instituciones, clasificadas según la nomenclatura por tipos y categorías de la red de unidades de salud.

Sistema único de normas de plantillas para las unidades del Sistema Nacional de Salud

En la década de los años 80 (bienio 82-83) con la inauguración de los hospitales de Cienfuegos y Pinar del Río, el Comandante en Jefe se pronuncia en la necesidad de revisar el incremento del presupuesto destinado a la salud pública, en especial el referente al incremento de las plantillas en las unidades del sistema de salud. A partir de aquí se comenzó la revisión de las plantillas en base al indicador del número de personal administrativo y de servicio por número de camas físicas en los centros de salud, esto conllevaba a un aumento del gasto presupuestario determinado por un crecimiento marcado en el número de camas en los hospitales. La mayor preocupación del Comandante era garantizar la calidad y adecuada funcionabilidad del servicio de salud que se le brindaba a la población.

El sistema único de normas de plantillas para las unidades del Sistema Nacional de Salud, se desarrolló, por considerarse un paso imprescindible para fundamentar sobre bases científicas la planificación de la formación, especialización y empleo de los recursos humanos. Este instrumento se concibió como un documento estatal único, que establecía la metodología para el cálculo del número de cargos de profesionales, de técnicos y de otros trabajadores que era necesario crear en cada institución de salud. El instrumento respondía a las exigencias de la planificación y posibilitaba la regulación del desarrollo armónico de la salud pública, el perfeccionamiento de la atención médica a la población y el aprovechamiento más racional e intensivo de los recursos humanos (MINSAP 1981, 1983).

En su contenido se incluyeron los conceptos puesto de trabajo, cargo, plantilla, tipo, patrones de dotación mínima, entre otros. Para su confección fue necesario examinar un número de documentos metodológicos y de pasos que ordenadamente permitieran obtener como

logro final el sistema único de normas de plantillas para las unidades del Sistema Nacional de Salud.

El documento que recoge los resultados de este trabajo, las normas y los aspectos metodológicos para su aplicación, fue impreso y utilizado en los cálculos de las plantillas de algunos hospitales de nueva creación.

A partir de este instrumento y de las primeras experiencias, se decidió perfeccionar la metodología y para ello, se trabajó conjuntamente con funcionarios y especialistas del entonces Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social (CETSS). quedó publicada en marzo de 1984 por los talleres del Departamento de Divulgación del CETSS y utilizada en el sistema de salud para el cálculo de las plantillas durante la segunda mitad de la década de los años 80, siglo xx.

Desarrollo de las especialidades hasta el año 2000

En el bienio 1986-1987 un equipo de funcionarios y especialistas del MINSAP trabajó en la confección de los programas de desarrollo de las especialidades médicas con la coordinación del área de asistencia médica.(MINSAP, 1988)

El trabajo se realizó con la participación de los grupos nacionales de las especialidades. La presentación de estos programas se hizo de manera colectiva con la presencia de los especialistas de más alto nivel de todo el país y presidida por la dirección del gobierno y del MINSAP.

Los pasos metodológicos para la preparación de estos programas de desarrollo tuvieron la siguiente estructura y secuencia:

- Antecedentes: recuento histórico detallado del desarrollo de la especialidad, desde sus orígenes en la época colonial hasta el triunfo de la Revolución y sus avances en el período revolucionario.
- Diagnóstico: prevalencia en la población de los principales problemas de salud que atiende la especialidad, volúmenes de servicios asistenciales que reciben, tecnología y otros recursos disponibles, capacidad de los servicios y de las instituciones.
- Desarrollo de la especialidad a nivel mundial: se investigó el estado de avance científico de la especialidad en los países de más alto desarrollo en las ciencias médicas. Los últimos progresos en la tecnología diagnóstica y terapéutica y el pronóstico de los nuevos adelantos que serían introducidos en la práctica médica de la especialidad.

- Proyección de desarrollo de la especialidad hasta el año 2000: se formulaban los objetivos previstos a alcanzar y los recursos que se precisaban para lograrlos sobre la base de:
 - La regionalización de los servicios (estratificación).
 - La ejecución por etapas.
 - Los cambios esperados en el estado de salud de la población.
 - Los niveles de servicios a alcanzar.
 - La formación de especialistas y su superación constante.
 - Las acciones preventivas a ejecutar.

La amplia participación de funcionarios y especialistas del MINSAP, de los grupos nacionales de las especialidades y expertos reconocidos en su área de actividad, conllevó a que el estudio y gestión de la información contribuyera a la actualización de los conocimientos y avances en todas las esferas de las ciencias médicas.

Como parte decisiva del proceso, para cada especialidad médica se efectuaron plenarias de discusión y trabajo presididas por el Ministro de Gobierno y el MINSAP, especialistas de ese ministerio y la participación de viceministros, directores nacionales y una amplia representación de expertos científicos del país. La primera de estas reuniones plenarias correspondió a la especialidad de oftalmología, fue presidida por el Comandante en Jefe, quien proporcionó una amplia visión de sus ideas sobre cómo desarrollar dicho proceso, que fue decisiva para el resto de las especialidades. Los resultados del estudio se editaron y se imprimieron en folletos correspondientes a cada una de las especialidades médicas y se convirtieron en una imprescindible herramienta para el trabajo.

Desde el ámbito de la planificación, la formación de los especialistas representó un efecto positivo, pues permitió su utilización como objetivo de referencia para alcanzar la disponibilidad considerada necesaria de especialidades médicas para el año 2000. Estas cifras se emplearon en los balances de existencia/demanda en las diferentes especialidades médicas para la elaboración anual de los planes de plazas.

A partir de estos estudios se trabajó en la unificación e integración de la proyección para la formación de especialistas por año, teniendo en cuenta el efecto de las bajas por diferentes causas y las demandas

hasta el año 2000. Este trabajo se sustentó sobre un estudio inicial de la proyección de las demandas de servicios que requeriría la población cubana, que incluía la demanda de la atención médica hospitalizada, atención ambulatoria y de urgencias, expresada en el número de camas de asistencia médica, consultas, horas de guardia médica y otros procederes y el número de especialistas que estas formas de atención requerían. Los resultados de este trabajo fueron presentados al Comandante en Jefe para su aprobación.

Plan de actividades del hospital

En los primeros años de la década de los años 80 se confeccionó e implementó nacionalmente en todos los hospitales del país, con resultados favorables, el plan de actividades del hospital, denominado comúnmente como Libro Verde debido al color de su cubierta. La experiencia obtenida desde la década anterior con una herramienta similar en los policlínicos, el denominado Libro Rojo, con resultados positivos reconocidos, constituyó también una razón para fundamentar la confección y utilización de este plan de actividades (MINSAP, 1980).

En la presentación del libro verde se plantea el elevado costo de los servicios que prestan estas instituciones (60 % del presupuesto de la salud pública). Expresa el concepto de eficiencia y racionalidad y formula que la utilización de los medios de que disponen las unidades asistenciales se realice de forma planificada, de modo que se preste una asistencia médica de alta calidad científica con el uso más racional posible de los recursos humanos y materiales.

El objetivo de la confección de este libro y su implementación fue poner a disposición de los directores de hospitales una herramienta metodológica que les permitiera de forma comprensible y práctica, planificar de manera eficiente los considerables recursos tecnológicos y los suministros especializados. Planificación necesaria debido a la complejidad de los medios diagnósticos y terapéuticos de que debían disponer y por el elevado efecto médico y social que debían desempeñar dentro de la red de unidades asistenciales del sistema de salud.

Esta importante herramienta contenía los siguientes acápite:

- Características sociodemográficas de la población a atender.
- Plantilla, estructura y composición de sus recursos humanos.

- Dotación de camas.
- Tecnología médica y no médica disponible.
- Niveles de actividad a planificar: consultas, urgencias, utilización de las camas, actividad quirúrgica y otros indicadores de servicios.
- Planificación de las actividades docentes.
- Principales indicadores del plan de la economía incluyendo inversiones y mantenimiento.
- Ejecución del presupuesto y su control.
- Resultados cualitativos de la actividad asistencial.

Es conveniente hacer notar que, en esta fundamental herramienta, el concepto de eficiencia estaba presente en los indicadores utilizados en su composición, ejemplos de ello son los planes de consultas y de ingresos y su evaluación, los planes de la actividad quirúrgica, la utilización de las camas, la ejecución mensual del presupuesto y otros indicadores económicos.

La implementación de esta herramienta metodológica tuvo una connotación positiva sobre el trabajo de las instituciones hospitalarias. Entre otros resultados favorables, se comenzaron a utilizar con frecuencia, sin precedentes hasta entonces, los términos eficiencia y racionalidad en la utilización de los recursos, lo que se reflejó en la celebración de seminarios y eventos sobre esta temática.

Planes de consultas y de utilización de las camas

Los planes de servicios fueron un instrumento creado en la década de los años 80, tuvieron como objetivo planificar los volúmenes de servicios y estaban basados en la disponibilidad de capacidades existentes de consultas, camas hospitalarias, recursos humanos especializados y en los requerimientos de consultas médicas derivadas de los programas de salud y de la demanda histórica. Estos planes se fundamentaban en las normas elaboradas previamente para el período, las cuales se habían identificado en las premisas y metas resultantes de trabajos anteriores, entre ellos, "Desarrollo de la Salud Pública. Perspectivas hasta 1985", "Desarrollo de las Especialidades Médicas hasta el año 2000" y otros (MINSAP 1980, 1988).

En esta etapa los volúmenes de servicios a alcanzar, de acuerdo a lo previsto, estaban muy influidos por los conceptos entonces prevalecientes en países considerados con sistemas de salud avanzados, principalmente europeos y con percepciones semejantes también prevalecientes en los países del campo socialista, que indicaban una aparente necesidad de obtener importantes crecimientos en los volúmenes de servicios de hospitalización y ambulatorios que no son actualmente los utilizados a nivel internacional.

Debe resaltarse que estos planes fueron un factor positivo, no solo en la planificación de los servicios, sino también en la organización de las actividades asistenciales y pueden ser considerados dentro de los primeros esfuerzos, que de forma objetiva llevaron a la creación e incorporación de indicadores de eficiencia en la gestión de las capacidades, en el rendimiento de la fuerza de trabajo calificada, en la utilización de las camas, salones de operaciones y otros; representaron un importante paso en la introducción del concepto de eficiencia y de racionalidad en el uso de los recursos.

Los planes de servicios se constituyeron en una herramienta que ayudó en la toma de decisiones, puesto que se tenía la certeza, mediante la comparación de los recursos y los servicios, que al crecimiento del número de médicos y al incremento de las capacidades por la puesta en marcha de nuevas inversiones, no se correspondían incrementos proporcionales en los volúmenes de servicios consumidos por la población, como son las consultas médicas y los ingresos hospitalarios.

Estos planes tenían característica territorial, lo que permitía comparar las provincias y conocer las que se apartaban de los promedios nacionales.

Planes de plazas

Desde inicios de la década de los años 80 se comenzó a confeccionar anualmente los llamados planes de plazas, que no era más que planificar el número de nuevos ingresos en las residencias médicas y estomatológicas, de acuerdo a las demandas de especialistas calculadas para cada especialidad en correspondencia con las necesidades del Sistema

Nacional de Salud. A pesar de no tener la magnitud y el peso actual de la demanda de especialistas para la exportación de servicios, desde el inicio se incorporaban los requerimientos de la colaboración médica en base a las especialidades más demandadas.

Estos planes de plazas de conjunto con las propuestas de ubicación de los recién graduados, una vez analizados en el Consejo de Dirección del MINSAP, se enviaban a la dirección del país, que les había conferido una especial prioridad, para su aprobación. En otro orden de información, estos planes de plazas tuvieron un papel decisivo en la rápida extensión de la atención por los médicos de la familia, experimentada en los años 80 y en la formación planificada de las especialidades médicas y estomatológicas de acuerdo a los requerimientos calculados en las proyecciones previstas en el plan quinquenal 1981-1985 y en la estrategia hasta el año 2000.

La planificación de la fuerza calificada y especializada como objetivo estratégico tendría siempre un carácter centralizado, y se presenta como un plan nacional para su aprobación y así asegurar que se cumpla la política del país.

La base fundamental en que se basaron estos planes desde su inicio fueron los balances disponibilidad/demanda de cada especialidad médica y estomatológica, los cuales estaban descentralizados en su confección para cada provincia, bajo la aplicación de una metodología nacional. La elaboración de los balances de la fuerza de trabajo calificada: nacional (con la participación de los grupos nacionales de las especialidades), provincial y municipal, se hacía de forma anual en sus diferentes componentes, estructura, formato y aspectos metodológicos.

Estudio de la regionalización de los servicios de la Ciudad de La Habana

La inauguración del Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras y la apertura del hospital Julio Trigo, determinó la necesidad de hacer una investigación para una nueva regionalización de los servicios de salud en la capital del país. Para esto, fue necesario estudiar, desde el punto de vista de la salud, a la población vinculada a todos los policlínicos de la ciudad, bajo el principio de que esta población estuviera a una distancia peatonal del policlínico correspondiente y

por otro lado, precisar una nueva vinculación de los policlínicos con los hospitales a partir de considerar los nuevos servicios que aportaba el hospital Hermanos Ameijeiras.

Objetivos, propósitos y directrices para Incrementar la salud de la población cubana (1992-2000)

Este programa se confecciona entre diciembre de 1991 y febrero de 1992, etapa en que en el orden externo ya se hacían evidentes las enormes restricciones a la economía que sufriría el país, debido a la desaparición de la URSS y del resto del campo socialista, del cual dependían nuestras relaciones económicas externas y de donde se recibía la casi totalidad de los suministros importados, con la inevitable repercusión que esta realidad objetiva tendría sobre la adquisición de los recursos corrientes y bienes con destino al Sistema Nacional de Salud. La Dirección de la Revolución, a pesar de las circunstancias anteriores, tiene la voluntad política de mantener en lo posible los logros alcanzados en la salud de la población (MINSAP, 1992).

En el orden interno del propio sistema de salud, dos características esenciales conformaron el escenario en dicha etapa:

- Los cambios en la morbilidad y mortalidad de la población cubana, en los que se hacía evidente la significativa disminución de las enfermedades infecciosas que ya ocasionaban solo 1,5 % de los fallecimientos de los cubanos y el ascenso de las enfermedades crónicas no transmisibles, responsables entonces de 70 % de las muertes.
- La existencia de un vasto potencial de recursos humanos, una suficiente capacidad de la red de instituciones existentes y una importante dotación de recursos tecnológicos, organizados en un sistema de salud consolidado que ya había demostrado buenos resultados en garantizar la salud de la población.

El análisis objetivo de las situaciones señaladas, indicaba la posibilidad de que, utilizando inteligentemente los factores positivos internos, se podría aun en condiciones tan difíciles, avanzar y continuar mejorando la salud de la población cubana e incluso, las acciones que generara el cumplimiento de este programa podría ser la estrategia de la salud pública para enfrentar los efectos restrictivos de la crisis.

Los objetivos del programa estaban encaminados a:

- Disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles.
- Mantener y mejorar la situación de salud alcanzada en las enfermedades infecciosas.
- Consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.

En este programa se formularon 27 directrices generales y 31 específicas, las cuales expresaban las líneas de acción para el logro de los objetivos planteados.

Programas relevantes desarrollados en el período como parte de la estrategia para convertir a Cuba en una potencia médica mundial

El Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, dedica un importante espacio a la explicación de la política de salud y a sus impactantes resultados en la clausura del III Congreso del PCC:

Las obras para la salud, por la alta prioridad humana y social que les concede la Revolución, unida a la necesidad de proteger a la población de posibles agresiones de tipo biológico, crecieron 51 % con respecto a lo construido en el anterior quinquenio.

Se hicieron 31 salas de terapia intensiva pediátrica, se terminaron seis importantes hospitales, se remodelaron 10 y además, se edificaron 43 policlínicos. En las obras de la salud, se incluyen, por cierto, las construcciones para las facultades de ciencias médicas en todas las provincias.

Solo en los hospitales pediátricos se invirtieron 40 000 000 de pesos, de ellos, 20 000 000 en equipamiento. A esto se añade un nuevo, importante y modernísimo servicio de cirugía cardiovascular y cardiología infantil que están pleno proceso de creación y será ya pronto una realidad.

La apertura de centros como el Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras, donde se acaban de realizar con éxito los primeros trasplantes de corazón llevados a cabo en el

país, permite la introducción de nuevas líneas de desarrollo en el Sistema Nacional de Salud y el perfeccionamiento de los médicos especialistas.

La técnica de ultrasonido diagnóstico se aplica en 65 hospitales de todo el país, donde se realizan 1 000 000 de exámenes al año. Igualmente se introdujo en este quinquenio la técnica de la tomografía axial computarizada.

Se abrieron 11 nuevas facultades de medicina y se ampliaron otras tres, existiendo, por lo menos, una o más de una en las 14 provincias del país. Se pusieron en marcha 7 modernos politécnicos de la salud para la formación de los técnicos medios y enfermeras PCC.1986).

El escenario que propició estos impresionantes avances en el desarrollo de la salud pública cubana, sufrió un abrupto cambio por condicionantes externas al proceso revolucionario, a la construcción del socialismo cubano y a la voluntad del Estado cubano. Es conocida la marcada descapitalización y el efecto restrictivo por la escasez de recursos que sufrió el sistema a inicio de los años 90 del pasado siglo xx, debido a la crisis económica que afectó severamente al país como consecuencia de la desaparición de la URSS y del campo socialista.

Era inevitable que los efectos negativos de la crisis alcanzaran a la organización de la salud, pero el alto potencial de recursos humanos, materiales y tecnológicos que habíamos logrado alcanzar, permitieron en lo esencial mantener los logros en la salud del pueblo e incluso, la mayoría de los indicadores de salud no se deterioraron o continuaron mejorando, lo que puede considerarse como resultados de la política, programas y acciones que en su conjunto constituyeron la estrategia de la potencia médica.

Pueden mencionarse los siguientes ejemplos:

- La tasa de mortalidad infantil se redujo de 16,5 fallecidos por 1000 nacidos vivos en 1985 a 10,7 en 1990 y continuó descendiendo hasta 9,4 en 1995, a pesar del período más agudo de la crisis.
- A pesar de las fuertes restricciones no se cerró ninguna institución de salud.

- En la década 1985-1995 se graduaron 40 000 nuevos médicos, de ellos alrededor de 17 000 en la etapa 86-90 y aproximadamente 22 00 entre 1991 y 1990, cuando ya estaban presentes las serias restricciones del período especial.
- A todos los graduados se les garantizó su ubicación y empleo en el sistema de salud y las capacidades docentes para continuar su especialización.

Es justo destacar la intensa actividad del MINSAP, de sus cuadros, especialistas y funcionarios, así como de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud en esta etapa, y subrayamos que el logro más extraordinario de ese período, es el haber sabido interpretar el pensamiento del Comandante en Jefe para llevar al sistema de salud al compromiso de consagrarse en el desarrollo de los programas que emanaban de la estrategia concebida para hacer de Cuba una potencia médica (MINSAP, 2019).

Higiene y epidemiología

En el país han ocurrido epidemias importantes después del triunfo de la Revolución (Más, P., 2020), las más relevantes fueron las de fiebre tifoidea, influenza A2 Hong Kong, conjuntivitis hemorrágica aguda, me-ningoencefalitis viral, enfermedad meningocócica, síndrome de Guillan Barré, entre otras.

En el período que se analiza, destacan las de dengue, VIH/sida y neuropatía epidémica, que constituyeron un reto para el sistema de salud en general y en particular para el área de higiene y epidemiología, en el abordaje de las medidas antiepidémicas para su control, por la complejidad del momento.

Un momento histórico de la década de los años 80, específicamente en el 1981, ocurre la epidemia de dengue. Ante la crítica situación epidemiológica que se crea en el país el Comandante en Jefe decide realizar una investigación sobre la situación general de la salud pública y que tuviera en cuenta la formación integral del personal de salud, la docencia y su vínculo con la atención médica; encarga para esta tarea al Vicepresidente del Consejo de Ministro y Ministro de Educación en ese momento, José Ramón Fernández, quien con apoyo de figuras de las

ciencias médicas hizo un levantamiento de las fortalezas y debilidades del sistema de salud en ese momento y permitió a la dirección del país tomar decisiones que elevaron los estándares de la situación sanitaria.

La epidemia de dengue hemorrágico, que se introdujo en Cuba, existen pruebas irrefutables de ello, afectó a 344 203 personas y causó 158 fallecidos, de ellos 57 niños. Los gastos para enfrentarla conjuntamente con la campaña antivectorial para combatir el agente trasmisor, ascendieron a 103 151,643 dólares (Guzmán *et al*, 1992).

El Dr. Terry Molinert, viceministro de Higiene y Epidemiología, puntualiza que se pudo identificar que estaba circulando el serotipo 2, y el diagnóstico se hizo en el Instituto de Higiene y Epidemiología por el profesor Más Lago y en el Instituto de Medicina Tropical por la profesora Guzmán, ambos llegaron al diagnóstico el mismo día. Estas pruebas se llevaron al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EE. UU. y se corroboró la veracidad del diagnóstico.

No existen registros que demuestren epidemias de enfermedad meningocócica en Cuba previo al siglo XIX, aunque hay investigaciones sobre meningitis sin precisar etiología en los finales de ese siglo (Batlle y Dickinson, 2019).

En Cuba, la enfermedad meningocócica se había detectado en casos aislados y algunos brotes previos a 1979. A partir de ese año comienza una epidemia que inicialmente fue causada por *N. meningitidis* del serogrupo C y luego de una vacunación masiva cambia a sero-grupo B y alcanza sus cifras máximas en 1983 (1420 enfermos y una incidencia de 14,4/105 habitantes). En ese momento, 98,7 % de los casos son causados por el serogrupo B y se considera a la enfermedad meningocócica el principal problema de salud del país (Valcárcel, M., *et al*, 1991).

Ante la ausencia de una vacuna efectiva contra el serogrupo B, se inicia un intenso bregar de nuestros científicos a partir de 1984 por encontrar una solución a tan complejo problema de salud.

El Dr. Terry Molinert, conoce cuanto afectó esta mortal epidemia y la impotencia que provocaba en la dirección del país, en el personal de salud y en la población en general. El compañero Fidel mostró en todo momento su preocupación por la situación de vulnerabilidad que provocaba la enfermedad y a tal efecto, se decidió formar grupos reducidos de investigadores con el objetivo de lograr una vacuna que inmunizara contra el serotipo B, todos teníamos la convicción de que era posible a pesar de que los organismos

e instituciones internacionales preconizaban la tesis de que esto no era viable por las características bioquímicas de este serotipo.

La primera investigación oficial sobre la meningitis meningocócica, comenzó en una casa adaptada como laboratorio experimental, allí trabajaban la Dra. Campa, el Dr. Sierra y sus colaboradores. Casi todas las noches eran visitado por Fidel, muy interesado en el trabajo que allí se realizaba, intercambiaba con los investigadores sobre los progresos, y proporcionaba el equipamiento necesario para el desarrollo de dicha investigación.

Aquel pequeño grupo de investigadores iba logrando avances muy significativos por lo que se decidió que se trasladaran al Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología con más condiciones técnicas y sanitarias, y es allí donde se obtiene el resultado esperado: una vacuna enteramente cubana contra el serotipo B de la meningitis meningocócica. proporcionaba el equipamiento necesario para el desarrollo de dicha investigación.

No tardó en comenzar una campaña de descredito por los enemigos de la Revolución cubana, cuestionaban la veracidad de los resultados obtenidos y circularon la noticia de que Chile había descubierto la vacuna contra el serotipo B de la meningitis meningocócica, que resultó ser una *fake news*. Se organizaron conferencias con los diferentes medios de prensa cubana e internacional, estábamos comprometidos y decididos a defender el éxito de nuestros científicos y evitar que se repitiera la historia de Carlos J. Finlay en relación con el descubrimiento del mosquito *Aedes aegypti* como trasmisor de la fiebre amarilla.

En Brasil, trataron de bloquear la entrada de la vacuna, a pesar de que tenían una alta mortalidad por el meningococo B, con el apoyo del Representante de la Organización Panamericana de la Salud, Joao Junes, persona que simpatizaba con la Revolución cubana, se logró que los gobernadores de algunos Estados brasileños la incorporaran en su programa de vacunación.

Así entra a Brasil la vacuna contra el meningococo B, los científicos Campa y Sierra dieron un ciclo de conferencias y se fue abriendo el camino para que la vacuna se utilizara cada vez más.

Como parte de los esfuerzos por lograr el reconocimiento de nuestra vacuna se invitaron y nos visitaron algunas de las personalidades más brillantes que en el mundo habían investigado el meningococo en Islandia, URSS, EE. UU. y Sudáfrica y quedaron impresionados.

El preparado vacunal obtenido en el Instituto Finlay de La Habana con nombre comercial VAMENGOBC[®], demostró seguridad y efectividad contra los serogrupos B y C, por lo que se decidió su aplicación de forma masiva a la población de mayor riesgo con el objetivo de acelerar el descenso de los contagios y evitar la mayor cantidad de muertes y secuelas posibles (Valcárcel et al, 1991).

Continúa el descenso mantenido de la morbilidad y en 1991, la vacuna se incorpora al Programa Nacional de Inmunización y se aplica en los niños a partir de los 3,5 meses de edad. En 1993, la incidencia se reduce a los niveles previos a la epidemia y desde entonces se mantienen cifras de enfermedad meningocócica inferiores a 1,0/105 habitantes (Pérez et al. 2010).

Una vez controlada la epidemia, se observa la creciente emergencia de otras bacterias causantes de infecciones microbacterianas ambientales, entre las que sobresalen *H. influenzae* y *S. pneumoniae*. La presencia de la enfermedad meningocócica se mantiene con casos aislados en todo el país a partir de la vacunación con VAMENGOBC[®] contra *N. meningitidis* B-C (Dickinson y Pérez, 2005).

Desde inicios del año 1983, aparecieron en Cuba las primeras informaciones sobre la situación que venía produciéndose en algunos países con el sida. Rápidamente, el Ministerio de Salud Pública comenzó a tomar una serie de medidas para controlar y evitar su diseminación en el país.

En octubre de ese año se pone en vigor un sistema de vigilancia epidemiológica en las unidades hospitalarias, que incluía la información de los casos positivos de sarcoma de Kaposi, neumonías a repetición o cualquier otro proceso que pudieran hacer pensar en sida.

En 1985 se elaboró y estableció el programa de VIH/sida que tenía como objetivo fundamental limitar la diseminación de la enfermedad en el país.

El Dr. Terry hablándonos sobre el sida dijo: "...hubo una orientación muy precisa de Fidel: el sida no se nos puede convertir en un problema de salud", y nosotros sabíamos que la tarea era muy importante y difícil pues se conocía muy poco sobre el virus y todavía se desconocía su vía de transmisión.

No tardaron los enemigos en comenzar los ataques. Carolyn Marlew, profesora de la Universidad de Miami, enemiga de la Revolución

cubana, planteaba la hipótesis de que el sida lo habían traído a las Américas los internacionalistas cubanos que estaban en Angola. Cuando aquello teníamos nuestras tropas y estaba la guerra en Angola, no debemos olvidar eso. Como relata Dr. Terry, el compañero Pepín Naranjo lo llama y le dice: "Oye, ¿tú estás viendo en los cables lo que están diciendo?, y se comienza a crear la estrategia para enfrentar el sida en Cuba".

Se organiza, a los pocos días, el grupo operativo para la eliminación y erradicación del sida (GOPEL). Lo presidía el general de división Senén Casas Regueiro, y lo integraba la ministra de ciencia y técnica, El ministro de salud pública, los compañeros del grupo de apoyo entre otros; es decir, estaba el Gobierno y el Partido jerarquizando la actividad. Por supuesto, el compañero Fidel asistía a algunas reuniones para darle seguimiento permanente al problema del sida.

El Dr. Terry nos comenta sus recuerdos de cuando tuvimos la certeza de que podíamos realizar la prueba para el diagnóstico de la enfermedad. Se le comunicó al Comandante Fidel la noticia, y sin demora se tomó la decisión, se situaron los fondos en Holanda para comprar la tecnología a la casa Organón y en París a la casa Pasteur, de forma que fueran dos procedimientos, pues queríamos hacer pruebas confirmatorias, porque cuando aquello no teníamos el Western Blot, enviamos muestras de un grupo de casos para ver si se confirmaban nuestros resultados en los laboratorios de los fabricantes y efectivamente, se confirmaron.

El Comandante en jefe no se conformó con esto y orientó que trabajáramos para adquirir e incluso producir en el país los medios para hacer la técnica del Western Blot, específica para la confirmación de una prueba presuntiva o de tamizaje, tipo ELISA (acrónimo del inglés Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay); además podría utilizarse en grupos de población que no fueran de riesgo, en la investigación de la población donde la prevalencia fuera muy baja y en individuos infectados que estuvieran asintomáticos, lo que evitaría nuevas infecciones.

Se trajeron cepas del virus vivo a Cuba y Fidel quiso ver el microorganismo. En el laboratorio, y tras cumplir con las medidas de seguridad establecidas, se acercó al microscopio y observó el virus, este sencillo gesto demostró el compromiso, sensibilidad y el sentido de solidaridad del jefe de la revolución cubana con su pueblo.

Desarrollamos una estrategia de trabajo, donde se empieza a examinar a todas las personas que habían estado en el continente africano, en la guerra o en la paz, se le hacen las pruebas a todos los internacionalistas que habían estado allí. Así pudimos determinar que el país estaba en muy buena situación epidemiológica.

Para el tratamiento, se tomó la decisión de crear sanatorios con todas las condiciones para el ingreso de los pacientes. Esto también tuvo repercusión internacional y los críticos de la Revolución cubana empezaron a acusarnos de que teníamos una persecución contra los homosexuales, querían culparnos de lo que estaba sucediendo con el sida.

En todos los continentes se hablaba del programa del sida en Cuba, venían los medios noticiosos aquí para hablar del programa y así se fueron extendiendo nuestras investigaciones, acciones y transmitiendo la verdad.

Era un momento difícil, el mundo estaba consternado pero muchos países no lo tomaron en serio, en los EE. UU., Ronald Regan, que era presidente en aquel momento dijo que "... a los pacientes de sida había que meterlos en un congelador, para que se murieran congelados". Con los más diversos enfoques se estaban tratando la enfermedad en cada país.

Cuba anualmente diagnosticaba pocos casos y mejorábamos notablemente la mortalidad. En los sanatorios teníamos a los pacientes muy bien alimentados, muy bien atendidos por equipos multidisciplinarios, que les garantizaba bienestar, medicación y apoyo psicológico.

Formación de recursos humanos

La formación de recursos humanos en Cuba ha sido un factor de máxima relevancia, está definida bajo el principio fundamental de la educación médica, mediante la integración docente, asistencial e investigativa en el sistema de salud, lo que garantiza que los estudiantes se incorporen a los escenarios docente asistenciales mediante la interacción de la universidad con la sociedad. Los diseños curriculares están basados en los principales problemas de salud de la población y el medioambiente, con énfasis en la atención primaria de salud. Desde 1959 se han graduado cerca de 350 000 profesionales; de ellos, 41 000 extranjeros. Además, en 12 países se forman más de 30 000 estudiantes en las brigadas médicas internacionalistas cubanas (Vela *et al*, 2018).

En el período 1980-1995, el Comandante en Jefe generó toda la concepción, implementación e infraestructura del sistema de docencia médica media y superior en el sector de la salud.

Conversamos con el viceministro de docencia Dr. Juan Manuel Diego Cobelo⁷, y recordamos cómo para el comandante Fidel lo máspreciado era el recurso humano, y por lo tanto, lo fundamental era la calidad en la formación de ese personal. En ese sentido, se le prestaba especial atención no solo a la formación de pregrado, sino también a al proceso de perfeccionamiento de las especialidades médicas. Él decía:

Nosotros no tenemos dinero para comprar un equipamiento de última generación para todos los lugares, pero haciendo un esfuerzo y sacrificio podemos tener en un lugar determinado, un departamento que esté a la misma altura de la especialidad en el mundo y ahí vamos formando los recursos humanos, buscaremos intercambios con otras universidades y centros de prestigio internacional para pasantías, porque lo que no puede pasar es que un día determinado tengamos dinero y podamos comprar los equipos y no tenemos la gente preparada para su utilización.

A partir de 1982, se identificaron un conjunto de dificultades en los planes de estudio, entre ellas, la no integración docente-asistencial-investigativa, la deficiente infraestructura de las facultades, el limitado fondo de tiempo en las áreas clínicas para dedicárselos a la educación médica, la falta de materiales para la docencia en entrenamiento. Se comenzó a trabajar en el plan de estudios, se creó un grupo y se designó al Dr. Pérez Carballá como coordinador de esta actividad, quien pondría su experiencia y su manera de enfocar las cosas para conseguir armar el programa que pedía Fidel, un médico de alto nivel, que fuera integral.

Se crearon varias comisiones para visitar universidades de prestigio mundial, dos estaban en países del extinto campo socialista: la URSS y Checoslovaquia y cinco, en países capitalistas, dos en América: Canadá y EE. UU. y tres de Europa: Francia, Suecia e Inglaterra.

Una de las delegaciones la presidía el Dr. Gómez Cabrera, la integraban los doctores Vela Valdés, Galego Pimentel, Rodríguez Silva, Rodríguez Rivera y O´Farrill Mons. Visitaron EE. UU. y Canadá. Empezaron por Canadá, tres escuelas de medicina, en Montreal, y Toronto y tres

escuelas de medicina en los EE. UU.: Mont Sinaí en Nueva York, George Washington en Washington y la Universidad de Temple en Filadelfia. Así se pudo apreciar la relación de la universidad con el sistema de salud, el tratamiento que se le daba a los profesores asistenciales, además se aprovechó para comprar los libros de estudio (Vela *et al*, 2018).

Con el Dr. Vela, rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas, conversamos sobre su experiencia con los planes de estudio, nos dice:

...han habido 6 planes de estudios con la Revolución, pero el que *parte agua*, el que fija un *antes* y un *después* es el de 1985, porque ya estaba la concepción del médico de familia, se empieza a estudiar medicina en la comunidad, está centrado en el estudiante, cambia el papel del profesor, tiene como objetivo principal el estudio-trabajo; la educación en el trabajo, el estudiante aprende trabajando y aprende trabajando en la comunidad.

Se crean los departamentos de medicina general integral en las facultades, se crea la especialidad en medicina general integral, que tanto quería el compañero Fidel y se aumentan las horas docentes en los escenarios de la atención primaria. La cantidad de horas que tienen los planes de estudio en la atención primaria, no las tiene nadie en el mundo (Vela *et al*, 2018).

El valor objetivo y la trascendencia de estos hechos demuestran lo importante que ha sido la formación de los profesionales de la salud.

Los intercambios con el Comandante en Jefe dieron origen a la idea de la formación de un médico diferente, el médico de familia.

Este profesional en su ámbito atendería unas 600 personas entre mujeres, embarazadas, niños, adultos mayores y ancianos. Se tuvo en cuenta que un núcleo familiar tendría alrededor de cinco personas, y se planteó que pudieran ser 120 familias, se le lleva la propuesta al Comandante en Jefe y se denominó el Programa de las 120 familias.

Ese programa se inicia con un grupo de tres médicos en Fomento. Se hizo un plan inicial con los tres médicos, allí se les construyó la vivienda, el consultorio y otros espacios. Tres en Fomento, tres en Vertientes, tres en Guane y otro grupo comenzó en el policlínico Reina, que después se trasladaron para el policlínico Plaza con el doctor Ordóñez.

El profesor Cobelo, al referirse al programa del médico de familia expone que el compañero Fidel se había entusiasmado tanto con esa experiencia que pidió le entregaran 10 residentes de medicina, seleccionados por su calidad humana, por su condición revolucionaria, para un proyecto revolucionario que él iba a comenzar, cuando tuvimos los seleccionados los ubicó en el policlínico Lawton y con este núcleo básico comenzó a desarrollar el proyecto.

El Dr. Llerena, director provincial de salud en aquel momento, participó en esta experiencia; se seleccionaron los locales donde trabajarían. Llerena siempre narra una anécdota muy interesante: una madre que había perdido a su hija donó el local donde esta residía al lado de su casa, en reciprocidad a la magnífica atención médica recibida, aunque la muchacha falleció. Este local se adecuó y fue el consultorio del médico de la familia de esa comunidad.

Con estos 10 médicos se trabajó arduamente, el Comandante los visitaba semanalmente o los citaba al Consejo de Estado, eran apoyados por un equipo multidisciplinario formado por alrededor de 20 compañeros que laboraban en la organización y diseños para el desenvolvimiento de su actividad.

A la pregunta de por qué Lawton, fue por su similitud social, y económica con una gran parte del territorio nacional.

Con esto se planteó un nuevo concepto revolucionario de la formación médica cubana, enunciado por Fidel cuando expresó:

...nosotros tenemos la universidad, la Universidad Médica son los Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y todas las instituciones de salud son la universidad. Tenemos que hacer del Ministerio de Salud Pública una gran universidad". Hubo docencia en hospitales rurales, en hospitales municipales, en hospitales provinciales, se daba docencia en los policlínicos, se crearon los policlínicos docentes. "...en definitiva se estaba cumpliendo con el principio de que la docencia es para la asistencia (Vela et al, 2018).

Se inicia el diseño del sistema docente con el planteamiento de Fidel: "tenemos que hacer 21 facultades en el país, una para cada provincia, dos para oriente y siete para La Habana...". Entonces se fue

desarrollando esta idea, lo que fue una nueva etapa para el MINSAP, ya con un concepto integral de la investigación, la docencia y la asistencia, desde la formación politécnica y universitaria, y en el marco de cuatro momentos fundamentales en que se socializaron y analizaron estas ideas. Estos momentos fueron: la reunión con el destacamento Carlos J. Finlay, el primer claustro de profesores del Instituto Superior de La Habana, el claustro nacional y la reunión con los estudiantes de medicina y sus organizaciones (Vela *et al*, 2018).

El pensamiento del Comandante en Jefe Fidel Castro sobre la formación de recursos humanos en la salud, era muy clara, había que trabajar en la formación ética, humanista, patriótica e internacionalista; decía que no se puede concebir una brigada internacionalista como la Henry Reeve, con médicos que no tienen valores, médicos que no tienen formación humanista, que no tienen ética (Castro, 1990).

La calidad en el proceso docente

No hacer nunca una concesión, fue el principio que guiaba a los decisores del proceso de formación de los profesionales de la salud en Cuba. Cuando el país se quedó con 6000 médicos, se le presentaron varios planes de formación al compañero Fidel, parecidos al de los médicos descalzos en China,¹ el *feltcher* soviético,² para formar en 3 o 4 años. El Dr. Vela nos comenta que nunca aceptó. Fidel decía que el médico tiene que ser de buena calidad, no hacer concesión nunca en la calidad de la formación del médico, en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; es decir, necesitábamos un médico que tuviera una formación integral, que no fuera un curador, que tuviera conocimientos en las cuatro fases de atención en la salud: la promoción, la prevención de las enfermedades y el daño, la curación y la rehabilitación. Sobre todo, la rehabilitación con base comunitaria.

¹ El presidente Mao Zedong (1943-1976) creó un sistema que daba entrenamiento médico y paramédico básico a algunos campesinos para que ellos pudieran brindar atención médica y sanitaria en sus poblados. Se descalzaban para trabajar en los campos de arroz.

² El *feltcher* soviético, es similar a los médicos descalzos de China, sobre todo en invierno, en áreas rurales distantes de instituciones hospitalarias, se ubicaban ambulancias con personas preparadas en los procedimientos paramédicos básicos para la atención sanitaria de esas poblaciones.

Teníamos que lograr la educación médica extensiva, para todo el país; lo que se implantara en La Habana había que extenderlo para todos los cubanos.

La integración docente-asistencial-investigativa

Fidel sabía muy bien la diferencia que había entre ser médico y ser profesor. Son dos especialidades, por eso insistía mucho a los rectores y profesores en el perfeccionamiento de la actividad pedagógica; ¡al médico profesor hay que enseñarle a enseñar! Por eso se crearon los cursos de superación profesional y de superación pedagógica. Otra idea de Fidel que se generalizó: “donde existe un buen servicio médico, se puede formar un estudiante de medicina y ese médico que está ahí se puede convertir en un profesor”.

En esa etapa se crea la revista *Educación Médica Superior* y la revista *16 de abril*, esta última, una revista de estudiantes de medicina, que empezó siendo de contenido político, pero a los pocos años pasó a ser una revista científico-estudiantil, se convirtió en una revista nacional y surge la Editorial Ciencias Médicas.

La formación médica para Cuba y el mundo

Cuba en esos momentos tiene 92 000 médicos según el anuario de 2017 del MINSAP, una relación de 122 habitantes por médico, 89 médicos por 10 000 habitantes. Nunca van a sobrar médicos, porque hacen falta muchos médicos en el mundo y donde único se están formando es aquí en Cuba. En el país se graduaban todos los años un elevado número de médicos, que desde entonces cumplen la noble labor internacionalista, que se mantiene hasta la actualidad.

En muchos países del mundo, la docencia médica va por un lado y la asistencia médica va por el otro; los decanos y las facultades de medicina, a veces no conocen al ministro de salud, ni este a los decanos. Los planes de estudio de esas carreras de medicina son copiados de los países desarrollados, pero no tienen nada que ver con la realidad sanitaria de su pueblo. Aquí los planes de estudio están hechos sobre la base de los principales problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Como dijera Fidel “tenemos que hacer del Ministerio de Salud Pública una gran universidad”, y así se hizo.

Se crea el destacamento de ciencias médicas Carlos J. Finlay. En él ingresan jóvenes escogidos por su vocación, su expediente y su conducta revolucionaria.

Aparece el especialista de medicina general integral con la concepción de tratar al individuo y a la familia en su conjunto, pero además tratar el medio ambiente; es decir, el médico de la familia atiende a sus pacientes, a partir de los análisis de la situación de salud del barrio, los problemas del medio ambiente que afectan a esa zona y los determinantes sociales de la salud que pueden influir en el estado de salud de la población.

Se crea la avanzada Mario Muñoz, que integran los alumnos del quinto y sexto año de la carrera de ciencias médicas.

Desarrollo técnico material

En la década de los años 80, siglo xx y por iniciativa del Comandante en Jefe se había iniciado un programa de incremento en la dotación de las camas de hospitalización con la construcción de nuevos hospitales en las cabeceras provinciales y ciudades importantes, este esfuerzo inversionista iba acompañado de un mejoramiento y ampliación de los hospitales existentes en La Habana y el resto del país, modernización de los servicios, inversiones tecnológicas que completaron un colosal esfuerzo en tiempo record; en este ambicioso programa se compraron nuevos equipos que posibilitaron dotar al Sistema Nacional de Salud de las tecnologías médicas más avanzadas.

Para la adquisición, distribución y montaje de estos equipos se implantó una metodología que se cumplió con mucha rigurosidad, los equipos se compraban según lo establecido por la Dirección de Inversiones del MINSAP, se adquirían los módulos y se coordinaba su entrega e instalación en el destino directamente con las provincias, de esta forma se obviaba la estancia en los almacenes. Estos planes eran controlados por el ministerio con la colaboración del grupo de apoyo del comandante en Jefe, así se ejecutaron los cardiocentros, se aseguró el programa materno infantil, el programa del médico de la familia y la genética médica, entre otros.

Todas las áreas del ministerio de conjunto con las direcciones provinciales de salud garantizaron la ejecución de estos objetos de obra. El

ingeniero Angurel, director de inversiones del MINSAP, visitaba las obras en ejecución y controlaba periódicamente los programas priorizados.

En la empresa de suministros médicos (ENSUME), el ingeniero Rivero Rodríguez recibía a los jefes de las especialidades, y estos con sus criterios contribuían a una correcta planificación de los materiales, instrumentales, equipos y demás necesidades que era necesario adquirir. Con este proceder, se garantizaba en buena medida el funcionamiento óptimo de los diferentes servicios.

A partir de 1984 con la creación del programa del médico de la familia, se adaptaron locales en fábricas, escuelas y se construyeron consultorios en las comunidades, que se equiparon con todos los recursos. Previo a las construcciones, se hizo un concurso que permitió seleccionar 14 proyectos.

En el año 1990 la cobertura médica alcanzó 56,7 % de la población. Se inició así un ambicioso plan de construcción de estructuras docentes asistenciales por todo el país.

El Dr. Estruch, director provincial de salud en Santiago de Cuba en aquellos años, recuerda cómo se transformó el programa materno infantil en Cuba pues la mortalidad materna y la infantil eran elevadas y Santiago de Cuba era de las provincias con más altos índices. Cuando se inició este nuevo programa se decidió construir salas de perinatología en los hospitales ginecoobstétricos para atender a las embarazadas de alto riesgo, terminar las salas de terapia intensiva y adoptar una nueva estrategia: no construir más hospitales clínicoquirúrgicos y dedicar todos los esfuerzos a la construcción de hospitales generales. Es en ese momento que se decide construir tres nuevos hospitales generales, el de San Cristóbal en Pinar de Río, el de Nuevititas en Camagüey y el de Contra maestre en Santiago de Cuba. El grupo de expertos del MINSAP, determinó que los ginecoobstétricos no tenían la capacidad de atención al grave que se necesitaba para las embarazadas con complicaciones de extrema gravedad.

Un acontecimiento de gran trascendencia ocurrió en 1988 al cumplirse un aniversario más del asalto al cuartel Moncada en Santiago de Cuba, Fidel decidió dedicar tres días a inaugurar obras nuevas, lo acompañamos en la condición de ministro de Salud Pública junto con las autoridades de la provincia, se inauguraron 289 obras. En esos días se abrió el hospital

general de Contra maestre, el nuevo hospital integral Mella de Santiago de Cuba, la fábrica RETOMED, para la fabricación de equipos y utensilios médicos, la fábrica de parenterales cuya producción cubriría las necesidades de soluciones parenterales de todo el país.

También se inauguran los consultorios médicos de la montaña, lo que constituyó un importante impulso al programa del médico de la familia.

En ocasión de la inauguración del hospital de San Luis, el comandante conversó con el ministro y con el director provincial para decidir el futuro de los hospitales en la región oriental y se decidió terminar el hospital general Juan Bruno Sayas, que era un futuro hospital militar en construcción que estaba detenida porque sus cimientos se habían debilitados por un terremoto. Se retomó la idea de reforzar los cimientos según lo expresan los arquitectos e ingenieros y convertirlo en un hospital general de 1100 camas, con la tecnología más avanzada que existía en el país en aquellos momentos.

Este hospital se convirtió en el bastión principal de enfrentamiento a las epidemias en el oriente del país, como ocurrió con el dengue y la neuropatía epidémica.

Todos estos hechos nos demuestran que el éxito de este proceso reside en mantener y perfeccionar la estrategia de la Revolución. La evolución de las políticas de desarrollo se convierten de objetivo principal en motor impulsor y fueron la garantía de supervivencia del proyecto cubano en general y en especial en la salud, donde lo económico y lo social se trataron e impulsaron simultáneamente como parte del desarrollo y donde el desarrollo de los recursos humanos ha desempeñado un rol trascendental.

Bibliografía

- Batlle, M.C., Dickinson, F.O. (2019). Historia de la meningitis bacteriana en Cuba: siglo XIX AL XXI. *Rev Habanera Cienc Méd*,18(4), pp. 557-592. En: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2972>
- Castro, F. (1990). Discurso pronunciado por Fidel Castro Ruz, Presidente de la República de Cuba. *Infodir*,(31).En: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1990/esp/f280190e.html>
- Dickinson, F.O., Pérez, A.E. (2005). Bacterial Meningitis in children and adolescents: an observational study based on the national surveillance system. *BMC Infect Dis*,5, p.103. En: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/5/103>

- Guzmán, M., et al. (1992). Estimación de afecciones económicas causadas como consecuencia de la epidemia de dengue hemorrágico ocurrido en Cuba. *Rev Cubana Medicina Tropical*, 44(1), pp.13-17. En: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/733>
- Ministerio de Salud Pública (1980). Plan de Actividades del Hospital. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (2019). Anuario Estadístico 2018. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (1981). Nomenclatura por Tipos y Categorías de la Red de Instituciones del Sistema Nacional de Salud. Resolución No. 185/81. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (1992). Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana. 1992-2000. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (1988). Programa de Desarrollo de las Especialidades hasta el año 2000. (1992). La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (1983). Sistema Único de Normas de Plantillas para unidades del Sistema Nacional de Salud. Palacio de las Convenciones. La Habana: MINSAP.
- Partido Comunista de Cuba (PCC) (1986). Congresos y Asamblea. La Habana: PCC.
- Pérez, A. E., et al. (2010). Community acquired bacterial meningitis in Cuba: a follow up of a decade. *BMC Infect Dis.*, 10, p.130. En: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/130>
- Valcárcel, M., et al. (1991). *La enfermedad meningocócica en Cuba: cronología de una epidemia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Vela, J., et al. (2018). Formación del capital humano para la salud en Cuba. *Rev Panam Salud Pública*, 2, p.e33. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>

Período especial en tiempo de paz

Julio Teja Pérez, Pedro Más Bermejo, María Josefina Vidal Ledo, Julián Pérez Peña, Héctor Terry Molinert, Pedro Rodríguez Fonseca y Carlos Angurel Arias

Impacto en la economía y la salud pública

A finales de los años 80 e inicio de los 90 del siglo xx, Cuba debió enfrentar una crisis muy intensa, de implicaciones fundamentalmente económicas y sociales, que conllevaron a la promoción de determinadas políticas de ajustes que permitieran, primeramente, enfrentarla y sobrevivir y posteriormente, obtener resultados que indicasen una posible salida de dicha crisis (De Miranda y Tabraue, 2000).

Este período de crisis, denominado período especial en tiempo de paz, tuvo diferentes consecuencias en la economía cubana, entre las que se pueden citar: la pérdida de los mercados y de los vínculos económicos que se habían forjado dentro de la Comisión de Ayuda Mutua Económica (CAME); la eliminación o disminución de manera violenta de los abastecimientos de alimentos, tecnologías e insumos y del financiamiento externo (Mesa-Lago, 2005; Marimón *et al*, 2013).

La carencia de divisas libremente convertibles se empeoró, lo que unido a las dificultades financieras derivadas de la deuda externa acumulada, cerraban o al menos limitaban la posibilidad de acceder más o menos rápidamente a los mercados occidentales que hasta entonces habían representado apenas 15 % del giro comercial total del país

La capacidad importadora del país se redujo de unos 8 mil 200 millones de pesos de pesos en 1989 a 2 mil 700 millones en 1992 y a 2 mil 300 millones en 1993, es decir, que en 1993 se importó un

equivalente a 25,6 % de lo que se importaba en 1989 y si se excluyen los combustibles, el nivel de importación hubiera representado apenas 20 %.

Tras la caída del campo socialista, se arremetieron los efectos del bloqueo y surgieron nuevas leyes tales como: la Ley para la Democracia Cubana conocida por Ley Torricelli en 1992 y la Ley por la Solidaridad Democrática y Libertad Cubana, conocida como Ley Helms-Burton en 1996, como manifestación de la agresión económica contra Cuba (Mesa-Lago, C.,2005), (Marimón, N., *et al*, 2013).

Derivado de la ruptura con los vínculos comerciales tradicionales y los efectos de la Torricelli, el costo anual adicional de las transportaciones se estimaba en alrededor de 150 millones de dólares anuales y el incremento de los precios de los bienes importados, en alrededor de 30 %, hacia mediados de los años 90.

De las estrategias de este período, la más importante fue la que definió el Comandante en Jefe en la directiva para el período especial, cuando enunció: "...a la salud pública se le encomienda mantener y preservar los resultados alcanzados hasta ese momento".

Toda la estrategia estaba resumida en esa frase y podemos decir que, en medio de todas esas dificultades, se logró.

Dada la falta de financiamiento se congelaron importantes proyectos industriales y comerciales, ya que el giro comercial externo del país cayó en algo más de 70 % en 1993, que representaba apenas 30 % del nivel alcanzado en 1989. Este fenómeno, provocó que la masa fundamental del aparato productivo instalado quedara semiparalizada por falta de insumos, piezas de repuesto y la brusca reducción de los suministros energéticos.

Las limitaciones para la realización de exámenes y pruebas esenciales, la disminución de las condiciones materiales en los hospitales, como la falta de agua, de servicio eléctrico, de productos de aseo, de ropa de cama y otros; las deficiencias en la alimentación y en los medios de transporte hacia las instalaciones hospitalarias, fueron el reflejo directo e inmediato de la crisis, aunque no los únicos. Las restricciones en la disponibilidad de alimentos, se manifestaron en la disminución de algunos indicadores de salud fundamentales, a pesar de que la política del sector de la salud estuvo dirigida a suplir con profesionalismo y calidad las carencias básicas en el período especial, la magnitud de la crisis superó las previsiones (CEPAL, 1997).

La crisis en la disponibilidad de medicamentos fue uno de los aspectos que más impactó al Sistema Nacional de Salud en esta etapa, por su repercusión directa y objetiva en la población. Se crea un grupo multidisciplinario presidido por el Director de los Servicios Hospitalarios, profesor Pérez Peña, para la elaboración un programa nacional de medicamentos, que se pone en marcha en 1991 y que posteriormente tuvo varias versiones (MINSAP, 2012).

Como resultado de este trabajo, se redujo el número de medicamentos del cuadro básico, de más de 1200 renglones a 900, aproximadamente.

En 1994, el período especial llega a su momento más álgido, lo que obliga a reforzar las medidas para enfrentar el déficit de recursos que demandaba la producción y distribución de los medicamentos.

En la provincia de Holguín tiene lugar una experiencia exitosa para la organización y abastecimiento de medicamentos, se envía al profesor Pérez Peña a estudiar esa iniciativa local. De esta visita y de conjunto con los especialistas del ramo se decidió vincular cada médico a una farmacia comunitaria, de forma que este conociera los fármacos disponibles y recetara según la disponibilidad y así evitar que los pacientes tuvieran que recorrer varias farmacias en busca de medicamentos que no estaban disponibles. Los detalles los narra el Dr. Pérez Peña en su testimonio.

Otra iniciativa fue estudiar con los compañeros del Ministerio de Comercio Interior algunas de las medidas implantadas para el racionamiento y expendio de alimentos y artículos de aseo, de aquí surgió el certificado médico para medicamentos y la creación de una tarjeta, que la jerga pueblerina denominó “tarjetón”.

Con ese certificado el paciente iba a la farmacia de su comunidad, se inscribía y recibía una Tarjeta de Adquisición de Medicamentos Controlados, con la que podía adquirir, solo en esa farmacia, todos los meses sus medicamentos, sin necesidad de disponer de una receta médica.

Esta tarjeta permitía conocer, además, la cantidad de personas con enfermedades crónicas de un área vinculada a una farmacia y posibilitaba ubicar allí los medicamentos específicos, lo que evitaba que al llegar los fármacos a las farmacias, los adquirieran las primeras personas que llegaran y de este modo, se garantizaba a los pacientes con enfermedades crónicas las dosis imprescindibles para su medicación. Esa fue una medida para paliar el desvío de medicamentos y su déficit (Tamayo, 2020).

El programa de medicamentos tuvo una trascendencia más allá de lo previsto, se convirtió en un instrumento para medir la morbilidad a través del consumo de medicamentos por los pacientes inscritos en el programa de enfermedades crónicas. Por ejemplo, a partir de este método pudimos contabilizar el número de pacientes que consumían Eutirox® (levotiroxina sódica) y en concordancia conocer cuántos pacientes teníamos con hipotiroidismo. Sin lugar a dudas este programa fue trascendental para el Sistema Nacional de Salud y su vigencia llega hasta nuestros días (MINSAP, 2012).

La incorporación de la medicina natural y tradicional fue otra alternativa que se desarrolló por indicación, del entonces Ministro de las FAR, Raúl Castro Ruz, que llegó para quedarse y hoy forma parte del arsenal terapéutico del Sistema Nacional de Salud.

Esta medida implementada de inmediato fue un complemento en el esfuerzo por atenuar el déficit de medicamentos ya que muchos síntomas y signos se pueden solucionar con la medicina natural y tradicional. Esta práctica tuvo impacto en el arsenal terapéutico, redujo el número de faltantes en aproximadamente 200 renglones.

Esta experiencia que ya había tenido antecedentes en nuestra historia resultó muy positiva y duradera.

Los servicios y el abastecimiento técnico material

Estas áreas son fundamentales para mantener el funcionamiento de la salud pública y no estuvieron exentas del impacto del período especial y del cruel bloqueo imperialista. Se hizo complejo el cumplimiento de importantes misiones y fue necesario fortalecer algunas estructuras con cuadros y funcionarios experimentados en situaciones especiales, de ahí que se promovieron compañeros de otras áreas e instancias del Sistema Nacional de Salud e incluso se solicitó ayuda a otros organismos de la administración central del estado, como fue el Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias.

El Dr. Rodríguez Fonseca, coronel (R), fue uno de los compañeros que contribuyó a la adecuación de las normas y los indicadores de consumo históricos.

Había déficit con el abastecimiento de textiles que producía la industria ligera para el Sistema Nacional de Salud: uniformes, lencería,

la ropa de las áreas quirúrgicas, por solo citar alguno de los renglones más significativos.

En sabanas de hospitalización, históricamente el sistema entregaba a los hospitales ginecoobstétricos ocho sabanas por cama por año y a los hospitales clinicoquirúrgicos seis sabanas por cama por año; en la nueva situación se redujo la cantidad de sabanas a tres por cama por año y de esas una tenía que gestionarla el MINSAP a través del plan de donaciones o de la ayuda internacional de organizaciones humanitarias y de socorro como son la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Cruz Roja Internacional.

El déficit de detergente y jabones provocó una sensible afectación higiénico sanitaria a pacientes y a personal de la salud.

Ante la imperiosa necesidad de buscar solución a estos problemas que afectaba por igual a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, se investigaron experiencias relacionadas con medidas de ahorro y de sustitución.

Con la participación del Dr. Fonseca y en la búsqueda de soluciones a la crítica situación, se encontró que en nuestra historia patria, los mambises tuvieron que utilizar el jugo de henequén para lavar sus uniformes y para mantener la higiene en los campamentos. Se estudió esta variante y se comprobó que efectivamente el jugo de henequén es un álcali al igual que la sosa y la potasa que son los elementos medulares alcalinos en la producción del jabón. Se decidió utilizar el jugo de henequén como alternativa.

De inmediato se hicieron gestiones para obtener el henequén, en La Habana no existían plantaciones importantes de esta planta por lo que se acudió a Matanzas, donde no solo tenían henequén, sino que incluso tenían una fábrica de sogas elaborada con la fibra de esta planta, lo que nos llevó a producir hilo para algunas suturas quirúrgicas (González-Quevedo, *et al*, 1995, 2003).

El jugo de henequén se trasladaba a La Habana, donde estaba la mayor concentración de hospitales y por ende la mayor cantidad de camas y la falta de material de aseo se sentía con mayor rigor; el traslado se hacía en horas de la noche y madrugada para evitar que el efecto de las radiaciones solares degradara este producto natural y perdiera su capacidad de limpieza.

Unido a todas estas iniciativas, se tomó la decisión de solicitar a la población su cooperación para que todo aquel que pudiera, llevara sus productos de aseo para su uso durante la estancia hospitalaria; paralelamente se creó una pequeña reserva para aquellos pacientes que por razones humanitarias no tuvieran los recursos necesarios y de esta forma garantizábamos las condiciones mínimas que requiere una asistencia médica óptima.

El mantenimiento de las valiosas inversiones que se habían hecho en los años anteriores requirió una atención especial, sobre todo aquellas vinculadas a la infraestructura, a la tecnología médica y no médica, ya que en gran medida estos recursos procedían del desaparecido campo socialista, sobre todo las tecnologías ingenieras vinculadas a los sistemas de apoyo.

Con la desaparición del mercado habitual, un verdadero reto marcó a todo el sistema de salud y fue sostener el importante programa de desarrollo en salud, puesto que en esos momentos se ejecutaban ambiciosos planes de inversiones.

Se habían concluido las inversiones del programa del médico de la familia en las montañas de Granma y Santiago de Cuba, se avanzaba en La Habana, donde después de la experiencia en la barriada de Lawton, se había extendido a toda la ciudad. A pesar de las limitaciones el programa continuó avanzando exitosamente, se logró completar alrededor de 90 % de todas las áreas de salud con la construcción de los consultorios médicos. No se renunció nunca a esta prioridad, incluso se diseñaron nuevos proyectos como fueron los policlínicos tipo II, tipo III y los policlínicos docentes, todo lo cual impactó positivamente en la atención primaria de salud en estos duros años (Di Fabio *et al*, 2020).

Se concluyó la construcción de la infraestructura docente a pesar de las carencias de este período y se mantuvo la calidad, funcionabilidad y confort de las instalaciones, entre ellas, la construcción y habilitación de 54 politécnicos de la salud.

Mención especial para el programa de inversión de la industria médico farmacéutica que en aquellos momentos, ante el colapso financiero, la ausencia de mercados y la necesidad de mejorar el desabastecimiento de medicamentos, era dirigida por el MINSAP. Se acometieron inversiones para la formulación de nuevas producciones de formas terminadas:

tabletas, inyectables, líquidos orales, ungüentos y cremas, con las más modernas condiciones tecnológicas.

No se detuvo el funcionamiento y desarrollo de la salud pública en los territorios del país, se desplegaron procesos fundamentales que permitieron, como recomendaba el Comandante en Jefe, mantener los resultados en los momentos más difíciles, sobre todo en el control de los recursos, el desarrollo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y el mantenimiento e inversiones de las instituciones.

El doctor Castell-Florit narra en su testimonio su valiosa experiencia al frente de la Dirección de Salud de la Provincia Habana Campo, que fue creada en esa etapa mediante el ajuste de la nueva división político-administrativa del país.

Un logro muy importante y que tuvo el apoyo del ministerio y del gobierno provincial fue la estabilidad de la fuerza médica en la provincia. Hay que decir que entre el 70 y el 80 % de los servicios especializados de la antigua provincia Habana Campo dependía de la Ciudad de La Habana. Decenas de autos iban diariamente a dar servicio de salud a esa provincia.

Lo primero que se hizo en esa provincia fue garantizar la fuerza médica y a la par garantizar viviendas para estabilizar su permanencia en la provincia. Hay que decir, que en pocos años esa provincia logró una estabilidad de 70 % de sus recursos humanos.

El director de salud en la provincia de Villa Clara, Dr. Oscar Vera Cabezas, nos recuerda en su testimonio como en este período, la provincia tuvo varios objetivos de trabajo fuertes. La primera tarea fue el control de los recursos, antes que todo había que controlar lo que tenías, como lo tenías, y como lo usabas. Una fortaleza que tuvieron los directores provinciales de salud fue la prioridad que le dio el gobierno y el partido de los territorios a estas tareas. Había un respaldo en lo que se estaba haciendo, elemento que permitió tomar decisiones arriesgadas en muchas ocasiones.

Fue una época difícil en el abastecimiento de todo tipo para las provincias, desde lencería hasta medicamentos, sueros y otros, sin embargo, se creó un sistema que permitía la toma de decisiones ágiles que garantizaran la adecuada atención de un caso con una enfermedad grave o víctima de un accidente u otros.

Recordamos el accidente de tren que hubo en Santa Clara. En la vía había 64 fallecidos y cientos de heridos y no estaba funcionando el hospital Arnaldo Milián, sin embargo, se enfrentó con los recursos que tenía la provincia y no se afectó el resto de la atención médica, al día siguiente se trabajó normalmente. El Comandante en Jefe y el Ministro de Salud Pública visitaron y conversaron con los heridos y todos manifestaron la buena atención que habían recibido y la rapidez.

Se realizaban visitas del MINSAP y del grupo de coordinación y apoyo del Comandante a los médicos de familia en los lugares más intrincados con resultados satisfactorios. La provincia de Villa Clara se mantuvo con buenos indicadores durante todo el período especial.

En Cienfuegos, los doctores Pedro Hernández Sánchez y Salvador Tamayo Muñiz de la Dirección Provincial de Salud, resumen esos años de período especial como años que, a la par, de las dificultades y de la capacidad de resistencia del pueblo y del país, el sistema de salud pública pudo, resistir, vencer y desarrollarse, entre las cosas fundamentales, porque ya había medicina familiar en Cuba. Porque a Fidel le alcanzó el tiempo para desarrollarla y ponerla al mayor nivel que se pudo para esa fecha. Eso es algo que, a veces, no se comprende de manera objetiva y nunca serán suficientes los argumentos para explicarlo, sobre todo a los jóvenes. El valor probado que tiene la medicina familiar, fue lo que nos permitió resistir el período especial en materia de salud pública y desarrollarnos.

La provincia de Cienfuegos en la difícil etapa del período especial fue un ejemplo de buenas prácticas, de innovaciones, investigaciones y fortalecimiento en la prestación de los servicios médicos. Mantuvieron excelentes indicadores de salud y de bienestar de su población.

En esa provincia se desarrollaron proyectos locales que propiciaron intervenciones comunitarias. Elena Restrepo, consultora de la OPS, en una visita a Cienfuegos en el año 1992 propone que la ciudad entrara en el Movimiento de Ciudades Saludables, un movimiento que había surgido en la década de los años 80 en Europa y Canadá.

Se hicieron los proyectos específicos y fueron muy interesantes, porque se fomentó un ambiente muy entusiasta en los cuadros y en la población con la extensión de la salud pública más allá de sus límites y el compartir con los sectores de educación, cultura y con las otras

universidades. Todos se apropiaron de la idea, no con el sentido de que venían a “ayudar” a la salud pública, sino que lo estaban haciendo por la salud, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos que eran ellos mismos, su familia, sus hijos, sus nietos, sus padres. Se produjo un movimiento muy interesante, desde el punto de vista de acciones, pero también de investigación.

Otra anécdota interesante de esa época, también en Cienfuegos, fue el intento de llevar actividades de educación y promoción para la salud a las escuelas y queríamos que fueran los médicos de la familia los que lo hicieran, pero los maestros dijeron:

No, dennos a nosotros los contenidos que ustedes quieren y nosotros los vamos a hacer, porque nosotros somos los que conocemos como son los niños, quienes son los padres, como introducirlos en el contenido del currículo adecuado de ellos, en qué asignatura.

La Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos impartió cursos los sábados a los maestros que luego iban a transmitir estos contenidos a los muchachos.

La OPS dio un premio a una maestra de una escuela primaria de Cienfuegos, porque en distintas visitas vio como esos contenidos eran dominados por los alumnos. Aquellos muchachos, a partir de los conocimientos adquiridos desarrollaron una serie de iniciativas como convenios con sus abuelos para que dejaran de fumar, o dejar de tomar bebidas alcohólicas de forma indebida, aspectos que no era posible lograr a través de un consultorio o una recomendación médica, sin embargo, los muchachos lograron resolver satisfactoriamente muchas de estas situaciones.

Higiene y epidemiología en el período especial

La epidemia de la neuropatía constituyó un hito en el año 1993, en medio del período especial, en un momento muy complicado de la historia de Cuba, (Muci, R., 2002). tanto de la historia como país, como del desarrollo del sistema de salud, del golpe que significaba esa epidemia, en un momento donde el producto interno bruto (PIB), había caído en 35 % y había situaciones complicadas desde el punto de vista nutricional,

desde el punto de vista de los hábitos tóxicos, que hizo que la epidemia aumentara en un período corto (Castro, 1994; Más, 2008).

En mayo de 1994 se habían acumulado en país 50 945 casos, con una tasa de prevalencia de 462 por 100 000. De ese total, 23 073 (45,3 %) eran casos de neuropatía óptica y 27 872 (54,6 %) de neuropatía periférica; 49,0 % de los pacientes que padecían la forma óptica de la enfermedad mostraron una recuperación total con alguno de los esquemas de tratamiento: 28,6 % mejoró, pero con algunos problemas de visión y en 22,4 %, la enfermedad se mantuvo.

Esta epidemia se abordó con gran acierto, el país la enfrentó con los recursos que disponía y con la sabia dirección del Comandante en Jefe. La neuropatía comenzó por un brote en Pinar del Río y por su alcance, se trató como un desastre sanitario; se activó un grupo de análisis, presidido por el jefe del estado mayor de la defensa civil, el general de división Guillermo Rodríguez del Pozo. Estas cuestiones llevaron a que nos enfrentáramos a la epidemia de una forma muy integrada.

La epidemia se convirtió en una pesadilla cuando se veían los partes diarios y se veían que eran cientos de casos, hubo un día en que se informaron alrededor de 800 casos, era un problema que afectaba la visión, el sistema nervioso central, incluso a veces síntomas de sordera, ataxia; la preocupación era enorme. Hubo un momento en que se produjo un incremento de casos positivos como consecuencia de la búsqueda activa de la enfermedad, porque se descubrió la importancia del diagnóstico precoz en la recuperación del paciente.

Se decidió solicitar ayuda internacional y hubo una respuesta inmediata de la OMS, de la OPS, de expertos de muchos países, que vinieron a compartir experiencias de epidemias anteriores.

Fue un momento muy duro, de mucha complejidad, no solo por la epidemia sino por la propia situación que había en Cuba, los enemigos trataron de manipular el problema con falsedades como siempre; fue necesaria la integralidad de todo el sector científico, de todas las unidades científicas de Cuba, del polo científico, y de nuestros epidemiólogos, fue un gran reto para el sistema de salud, un gran reto para el área de higiene y epidemiología y un gran reto para la sociedad en su conjunto (Pérez *et al*, 1998).

Finalmente, esa epidemia se combatió con los recursos propios del país, se decidió después de ensayar y evaluar varios protocolos, que la

vitaminoterapia era la acción preventiva que arrojaba los mejores resultados y se comenzó a darle a la población cubana vitaminas, creadas sobre los déficits más importantes que se consideraba que tenía nuestra población y eso hizo que la epidemia se abortara en muy poco tiempo.

Hay que señalar la colaboración de los organismos internacionales, no podemos olvidar la presencia del Dr. Márquez, que era el representante de la OPS/OMS en Cuba, a quien tenemos que agradecerle su dedicación para colaborar en el enfrentamiento a la pandemia, llegó a convertir su casa en una oficina de atención al tema de la neuropatía y fue un elemento importante en extender y buscar vías para identificar los determinantes que estaban influyendo en esta situación.

Gracias a su gestión se incrementó la participación de la dirección de estas organizaciones en la persona de Guerra de Macedo, quien facilitó el intercambio con el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EE. UU., que envía una misión a Cuba y de conjunto con los expertos del polo científico, trabajaron en la búsqueda de evidencias e identificación de los problemas que se estaban estudiando. Esto contribuyó a que visitaran Cuba personalidades del mundo académico como el Dr. Carleton Gajdusek, Premio Nobel de Medicina en 1976. La integralidad del trabajo bajo la dirección del comandante, nos llevó a que pudiéramos tener una respuesta efectiva en poco tiempo.

El sistema de salud hizo un gran esfuerzo posterior para la capacitación en epidemiología de muchos compañeros, que fueron enviados a estudiar en universidades de Europa, EE. UU., Canadá y otros países desarrollados. Existían en el país muchos epidemiólogos ilustres, que ya venían constituyendo la escuela de la epidemiología cubana, pero en ese período eso se aceleró, primero por la situación epidemiológica del país, y segundo porque había que llevar a nuestra realidad lo que se aprendía en el exterior, traer experiencias para Cuba, y adaptarlas a la situación nacional.

En esta epidemia hubo que realizar todo tipo de investigaciones. Hubo que hacer investigación descriptiva, investigación explicativa: estudio de casos y controles, ensayos clínicos controlados para los tratamientos de los enfermos y a veces se tenían 12 ensayos clínicos en distintos escenarios, para evaluar cuál era el mejor tratamiento para los casos.

El Dr. Rodríguez Milord, en este contexto de su testimonio, recuerda que, a partir del primer semestre de 1993, por indicación del Comandante

en Jefe Fidel Castro Ruz, se precisaron un grupo de estrategias, que fueron coordinadas e implementadas por el área de higiene y epidemiología del MINSAP, para dar respuesta eficiente a la situación sanitaria en el país.

Una de esas estrategias fue precisamente, el fortalecimiento de la epidemiología y el desarrollo y establecimiento de un sistema de vigilancia de la salud pública, que permitiera una mayor integración del análisis y utilización de la información que este sistema generaba, en consonancia con el conocimiento existente sobre la vigilancia a nivel internacional. Se esperaba lograr un mayor beneficio para la toma de decisiones, con una base científica a los diferentes niveles, acorde con la política de descentralización de las instancias del gobierno.

El director de salud del municipio Cruces en aquel período, el Dr. Tamayo Muñiz, refiriéndose a la neuropatía:

...fue una experiencia realmente extraordinaria, de abordar un problema complejo, mal estructurado, un problema sanitario de una dimensión poblacional tan grande y que se haya logrado aquilatar una comprensión del asunto y establecer una respuesta a ese problema, con las limitaciones de recursos que teníamos. Creo que las limitaciones de recursos nunca limitaron el pensamiento, nunca limitaron la voluntad, nunca limitaron la unidad y el ejemplo de tanta gente valiosa que hay en este país, tantos cuadros que se crecieron en aquel momento, en particular en la salud pública.

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles se relacionan desde el punto de vista etiológico con factores ambientales, biológicos, económicos y psicosociales, incluyen patrones de comportamiento humano, como fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, una dieta inadecuada, la inactividad física y otras. Realmente, las relaciones que se establecen entre estas enfermedades y sus determinantes son complejas, pero se hacían esfuerzos científicos importantes para obtener modelos que las explicaran (Más, 2008).

En Cuba, las enfermedades no transmisibles, accidentes y lesiones autoinfligidas se encuentran dentro de las principales causas de muerte.

Las tres primeras, son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares

Las causas de muerte no han tenido variación importante en los últimos años, de lo que puede inferirse la prioridad que tiene la epidemiología en la identificación de factores de riesgo y en su reducción (Más, 2008).

En el año 1992 fueron concebidos los Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000 (OPD-2000), como un programa de acción para luchar contra las enfermedades no transmisibles. Para ello se decidió agrupar las acciones de salud en cuatro grupos principales, tales como, control de estilos de vida: promoción, control del medio ambiente y la eliminación de factores de riesgos: prevención, la conservación de la vida mediante el diagnóstico y el tratamiento oportuno: recuperación y finalmente, el tratamiento de las limitaciones y secuelas: rehabilitación (Más, 2008; Castro, 1990).

Sobre esto el Dr. Terry recordaba que cuando ya se avizoraba la dura situación del período especial, tuvimos que buscar y hacer una política inteligente, para que no se perdiera lo que habíamos alcanzado, o se perdiera lo menos posible, porque teníamos que enfrentarnos a estos nuevos problemas, que podían agudizarse y podían inclusive ayudarnos, si trabajábamos bien pues sabíamos la afectación que iba a ocurrir en la economía.

No quedaba otra opción que enfrentar la política de desarrollo planteada en los OPD-2000, (Sanabria *et al*, 2016) donde todas las áreas del Ministerio de Salud Pública laboraron aceleradamente para generar un documento de trabajo, que radicaba su acción en la atención primaria y en el médico de la familia para enfrentar el período especial.

En la preparación de dicho documento participaron personalidades de la salud, entre ellas, el profesor Milton Terry, quien viajó desde los EE. UU. para analizarlo con los especialistas cubanos y a dar conferencias necesarias en aquellos momentos; vino el doctor Castellanos funcionario de la OPS y recibimos a especialistas españoles que conforman un grupo de trabajo muy fuerte en enfermedades no transmisibles y participaron también en el análisis del documento.

Las dos primeras reuniones se dieron en el Instituto de Higiene y Epidemiología con todos los factores mencionados. Las agendas de las reuniones incluían el cómo íbamos a enfrentar el problema del período

especial y en qué aspectos teníamos que hacer énfasis para cumplir con las exigencias del OPD-2000, significaba un reto, es un documento que plantea resultados que tenían que obtenerse.

Pero teníamos un arma nueva y fuerte, el médico y la enfermera de la familia, que fue la base fundamental para aquel trabajo (Vela, *et al*, 2018).

En ello tuvo un rol importante el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, que de conjunto con todos los centros de investigación de salud pública, organiza un programa de investigaciones, para enfrentar estas enfermedades (Más, 2016).

Planeamos investigaciones sobre el infarto del miocardio y como podíamos enfrentarlos para disminuir sus cifras, investigaciones sobre el suicidio, la diabetes, los accidentes, entre otras. Incorporamos la visión de investigar no solo desde el sector de la salud, sino con la participación de otros sectores como el de la alimentación, el Instituto Nacional de Deportes y otros para influir en la disminución de la obesidad, el incremento del ejercicio físico y otros aspectos, que permitieran una integración dentro y fuera del sector de la salud.

Se realizaron estrategias a nivel local, las cuales significaron un desarrollo tremendo para el enfrentamiento a las enfermedades no transmisibles, se hicieron muchas acciones que incorporaron una visión de investigarlas no solo desde el sector de la salud, sino con la participación de otros sectores como el de la alimentación, el Instituto Nacional de Deportes y otros para influir en la disminución de la obesidad, el incremento del ejercicio físico y otros aspectos, que permitieran una integración dentro y fuera del sector de la salud.

Esto hizo que ese desarrollo fuera determinante en la prevención de las enfermedades no transmisibles y a que la Unidad Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (ProSalud), tuviera un papel protagónico en su control, en la divulgación por la prensa, por la radio, por la televisión, como en programas específicos, con elementos como la importancia sobre el control del peso corporal, la importancia de eliminar el tabaco como un hábito tóxico, entre otros (Más, 2020).

Ese fue un gran hito, que hasta los días de hoy se mantiene, a pesar de que la situación epidemiológica ha cambiado, pero la situación de las enfermedades no transmisibles, sigue siendo un problema fundamental en el Sistema Nacional de Salud (Calderón, *et al*, 2021).

Las relaciones internacionales

En los años 1990 con la difícil situación económica del país por los cambios ocurridos en la comunidad socialista, se ve fuertemente afectado el intercambio comercial con nuestros principales socios, el Comandante en Jefe decide a través del MINSAP extender el mercado cubano con la comercialización de productos producidos por las instituciones del polo científico y responsabiliza a ese ministerio con la tarea de fomentar o establecer nuevos convenios de cooperación.

Era necesario el registro de los productos cubanos que habían surgido a inicio de los años 1990 como una nueva vía de financiamiento para mantener los estándares de la salud y la investigación, con este fin el ministro de salud pública y otros dirigentes participaron en la feria de productos y equipos médicos en la ciudad de Moscú, Rusia, y en Beijing, China.

Así, en pleno período especial Cuba comenzaba a producir y a fomentar un nuevo tipo de intercambio comercial. Estas ferias tuvieron como resultado la firma de contratos que se ejecutaron satisfactoriamente.

Continuamos con esa línea de trabajo y se incluye Irán y otros países, con los que igualmente se firmaron convenios que contribuyeron a mejorar la difícil situación que afrontaba el país.

El MINSAP dirigía y coordinaba todas estas actividades, propiciaba la participación de otros organismos que aunque no eran subordinados, jugaban un papel importante en estos intercambios con el consiguiente beneficio general para el país. Se establecieron relaciones con el Vaticano en la persona del Cardenal Angelini, su cargo era el equivalente a un ministro de salud, y en Roma con el papa Juan Pablo II.

Se hace la primera edición de la expoferia Salud para Todos donde participan prestigiosas empresas de medicamentos, insumos y servicios de salud de las más diversas regiones del mundo y se firman numerosas cartas de intención y convenios.

Había ocurrido el accidente de Chernóbil y Cuba brinda su apoyo (Medina y García, 2016). Se envió un grupo de trabajo encabezado por el viceministro primero Dr. Jorge Antelo, con especialistas en pediatría, hematología y endocrinología, teniendo en cuenta las principales afecciones que podían padecer los niños como consecuencias de este accidente; logran firmar un convenio después de intensas negociaciones,

que permitió traer Cuba para tratamiento a estos niños y establecerlos en Tarará convertido en un gigantesco sanatorio dirigido por el Dr. Carlos Dotres (Díez, 2019).

En esta etapa Cuba, a través de la persona del ministro de Salud Pública fue electa vicepresidente de la Asociación Americana de Salud para Latinoamérica, única vez que Cuba ha ocupado ese cargo.

El sistema de trabajo del Ministerio de Salud Pública

Hay que recordar en qué momento llega el período especial, en qué momento estaba la salud pública, hay que decir que la salud pública estaba en aquel momento cosechando los resultados de muchos años de trabajo. Se habían resuelto un número importante de problemas de la salud de la población cubana, ya se había proclamado la idea de convertir a Cuba en una potencia médica, estábamos en un momento de mucho auge y con un importante desarrollo, eso se vio truncado bruscamente.

En general poco se ha hablado del sistema de trabajo del MINSAP como organismo central. El Dr. García Salabarría, director de hospitales del MINSAP lo reseña de la siguiente forma:

...Es correcto que siempre se hable del heroísmo de nuestros trabajadores, del aporte de nuestros científicos, del trabajo de las instituciones, pero de ese pequeño grupo de compañeros que estaban en el edificio sin luz, sin aire acondicionado, sin ascensores, sin muchos materiales para escribir, fue determinante. Fue determinante porque, a veces hubo momentos de tener la incertidumbre, de no saber qué hacer, lo que sí sabía todo el mundo, era que había que hacer algo y se hizo.

Se hicieron cosas tan simples como ir a limpiar los hospitales, encabezados por el ministro y la gente dirá: “¿Quién ha visto un ministro limpiando los hospitales?”, bueno, pues nuestro ministro en aquella época hizo eso, porque ese era un problema, un ejemplo que había que dar, de un problema que había que resolver”.

Se creó un sistema de trabajo mediante el cual los cuadros del ministerio se repartieron como padrinos de un grupo de hospitales y se atendían semanalmente para la solución de sus problemas principales.

Problemas que se concentraban en el déficit de recursos humanos, en productos materiales que no tenían, en situaciones constructivas que a veces se violaban, en parálisis de los servicios.

Esa actividad tenía una mirada por parte de esos padrinos y los problemas se resolvían los sábados siguientes en un control que hacía el ministro, donde cada uno tenía la obligación de decir lo hecho y lo resuelto; no había mucho que pedir, había que solucionar los problemas más que pedir, aunque siempre se pedía algo y siempre se resolvían las cosas.

Fueron momentos de trabajo muy complejos de ese equipo de dirección. Recuerdo que salíamos a un recorrido por las provincias y se llevaba un carro lleno de tanques de combustible, so pena de tener un accidente e incendiarse en la carretera y de regresar pidiendo poquito a poquito combustible a las provincias. Pero las tareas se cumplían.

Fue una prueba muy importante para el sistema de salud, como dije al principio, quedó demostrado en primer lugar, que la Revolución había creado un sistema robusto y se incorporaron principios organizativos que le permitía sobrevivir a un embate como el generado fundamentalmente por el período especial.

Para nadie es un secreto que el período especial constituyó un reto, económico, social, político e ideológico para el país y por ende para el Sistema Nacional de Salud; además teníamos que resistir el bloqueo, que nos limitaba el acceso a tecnologías, materiales, medicamentos, cómo ocurre hasta el día de hoy.

El Comandante en Jefe de la Revolución cubana lo definió:

¿Qué significa período especial en tiempo de paz? Que los problemas fueran tan serios en el orden económico por las relaciones con los países de Europa oriental, o pudieran, por determinados factores o procesos en la Unión Soviética, ser tan graves, que nuestro país tuviera que afrontar una situación de abastecimiento sumamente difícil. Téngase en cuenta que todo el combustible llega de la URSS y lo que podría ser, por ejemplo, que se redujera en una tercera parte, o que se redujera a la mitad por dificultades de la URSS, o incluso que se redujera a cero, lo cual sería equivalente a una situación como la que llamamos el período especial en tiempo de guerra. No sería, desde luego, tan sumamente grave en época de paz, porque habría aún

determinadas posibilidades de exportaciones y de importaciones en esa variante. Debemos prever cuál es la peor situación a que puede verse sometido el país a un período especial en tiempo de paz y qué debemos hacer en ese caso. Bajo esas premisas se está trabajando intensamente.

Durante este período, la cohesión social se mantuvo, la soberanía nacional fue defendida con éxito, los indicadores de salud y de educación se mantuvieron y se preservó el empleo y la protección social unido a la decisión del pueblo cubano de resistir y vencer, lo que permitió sortear las dificultades y lograr además una unidad indisoluble del país en torno a su Revolución y su máximo líder.

El sector de la salud estrechó filas, los profesionales, técnicos y trabajadores dieron muestras de una vocación y consagración absoluta, desde el consultorio en el lugar de más difícil acceso hasta en las ciudades, los sistemas, servicios e instituciones trabajaron sin descanso, inspirados en el ejemplo del Comandante en Jefe de la Revolución cubana, sus cuadros y directivos en los diferentes niveles dirección. El ministro de salud, su Consejo de Dirección, funcionarios y trabajadores jugaron un rol importante que influyó grandemente en la moral del organismo y del Sistema Nacional de Salud.

Ello permitió, que a finales del período se regularizaron las condiciones socioeconómicas del país, se abrieron nuevas fuentes para el desarrollo, lo que repercutió en el incremento del turismo, de la industria biotecnológica, y sobre todo, el sistema de salud se fortaleció, creció y alcanzó mayor cobertura y calidad en sus servicios.

La voluntad política, la implementación de estrategias adecuadas y la participación social son las fortalezas del sistema de salud cubano.

Bibliografía

Castro, F. (1990). Discurso pronunciado por Fidel Castro Ruz, Presidente de la República de Cuba, en la clausura del XVI Congreso de la CTC, celebrado en el teatro "Carlos Marx", el 28 de enero de 1990, "Año 32 de la Revolución". Versiones Taquigráficas. Cuba: Consejo de Estado. En: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1990/esp/f280190e.html>.

- Castro, F. (1994). Discurso pronunciado por Fidel Castro Ruz, Presidente de los Consejos de Estado y Ministros, en la Clausura del Taller Internacional sobre la neuropatía epidémica. La Habana: Palacio de las Convenciones, el 15 de julio de 1994. En: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/691>
- CEPAL. (1997). La economía cubana. Reformas estructurales y desempeño en los noventa. México: Fondo de Cultura Económica. En: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41168-la-economia-cubana-reformas-estructurales-desempeno-noventa>
- Calderón, M., et al. (2021). Estrategia Nacional para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Cuba 2020-2025. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- De Miranda, P., Tabraue, C. J. (2000). Impacto Social de la crisis económica en la Cuba de los noventa. En: <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/PDeMiranda.pdf>
- Díez, B. (2019). Los niños de Chernobyl en Cuba: la historia de los afectados por la catástrofe nuclear que recibieron tratamiento en la playa de Tarará. BBC News Mundo, 14 junio 2019. En: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48616394>
- Di Fabio, J. L., et al. (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Rev Cubana Salud Pública*, 46 (2). En: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/>
- González-Quevedo, M. O., et al. (1995). Ensayos clínicos de los hilos quirúrgicos Agasut-Q y Agasut-QE. Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto". *Rev Cubana Med Milit*, enero-junio.
- González-Quevedo M. O., et al (2003) Características técnicas de los hilos Agasut como materiales de sutura quirúrgica. *Rev Cubana Med Mil*, 32(3). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300012&lng=es
- Más, P. (2008) Epidemiología y Salud Pública. Una Experiencia cubana [tesis doctoral]. En: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=398>
- Más, P. (2016). Epidemiología y salud pública en Cuba: estrategia en el control de enfermedades [editorial]. *Rev Cubana Salud Pública*, 42(2).
- Marimón, N., et al. (2013). Efectos del bloqueo económico, financiero y comercial de Estados Unidos en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 39(2). En: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/127>

- Medina, J., García, O. (2016). Resultados finales del programa cubano con niños de territorios afectados por el accidente de Chernóbil. *Nucleus*, (60), pp. 2-7 En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-084X2016000200002&lng=es&tlng=es.
- Mesa. Lago, C. (2005). Problemas sociales y económicos en Cuba durante la crisis y la recuperación. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).- En: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11076-problemas-sociales-economicos-cuba-durante-la-crisis-la-recuperacion>
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP) . (2012). Programa Nacional de Medicamentos. IV versión. La Habana: MINSAP. En: <https://instituciones.sld.cu/hospmiguelenriquez/files/2018/01/Programa-nacional-de-medicamentos-VI-versi%C3%B3n.pdf>
- Muci, R. (2002). Neuropatía óptica epidémica cubana. Parte II Aspectos neuro-oftalmológicos, neurológicos, nutricionales e históricos. *Gac Méd Caracas*,110(2).
- Pérez, A., et al. (1998). Posibles factores asociados con la neuropatía epidémica en Cuba. *Rev Cubana Med Trop*, 50 (1), pp. 54-60. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07601998000100011&lng=es.
- Tamayo, R. (2020). El acceso a los medicamentos se continúa garantizando a todos. Juventud Rebelde. Diario de la juventud cubana. 24 de diciembre. En: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2020-12-23/el-acceso-a-los-programa-medicamentos-se-continua-garantizando-a-todos>
- Sanabria, G., et al. (2018) Seis décadas de avances y retos para la promoción de la salud en Cuba. *Rev Cubana de Salud Pública*, 44(3), pp. 467-88.
- Vela , J., et al. (2018). Formación del capital humano para la salud en Cuba. *Rev Panam Salud Publica*, 42, p. e33. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>

Cuba y las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales

*Julio Teja Pérez, Mario Pichardo Díaz, Ramón Prado Peraza
y Libia Victoria Cerezo*

Fortalecimiento del sistema nacional de salud

Desde su propia creación a principio de los años 60, siglo xx, el sistema de salud cubano, desarrolló procesos organizativos que contribuyeron a satisfacer las necesidades sanitarias en el país, como uno de los pilares estratégicos de la Revolución cubana recién triunfante. Es el período donde se reorganiza el sistema de salud y queda establecida la atención médica con acciones de carácter integral que se prestaba a través de la red de policlínicos.

Tempranamente se inicia la consolidación del Sistema Nacional de Salud como resultado del empeño estratégico en el desarrollo social del país, mediante la estructuración de programas de inversión para la creación de centros de alta especialización, en el campo de las investigaciones de la salud. Estas instituciones articuladas con la red de servicios de salud, constituyeron la base para iniciar un camino hacia niveles superiores de organización y gestión en el campo de la salud pública en Cuba.

La población cubana es sectorizada, surge el modelo de medicina comunitaria con el sistema de referencia y contrarreferencia, modelo que sirvió de base para una estrategia regional de la OPS, los llamados SILOS, (sistemas locales de salud). Experiencia llevada por Cuba al encuentro de Alma-Ata en 1978 durante el evento Salud Para Todos (Paganini y Pracilio, 2005).

En la década de los años 80, se contó con la disponibilidad de determinados recursos humanos preparados, con excelentes niveles de conocimientos y actualización científica, sumado a las capacidades institucionales creadas por la voluntad política de la más alta dirección del país. Se logró crear una base material y estructural reconocida internacionalmente, lo que permitió al país en un mismo tiempo estar en posibilidades de contar con una comunidad científico técnica competitiva para la inversión científica, con el propósito de fortalecer su propio desarrollo.

Este decenio se caracterizó por dos elementos importantes, el desarrollo del capital humano como resultado del proceso de universalización de la docencia junto al Programa para la Atención Integral a la Familia en concordancia con la declaración de Salud Para Todos de Alma-Ata, que marcó en este período, en el orden internacional, una pauta en la atención médica.

Cuba, con una adecuada estructuración en su Sistema Nacional de Salud e insertado en la antigua comunidad de países socialistas, facilitó que sus centros de salud de tercer nivel, a través del llamado Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), intercambiaran en el orden científico con esa comunidad y aportara también sus experiencias.

Este es un momento en que Cuba se abre ante el mundo, ofrece colaboración internacional al tiempo que recibe y abre páginas de intercambio científico técnico de carácter internacional y contribuye por esta vía al logro de la salud universal. El país con posterioridad, mantuvo intercambios con trece centros colaboradores de la OMS, lo que demuestra su habilidad y preparación en las políticas y estrategias de salud y en su disposición de compartir sus logros y alcance.

Dos ejemplos destacados de este período fueron la capacidad demostrada por el sistema de salud cubano para abordar la epidemia de dengue en el año 1981 y el brindar atención médica solidaria al personal vinculado a la tragedia de Chernóbil en 1986, entre otras acciones (Guzmán *et al*, 1992; Díez, 2019).

Los aliados durante el decenio de los años 80

El decenio de los años 80 fue un período destacado en que el país recibió acompañamiento por las agencias del sistema de naciones

unidas, ejemplo de ello lo significó el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) que brindó apoyo para la realización de estudios demográficos nacionales, estudios de fecundidad, de natalidad y de mortalidad. Facilitó la preparación de recursos humanos con cursos, asesorías, equipamientos e insumos, que contribuyeron, además, con los procesos necesarios para realizar los censos nacionales de población, entre otros.

Las investigaciones realizadas en este período comenzaron a dar resultados, se pudo constatar como el índice de reemplazo se perdía y se iniciaba una etapa de envejecimiento en la población cubana.

En el campo de la pediatría, los esfuerzos dedicados al estudio de crecimiento y desarrollo humano y los éxitos progresivos en el Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil, (CubaDebate, 2018). motivaron el interés de la Ford y de la ellogg Foundation, que a través del Dr. Giorgio Solimano, de conjunto con la Universidad de Columbia, propusieron documentar las acciones desarrolladas, con la finalidad de señalar las experiencias de las buenas prácticas en el ejercicio de este programa en el país.

Otra agencia que brindó su contribución al sistema de salud y en particular al Programa Nacional de Inmunización en la adquisición de vacunas fue el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en procesos de capacitación y formación de recursos humanos, adquisición de insumos; así como acciones en proyectos de inversión como fue el tema de calidad del agua de consumo humano. Durante este período, esta agencia solo mantenía una oficina de campo en La Habana, pero teniendo en cuenta los resultados alcanzados decidió ampliar su presencia y su colaboración. Es de reconocer la presencia y trabajo de su principal impulsor, el oficial Consultor de esa agencia, el Dr. Luis Zúñiga, fallecido en África durante una misión del sistema de naciones unidas.

La OMS/OPS contribuyó durante esta etapa de forma significativa en la preparación de los recursos humanos mediante el ofrecimiento de becas y soportes para la capacitación. En esta actividad se destaca el trabajo de los representantes Dr. Daniel Yopy, Dr. Luis Giraldo y en particular en el año 1988, se incorpora el Dr. Miguel Márquez, quien asumió de forma significativa la cooperación y brindó nuevos enfoques y modelos revolucionarios de transformación de la cooperación habitual; redimensiona la

cooperación técnica en función de las necesidades del país e implementa el modelo de cooperación descentralizada, que tanto soporte ofreció al sistema de salud durante el llamado período especial como consecuencia de la caída del campo socialista.

Década de los años 90

Con el liderazgo del Dr. Márquez al frente de la representación de la oficina OPS en Cuba, a inicios de la década de los años 90, se constituyó un comité de becas que permitió la preparación de recursos humanos en el campo de la investigación y la biotecnología, como respuesta a una de las principales líneas trazadas para el desarrollo; también se acercaron los recursos a las comunidades y se facilitó el trabajo de preparación de los recursos humanos para la movilización de medios materiales y se ampliaron las modalidades, sobre todo a nivel local con la preparación de equipos en los gobiernos locales mediante la cooperación descentralizada (Márquez, 2002).

Entre sus propósitos estuvo propiciar el estudio, funcionamiento y conocimientos sobre las organizaciones no gubernamentales (ONG) y fundaciones norte y sur como fuentes de contribuciones. Convocó, en medio de eventos como los de Salud Para Todos, encuentros de amigos de Cuba, en los que, en uno de estos y a modo de ejemplo, logró movilizar alrededor de 32 millones de dólares y fue el Dr. La Porte, reconocido fármaco-epidemiólogo catalán, promotor de esta iniciativa, con el apoyo de miembros del Rotary Club, entre ellos, los señores Rodrigo y Canceco, quienes en múltiples momentos ofrecieron muestras del respeto y sentimiento por el país con acciones concretas, como fue garantizar las vacunas necesarias para cumplir con niveles óptimos el Programa Nacional de Inmunización.

Debemos resaltar que en este tipo de evento orientado a fortalecer la atención primaria de salud y dar muestras de su valor, se alcanzó una diversidad de participantes que excedió a la treintena de ministros de salud, funcionarios de las agencias del sistema de naciones unidas, participantes de tratados regionales en los que Cuba participó como miembro observador o invitado, como fue en el Pacto Andino (convenio Hipólito Unanue) o la asociación de universidades de América Latina (UDUAL), directivos de

ONG y fundaciones, así como la representación del ministerio de salud del Vaticano, en la presencia de Monseñor Angelini.

Quien llenó todos estos espacios y atrajo el interés a hechos de este tipo fue el Comandante Fidel Castro, con su capacidad de liderazgo en este sensible campo de la salud pública; quien al cierre de una sesión de trabajo en el palacio de gobierno. lanzó una convocatoria colectiva de trabajo e intercambio.

Este ejercicio se hizo sucesivamente y con posterioridad, se realizó un encuentro con un gran número de ONG, que mantenían presencia en el país mediante donativos y otras contribuciones, donde se presentaron nuevas carteras de proyectos, entre ellas, fueron aceptadas y firmadas por organizaciones como, Pan para el Mundo, Miseriol, Tierra de Hombres, Caritas, que brindó apoyo para el mantenimiento de la zapatería del leprosorio de El Rincón, que producía calzado especializado para los enfermos y Sodepaz, en temas de ambiente, entre otros.

Otras organizaciones en el campo de la oftalmología marcaron su presencia en el país, como lo fue el proyecto ORBIS y el Club de Leones, que de forma desinteresada brindaron su contribución a Cuba.

La crisis económica de los años 90 y su impacto en el sistema de salud

El haber mantenido un buen nivel de intercambio y preparación de los recursos humanos en el campo internacional facilitó marcar las áreas de desarrollo, los actores clave y amigos que siempre dieron muestras solidarias con el país.

Este proceso de intercambio se continuó ampliando con la participación de otras organizaciones de carácter humanitario, por lo que se requirió crear una estructura dentro del MINSAP que garantizara la gestión y el aprovechamiento máximo de sus acciones y así surgió la unidad de donaciones y proyectos, al frente de la cual se encontraba el licenciado Comendeiro Hernández, que brindó durante esa dura etapa para el país facilidades para desarrollar y establecer una colaboración con múltiples organizaciones de carácter religioso, laico o simplemente solidarios.

No se puede dejar de mencionar que, inmerso en la cooperación con el sistema de naciones unidas en el marco de la OMS, se trianguló

la colaboración cubana dentro del movimiento de países no alineados (NOAL) en una de sus estrategias fundamentales, la cooperación técnica para el desarrollo (CTPD) entre los países en desarrollo, práctica demostrada por Cuba durante décadas de forma totalmente desinteresada como parte de un mandato internacional. Esta ha sido una fehaciente contribución histórica del pueblo cubano a la salud universal.

Durante esta etapa el peso de la estrategia de la cooperación OPS/OMS con el MINSAP, se dirigió a los espacios locales y se pudo por casi diez años, mantener esa cooperación en 79 municipios del país, acercar limitados recursos y cierta infraestructura mínima pero necesaria, al tiempo que introducía un movimiento por elevar el nivel de conocimientos y capacidades locales en beneficio del propio desarrollo de estos territorios.

La OPS trabajó durante varios años con la ONG Global Link, con sede en Pittsburg, la que a pesar del bloqueo impuesto por su país logró traspasar al sistema de salud cubano, equipamiento e insumos por encima de 25 millones de dólares.

Estos son algunos ejemplos en este período, donde las organizaciones internacionales del sistema de naciones unidas, como la OPS, OMS, la UNICEF, PNUD, ONUDI, entre otras; así como las ONGs, algunas de las cuales fueron citadas y otras, desempeñaron un importante rol, en el apoyo y fortalecimiento del sistema de salud cubano, sus estrategias y acciones, para garantizar la salud universal que hoy tanto se promueve para el mundo (PNUD, 2012).

Sin dudas, este trabajo encontró tierra fértil en Cuba, país del tercer mundo, pero con una fuerte voluntad política ejercida por el Comandante en Jefe de la Revolución cubana, que condujo las políticas estatales en función de la salud y bienestar de la población cubana.

Bibliografía

- CubaDebate (2018). Un barrio pobre en Chicago mira a Cuba para luchar contra la mortalidad infantil. Cuba: CubaDebate. 11 enero 2018. En: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2018/01/11/un-barrio-pobre-en-chicago-mira-a-cuba-para-luchar-contr-la-mortalidad-infantil/>
- Díez, B., (2019). Los niños de Chernobyl en Cuba: la historia de los afectados por la catástrofe nuclear que recibieron tratamiento en la playa de Tará.

- BBC News Mundo, 14 junio 2019. En: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48616394>
- Guzmán, M., et al. (1992). Estimación de afecciones económicas causadas como consecuencia de la epidemia de dengue hemorrágico ocurrido en Cuba. *Rev Cubana Medicina Tropical*, 44(1), pp.13-17. En: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/733>
- Márquez., M., (2002) .La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud en Cuba 1989-1996: testimonio. Ecuador: Universidad de Cuenca, pp.1-440, En: <https://books.google.com.ec/books?id=olX9Zq14H9MC>
- Paganini, J., M., Pracilio, H. O. (2005). Salud y Medicina Comunitaria: el desarrollo de los sistemas locales de salud. Un camino hacia la equidad. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de la Plata (UNPL). En: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/secretarias/aa/temario_salud_y_medicina_comunitaria.pdf
- Sistema de Naciones Unidas en Cuba (PNUD) (2012). Ejemplos de proyectos: Programa de Desarrollo Humano Local (PDHL). La experiencia del territorio Habana Vieja. En: <http://mapeo.onu.org.cu/document/65cbc5ecf16011e1a02f3860774f33e8/ejemplos-de-proyectos-pnud/>

Testimonios

¡Gloria a esa juventud, a los nuevos salvadores de vidas, que elevan la noble profesión de médicos a los más altos niveles de consagración y ética que ha conocido el mundo!...

Fidel³

A continuación, encontrarán las entrevistas realizadas a 38 personalidades del Sistema Nacional de Salud, entre ellos, ministros, viceministros, directores de hospitales, jefes de grupos nacionales, presidentes de sociedades científicas de la salud, profesores destacados, funcionarios y especialistas. Estas entrevistas⁴ recogen sus vivencias, anécdotas y trabajo realizado en el período 1980-1995.

Encontrarán mis experiencias como viceministro primero desde 1980, y después como ministro de Salud Pública de 1985 a 1995, lo que me permitió trabajar junto al Comandante en Jefe Fidel Castro y dar mi modesto aporte a la salud pública de nuestro pueblo apoyándome en un colectivo excepcional que me acompañó y que forma parte imprescindible en este libro.

Esperamos que este valioso material que hoy ponemos en sus manos sirva de incentivo a las nuevas generaciones para mantener los principios de la salud pública cubana, que, con la impronta y dirección del propio Comandante en Jefe de la Revolución Fidel Castro Ruz, nos llevó a tener reconocimiento nacional e internacional y a enorgullecer a todo nuestro pueblo.

³ Discurso pronunciado en el acto con motivo de la primera graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Teatro Karl Marx, el 20 de agosto de 2005.

⁴ Las entrevistas fueron grabadas y reproducidas de forma textual, excepto discretos cambios derivados del proceso de redacción y edición.



Julián Álvarez Blanco

Viceministro a cargo de la Ciencia y la Tecnología 1085-1995

Ahí no había problemas severos. Los problemas severos surgieron cuando se quiso desarrollar la investigación científica. Se abrió la idea de que investigar era una cosa relativamente fácil...en el primer o segundo mes que estaba atendiendo la ciencia y la técnica, había 500 productos que eran supestamente magníficos...examinados desde el punto de vista científico quedaron apenas 4 o 5. Fue cuando me di cuenta que era demasiado, era muy fuerte aquello, además con poca sustentación científica.

Hablaremos sobre el sistema de salud cubano en los años 1980-1995 y voy a empezar a hacer el relato de mis experiencias en la salud pública a partir de que el Comandante en Jefe me designó Viceministro de Salud Pública en sustitución del Dr. Juan Kourí.

En el período que va desde el 1991 a 1995, acababa de hacer un recorrido por el país, para evaluar la situación de la ciencia y la técnica en el organismo y habíamos encontrado bastantes dificultades, sobre todo en las provincias, salvo algún instituto en la Ciudad de La Habana, especialmente el Instituto de Endocrinología, la organización de la ciencia y la técnica dejaba mucho que desear.

Cuando me dieron la instrucción de pasar a trabajar en esa área, pensé, como hipótesis, que mi tarea estaba relacionada con establecer sistemas organizacionales que permitieran en cada uno de los territorios del país crear instituciones verdaderamente científicas con temas y procesos para obtener resultados, fundamentalmente, en lo que se refiere a la organización de la salud pública; sin embargo, casi recién llegado allí el Comandante en Jefe inicia la organización de lo que después se llamaría el Polo Científico del Oeste de La Habana, apoyado en la Dra. Simeón Negrín, presidenta de la Academia de Ciencias.

En ese momento es que yo entro a trabajar como viceministro de Salud Pública atendiendo la investigación científica y por razones que no me

aclaran bien, me designan coordinador del polo científico, de la ciencia y la técnica relacionada con la salud, especialmente en lo que se refiere a la rama de la investigación científica para producir medicamentos y no digo industria farmacéutica, porque esta industria tenía su propio mecanismo y funcionaba adecuadamente bien para lo que necesitábamos nosotros, que era transformar las materias primas en medicamentos y abastecer a nuestra población. Ahí no había problemas severos.

Los problemas severos surgieron cuando se quiso desarrollar la investigación científica. Se abrió la idea de que investigar era relativamente fácil. Eso generó una gran cantidad de opiniones en muchos profesionales, médicos casi todos, que vieron el asunto bastante simplista.

Para no decir mucho, en el primer o segundo mes que estaba en el MINSAP atendiendo la ciencia y la técnica, había no menos de 500 productos que eran supuestamente magníficos, por lo menos así lo decían los investigadores que trataban de esto. Además, era a lo largo de todo el país. Fue cuando me di cuenta que era demasiado, era muy fuerte aquello, además con poca sustentación científica.

Empezamos a crear, con la anuencia de Teja que era el ministro de Salud Pública y del Comandante en Jefe, que estaba muy inmiscuido en aquel proceso, crear estructuras que pudieran examinar, analizar y decidir sobre los proyectos de investigaciones que se estaban haciendo. Desde luego, eso requirió un personal que no era con el que contaba en aquel momento el área del viceministerio.

Para eso tuvimos que contactar con los compañeros que trabajaban en la industria farmacéutica. En aquel momento se requería una organización capaz de recibir las propuestas de investigación y desarrollo, o de los productos que estuvieran ya en vías de obtención, para examinarlos desde el punto de vista científico y decidir si aquello cumplía con los requisitos que exigía la salud pública para convertirlo en medicamentos que utilizaría la población y sus médicos.

Fue muy característico que de 500 productos que se suponía que tenían capacidad curativa, quedaron apenas 4 o 5 y algunos del polo científico que llevaban otra vía de desarrollo.

En esta situación, que era compleja para mí por mi poca calificación específica, tuve que recurrir a un grupo de compañeros que no quería dejar de mencionar:

- Dr. Emilio Villa, que lo conocía como cuadro del poder popular en Matanzas, pero era una persona muy capaz e inteligente y firme en sus opiniones.
- Fue necesario consultar para ver si podían brindar como cuadro de la salud pública al Dr. Epifanio Selman, farmacéutico que trabajaba ya en la industria farmacéutica y tenía conocimientos acerca de lo que era un producto farmacéutico.
- Incorporamos a Marlene Porto, a María Amparo Pascual que trabajaba en ensayos clínicos en un centro, que pasó a ser inmediatamente un centro de ensayos clínicos que brindaba servicios a los investigadores y verificaba en la práctica los medicamentos. Primero los verificaba desde el punto de vista de su descripción y si tenía posibilidades de ser utilizados en la práctica y después, analizaba las cuatro o cinco etapas del desarrollo del producto. Llegamos a comprender que para obtener un producto se necesitaba la sustancia principal y después nada más y nada menos que 10 o 12 años para obtener el producto como tal, como producto final farmacéutico.

Para mí era difícil explicarle todo esto al Comandante. Yo lo conocía porque tenía que estar en eso, pero él no, él estaba impulsando y desarrollando la industria farmacéutica y explicarle todo eso a Fidel, en medio del período especial –hay que recordar siempre eso– que necesitábamos productos para utilizarlos, para venderlos y buscar recursos financieros para el país, no fue una cosa muy sencilla.

Tuvimos también el apoyo de Dulce María, que poco a poco fue ocupándose de los equipos médicos. –No sé si todavía está trabajando, ¿sí? ¿Ahí en lo mismo? ¡Mira eso! Dulce María es persistente y de Rafael Pérez Cristiá, que era militar, trabajaba en el hospital militar. Le pedí ayuda a Las FAR y me lo cedieron.

Poco a poco fuimos creando un equipo que nos pudiera servir para establecer normas, procedimientos y verificar la calidad y deficiencias de los productos que nos brindaban.

Hay que decir, que una ayuda extraordinaria la recibimos de Pedro Miret, que en aquel tiempo ya no estaba en el Comité Central, pero nos ayudó extraordinariamente en todo lo que fuera necesario; esto es, personal, cuadros y disposición para abordar estos trabajos.

Hay que hablar de Celeste y Lazarita, que Uds. no la conocen seguramente, pero son compañeras extraordinariamente calificadas en la industria farmacéutica y fueron las que me explicaron que un medicamento llevaba 10 o 12 años para su terminación.

Apareció Marlene Porto que trabajaba también en la industria farmacéutica, después se desarrolló y tuvo cargos de importancia, pero en aquel tiempo no. Fue extraordinariamente valiosa.

Con este equipo, empezamos a trabajar y a crear la organización que nos sirviera para evaluar los productos, probarlos en los ensayos clínicos, introducirlos en la industria farmacéutica y convertirlos en productos para uso nacional o internacional.

El trabajo era difícil pero gratificante, pude apreciar como la Revolución había ido creando cuadros y las personas capaces de abordar esta temática, que era compleja y difícil, pero, sin embargo, obtuvieron innegables éxitos en sus resultados.

En medio de aquel esfuerzo que estábamos haciendo, se produce un problema en el Hospital Neuro-quirúrgico (posteriormente el CIREN), entonces el Comandante nos llama a Teja, a mí como viceministro y a algunos otros compañeros más y nos plantea la dificultad que existía con aquella institución y nos pedía que nos ocupáramos de ella para no tener que hacer sustituciones importantes en los cuadros. Efectivamente influimos en ello. Fuimos Teja y yo allá, conversamos, pero al final no hubo solución y fue necesario sustituir a la directora. Nos encontramos con la situación de que teníamos que buscar a alguien. El Comandante me dio la tarea a mí, me dijo: "Busca tú, busca a alguien que sea capaz de asimilar esto". Pero no era fácil, porque en ese centro se estaban haciendo algunas cosas que no se hacían en otros lugares, y sabemos bien que los especialistas, son especialistas...y conocen su especialidad y lo que creen es que esa especialidad se está haciendo perfectamente bien y cuando surgen variaciones, no son muy capaces de aceptarlas y modificarlas, sobre todo si viene de otro. En la medicina a veces ocurren esas cosas.

Yo tenía el temor de entregar esa institución que marchaba aparentemente bien, es decir, tenía resultados pues venían pacientes de otros países, fundamentalmente de Argentina y de Chile. Entonces, no quería que la institución alterara su trabajo, sino que se mantuviera. No acabo de

decidir a quién le propondría al jefe. Entonces me dijo: “Esta bien, entonces ve tu para allá y te ocupas de la institución hasta que encontremos a quien va a sustituirte y sigues siendo Viceministro, con Teja”.

Efectivamente, fui para allá y comencé a trabajar, tratando de que no se rompiera la estructura ni la organización y los objetivos que tenía la institución, ni que se fueran los principales especialistas, que eran, sobre todo personas de la neurología, de la neurocirugía y de la rehabilitación física, en la que ellos habían creado una nueva forma de abordar las lesiones neurológicas de los pacientes con secuelas.

Bueno, empecé a trabajar allá, pero el Comandante en Jefe me dijo:

Sí, estas ahí, mañana, tarde y noche, porque ese centro necesita atención especial durante mucho tiempo” y además, –me lo dijo delante del ministro, por eso pudo ser posible–, “no tienes que ir a ninguna otra reunión. Las únicas reuniones que tienes que ir son a las del polo –que tenía que ir allá– y las del consejo científico, la puedes dar aquí mismo, en el mismo CIREN.

Ahí fue que empezamos nosotros a trabajar. Desde luego, Teja estuvo de acuerdo con el Comandante. Me dijo que no fuera a más ninguna reunión del ministerio, pero hacíamos las reuniones en el propio CIREN que la presidía Teja con los demás compañeros, como si fuera en el ministerio, pero las hacíamos en la institución con la idea de no alejarnos del centro donde estábamos.

En tanto, se iba desarrollando el polo científico en otra dimensión. Las reuniones la hacían en el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CENIC), después, el Comandante decidió que se hicieran en el Palacio de las Convenciones, en el salón privado, un salón que se tenía para reuniones especiales. Empezamos a hacer las reuniones allí, con mucha participación, muy activa. Yo creo que esas reuniones ayudaron extraordinariamente a comprender mejor lo que era la ciencia, la técnica, la industria médico-farmacéutica, la misma necesidad de los pacientes. Yo creo que esa decisión del Comandante, en el marco donde yo trabajaba, no hubo otra tan trascendente como esa.

Efectivamente, esas reuniones empezaron a aportar elementos. Empezó a desarrollarse también una cultura entre los científicos, los profesionales, los directores de instituciones, no una cultura común de

vamos a hacer unas pastillas, a comprar, a venderlas y procesarlas, sino el papel del polo científico para crear nuevos medicamentos, desarrollarlos y comercializarlos. Creo que esa fue otra de las tareas trascendentales en las cuales Fidel me introdujo y me dejó allí, pues fue un momento en que las situaciones en el país eran muy complejas, él confiaba, veía como marchaba el polo científico y no creía que tuviera ningún problema y se alejó de eso. Se alejó físicamente porque dejó de ir a reuniones, pero no se alejó intelectualmente, porque estaba al tanto siempre, dando seguimiento, sobre todo a través del Dr. Miyar Barruecos (Chomi) de que era lo que se iba discutiendo, cómo se iba discutiendo y cómo marchaba la institución.

No sé si he llegado al final, pero me parece que sí.

– **El Dr. Pedro Más le pide que aborde otros aspectos, como, por ejemplo, sus acciones en la neuropatía epidémica.**

Se produce la neuropatía epidémica cubana. Este es un capítulo muy especial.

Empiezan a aparecer los casos y se empieza a manifestar, ya no en Pinar del Río solo, sino en el resto del país. Se hacen algunas investigaciones y efectivamente empieza a constatar que había un genio epidémico⁵ que producía determinado cuadro clínico, caracterizado por trastornos neuropáticos, tanto raquimedulares como sistémicos y oculares. Entonces realmente, las investigaciones y estudios que se hacían no nos daban seguridad de que era lo que estaba pasando.

Yo recuerdo, que vino una delegación del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EE. UU. y el que venía al frente de esa delegación era Coronel del Ejército Norteamericano. Empezamos a examinar los problemas, desde diversos ángulos: infecciosos, carenciales y otros, es decir, había diversos enfoques.

Los miembros de la delegación quedaron impresionados por nuestros profesionales. En un momento determinado me proponen que por qué no se hacía una investigación conjunta. Ni siquiera se lo dije al Comandante, le dije, “bueno sí, vamos a hacer la investigación, aquí y en los Estados Unidos...los de aquí van allá, etc.” Se callaron la boca y más nunca se

⁵ Conjunto particular de síntomas peculiares de una epidemia determinada.

volvió a mencionar. Nunca se lo llegué a decir al Comandante, pues ellos estaban bien impresionados, pero querían sacar algo más.

Me dijeron que la situación nuestra en Pinar del Río –que fue el territorio que se les dio para que investigaran e indagaran las cosas– estaba mejor que en California.

Ese fue un hecho, que nos quedó a todos en duda. La situación más difícil la pasamos con la visita de una delegación inglesa y española, que se reunió con el polo científico en su conjunto y el Comandante en Jefe. Después que habían recorrido los lugares y con se les había explicado todo. El inglés –no voy a decirlo, pero como muchas veces son algunas personas en su país– se dirigió a todos en el polo científico, pero tal parecía que estaba dando las conclusiones, el énfasis que puso en decir las cosas que dijo, era como unas conclusiones irrefutables, hacía alusión a una neuropatía que había ocurrido en Jamaica, creo que, en el siglo anterior, este que pasó no, en el otro (siglo XIX). Donde habían pasado estas mismas cosas decía él y se había publicado en Inglaterra.

No me gustó la forma en que habló y lo tajante que fue en sus expresiones. Entonces le hice una pregunta que tenía varias formas de contestar, para que el profesor reconociera que la cosa no era tan sencilla. Es decir, que, si en Jamaica hubo neuropatía, la de Cuba no tenía por qué ser la misma. Recuerdo que el profesor no llegó a hablar, porque un español que no recuerdo el nombre, que venía en la misma Comisión Europea, dijo que yo le había faltado el respeto al profesor, porque no había aceptado lo que él había dicho. ¡En mala hora! El Comandante empezó a explicar aquello y a decirle. Les dio una explicación a aquella gente, que se acabó la reunión allí.

Poco después, me tocó ir a Varadero a despedir la delegación. Estaban reunidos, ellos, alguna gente más y los compañeros nuestros que los cuidaban. Me mandaron por cortesía a decirles adiós y fui allá.

Entonces me dijeron, ¿por qué ustedes defienden tanto la Revolución?, Le dije: “Óigame, nosotros acabamos de pasar una dictadura que mató a miles de cubanos, ¡asesinados!, porque era una dictadura, la dictadura de Batista, ustedes lo saben”. Pero ya eso pasó, respondieron. “Sí pero esa dictadura fue impuesta aquí por los Estados Unidos y siguen con la misma idea”. El inglés se me quedó mirando y me dijo “Ud. es muy persuasivo señor”.

Prácticamente tenemos muchísimas vivencias en relación con la salud pública, la industria farmacéutica, con Fidel y creo que es difícil encontrar una persona con esa capacidad intelectual; ese poder, poder real que tenía, porque se lo daba su historia, su actuación, su capacidad y que jamás, mal utilizará toda esa capacidad, ese poder. Fue la persona más asequible. Si se ponía bravo, se ponía bravo, como se pone bravo todo el mundo, pero no abusaba de nadie. Para mí fue una experiencia extraordinaria.

4 de octubre de 2018



Carlos Angurel Arias

Arquitecto especializado en Inversiones y Diseño. Director de Inversiones

En el período especial de forma abrupta el país dejó de recibir los aseguramientos necesarios...Había un plan de inversiones muy ambicioso...estábamos desarrollando la extensión del Programa del Médico de Familia...Se diseñaron proyectos de los policlínicos tipo II, tipo III, policlínicos docentes...

Se mantuvo el programa de mejoramiento de nuestras universidades médicas y el de la industria médico farmacéutica. Había que dirigir muy bien los recursos sobre aquellas instituciones que se podían y se debían concluir.

Todos podemos comprender que uno de los impactos más importantes que tuvo el período especial en la salud pública, fue todo aquello vinculado con la infraestructura, la tecnología, tanto médica como no médica. A partir de las alianzas que tenía la salud pública cubana en aquel momento con los países del CAME, mucha de la tecnología, sobre todo las ingenieras que estaban vinculadas a los sistemas de apoyo eran de procedencia de los países antiguamente socialistas.

De forma abrupta el país dejó de recibir los aseguramientos necesarios, fue un reto para todo el sistema de salud. Recuerdo que tuve la posibilidad de que me designaron para participar en una reunión con el ingeniero Marcos Portal en los primeros momentos del período especial y realmente salí conmovido de aquella reunión, donde el entonces ministro de la Industria Básica, nos brindó la visión adelantada de lo que los dirigentes de la Revolución tenían y sobre lo que se esperaba en el período especial. Pensé en mi inexperiencia como cuadro, porque era muy joven en aquel momento, que quizás lo que se nos había dicho no iba a ser así. Después comprendí que aquello que se nos había adelantado, lamentablemente se cumplió.

El MINSAP estaba inmerso en un programa importante de desarrollo de su infraestructura, de crecimiento y de mejoramiento. Había un plan de inversiones muy ambicioso, que era conducido estratégicamente por el

Jefe de la Revolución. En aquellos momentos estábamos desarrollando la extensión del Programa del Médico de Familia, había concluido el cierre de las montañas, tanto en Santiago de Cuba como en la provincia Granma y la extensión avanzaba en la Ciudad de la Habana a partir de la experiencia en el área de salud de Lawton, que fue la primera incursión en esta modalidad de atención. Creo que esa fue una de las estrategias que se continuó, pese a todas las limitaciones que teníamos.

Se pudo continuar avanzando, y prácticamente en los años más difíciles del período especial se logró sellar alrededor de 90 % de las áreas de salud, que ya con la construcción de los consultorios nuevos –a partir de un concurso que se realizó donde se seleccionaron 14 proyectos– fueron extendiéndose a lo largo y ancho del país.

No se renunció a esa prioridad. Se continuó la construcción de los policlínicos en diferentes comunidades. Se diseñaron proyectos de los policlínicos tipo II, tipo III y policlínicos docentes. Creemos que la atención primaria de salud en esos duros años, continuó beneficiándose. ¿Por qué? porque era el principal punto de acercamiento que tenía la salud pública con la población.

En segundo lugar, se había iniciado en la década de los años 80 un programa de crecimiento de camas y mejoramiento de los hospitales en la Ciudad de La Habana y el período especial nos sorprendió a medio camino de la ejecución de esas importantes inversiones. Fue cuando se reconstruyó por completo el hospital Miguel Enríquez, y se hicieron las intervenciones en el hospital clínicoquirúrgico de 26, hospital Joaquín Albarrán, con la ampliación para el instituto de nefrología, además de las inversiones en diferentes instituciones que llevaban implícito un crecimiento considerable de camas en la capital, el mejoramiento de los servicios e importantes mejoras tecnológicas que venían también a completar ese esfuerzo.

Siempre se tuvo la visión y la prioridad. Hubo que por supuesto multiplicar los sistemas de seguimiento, los sistemas de control. Pero ese esfuerzo de poder materializar prácticamente la totalidad del ambicioso programa de crecimiento de camas en la capital no se detuvo.

En tercer lugar, estaba el programa de las instituciones docentes. El Jefe de la Revolución siempre había avizorado la necesidad de multiplicar

la formación de médicos, pero para eso requeríamos infraestructuras e instalaciones. Se había iniciado, se continuó y se concluyó el programa de mejoramiento de nuestras facultades e institutos superiores de ciencias médicas, que como todos sabemos llevaban implícitos módulos docentes, módulos de dormitorios, gimnasios, laboratorios con toda la complejidad que eso implica y con las condiciones de confort y de funcionalidad. Ese programa tampoco se detuvo e inclusive nuestros politécnicos de la salud para la formación de técnicos medios se insertaron a posteriori y también pudo continuarse.

Fue imprescindible desarrollar la industria médico farmacéutica. En aquellos momentos dicha industria estaba dirigida, administrada y desarrollada por el MINSAP y ante el colapso financiero que teníamos en el país, y la ausencia de los mercados que tradicionalmente trabajábamos, no hubo otra alternativa que desarrollarla. Con el objetivo de satisfacer las necesidades de producción de medicamentos para la población cubana, se empezaron a formular nuevas producciones de medicamentos, ya fuera en formas terminadas de tabletas, inyectables, líquidos, ungüentos y cremas a partir del trabajo de nuestros científicos, de nuestros investigadores, lo que requería tener las condiciones tecnológicas necesarias para poderlo desarrollar.

Es así, que en un programa muy cohesionado con otros sectores del país y dirigido por el grupo de coordinación y apoyo del Comandante en Jefe, fue que se desarrollaron grandes inversiones que son hoy en día el sustento de la enorme producción de medicamentos, tanto de inyectables como de tabletas, que tiene el país y que como todos conocemos, es un rubro importante de nuestras exportaciones. Esto demandó mucha intersectorialidad, el programa requirió movilizar muchos recursos que estaban en inventarios de diferentes organismos. Se minimizó el uso de la divisa, a partir, precisamente de la cooperación intersectorial que existía.

Por lo tanto, nosotros creemos que en el área de inversiones como tal, trabajamos en cuatro direcciones y potenciamos los correspondientes programas:

1. La conclusión del programa iniciado en Ciudad de La Habana.
2. La continuidad y consolidación de la extensión del Programa del Médico y Enfermera de Familia.
3. La continuidad del programa de nuestras universidades médicas.

4. Programa de nuestra incipiente, pero robusta industria médico farmacéutica cubana.

- **El Dr. Más Bermejo, pregunta: ¿cuáles fueron los logros materiales y en organización del trabajo que, a su entender, fueron más sólidos en el período especial.**

Sí, como no, continuaron, no diría que empezaron, yo creo que hubo, por supuesto, un proceso de cierto enlentecimiento pues había que dirigir muy bien los recursos sobre aquellas instituciones que se debían concluir, sobre todo se trabajamos mucho con el conocimiento del cuadro de salud de la población de cada territorio. Pese a que quizás algunas no avanzaron con el ritmo deseado pudieron irse ejecutando y concluyendo. Se terminó el hospital general de Moa, la ampliación y remodelación capital del hospital Julito Díaz; así como, se impulsaron importantes objetos de obra en el hospital Faustino Pérez de Matanzas y se avanzó en el hospital de Santiago de Cuba, entre otros; en fin, se continuó avanzando y consolidando el programa de los hospitales. Y no solamente los hospitales, en aquellos momentos, por ejemplo, surgió y nació el programa de los bancos de sangre y empezamos a desarrollar nuestros proyectos. O sea, pese a esas grandes limitaciones jamás se cejó en el empeño de continuar el desarrollo de la salud pública.

Empezamos también a comprender que debíamos, de forma paralela al proceso inversionista, desarrollar un programa de rescate y recuperación de nuestra infraestructura sin necesariamente crecer en servicios.

- **El Dr. Pedro Más le pide alguna anécdota, que tomó de alguna intervención de Fidel, teniendo en cuenta la responsabilidad que desempeñaba.**

Creo que primero, aprendimos a trabajar de una forma diferente. Aprendimos a trabajar pensando que lo que hacíamos dependía de cada uno de nosotros. Lo veíamos como el momento en que los hijos marchan de la casa y crean nueva familia, que era impropio solicitar ayuda externa, era impropio solicitar participación superior y a todos nos correspondía individualmente resolver y enfrentar los problemas. Eso nos llevó por un camino de mayor racionalidad y objetividad en las decisiones. Creo que pensábamos mejor las decisiones, eramos

más objetivo en el momento de decidir y siempre se nos inculcó un pensamiento económico en la toma de decisiones.

Yo no tenía esa percepción tan clara de la necesidad de tener un pensamiento económico en el momento de tomar las decisiones. Hubo otro elemento importante y fue que el período especial nos cohesionó como cuadros, trabajamos en un ambiente de unidad. Recuerdo que, en la Ciudad de La Habana, que lógicamente fue el territorio más impactado en dicho período, llegó el momento en que nos confundíamos en las funciones, las del MINSAP con las propias de Ciudad de La Habana, en el sentido del concepto de necesidad de poder enfrentar y resolver los problemas.

Recuerdo las tradicionales reuniones que tenía el Dr. Teja, con el presidente Chávez, donde revisábamos detalle a detalle, semana tras semana, el aseguramiento del programa de la salud pública de la Capital. No era solamente para las inversiones, para crecer, para remodelar, para ampliar, para concluir obras, sino veíamos integralmente cualquier prioridad de la salud pública, creo recordar que llegamos a tener un hospital como el Calixto García, con solo dos teléfonos funcionando y en una reunión los compañeros de comunicaciones, todavía no era ETECSA, nos preguntaban: “qué hacemos con los dos teléfonos, no tenemos posibilidad de habilitar más teléfonos”; en ese momento se decidió poner uno en la dirección de hospital y el otro en la terapia intensiva. Porque no existían más posibilidades.

A nosotros se nos deterioraron todos los sistemas de apoyo de los hospitales, pero ninguno dejó de funcionar, todos continuaron prestando servicio.

Hubo un momento en que se cargaban a los pacientes, porque los ascensores no funcionaban, habían colapsado, igual las lavanderías y cocinas pero además del déficit que teníamos de algunos elementos, se tenía que lavar y cocinar, en muchas ocasiones en condiciones de campaña; pero jamás se dejó de prestar los servicios en correspondencia como había sido la tradición de nuestra salud pública.

“Aprendimos mucho a hacer más con menos”. Creo que esa fue la principal experiencia que tuvimos.

- **El Dr. Pedro Más le pide alguna anécdota, que tomó de alguna intervención de Fidel, teniendo en cuenta la responsabilidad que desempeñaba.**

Bueno, el portavoz nuestro era el ministro Teja, quien casi permanente y sistemáticamente se reunía con Fidel. Pero, un día tuvimos la oportunidad de asistir a una visita que él hizo al centro de Marlene Porto (industria médico farmacéutica), yo estaba muy cerca como para oír, no sé si el ministro recordará, y el Jefe de la Revolución estaba preocupado por la cantidad de combustible que consumían los carros de su escolta y el suyo. Aquello para mí fue impresionante, así como para el Teja y para todos, así nos acercamos un poco más a la grandeza, a la sencillez y a la sensibilidad que tenía el Jefe de la Revolución, quizás parezca una anécdota un poco simple, pero para nosotros fue realmente sorprendente. Recuerdo que el ministro le explicaba: “pero cómo Ud., Comandante va, a estar preocupado por eso, al contrario...”, pero bueno fue así, fue así.

10 de noviembre de 2018



Jorge Víctor Antelo Pérez

Viceministro primero de Salud Pública
1985-1996

En 1986, ya se habían creado las bases, los programas de formación se habían consolidado, se había enfatizado en el plan de formación del médico, la enfermera, el estomatólogo, y esto requería que el sistema de salud diera un salto para mejorar la calidad de la atención que se brindaba... si los

planes y programas no tenían un aval internacional, era echar “agua en canasta”... los logros de nuestra patria en salud, teníamos que hacerlos creíbles en el área internacional. Visitaron Cuba directores de la OPS, de la OMS... impulsaron proyectos de colaboración que contribuyeron a la realización de los planes de la Revolución.

Me gradué de médico en 1972 y en 1984 por decisión de la máxima autoridad del país soy nombrado viceministro de economía del MINSAP, en aquel momento el ministro de salud pública era el compañero Sergio del Valle, a quien recuerdo con mucho agrado, era una persona de trato afable y respetuoso.

En diciembre de 1985, el comandante Fidel Castro, nos llama a su despacho a mí y al Dr. Julio Teja que en aquel entonces era el viceministro primero del MINSAP y nos comunica que Teja estaba nombrado como nuevo ministro de Salud Pública y yo como viceministro primero, desempeñé ese cargo hasta 1996.

Tengo que ir un poco atrás en el tiempo y hablar del contexto de aquel momento. En 1975, se había comenzado la institucionalización del país, se crean los órganos locales del poder popular, lo que constituyó un importante paso en la institucionalidad del Estado y esto permitió la descentralización de la actividad de salud pública en los territorios, o sea, muchas entidades pasaron administrativamente a los órganos territoriales del poder popular. El MINSAP dirigía las instituciones de subordinación nacional y su principal papel era la rectoría técnica del Sistema Nacional de Salud, a estas transformaciones le siguió un importante plan

de inversiones, se construyeron hospitales provinciales y municipales, policlínicos, facultades de medicina y ciencias afines. Fue un plan bien estructurado, bien pensado.

En 1986, ya se habían creado las bases, los programas de formación se habían consolidado, se había enfatizado en el plan de formación del médico, la enfermera, el estomatólogo, y esto requería que el sistema de salud diera un salto para mejorar la calidad de las especialidades, la calidad de la atención que se brindaba, la calidad de los servicios que tenían que prestar las instituciones de salud y es cuando el Comandante nos asigna la nueva tarea a mí y a Teja, nos dice... "confío en ustedes, necesito que nos ayuden a desarrollar todos estos planes y sé que pondrán su mayor empeño para lograrlo". Recuerdo que regresé al MINSAP, recapacité y me di cuenta del reto que nos había dado el Jefe de la Revolución.

El Comandante estaba claro que tanto Teja como yo no éramos médicos con un aval de experticia en la profesión, los ministros anteriores como Sergio del Valle, Martínez Junco o Gutiérrez Muñiz fueron especialistas destacados en alguna rama de la medicina; nosotros éramos médicos y nuestra experiencia se centraba en la administración de salud y algunas incursiones en la administración pública.

Por tanto, conociendo que había una voluntad política para alcanzar una salud pública de calidad, decidimos crear grupos de trabajo con los cuadros y funcionarios para atender de manera priorizada las diferentes misiones que nos había asignado el compañero Fidel.

A mí me tocó atender el grupo para el desarrollo de 35 especialidades, no era fácil pues cada uno halaba para su especialidad, pero de una manera sensata se decidieron cuáles eran las especialidades determinantes, que tenían el papel más importante en el desarrollo, sin dejar a ninguna atrás.

Estas decisiones no se tomaron con voluntarismo, el grupo estaba integrado por funcionarios del Consejo de Estado, el ministro, el grupo de coordinación y apoyo del Comandante en Jefe, y se invitaban a los compañeros del departamento de salud del Comité Central del Partido. Por decisión del equipo de dirección del MINSAP se selecciona un grupo de especialistas del país, formaran parte o no de los grupos de desarrollo de las especialidades o de las juntas directivas de las

sociedades, de esta forma, en la confección del proyecto de desarrollo de cada especialidad tuvo participación activa toda la masa crítica de especialistas a nivel de todo el país. Todos estos colegas fueron citados y se le encomendó que propusieran el programa de desarrollo de sus especialidades hasta el año 2000.

Con todos estos profesionales se efectuaron reuniones masivas, en muchas de las cuales participó Fidel, recuerdo su participación en la de oftalmología escuchando opiniones, preguntando, dando ideas en un verdadero ejemplo de democracia participativa a partir de los niveles más altos del conocimiento médico especializado.

Al final, el Comandante destinaba los recursos financieros y yo en mi condición de viceministro primero convocaba a los especialistas de electromedicina, de la empresa de Suministros Médicos (EMSUME) y a los representantes de la empresa importadora MediCuba.

El trabajo fue arduo e intenso, en sus inicios por ejemplo, el programa del médico de la familia fue muy contradictorio pues se debatía que si debía atender 250 o 500 familias, que si el policlínico iba a atender 1000 pacientes cuando antes atendía 2000, no impusimos criterio pero había que comenzar, no podíamos detenernos, lo importante era tener claro el concepto técnico del programa y así decidimos comenzar con la atención de 250 familias por consultorio y luego la vida diría la última palabra.

Recuerdo una anécdota: Llegué a un policlínico y me encontré que la tarea del médico de la familia era subir a los tejados a echar abate a los tanques de agua y discutí con la dirección del policlínico, el médico estaba para educar a la población en ese sentido, no para hacer lo que debía hacer la comunidad, entonces organizamos charlas educativas y así se fue consolidando la labor del médico en su comunidad. En este programa la OPS colaboró mucho con nosotros hicimos un programa específico para tres policlínicos encaminado a que la base debía tener conciencia de lo que hacía, y sacamos una gran experiencia.

Yo había ido a un curso de vigilancia epidemiológica a Venezuela en 1977 y en una conferencia magistral sobre tuberculosis que ofreció el Dr. Terceira. quien era el asesor de tuberculosis de la OPS, presentó un programa de tuberculosis en una favela de Brasil, cuando terminó me le acerqué y le pregunté donde se hacía lo que él decía y me respondió “...sin lugar a dudas, en Cuba.”

Con este referente, en el MINSAP analizamos los logros de la salud que tenía Cuba bajo la dirección de Fidel, nos planteamos que si lo que lográbamos hacer no tenía reconocimiento o aceptación fuera de Cuba, si los planes y programas no tenían un aval internacional, era “echar agua en canasta”. Con la aprobación del MINSAP, y del propio Fidel, tuve como tarea principal contactar a los principales dirigentes de los organismos internacionales (OMS, OPS, PNUD, UNICEF) y con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

En 1975 la OPS quitó en su anuario estadístico la letra en bastardillas en las estadísticas de salud cubanas después que analizó que dichas estadísticas eran confiables, ya con ese aval podíamos ir abriendo el frente Salud con los organismos internacionales, que además nos orientara, nos corrigiera, nos brindara su experiencia; puedo decir con toda honestidad que le agradezco al Dr. Márquez, representante de la OPS/OMS en Cuba y un hombre inteligente, su apoyo. Con frecuencia iba a su casa donde nos reuníamos con Fidel y él nos explicaba cómo proceder, fue un momento de mucho intercambio técnico.

Los planes de la dirección del país relacionados con la idea central de convertir a Cuba en una potencia médica demandaban importantes recursos financieros, unido a la necesidad de acceder a las tecnologías de punta y a la capacitación de nuestro personal en aquellos países que marchaban a la cabeza en todos estos campos, logramos mucho a través de los organismos internacionales.

No se puede perder de vista que con la caída del campo socialista y el bloqueo imperialista con EE. UU. a la cabeza, nos obligaba a buscar ayuda de estos organismos internacionales para acceder a lo que estábamos necesitando y lograr facilidades y asesorías en nuestros planes de desarrollo. En los primeros momentos busqué fortalecer las relaciones con sus representaciones en Cuba, mejoramos sus instalaciones de forma que pudieran incrementar con facilidades su trabajo en el país. Una línea de trabajo fue lograr una mayor participación en Cuba de estos organismos internacionales, se adecuaron los programas a las normas de estos organismos y ellos comienzan a captar a un grupo de nuevos compañeros que se convirtieron en expertos nacionales de incuestionable prestigio, los financiaba el MINSAP, y así no afectábamos el presupuesto del programa y lográbamos que se ejecutara tal y como se pensó.

El trabajo y los logros de nuestra patria en salud, teníamos que hacerlos creíbles en el área internacional.

Otra dirección de trabajo que asumí en las relaciones internacionales fue aumentar la presencia de Cuba como país en las oficinas centrales o regionales de estos organismos internacionales, teníamos algunos expertos internacionales trabajando en la OPS, Roberto Menchaca, Antonio Pagés, Manuel Peña, Raúl Molina, Julio Suarez, Diego González, incluso el compañero Menchaca fue jefe del programa antitabaco en la OMS; fue un trabajo de años y muchos de estos compañeros llegaron a ser Jefes de las oficinas panamericanas en la región.

También nos propusimos ser más activos en los organismos internacionales, por dos razones, una la presencia de Cuba como tal y la otra conocer la política internacional que se aplicaba para la salud y así llegué a tener varias responsabilidades internacionales, lo que demuestra que fue una época muy prolifera en la que tuvimos excelentes relaciones con los organismos internacionales y sus directivos siempre sobre la base del respeto.

Tengo una anécdota, estábamos en una reunión de la OMS discutiendo quien sustituiría al Dr. Nakajima y le dije: "Nakajima, propóngame a mí y me respondió que entonces los cambios no van a ser por evolución sino por revolución."

Como resultado de este trabajo, apoyado en la cancillería, se logró la presencia en Cuba de directores de la OPS como Carlyle Guerra de Macedo y George Alleyne, Mirta Roses, y directores de la OMS como el japonés Dr. Nakajima y el Dr. Mahler.

Todas estas personalidades visitaron Cuba en diversas ocasiones, impulsaron proyectos de colaboración que contribuyeron a la realización de los ambiciosos planes de la Revolución, así las reuniones con los organismos internacionales se llegaron a convertir en reuniones de conciliación de planes en el marco de una sincera amistad.

En una ocasión en el año 1994, estábamos en la reunión de la OMS y me viene a ver la representante de EE. UU., con quien yo tenía buenas relaciones y me dice.

"Antelo necesito tu apoyo, el Congreso no me aprobó los fondos del período que aportamos", imagínense lo que fue aquella discusión del presupuesto, interminable, yo pedía la palabra y no me la daban, ellos

pensarían, qué hace este enano país queriendo opinar en esta bronca de gigantes y me paré en la silla, me saqué los bolsillos vacíos y les dije... “miren mi país está como mis bolsillos y yo no vengo aquí a pedir dinero, lo que necesitamos es sensatez, increíblemente paré la discusión y se llegó a un acuerdo”.

Cuando la epidemia de la neuropatía en Cuba, recibí instrucciones de Fidel y de Teja de ir a la OMS y pedir ayuda para investigar, explicar allí lo que nos estaba sucediendo y fui, yo tenía por norma hablar en los seis primeros turnos de las sesiones, porque si usted habla después del diez no encuentra a nadie en el estrado que decida, leí mi discurso y empecé a moverme, fueron días intensos pero logramos salir de allí con una colaboración internacional importante, a partir de esto nos visitaron científicos de renombre mundial y hasta premios Nobel en un ambiente respetuoso y de cooperación, expresaban su admiración por el trabajo que estábamos realizando.

El Comandante en Jefe atendió personalmente a todas estas figuras de la ciencia y compartió reuniones de trabajo donde se invitaron a nuestros científicos y especialistas más destacados, mostrando en todo momento su interés por estrechar lazos de colaboración que fueran de mutuo beneficio y recalcando su agradecimiento por los aportes y su presencia en el país.

Una anécdota, estando en casa de Miguel Márquez, en una reunión para discutir los resultados de todo lo logrado en la OMS para enfrentar la neuropatía, estaba allí Fidel y yo había llevado a mi hijo que era amigo del hijo de Márquez, y Fidel manda a buscar a mi hijo y le dice “voy hacerme una foto contigo por lo que logró tu padre, por el alboroto que armó en la OMS.”

Logramos una gran movilización de recursos y personalidades, incluso los americanos llegaron a invitarme al laboratorio de guerra bacteriológica y me mostraron lo que allí hacían, como es lógico me enseñaron lo que podían enseñar. Llegamos a recibir invitación de la Oficina de Intereses para participar en una recepción oficial y asistimos, fue un gesto de cierto apoyo. Con la Cruz Roja Internacional se establecieron relaciones fructíferas y duraderas.

Otra línea de trabajo fue incrementar la colaboración internacional con el envío de brigadas médicas a otros países; en ocasión de la visita

del presidente de Zambia a Cuba, se reunió con Fidel y en ese momento me mandan a buscar, y Fidel me plantea que yo iba a visitar Zambia para enviar una brigada de 250 médicos cubanos, así visité el país completo y se abrió esa colaboración.

Igual abrimos la colaboración con Sudáfrica, creo que esta fue muy importante, los sudafricanos plantearon que ellos tenían que comprobar el conocimiento de los médicos mediante examen, para dar su visto bueno, y rápidamente organizamos un programa que se desarrolló con mucho éxito.

Un momento significativo en las relaciones internacionales y el MINSAP, fue a raíz del accidente de Chernóbil, sucedido el 26 de abril de 1986 en la central nuclear al norte de Ucrania, el Comandante en Jefe decide crear un programa de ayuda a la población afectada, en especial a los niños, me dan la misión de trasladarme a Ucrania y allí elaborar un programa de colaboración, junto conmigo viajaron especialistas de hematología, endocrinología y pediatría y los profesores Dr. Cosme Ordoñez y el Dr. Ballester, este último, director del instituto de hematología.

Allí se realizaron reuniones con las autoridades del país y se encuentra resistencia en algunos cuadros y personalidades, como la Directora del Instituto de Hematología que estaba renuente a enviar niños a Cuba.

Después llegó el ministro Teja y yo lo acompañé a la entrevista con el presidente ucraniano, donde se trató el tema y recibimos su apoyo, pero continuó la resistencia de algunos factores que tenían decisión por lo que tuvimos que continuar las conversaciones hasta lograr después de intensas jornadas con soluciones científicas y técnicas, convencerlos de lo beneficioso que sería llevar a cabo este programa, que con satisfacción hoy puedo decir que fue muy exitoso.

Se fletaron aviones para trasladar los niños a Cuba y se crearon las condiciones para alojarlos en Tará, donde se instaló un sanatorio para su tratamiento.

Otro momento que marcó mi paso por el MINSAP, fue a raíz de la visita a Cuba en 1987 del Viceministro Primero de salud de la URSS, con el cual se firmaron diversos proyectos de colaboración y protocolos de intención, había un interés por la parte cubana de buscar mercado a los productos que empezaban a salir de los laboratorios de medicamentos y centros del polo científico; me llama Fidel y me dice que tengo que irme para la URSS con la misión de venderles 500 millones en medicinas.

A partir de ahí casi vivía en la Unión Soviética, al principio realizando todo el procedimiento técnico para el registro de los medicamentos según sus normativas, no olvidar que en ese momento estaba el caos de la Perestroika, era un momento difícil. Un día mirando el noticiero estelar allí me di cuenta que estaba perdiendo mi tiempo en Moscú, consulté a La Habana y me autorizaron a moverme por las repúblicas, así recorrí el país y logramos hacer clínicas estomatológicas con tecnología cubana a cambio de suministros para los hospitales en Cuba. Hicimos cinco empresas mixtas para el tratamiento del vitíligo. Recuerdo con agrado esa tarea.

En el año 1990, con la caída del campo socialista y sabiendo que nos venían tiempos difíciles, Teja y yo decidimos que había que prepararse para enfrentar el desabastecimiento de recursos del sector y teníamos que buscar soluciones, fueron tiempos muy difíciles. Esto nos obligó a aprovechar todos los proyectos y programas de colaboración, de modo que todos los recursos que entraran se utilizaran para solucionar problemas muy sensibles en los policlínicos, consultorios y otros.

A partir de ahí, comenzamos a buscar colaboraciones compensadas como un esfuerzo del MINSAP para buscar financiamientos y palear la situación en que se encontraba el país. Logramos la ayuda de la OPS para iniciar la colaboración con los países del Cono Sur y se incrementaron las acciones para poder incorporar a Cuba en los proyectos de los organismos internacionales.

Yo me siento orgulloso, trabajé con mucho amor, con mucha dedicación, le dediqué mi alma y mi vida y no me arrepiento, me siento orgulloso porque trabajamos para el pueblo.

19 de abril de 2019



Pastor Castell Florit-Serrate

Director provincial de Salud

¿Que hicimos para ampliar los servicios?. En Jaruco... 80 % de las personas iban a la capital. Se crearon servicios de fisioterapia...de ópticas...de ambulancias y hogares maternos y casas de abuelos en los 19 municipios de la provincia de La Habana...son los servicios que se fueron acercando a la población... destaca la importancia que tiene en la salud

pública los procesos de integración...la intersectorialidad; porque la viví en la práctica en la provincia de La Habana y también en la capital del país.

Llevo 48 años dirigiendo en el Sistema Nacional de Salud y 43 años dedicado a la docencia y a la investigación y realmente he vinculado mucho mi trabajo práctico a la docencia y la investigación.

He tenido una historia bonita en la administración de la salud pública, cosa que no esperé, pues cuando hice medicina interna me gustó mucho, pero por mis responsabilidades en la Juventud y en la FEU, me asignaron la tarea desde el año 1971 de ser director de salud en la Isla de la Juventud.

Voy a hablar específicamente, para no hablar de toda la etapa, me voy a dedicar a hablar del año 85 para acá, donde ocurrieron dos momentos para mí muy significativos, porque en ese año yo estaba de director provincial de Salud, por trece años, en la antigua provincia La Habana, que actualmente es la provincia Mayabeque y Artemisa. En el año 1991 vine a dirigir la Ciudad de La Habana en pleno período especial, que también fue una etapa cumbre, estuve cinco años y ya expresaré algunos sentimientos de esa etapa.

La provincia La Habana, con 19 municipios, compleja por su extensión, con una dependencia muy grande de la Ciudad de La Habana en aquel entonces, porque la era la que garantizaba la atención secundaria, aunque había hospitales en las localidades de la provincia. Había dos retos importantes, desarrollar la atención primaria para que fuera más productiva y más resolutive, pero también no olvidar lo que teníamos de atención secundaria.

Una de las primeras ideas que tuvimos, que creo fue un éxito y en eso el ministro Teja nos apoyó grandemente, fue lograr la estabilidad de la fuerza médica en la provincia. Hay que decir que de 70 a 80 % de los servicios especializados de la provincia antigua Habana Campo, dependía de la ciudad. Decenas de autos iban diariamente a dar servicio a esa provincia, eso era algo grande. En esa estabilidad de las fuerzas hubo mucho apoyo, tanto del Gobierno Provincial como del MINSAP.

¿Que se hizo? Primero garantizar fuerza médica en La Habana, pero también el Gobierno tuvo que garantizar viviendas para estabilizar la provincia. Hay que decir, que en pocos años esa provincia logró una estabilidad de 70 % de sus fuerzas.

¿Que hicimos para ampliar los servicios? Tuvimos la idea de crear un sistema de diez instituciones básicas de salud, o servicios básicos más bien; todos a nivel de localidades, por ejemplo, fisioterapia. La provincia dependía en 75 a 80 % de los servicios de fisioterapia de la capital.

En Jaruco, por ejemplo, 80 % de las personas iban a la capital. Se crearon servicios de fisioterapia, pero un servicio elemental, pero un servicio elemental de fisioterapia significa 70 % de la demanda poblacional. No teníamos parafina, no teníamos servicios complejos, pero sí teníamos paralelas, teníamos bicicletas. ¿Cómo lo hicimos? El Gobierno nos garantizó bicicletas comunes y el servicio de electromedicina las adecuó a bicicletas ergométricas, las paralelas se hicieron por los departamentos de mantenimiento nuestros; así hicimos servicios de fisioterapia en todos los municipios de nuestra provincia, de esa manera. Esto garantizó que la población en un porcentaje importante no se moviera.

Otro servicio, para no detenerme en todos, el servicio de óptica, la provincia de La Habana en aquel entonces, con 19 municipios, solo tenía 7 ópticas. ¿Qué hicimos? Centros de recepción de óptica en todos los municipios, un centro de recepción de óptica. La población llevaba su necesidad de espejuelos y un transporte lo trasladaba a las ópticas y después lo recogía. Con la dificultad de transporte que había la población no tenía que ir a las ópticas, que estaban en las cabeceras de los grandes municipios. Todo esto fue un elemento muy importante.

El servicio de ambulancias, el MINSAP nos apoyó, se creó un servicio de ambulancias, pero había que tener presente que había dificultades

serias con el aspecto económico en el país. ¿Qué se aprobó? los carros tipo Chevi se picaban y se hacían ambulancias, con esto se logró un impulso grande a todo el sistema de salud.

Otro hecho para mí muy significativo fue el siguiente, ya después se fue ampliando, pero creo que fue de las provincias en aquel entonces, pionera en tener hogares maternos y casas de abuelos en los 19 municipios de la provincia. Eso también fue una ventaja muy grande, en primer lugar, porque los hogares de ancianos que existían no podían satisfacer todas las necesidades de la población de la provincia, con el envejecimiento que ya se avecinaba, porque hoy tenemos un alto índice de envejecimiento, pero ya en esa etapa se comenzaba a notar el crecimiento de ese indicador. Con la construcción de casas de abuelos, logramos un sistema que permite que los ancianos no estén en los hogares de ancianos a tiempo completo, están en las casas de abuelo, servicio diurno, la familia lo recoge por la tarde, o ellos se van por su cuenta y mantienen una vinculación hasta con la propia comunidad. Eso lo logramos en los 19 municipios.

El otro servicio, muy importante, fue crear hogares maternos en los 19 municipios de la provincia. El hogar materno como concepción, ojalá que eso no se pierda, el que el hogar materno esté cerca de los domicilios de las embarazadas, son embarazadas que no tienen necesidad de estar ingresadas, pero están controladas. Era un servicio relativamente barato, porque logramos que la fuerza básica de allí fuera un coordinador o un administrador y la enfermera, el médico rotaba, por lo tanto, el costo económico no era grande y también facilitaba que la familia pudiera visitar a la embarazada. No había resistencia para los ingresos. Esa fue otro de los grandes servicios que logramos garantizar a nivel de los municipios. Así, para no cansarlos, fueron los servicios que se fueron acercando a la población.

En la atención primaria, era un tanto igual, se garantizó la fuerza médica en todos los policlínicos. Se fue extendiendo el plan del médico de la familia y esto fue creando un nivel de satisfacción relativamente bueno por parte de la población, no se sentía tanto la dependencia de la ciudad y como complemento, en los hospitales se reforzaron los servicios. Al estabilizar la fuerza médica, ya había fuerza especializada en los territorios y los hospitales podían dar calificación docente porque

el MINSAP nos autorizó a que comenzáramos con la docencia y ahí comenzamos con estudiantes de 5to. año a nivel de las instituciones. Esto era un compromiso de los profesionales y profesores, ya que la calidad tenía que ser mucho mayor. Esto fue levantando la posibilidad de que la provincia tuviera una posición destacada en la actividad docente.

En esa etapa se cumplió también el plan de regionalización de los servicios. Al proceder como subdirector de la capital e ir a dirigir La Habana, tenía una vasta relación con todos los hospitales de la capital y había un sistema regionalizado, que yo diría que no era perfecto pero funcionó, donde hospitales de la capital atendían determinadas regiones de La Habana, esa regionalización era de verdad, un paciente de Artemisa, que requería ser atendido en el hospital Maternidad Obrera o el Juan Manuel Márquez, se coordinaba la atención, pero cuando ese paciente era atendido y había contrarreferencia a su territorio, había una información a su institución de la atención que se le brindó, o sea, no era el paciente buscando libremente quien le brindara un servicio, dificultad que desgraciadamente hoy tenemos en algunos lugares y que tenemos que rescatar eso que existió en nuestro sistema de salud. Por lo tanto, la regionalización es un procedimiento y además es un principio de la salud pública cubana, el Servicio de Regionalizado, tenemos que rescatarlo de una manera rápida.

Ahí fue cuando comencé a pensar, sobre eso he escrito algunas cosas, sobre la importancia que tiene en la salud pública los procesos de integración, ahí pensé en los tres modelos de integración que yo defino: la integración intrainstitucional, que es la integración que tiene que existir entre los departamentos y servicios de una misma institución; la interinstitucional, que es entre instituciones de salud pública, que tienen que mantener relaciones, por ejemplo los hospitales y policlínicos y la intersectorial, que es del sector salud con otros sectores. Esa práctica, me estimuló y mis dos doctorados han sido sobre intersectorialidad; porque la viví en la práctica en la provincia de La Habana y también en la capital del país. Por lo tanto, el sistema de integración del sistema de salud, tanto en La Habana como en Ciudad de La Habana, fue un componente que desempeñó un papel fundamental.

Un elemento que utilizamos en la dirección fue velar por el trabajo en equipo, también fue un logro. Había mucho trabajo en equipo,

trabajo en equipo y mucho nivel profesional de los directivos. Cuando aquello no había la especialidad en Medicina General Integral (MGI), cuando se comenzó en provincia Habana y nosotros logramos que los 19 directores fueran especialistas en alguna materia médica, por ejemplo, en administración, en epidemiología, en medicina del trabajo, eso les daba mucho nivel. Pero también logramos que 50 % de los directores municipales tuvieran categoría docente, eso le dio mucha fortaleza al trabajo administrativo en el servicio.

La integración con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, fue también importante. El sindicato provincial en la provincia mantenía un nivel de relaciones con la administración que era algo digno de reconocer. La provincia en más de tres ocasiones obtuvo el galardón de ser sede por el Día Nacional del Trabajador de la Salud, con la anuencia plena del Partido y el Gobierno, con actividades de reconocimiento, eso también fortaleció y ayudó a mantener el nivel motivacional de las personas, que es otra cosa muy importante, mantener el nivel motivacional de las personas. Quiero decir algo que iba a decir al final y que contribuyó a mi formación, la ejemplaridad de los dirigentes del MINSAP, de los dirigentes del Partido y del Gobierno.

Esa ejemplaridad que hoy en día tenemos que rescatar en algunos lugares; para que los subordinados, los colaboradores vean como ejemplo a aquellos que los dirigen. Eso es lo que da la posibilidad de darle seguimiento y de seguir a nuestros dirigentes. Es uno de los problemas fundamentales para mí que tiene la salud pública en la actualidad, de ahí que Morales, actual vicepresidente y el propio José Ángel, ministro de salud pública, prioricen la preparación de directivos, que fue algo que se logró en aquel entonces, que también fue uno de los éxitos, promover mucho el trabajo en equipo de los cuadros de dirección.

Había procedimientos, por ejemplo, a nosotros nos elogiaban, porque las reuniones metodológicas con los cuadros municipales eran reuniones docentes, reuniones docentes. Ahí había que analizar científicamente los temas que se trataran. No solamente para dar información y que fuera un monólogo del director provincial con los colaboradores, no, no, no, los colaboradores tenían una participación plena también en esto. Por lo tanto, los logros en los aspectos de la organización, la integración y la docencia son elementos que tenemos nosotros que destacar.

Creo que en provincia Habana hubo muchos resultados en la mortalidad infantil, estuvimos entre las provincias con porcentajes más bajo durante mucho tiempo.

Tuvimos experiencia muy grande en esa etapa también con la salida de personas por el Mariel. Nos correspondió establecer un sistema de atención médica en el Mariel, eso trajo mucha responsabilidad. Yo era el director provincial, el ministro indicó que Abelardo (viceministro primero) fuera el representante del MINSAP allí; había salas de neonatología en casas de campaña y centros médicos en yates en el mar, para poder dar una atención calificada y así se hizo.

La otra cosa que ocurrió en aquel entonces, claro, un poco antes de 1985, fue la campaña contra el mosquito *Aedes aegypti*, tarea también encomiable por parte de todos los trabajadores.

Hay dos cuestiones en que se vinculan la Provincia Habana y la Ciudad de La Habana por territorios y es la experiencia con el Comandante en Jefe. Aprendí mucho en el plan alimentario de la Provincia Habana, los puestos médicos en todos los campamentos del plan, un control directo del ministro hacia mí como Director. Ahí tenían que existir 32 renglones de medicamentos, no podía faltar ninguno. Llegó en un momento en que faltó un medicamento, había alusil en suspensión, pero no en tabletas. El ministro Teja me llamó la atención. ¿Qué hizo? autorizó a que me suministrara el nivel nacional con la responsabilidad que eso conllevaba. Fue un estímulo también conocer y recorrer esos programas alimentarios con nuestro Líder.

La otra experiencia, también efectiva, fue que tuve la posibilidad de recorrer el territorio, Teja participó, fue en el campismo de La Habana. Con el brazo por encima, recorrimos el campismo, evaluamos todo lo que se hizo. Se garantizó servicios médicos y puestos médicos en cada campismo, que tenían un nivel de resolutivez muy grande. También se consideró mejorar el aseguramiento de Santa Cruz del Norte, que ya he contado algo que ocurrió hace poco en el MINSAP, donde se valoró que el hospital de Santa Cruz tenía muchos recursos para la población que atendía. No se conocía la realidad y expliqué:

no, es que ese hospital no solamente se hizo por Santa Cruz. Ese hospital se hizo para garantizar la atención secundaria en todo

el componente norte de la provincia. El hospital de Santa Cruz llamaba la atención, porque con veinte y tantos mil habitantes en aquel entonces, tuviera un hospital. No, es que tenía responsabilidades, porque desde el hospital Naval hasta Matanzas, no había atención hospitalaria. Esa también es una experiencia que se debe de conocer.

Yo quería decir algo en relación con la capital en el año 1991, porque me correspondió en período especial. Han visto que he tratado de combinar las dos cosas, porque la provincia La Habana y la Ciudad Habana, que llegó a ser una sola provincia, indiscutiblemente tenían muchas cosas en común.

La Ciudad de La Habana, en el período especial, fue una experiencia que jamás se podrá olvidar. Empiezo diciendo que se facilitó el proceso por el nivel de conciencia de la población y los trabajadores de la salud, hay que decirlo así y también por su ejemplaridad. Había muchas dificultades materiales, no había colchas de trapear, no había detergente, no había sutura, dificultades con los medicamentos, dificultades con las radiografías. Hablando de limpieza, por ejemplo, el ministro Teja y yo íbamos al oncológico toda una mañana y toda una tarde a limpiar, con lo que hubiera. Pero ese ejemplo trajo como consecuencia que la gente limpiaba y los hospitales se mantenían. El detergente, no había, se recordarán que hubo que hacer lavado con jugo de henequén. Es verdad que las sábanas se tendían en los patios de los hospitales, estaban de color verde, pero estaban higiénicas. No había petróleo, había que cocinar con leña, pero se mantenía la asistencia.

No había placa para los rayos X, di una indicación, reunión con los médicos:

ante un síndrome respiratorio, había que auscultar; método clínico, tu oías, ronco, sibilantes, crepitantes, subcrepitantes. Si había crepitantes y subcrepitantes, había que indicarle el anti-biótico, pero no se podía mandar placas, el diagnóstico clínico y a los 10 días después del tratamiento, es que se podía mandar una placa para ver si el pulmón había mejorado. ¡Porque no había placas, no había placas!.

En laboratorio clínico establecimos un sistema de positividad y negatividad. Si un médico veía a un paciente y clínicamente no tenía problemas, no tenía por qué mandarle 12 baterías de exámenes. Si las baterías de exámenes daban todas negativas, ¿por qué se lo indicaste? Porque en ese momento no había reactivos, había que tener un sistema de racionalidad plena.

También una experiencia muy interesante fue que observé extracciones con acupuntura, con muy buenos resultados, no había anestesia. Suturar y operar con hilo de henequén. ¡Hilo de henequén! eso también fue una experiencia realmente muy importante.

Hay algo que para mí fue una experiencia grande, que la estoy razonando ahora. Recuerdo que tuve una reunión con Vilma Espín, en su modesta oficina, en la Dirección de la Federación, donde nos reunimos para precisar cómo íbamos a lograr la distribución de las almohadillas sanitarias, porque no había recursos para hacerlas. Estuvimos varias horas estudiando eso. Horas estudiando porque ¿cuándo empezábamos? A los 11 años, pero es que hay muchachitas que a los 9 ya menstrúan. ¿Hasta cuantos años? No, porque hay mujeres que menstrúan,...pero bueno, ¡conclusión! El recurso almohadillas sanitarias daba para darle un juego a cada mujer cada tres meses. No daba para darle todos los meses almohadillas a las mujeres, hasta que pudo resolverse ese problema.

También con el cloro. El cloro para clorar el agua era una dificultad muy grande. Por eso yo decía que la intersectorialidad, además de la experiencia de La Habana, en la Ciudad desempeñó un papel muy importante la relación con otros organismos. Con acueductos, recursos hidráulicos, para la cloración del agua, ¿qué procedimientos vamos a seguir?, ¿de qué forma lo vamos a hacer? Todas esas cuestiones fueron extremadamente importantes y se logró un nivel de cloración adecuado, a nivel de estas relaciones.

Igualmente, con comunales para la recogida de los desechos sólidos. Había un sistema, había etapas cuando no había zafra, se autorizaba centralmente que se distribuyeran camiones por toda la capital, a los efectos de recoger la basura en la capital. Creo que en la Ciudad había problemas, pero se mantenía limpia; porque había un sistema de vigilancia muy pleno.

Otra experiencia, yo creo que si existe, debe activarse, es la de evitar los mendigos en las calles. El MINSAP nos autorizó, el Gobierno aprobó la disponibilidad de una casa en Boyeros que teníamos como centro de recepción de todos los mendigos que se recogían en la capital. Ahí se llevaban, se bañaban, se les daba alimentación y se hacía un estudio sociológico: si tenía familia, si no tenía familia. Si no tenía familia, se creaba el mecanismo y teníamos un área en el hospital psiquiátrico para que allí estuvieran. Si tenía familia, se analizaba con ella y se le daba una advertencia de que tenía que cuidar a su familiar, o si no podía ser multado. Esto trajo como consecuencia que, a pesar de las dificultades, La Habana no tenía esa cantidad de personas deambulando por las calles, sin una protección adecuada.

Por lo tanto, fue una etapa donde a pesar del período especial, los resultados de la salud pública, los indicadores lo dicen, no se afectaron, principalmente por la forma de trabajar. Había que administrar, había que saber dirigir para tener resultados.

En esta etapa tuve un privilegio muy grande, estando de director en provincia Habana, integré el Comité Central del Partido. Eso fue un estímulo muy grande para mi persona. No solamente por reconocimiento de la Dirección de la Provincia, Partido y Gobierno, sino también por el MINSAP, porque esos méritos tienen que ser aprobados también y tienen que dar criterios. También pude formar parte del Comité Ejecutivo del Poder Popular no profesional. Eso me dio mucha experiencia, al estar directamente con la dirección y después vicepresidente del Consejo de la Administración, que fue idea del Comandante en Jefe, fue extremadamente brillante, porque permite que el director municipal o provincial esté protagonizando la salud y calidad de vida con los sectores. Le da autoridad, le da posibilidades de comunicación, pero también de toma de decisiones. Creo que esa fue una experiencia que ayudó mucho al sistema de salud en sus logros.

Creo que también es muy importante, lo que había planteado de la integración en general, pero trabajar integradamente con el MINSAP el PCC y el poder popular fue una etapa donde se hizo de una manera muy correcta, conllevaba un respeto y una consideración de todos y eso también impulsó el trabajo en la salud pública, tanto en la provincia Habana como en la capital del país.

Esto en sentido general, son los elementos fundamentales que quería plantear.

- **El Dr. Teja, plantea que... los primeros secretarios no son cuadros administrativos, pero su presencia e impulso mueve a todos los factores... la salud pública necesita estar vinculada al poder político.**

Estoy plenamente de acuerdo.

12 de diciembre de 2018



Osvaldo Juan Castro Miranda

Director de Política de Salud
del Ministerio de Salud Pública

Convertir a Cuba en una potencia médica mundial...produjo aceleración en la formación de recursos...para responder a este crecimiento se hizo la nomenclatura por tipo y categoría de la red de unidades del sistema de salud... se creó un sistema de normas y plantillas...el plan de actividades del hospital...

instrumento técnico para organizar los servicios, planificar los recursos y para medir la eficiencia con que funcionaba la institución...Este plan y los de consulta y utilización de las camas, fueron el germen para el desarrollo de la economía de la salud, aquí estaba la raíz para que después siguiéramos trabajando en el estos aspectos de eficiencia....

Desde 1977, me venía desempeñando como Director de la Dirección de Política de Salud del MINSAP, lo que me permitió que cuando se iniciara el período 1980 a 1995, ya había adquirido una determinada experiencia en los aspectos que esta dirección tenía como responsabilidad. Estructuralmente, la Dirección de Política de Salud, tenía dos departamentos, que asumían dos grandes conceptos: los aspectos de la planificación de la red y los servicios y la planificación de los recursos humanos especializados para el sistema.

En el año 1993, en un cambio de estructura que se produce en el MINSAP pasé a ocupar la Dirección de Planificación y Economía. Esta nueva dirección tenía como función principal elaborar el Plan de la Economía del Sistema Nacional de Salud en todas sus secciones y categorías. Además, se le añadieron las funciones que llevaba Política de Salud, que pasó a ser un departamento de esta dirección. También, se incorporaron a ella, funciones que antes llevaba la Dirección de Organización; es decir, funciones de tipo organizacional como la creación, fusión, traspaso, extinción y cambio de nombre de las unidades. Así como también se nos pasó la responsabilidad de la creación y modificación de los objetos sociales de las entidades.

Quiero también recordar que, prácticamente con el paso a la nueva dirección y estando ya en plena crisis del período especial, se producen cambios muy importantes en la economía del país. Se elimina el balance material y se sustituye por el balance financiero, con la característica que la moneda extranjera, la divisa para financiar el plan, pasa a los ministerios. Tuvimos que encarar esa nueva tarea, que era inédita para todo el mundo, porque antes la planificación se realizaba de forma distinta, porque se solicitaba a los organismos balancistas los recursos y ahora cada ministerio tenía que planificar sus recursos e incluir los de importación.

En el período 85-95, el MINSAP tuvo que encarar dos grandes objetivos estratégicos. El primero de ellos, a nuestro juicio, estuvo representado por la idea, emanada del Comandante en Jefe, que planteó el desarrollo de la salud pública para convertir a Cuba en una potencia médica mundial. Esto dio lugar a nuevos programas, asignación priorizada de recursos. Sobre todo, lo más importante, era como el MINSAP con todos sus funcionarios y como todo el sistema de salud respondía al cumplimiento de este objetivo estratégico de una magnitud tremenda para el desarrollo de la salud pública.

El segundo gran objetivo, fue resistir la crisis, que emergió con la desaparición de la URSS y el campo socialista, donde tuvo el MINSAP el tremendo reto de cumplir con lo que planteaba el Comandante en Jefe de mantener los logros alcanzados hasta entonces en la salud de la población. Vamos a ampliar estos conceptos:

La estrategia de la potencia médica, que salió como ya dijimos del pensamiento y de las ideas del Comandante en Jefe que, si bien algunas de sus acciones habían comenzado antes, en los primeros años de la década de los años 80, realmente fue en el período de 1985-1990 que alcanzó un desarrollo notable, un desarrollo explosivo. Esta estrategia de la potencia médica tenía una cantidad de componentes que, si uno quisiera repararla, la mejor manera es revisar los acuerdos del III Congreso del Partido que se celebró en 1986. Ahí están detallados, tanto en las intervenciones del Comandante en Jefe, como en los documentos que se aprobaron posteriormente, está realmente bien detallada toda la política que siguió el país para lograr la conversión de Cuba en una potencia médica mundial. Por supuesto, esto produjo aceleración en la formación

de recursos, nuevas políticas y se tradujo en significativos avances del sistema de salud. Puede enumerarse como cosas principales:

- La creación y rápida extensión del programa de atención con los médicos de familia. Aunque no quiero dar muchos números, hay algunos que son espectaculares y hay que mencionarlos. En el año 1986, la cobertura de la población con médicos de familia era del 14 %, pero en el año 1990, la cobertura alcanzó 56,7 % de la población, más de la mitad y en el año 1995, ya casi toda la población estaba cubierta, 96,2 % de la población tenía cobertura con los médicos de familia. Hay que recordar, además, todo lo que conllevó la formación de los médicos, la especialidad de medicina general integral, que no lo voy a detallar. Todo esto tuvo también como base la construcción de los consultorios del médico de la familia. Uno recuerda y le viene a la mente, los recorridos con los compañeros del grupo de coordinación y apoyo por todo el país, reunidos con los presidentes de gobierno controlando el programa de construcción de consultorios. De verdad, son cosas espectaculares, el país se llenó, se puede decir que cambió el panorama de las ciudades, de los pueblos, de las comunidades rurales, hasta de las montañas, con la construcción de los consultorios en las montañas.
- En este período también, hay que hablar de la construcción y puesta en marcha de un número apreciable de hospitales de 600 y 300 camas en las cabeceras provinciales y en algunas ciudades importantes del país.
- La construcción de los institutos y facultades de ciencias médicas, en casi todas las provincias del país.
- Otro aspecto notable por las magnitudes que se alcanzaron, fue la formación masiva de médicos en esa etapa. En el año 1985 existía en el país un médico por 439 habitantes, ya en el año 1990, esta cantidad se había reducido a 274 habitantes por un médico y en el año 1995 la proporción era de 193 habitantes por médico.
- La formación masiva de médicos en esa etapa, aspecto notable por las magnitudes que se alcanzaron. En el año 1985 existía en el país un médico por 439 habitantes, ya en el año 1990, esta cantidad se había reducido a 274 habitantes por un médico y en el año 1995 la proporción era de 193 habitantes por médico.

Pienso que es difícil que, en algún otro sistema de salud, en algún otro país, se haya producido en un período tan corto unos resultados de esa magnitud. Hay muchos más programas en esa etapa, por mis funciones que eran muy globales yo estaba en contacto prácticamente con todas las demás áreas del MINSAP y hay muchas cosas más que se hicieron por la potencia médica, no queremos prolongar esto, pero por ejemplo, hay un elemento que no queremos dejar de mencionar: la construcción de las salas de terapia intensiva, pediátricas y de adultos, que no solo conllevó la hazaña constructiva, sino a la formación y especialización de los especialistas que asumieron la atención en estas unidades.

Como parte de las acciones que hizo el MINSAP para responder a este crecimiento, voy a referirme a algunas que están muy cerca de mí y otras que quizás no estuvimos responsabilizados directamente, pero sí participamos en ellas. Son cosas importantes de ese período, cuando se va a hablar de que todo lo que hizo el MINSAP para responder a las ideas del Comandante sobre el desarrollo acelerado de la salud pública para alcanzar la potencia médica.

Se hizo la nomenclatura por tipo y categoría de la red de unidades del sistema de salud. Se logró caracterizar cada tipo de institución que integraba la red de las unidades del sistema. Se logró clasificar cada unidad, cada hospital, se logró clasificar por nivel de complejidad, a que tipo y categoría correspondía. Elemento que es imprescindible, si realmente se quiere basar una regionalización de los servicios sobre bases técnicas y científicas, era imprescindible tener este instrumento disponible.

Además, se trabajó y se logró elaborar y tener disponible un sistema de normas y plantillas para las unidades del sistema de salud, que sirvió de base después para todos los estudios que se hicieron sobre plantillas de las instituciones. Para hacer este sistema único de normas de plantillas, por supuesto se partió de lo que me refería anteriormente, de la nomenclatura, porque a cada tipo y categoría correspondía un indicador diferente.

Otra cosa muy importante, fue el estudio que se realizó de las necesidades de formación de médicos y especialistas hasta el año 2000. Este trabajo le fue presentado al Comandante en Jefe; recuerdo que lo preparamos en unas pancartas grandes que se le enviaron, que él revisó, que escribió las dudas que tenía, que pidió que se le explicaran y finalmente

lo aprobó. Esto nos permitió, hacer sobre bases mucho más sólida, los planes para la etapa de la residencia médica, para la formación de estos especialistas, que se hacía anualmente, fundamentalmente basado en lo que llamamos los balances provinciales de la fuerza médica y en base a esto se hacían los programas de la residencia.

En esta etapa también, se hizo un documento que quizás muchos compañeros no recuerden, que en mi opinión constituyó un instrumento importantísimo, el Plan de Actividades del Hospital, este fue un documento que la gente empezó a decirle “el libro verde” porque su cubierta era de color verde. Aquí se ponía realmente a disposición de los directores de hospitales un instrumento técnico para organizar los servicios, para planificar los recursos que necesitaban y para medir la eficiencia con que funcionaba la institución. Otro elemento importante fue que se comenzaron a elaborar los planes de consulta y utilización de las camas en el Sistema Nacional de Salud. Estos dos elementos que mencioné: El plan de actividades del hospital y los planes de consulta y utilización de las camas, pienso que fue el germen de lo que después desarrollamos como economía de la salud, pues aquí estaba la raíz para que después siguiéramos trabajando en el sistema de salud en estos aspectos de eficiencia, entre otros.

Quiero mencionar también el programa que tuvo una gran magnitud, ahí trabajaron prácticamente todas las áreas del MINSAP. Mi dirección tuvo un papel importante en ello: los planes del desarrollo de las especialidades hasta el año 2000, que fue seguido de cerca por la Dirección del país. Se hicieron reuniones para todas las especialidades, donde se discutieron todos los aspectos, se analizó como estaba cada especialidad a nivel mundial, como estaba Cuba según lo que existía internacionalmente, todo lo que era necesario. Después se recogieron en una publicación que fue muy útil para los trabajos posteriores.

Otro elemento que tuvo una importancia tremenda, que fue quizás, de aquella época, el documento estratégico más notable que produjo el MINSAP. A pesar de que ya estábamos en el momento profundo de la crisis, fue Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. Ahí trabajó todo el mundo y se trabajó tan rápido, que la indicación la dio el Ministro en el mes de noviembre de 1991 y en el mes de febrero de 1992 ya teníamos terminado el documento y ya

estábamos por todo el país implementándolo. Entre otras cosas, tenía la importancia que por primera vez se prioriza el estudio epidemiológico y lo que tenía que hacerse desde el punto de vista preventivo pero también para la atención de las enfermedades crónico degenerativas, que no tenían la magnitud de ahora por el envejecimiento poblacional –aunque ya la tendencia al envejecimiento poblacional estaba presente y sabíamos que se estaba produciendo aceleradamente– este documento ya lo recogía, por eso a este documento le doy una importancia tremenda.

Este escenario, que hemos enumerado con logros realmente impresionantes, cambió abruptamente cuando se produce la desaparición de la URSS y del campo socialista, con quienes manteníamos el grueso de nuestro intercambio económico y comercial. Los efectos restrictivos de la crisis económica, por supuesto que alcanzaron al sistema de salud.

Esto da lugar, recuerden lo que hablé al inicio de dos objetivos estratégicos: primero la potencia médica y el segundo, lo que entonces tenía que enfrentar el sistema de salud y enfrentar el MINSAP, que era “hacer frente a la crisis, pero con las directivas del Comandante en Jefe que decía que teníamos que mantener los logros en la salud de la población.” Había que, por supuesto, llevar a todos los cuadros del MINSAP, en general a todos cuadros del sistema de salud a trabajar en estas condiciones para lograr esta directiva.

Hay que reconocer que este esfuerzo realmente tuvo resultados impresionantes. Si bien es verdad, que la crisis nos sorprende cuando ya se había creado un importante potencial de recursos que ya hemos enumerado, no cabe la menor duda, que la restricción entre el año 1989 y 1993 de reducir a la tercera parte la disponibilidad de recursos financieros para la importación, entrañó un reto tremendo para mantener realmente el sistema con vitalidad. El trabajo del MINSAP, fue realmente arduo, para hacer toda la ingeniería financiera y poner estos escasos recursos en la solución de aquellos problemas que tuvieran un mayor impacto en la atención a la población. Por supuesto, todas estas decisiones se tomaban en colectivo en el MINSAP y se trabajó intensamente en esto. Ahora no podemos estar enumerando todas las cosas que se hicieron, pero es probable que los compañeros más jóvenes no sepan todo lo que hubo que hacer en aquel momento para que la salud pública no colapsara.

Si tuviera que resumir, después de haber dicho lo que se hizo en estos dos objetivos estratégicos, si tuviera que sintetizar los logros que se obtuvieron, tendría que volver a analizar cómo se encaró el desarrollo de la salud pública para cumplir con la idea del Comandante en Jefe para alcanzar la potencia médica y creo que este logro es, haber sabido interpretar el pensamiento del Comandante en Jefe en primer lugar, además haber sabido llevar a todo el sistema de salud al compromiso de cumplir con estas tareas que estaba priorizando el Comandante en Jefe y que los resultados fueron relevantes, no hay que repetirlo. Creo que haber logrado esto en el MINSAP es uno de los elementos más importante a señalar.

La otra proeza, sin dudas, es la que habíamos señalado, que se consiguiera en lo esencial, mantener los logros de la salud de la población, incluso, los indicadores del estado de salud de la población, prácticamente no hubo deterioro. Si uno analiza algunos ejemplos, la tasa de mortalidad infantil –y vuelvo a los números– que en el año 1985 era de 16,5 por 1000 nacidos vivos, en 1990 se redujo a 10,7, en el período más agudo de la crisis siguió bajando y en 1995 fue de 9,4.

No se cerró en todo ese período -porque hubo organismos que tuvieron que cerrar instalaciones- ¡salud pública no cerró nada! no cerró ningún hospital, ningún policlínico. Se siguió prácticamente trabajando, siguiendo también la estrategia trazada por el Comandante en Jefe, de no parar el servicio. Una de las cosas que más nos puede ilustrar es la formación de médicos. Fíjense: en el período 85-95 se formaron 40 000 nuevos médicos. ¡40 000 nuevos médicos en el país! 17 000 en el período 86-90 y 22 000 en el período 91-95, cuando ya estábamos prácticamente en el fondo de la crisis. Todos los graduados los asimiló el sistema. Aquí no hubo ningún desempleado, ningún graduado, ni médico, ni ningún profesional sin trabajar. Los asimiló el sistema, les dio empleo y además se les crearon las capacidades en la docencia para que continuaran su especialización. Que ese es otro aspecto realmente importante.

Bueno, otra tarea muy importante que tuvo que encarar el MINSAP en el período, fue un nuevo estudio de la regionalización de los servicios de la Ciudad de La Habana, teniendo en cuenta la apertura del hospital Hermanos Ameijeiras, y la apertura esperada por breve tiempo del

hospital Julio Trigo. Se hizo un estudio de regionalización de la ciudad, se trabajó durante meses en el estudio de la población vinculada a todos los policlínicos de la ciudad, bajo el principio de que la población que atendiera estuviera a distancia peatonal del policlínico y crear una nueva vinculación de los policlínicos a los hospitales incluyendo los nuevos servicios que aportaba el hospital Hermanos Ameijeiras y el que aportaría el hospital Julio Trigo. Se aplicaron métodos que nos facilitó Planificación Física y otras técnicas que conocíamos ya en salud pública de la regionalización de los servicios. Este trabajo se le explicó al Partido y al Gobierno de la ciudad y nacionalmente también a los principales dirigentes del país, que tenían relación con esta actividad. Creemos que realmente el resultado fue muy provechoso para reorganizar los servicios de atención en la Ciudad de La Habana.

Quisiera señalar, como última cosa. Por lo menos en mi experiencia, pienso que el trabajo en aquel momento lo hacía y lo hacía por supuesto, coordinado con todos nosotros en el MINSAP, el grupo de coordinación y apoyo del Comandante en Jefe, fue decisivo. Es uno de los elementos que no se puede obviar en este período, en el que prácticamente todos los cuadros del MINSAP trabajábamos. Esto nos dio la posibilidad de establecer un punto de enlace entre toda la política, el área programática que orientaba el Comandante en Jefe y las acciones que tenía que ejecutar el MINSAP, que eran de tipo técnico, administrativo y que realmente hay que señalarlo como uno de los elementos importantísimo para lo que logramos también en este período 1980-1995.

30 de noviembre de 2019



Alberto Céspedes Carrillo

Viceministro a cargo de la Ciencia y la Tecnología

En el período en que enmarcas mi intervención tuvo como contexto el “desmerengamiento” de la URSS y la desaparición del campo socialista. En este período fue una estrategia prioritaria el desarrollo de las especialidades médicas... La discusión para trazar el desarrollo de la oftalmología fue

fuerte...el Comandante en Jefe pregunta a los oftalmólogos, “¿Cuánta gente hay en América Latina que no ve?”. Ya estaba pensando en el programa que después fue de retinosis pigmentaria: la Operación Milagro.

Ha transitado por diferentes posiciones y cargos desde el momento fundacional del sistema de salud.

– El Dr. Más Bermejo le pide hablar sobre el período del 80-95 y las principales actividades estratégicas que desarrolló.

Comencé a trabajar en la sede del MINSAP en el año 1980, desde antes de mi graduación como médico trabajé como jefe de turno nocturno del hospital Comandante Manuel Piti Fajardo. Después de realizar el Servicio Médico Social Rural, me incorporo al Sistema Nacional de Salud, era ministro de Salud Pública el doctor Sergio del Valle Jiménez y viceministro primero el doctor Julio Teja Pérez.

Inicie mis funciones en el MINSAP como director de Atención Primaria.

El período en que enmarcas mi intervención o sea en los años 1985 al 1995 tuvo como contexto el “desmerengamiento” de la URSS y la desaparición del campo socialista, lo que influyó en que las importaciones y exportaciones en el país disminuyeron, los inventarios que tenía salud pública en sus almacenes fueron decreciendo y, por lo tanto, eso tenía una repercusión en el funcionamiento de los servicios de salud. Eso conllevó, a que por parte del equipo de dirección del MINSAP, en los años 1985, en que empezó Teja como ministro de Salud Pública, se hiciera necesario el fortalecimiento de un trabajo más en equipo, un

trabajo más compenetrado entre los compañeros que integraban ese equipo de dirección, un trabajo más participativo y de vínculo con las instancias de gobierno y de salud pública provinciales y municipales de dirección.

Se trabajó en el fortalecimiento del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, programa que, si bien respondía a una estrategia, devino en un elemento importante cuando el período especial tuvo su mayor repercusión, para atenuar el golpe e incentivar la prestación de los servicios a nuestra población. Inclusive, lograr indicadores de salud que no se correspondían con una situación económica tan precaria como la que existía en esa época en el país.

En este período también fue una estrategia prioritaria el desarrollo de las especialidades médicas, indicación impartida por la dirección del país a partir de una evaluación de la situación real ante los cambios en el sistema de salud por la situación económica ya descrita, así como por la introducción en el sistema del médico de familia.

Indiscutiblemente, todo esto incidía en determinados factores de riesgo y sobre aquellos elementos que constituyen los determinantes sociales del estado de salud de la población. Fue una estrategia importante la trazada por la dirección del país, dirigida por Fidel. Recuerdo que Teja en aquella época decía que el Comandante en Jefe era el ministro de Salud Pública y que él era el viceministro primero. Tomo esto como un mensaje que quería transmitir, que él estaba actuando como el jefe de operaciones de esa gran batalla que en ese momento se llevaba a cabo por el Jefe de la Revolución.

Cuando uno lee los libros con respecto a los combates que Fidel libró en la Sierra Maestra, como llevó a cabo la contraofensiva y después pasó a la ofensiva. Uno analiza, compara y piensa que él enfrentó esta situación como una batalla para resistirla y preparar al Sistema Nacional de Salud, para afrontarla y pasar a una etapa superior.

Digo esto, porque en plena situación de período especial convocó a muchos para la realización de un Programa de Desarrollo de las Especialidades Médicas.

Al enfrentar así estas cuestiones, impidió que se produjera un deterioro marcado en el estado de salud de la población cubana. Hay indicadores, que inclusive mejoraron en una situación como esta.

Se estableció una mayor comunicación y participación con los grupos de las especialidades médicas. Se trabajó estrechamente con ellos para llevar a cabo un abordaje integral, que tuviera como base, en primer lugar, la atención primaria de salud.

Surgió también como otro elemento importante a abordar en esa estrategia, la asimilación y desarrollo de nuevas tecnologías y de medicamentos más novedosos.

Un tercer factor, que creo que es importante también, es la capacitación del personal para abordar esas dos primeras enunciadas, o sea, la atención primaria de salud y el desarrollo de nuevas tecnologías.

Creo que estos son elementos importantes, a los cuales me voy a referir después, si lo tienes en tu línea de preguntas, a lo que fue el Programa de Desarrollo de las Especialidades. No sé si quieres hacer alguna pregunta o algo que falte.

– **El Dr. Más Bermejo, aclara que ya otros compañeros han hablado sobre eso, pero por su posición seguramente tiene más elementos que aportar.**

El Programa de Desarrollo de las Especialidades tuvo la indicación del Comandante en Jefe:

...que el proceso de elaboración de los Programas de cada especialidad se elabore sobre la base de la discusión colectiva y con la participación más amplia posible de los especialistas más destacados de todo el país.

Se conformó un grupo de compañeros para integrar una comisión que trabajara en la elaboración de un Programa de Desarrollo de las Especialidades. La comisión quedó integrada por los siguientes compañeros:

- Dr. Alberto E. Céspedes Carrillo. Jefe de la Comisión.
- Dr. Julián Pérez Peña.
- Dr. Hatuey Álvarez Guillán.
- Dr. Carlos Arancibia Horta.
- Dra. Fausta Damas Torres.
- Dr. José Granados Tápanes.
- Dr. Luis León Sotera.
- Dra. Zoila Macías Castro.

- Dr. Francisco Pérez Carballás.
- Dra. Irene Rodríguez Pérez.
- Dra. Berta Zayas Vega.

Comenzamos a reunirnos en el hospital Hermanos Ameijeiras. Después nos trasladamos para el local que tenía la Sociedad Cubana de Desarrollo de la Familia (SOCUDEF), nos reuníamos y citábamos para allí a cada grupo de especialidad de acuerdo a un cronograma y a cuanto grupo, instancia administrativa o de servicio estuviese implicado en el buen funcionamiento, coordinación y complementariedad de determinada especialidad, se hacía una discusión con ellos de cómo veían el desarrollo de cada una de esas especialidades. Eran reuniones de debate donde se daban opiniones y criterios contrapuestos.

Se elaboró la estructura para el Programa de las Especialidades cuyo contenido era:

- Introducción.
- Desarrollo de la especialidad a partir de 1959.
- Pronóstico de las líneas mundiales de desarrollo de la especialidad.
- Estrategia de desarrollo de la especialidad en Cuba hasta el año 2000.
- Primera etapa.
- Segunda etapa.
- Tercera etapa.
- Resultados esperados.

Con expertos de especialidad y con la información recogida en las visitas a centros mundiales de desarrollo se llegaba a un consenso sobre estos aspectos, y se elaboraba un documento, el cual era discutido posteriormente. Eso que se presentaba, no era el documento final, tenía modificaciones, de acuerdo con los planteamientos que se hacían en esas reuniones y se llevaba después a la impresión.

Siempre en todas las reuniones preparatorias participaba el Dr. Ernesto de la Torre, que pertenecía al grupo de apoyo del Comandante en Jefe. No se perdió una reunión, era el enlace entre lo que se discutía allí, llevaba y traía orientaciones, opiniones, modificaciones, propuesta de modificaciones que hacía el propio Comandante en Jefe. En todas las reuniones, participó el ministro de Gobierno, José A. Naranjo (Pepín), Teja

participaba como ministro de Salud Pública y se traían a especialistas de todas las provincias para participar en las discusiones de cada parte, según correspondiera.

En algunas de ellas participó directamente el Comandante en Jefe. Recuerdo la reunión que se dio en el Salón Camilo Cienfuegos del MINSAP, la de la especialidad de oftalmología, que nadie lo esperaba y se apareció de improviso. La discusión aquella fue fuerte, pero trazó el desarrollo de la oftalmología, porque una de las preguntas que le hizo a los oftalmólogos, -no sé si Teja lo recuerda-: “¿cuánta gente hay en América Latina que no ve?”. Ya estaba pensando en el programa que después fue de retinosis pigmentaria: la Operación Milagro.

Se tuvieron en cuenta los diferentes enfoques y modos de actuación, con representatividad de todo el país. La participación fue amplia y el debate enriqueció el contenido de la obra. Se realizó e imprimió un libro de cada una de las 36 especialidades médicas, que sirvió de guía para su ejecución.

También en esta etapa se elaboraron los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000 (OPD-2000) que constituyó la respuesta cubana a la meta de salud para todos de la OPS.

Estos son elementos que son hitos importantes en el desarrollo de la salud pública cubana. Ahora estamos inmersos en la cuestión de la salud universal, precisamente hoy se celebra el día de Salud Universal y creo que son experiencias que se pueden tomar para los compañeros que ya nos han ido sustituyendo. Ustedes están haciendo también un esfuerzo, un esfuerzo muy loable, para que se transmitan, para cumplir con lo que plantea nuestro Presidente. Somos continuidad.

12 de diciembre de 2019



Ramón Díaz Vallina

Viceministro a cargo de Economía y Medicamentos. 1980-1995

Fue necesario desarrollar con urgencia la industria farmacéutica para evitar las afectaciones que nos podía producir un bloqueo norteamericano...la atención médica tenía que llegar a todo el pueblo de Cuba... Esto conllevaba grandes gastos de importación: incrementos en los consumos, o de

reactivos o de medicamentos...El país tenía dificultades por lo que costaría. Ello conllevó a que decidiéramos desarrollar la industria farmacéutica.

En el MINSAP trabajé durante 25 años como su viceministro fundamentalmente en las áreas de la economía y lo relacionado con la industria médico farmacéutica, que fue necesario desarrollarla con urgencia para evitar las afectaciones que nos podía producir un bloqueo norteamericano, permanentemente anunciado. Eso ponía en riesgo todo el sistema de salud.

De manera que debíamos hacer una industria médico-farmacéutica que respondiera a las necesidades de un sistema de salud, ya que el Comandante en Jefe planteaba que la atención médica tenía que llegar a todo el pueblo de Cuba, a todos los ciudadanos del país, es decir, todo ciudadano tenía que tener el derecho y el acceso a los servicios del sistema de salud, independientemente de donde viviera.

Esto conllevaba como era lógico, grandes gastos de importación: incrementos en los consumos, o de reactivos o de medicamentos, ya que siempre que un paciente va a consultar a un médico, este le indica y receta, ya sea para que se haga análisis para ver que enfermedad puede tener o inmediatamente le indica un medicamento para tratar la afección que considera tiene el paciente. El país tenía dificultades por lo que costaría.

Ello conllevó a que decidiéramos desarrollar la industria farmacéutica.

En aras de desarrollar este sistema de producción de medicamentos, visité Suecia, para ver la producción de derivados de sangre, ya que nosotros contábamos con una buena cantidad de donantes de sangre y

esa sangre no la utilizábamos totalmente porque se vencía y conociendo que Suecia era uno de los países de más desarrollo en esa producción, visitamos esa fábrica y también visitamos una fábrica de derivados de sangre en España, ya que esto nos facilitaba el intercambio de opiniones por el idioma que nos era común y nos permitía desarrollar mejor el conocimiento.

Así las cosas, en todas estas actividades siempre conté con el apoyo del Dr. Teja, que en aquel momento tenía posiciones importantes dentro del MINSAP.

La industria estaba aquí en La Habana y para evitar un bloqueo que pudieran hacernos los norteamericanos en el centro de la Isla, dada la situación en Villa Clara y Sancti Spiritus, y que no llegaran los productos a las provincias orientales, decidimos abrir fábricas en las provincias orientales. La primera la abrimos en Bayamo, que fue la fábrica de líquidos y después en Santiago de Cuba abrimos fábricas de tabletas y de inyectables; con posterioridad pudimos abrir también una fábrica de sueros que era muy importante en aquellas circunstancias.

4 de octubre de 2018



Juan Manuel Diego Cobelo †

Viceministro a cargo de la Docencia
y la Investigación

El primer programa que se hizo de salud pública fue el del Servicio Médico Rural y el Programa de los Hospitales Rurales y también el fortalecimiento de la atención primaria...había docencia en hospitales rurales, municipales y provinciales...se crearon los policlínicos docentes ...Fidel siempre tuvo una gran preocupación por la formación de los recursos humanos...Un día vamos a una reunión de la ANAP y dije yo, estoy limpio aquí...Entonces Fidel dice: "a ver Cobelo", ¿cuántas campesinas tenemos estudiando enfermería?. Comandante, le dije ¿las campesinas que están estudiando enfermería?

En abril del próximo año (2019) cumpliré 91 años, por lo tanto, en esta entrevista tengo que exprimir bien las neuronas para cumplir los objetivos que la misma tiene.

Un día me sacaron del salón de operaciones y me mandaron a México a estudiar Administración de Salud, de ahí, a dirigir en distintos niveles del MINSAP.

Esta actividad que estamos realizando, es extremadamente útil, para que no se pierda la memoria histórica y que las nuevas generaciones tengan una fuente de donde nutrirse de las tareas trascendentales que sucedieron en este período y que son consecuencia de todo un proceso anterior.

Debo decir que Fidel, desde la Historia me absolverá, cuando hace el alegato de su defensa y dice todas las barbaridades que estaban sucediendo en el país, de la falta de empleo, la falta de habitabilidad, la distribución correcta de la tierra, la explotación, el hambre, la miseria... todo eso. Fidel dice que esto era lo que iría a resolver la Revolución cuando entrara en el poder y entre las cosas que plantea es darle solución a todo eso, dice al final: "cuando tengamos todos estos problemas encaminados y dado solución, entraremos a la profilaxis y curación de todas las enfermedades".

Ya Fidel, en 1953 tenía un pensamiento que hoy en día es mundialmente generalizado y que está cada día trabajándose más, que son los determinantes sociales de la salud. Él sabía que, sin resolver todos esos problemas, no se podían resolver los problemas de salud, además con un enfoque preventivo.

En 1962, con la creación del instituto de ciencias básicas y preclínicas Victoria de Girón, en su discurso hablando del éxodo de los médicos y de cómo debía ser la sustitución de esos médicos. Fidel planteó categóricamente: “la única fórmula y la que va a ser definitiva decisión en nuestro país es la formación masiva de médicos”. Lo dijo en el 62 y en el 82, para entrar en el contexto que estamos desarrollando, concreta este planteamiento 20 años después con la creación del primer Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay.

Quiero explicarles como llego al MINSAP. Siendo el rector de la Universidad Central de Las Villas tenía vínculos con el Instituto de Ciencias Médicas, pero medicina no estaba ya subordinada a la universidad, pues se había hecho la separación después del 76 con la división político administrativa. La facultad de medicina salió del Ministerio de Educación (MINED), estaba bajo la dirección metodológica del Ministerio de Educación Superior (MES), creado recientemente, pero atendida por el MINSAP. En ese momento, me invitan a una reunión en el MINSAP, el Comandante en Jefe estaba invitando para que fuera a la creación del primer Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay, me dije: “¡qué bueno! se acordaron de mí, yo que no estoy en salud pública ahora”.

Fui, participé del discurso de Fidel en la creación del destacamento, después me iba otra vez para Las Villas, para mi Universidad Central y me dicen, “tienes que quedarte, porque tienes una reunión con Pepín Naranjo y Pedrito Miret”. Entonces, estaba todavía escéptico, pues no sabía de qué se trataba. Fui a la reunión con Miret, Marcos Portal y el doctor de la Torre que estaba presente también, me dicen, “bueno nosotros pensamos que el Comandante Jefe tiene ideas para el desarrollo de la docencia y la creación de los recursos humanos es muy grande y hemos pensado que el Dr. de la Torre va a venir a trabajar con el Comandante en Jefe y que tú atiendas la docencia”.

Les dije, bueno si ustedes lo han pensado porque creen que tenga alguna capacidad para eso, está bien. No sé si la tengo o no la tengo,

pues no di ningún curso de viceministro, pero tengo la disposición de cumplir la tarea que me manden y echar la vida en ello. Me dijeron, vete para allá, para la universidad, ya hablamos con Vecino, entrega la universidad y vienes para acá.

Así entré yo en el MINSAP. Entro con el destacamento de ciencias médicas en el discurso fundacional, que fue en abril de 1982, ya Fidel está elaborando una serie de ideas tremendas. Del destacamento, ya los compañeros que me antecedieron lo han planteado, Vela tuvo una participación grande, pues conjuntamente con el nombramiento mío para viceministro, también el Dr. Vela, que era rector de la Universidad de Camagüey, vino a ser el rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Este instituto, como está establecido por el MES, tiene su centro rector, que iba a ser el Instituto de Educación Superior de Ciencias Médicas de La Habana, íbamos a trabajar muy de cerca los dos.

Ahí me inicio en el MINSAP, como un campesino que viene del interior del país, primero trae los métodos de dirección que uno utiliza en el interior del país, que por razones lógicas son un poco diferentes en cuanto a la dedicación, por muchos factores. Por ejemplo, cuando llegué al MINSAP, quería que la gente trabajara allá hasta las 8 de la noche, dos o tres veces a mi secretaria María y a Isabeta las retenía hasta tardísimo. Ellas no me lo plantearon, pero los compañeros me dijeron: "ellas, ¿tú sabes donde vive Isabeta? Isabeta vive en el Reparto Alamar, para llegar a su casa, saliendo a las 6 de la tarde de aquí llega a las 8 de la noche. Si sale a las 8 de la noche, ¿a qué horas crees que llegue?. Hay que mesurarse". En definitiva, fui adaptándome, haciendo el trabajo que uno siempre está acostumbrado a hacer, trabajando el tiempo que fuera necesario, pero no afectar a alguna gente innecesariamente.

Se desarrolló todo un proceso. En ese momento histórico de la década de los años 80 en adelante o del 81 en adelante, es el sentimiento que tengo, que Fidel se impresiona de una manera tal y se sensibiliza por los problemas de la salud pública después del dengue, no le gustaba ni hablar de eso, ni de los fallecidos, ni de los niños, ni hablaba. Era como si sintiera que también él era culpable de que no hubiéramos desarrollado todo un sistema para evitar eso. Se percata de la situación que hay en salud pública y decide hacer una investigación bajo la dirección del ministro José Ramón Fernández "el gallego Fernández", como científico y

genio que es Fidel, digo es... porque sus ideas siguen estando presente y hay muchas de las ideas de él que no hemos sido capaces de desarrollar.

La investigación debe abordar cuál es la situación general, con un pensamiento integral desde la formación y de la parte de la docencia, pero también viéndolo en su vínculo con la atención médica. De ahí el informe de Fernández, que yo nunca lo tuve, no sé si el ministro Teja, aunque en aquel momento el ministro era el Dr. Sergio del Valle, pero después fue Teja, lo llegó a tener en sus manos. El resultado de la investigación fue la idea de Fidel para emprender todo el proyecto de desarrollo de la salud pública a partir de ese momento.

Fidel siempre planteó que lo máspreciado es el recurso humano, por lo tanto, él enfatizaba que lo fundamental era su formación. Una vez, porque en ese proceso de desarrollo, no solamente en la formación de pregrado, sino que se inicia el proceso de perfeccionamiento de las especialidades médicas, él decía:

nosotros no tenemos dinero para comprar un equipamiento de última generación para todos los lugares, pero haciendo un esfuerzo y sacrificio, podemos tener en un lugar determinado un departamento que esté al momento de la especialidad esa en el mundo y ahí vamos formando los recursos humanos. Los mandamos a formar fuera y demás, porque lo que no puede pasar es que un día determinado tengamos dinero y podamos comprar los equipos y no tenemos la gente”.

Por lo tanto, él siempre tuvo una gran preocupación por la formación de los recursos humanos.

Dentro de todo el proceso, que se inició, dijo:

vamos a ponerle destacamento, porque esa va ser una fuerza, que cuando se necesite en un lugar determinado, 10 000 para aquí, 5000 para allá, estén en la disposición de ir y que tengan la formación científica, técnica, humana y revolucionaria para cumplir cualquier tarea, por lo tanto, lo vamos a llamar destacamento de ciencias médicas.

Todos saben que él participó desde la concepción del uniforme que iban a tener, el reglamento del destacamento, en eso trabajamos intensamente un equipo completo, trabajamos en detalle todo lo que

debía tener contemplado el reglamento del destacamento de ciencias médicas, que en definitiva iba a ser un reglamento extremadamente exigente. Ese reglamento contemplaba todo lo que otros compañeros habían planteado: la calidad humana, la educación, el índice académico, todas estas cuestiones que eran determinantes para entrar a dicho destacamento.

A partir del destacamento de ciencias médicas, él comenzó a pensar, con su pensamiento de largo alcance, cuantos médicos iba a necesitar para resolver los problemas que tenía que resolver. Hay que tener claro que Fidel tiene una información tremenda, a veces creíamos que estábamos mejor informados que él en algunos aspectos y él estaba delante de nosotros.

Ya había sucedido Alma Atá, se había planteado que la solución de la salud para todos en el año 2000 era basada en el fortalecimiento de la atención primaria. Eso lo tenía él ahí y estaba esperando el momento para plantear cómo se iba a resolver esto.

El primer programa que se hizo de salud pública fue el del Servicio Médico Rural y el Programa de los Hospitales Rurales y también el fortalecimiento de la atención primaria, que le comienza por los hospitales rurales. Un día cita a Sergio del Valle y Sergio me invita, vamos a una reunión con él, y nos pidió un informe de cómo estaban funcionando los hospitales rurales. "Las plantas que he mandado, los laboratorios que he mandado...", él tenía información de que el servicio médico rural se estaba deteriorando y lo más que a él le importaba..., preguntó: "¿quiénes son los que están atendiendo a la población?"

Desgraciadamente en aquel tiempo se mandaban a los hospitales rurales alguna gente castigada, otros que se iban del país, no se estaban mandando los mejores graduados para el servicio rural. Le dio a Sergio un plazo, un plazo súper breve de 7 u 8 días para que le lleváramos un informe exacto de todo lo que estaba pasando, fundamentalmente, el problema de los recursos humanos, tanto de los de laboratorios, enfermeras, de todo lo que estaba pasando.

Él tenía bastante información de eso, pero se hizo un informe muy serio. Recuerdo que le dije a Sergio, nosotros para hacer un informe como él pidió tenemos que alquilar un avión. Me respondió "alquilalo", entonces alquilamos un aerotaxi, jugándonos la vida, porque el piloto de aerotaxi

era uno que le habían dado baja, pues era piloto de los mig y estaba empezando a aprender en un aeronca. Ahí arrancamos, Verdecia (el pobre Verdecia, ya fallecido) y yo empezamos por Oriente, otros compañeros empezaron por Pinar del Río. En Matanzas nada más había en la Ciénaga un hospital rural que era el de San Blás. En definitiva, logramos hacer un buen informe, que tengo que rescatarlo, lo tenía Verdecia que falleció ahora, pero la esposa me dijo que lo tenía. Entonces se hizo todo un programa de fortalecimiento del Servicio Médico Rural.

De ahí surge, que él tiene la idea y que siempre la planteó en todas partes: ¿dónde va la docencia?, la docencia es para la asistencia y a donde llevemos la docencia, ahí se eleva la calidad del servicio que le prestamos a la población. La atención de los hospitales rurales se les dió a las facultades. Las facultades hacen un programa. Se crea el primer destacamento “Piti Fajardo” del internado rural, o sea, los internos para el hospital rural y las facultades tenían la responsabilidad, se graduaban los estudiantes y se quedaban dos años más después de graduados. Eso le dio una fortaleza tremenda.

Los alumnos escogidos, que voluntariamente se prestaron para ir al destacamento, se quedaron después de profesores de los estudiantes que se fueron incorporando posteriormente.

Para seguir la secuencia, él tenía en su cabeza el fortalecimiento de la atención primaria. Después, no sé si meses, ya había empezado a andar el internado rural, y en marcha toda la revitalización del Servicio Médico Rural, tengo la posibilidad de ir con Sergio del Valle a otra entrevista con el Comandante en Jefe. Le pregunta a Sergio: “Qué tenemos en la atención de los policlínicos, no vamos a hablar de los problemas constructivos, me preocupa el personal que está atendiendo a la población”. Sergio le dice: los que dejan la residencia porque tienen problemas de enfermedad... y dice: ¡Ah, los columnistas!, eran aquellos que decían que tenían problemas de la columna, que no podían hacer guardia y demás, él tenía toda la información. Algunos castigados también, bueno la misma historia de los que estaban en la atención. Le dice a Sergio: “mira Sergio, nosotros tenemos que hacer un especialista en la atención de los policlínicos que tenga un nivel científico altísimo y que sea capaz de atender integralmente al paciente”. Ahí nos puso ejemplos de quién él entendía, ¿cómo quién podía ser?, tengo que decirlo, porque era mi

hermano también de lucha, de la Revolución, puso de ejemplo a Raúl Dorticós Torrado que era su médico y que, de verdad, lo mismo veía casos de pediatría, que sabía de todo. Como decía Fidel: “sabía de pulmones, sabía de corazón, sabía de várices si las tienes”, se sentía emocionado con ese médico que él quería para la atención primaria. De ahí salimos con esa tarea: crear ese tipo de médico.

Hicimos un grupo de trabajo para organizar el primer programa de ese médico y llevárselo a él y que lo aprobara, a ver si estaba de acuerdo. Ahí se seleccionó un grupo de compañeros, que venían ya trabajando con un enfoque hacia la atención primaria. Eran los primeros médicos que estaban trabajando en el proyecto de Alamar con un compañero que había sido viceministro de Salud Pública y que estaba de director de ese policlínico de Alamar y que era el Dr. Fernández Sacasa, que asumió lo de medicina; el Dr. Perea en pediatría, el profesor Rigol en ginecología y obstetricia y un psicólogo, que tenía una proyección tremenda en la atención primaria que estaba trabajando en ese proyecto.

Se empezó a trabajar en el programa del plan de estudios. Cuando se empezó a trabajar en ese plan hay que decir que la cabeza conductora del grupo ese se llamó Pérez Carballá. El Dr. Pérez Carballá se dedicó, con su experiencia, con su sabiduría y con su manera de enfocar las cosas y fue armando el programa del médico que quería Fidel, de un alto nivel y que fuera un médico integral.

No sabíamos cómo integrar ese médico en la práctica. Empezamos a pensar, a tener ideas. Teníamos información de médicos de familia, casi todos teníamos información del *General Partition* de Estados Unidos, que es un tipo de médico integral que atiende todo. Con esas ideas e información que teníamos decidimos: vamos a hacer que ese médico atienda un grupo de familias y en ese grupo de familias, tiene que atender niños, ancianos, etc. y ahí integran los conocimientos. Además, es un médico que pasó cinco años en la carrera adquiriendo conocimientos y que después tuvo un internado que también le solidificó los conocimientos y por lo tanto, es un médico que puede trabajar en eso.

Empezamos a sacar cuentas y en cuanto a la familia, pensamos que un núcleo familiar tendría alrededor de cinco personas, hoy en día se ha disminuido, pero en aquel tiempo era alrededor de cinco personas, vamos a ver que tenga un ámbito de control de 600 personas, entre mujeres,

embarazadas, niños, adultos mayores, ancianos; es una complejidad atender a esas personas y se planteó que pudieran ser 120 familias. Cuando se le lleva al Comandante en Jefe, se le puso el nombre de Programa de las 120 Familias.

Ese programa se inicia con un grupo de tres médicos en Fomento. Nos dijo: “Hagan un plan piloto”. Se hizo un plan piloto o inicial, con los tres médicos, allí se les construyó la vivienda, el consultorio y demás. Tres en Fomento, tres en Vertientes, tres en Guane y un grupo comenzó en el policlínico Reina, después hubo que pasárselo a Cosme Ordóñez para el policlínico Plaza.

Se empezaron a ver los resultados de ese proyecto y cuando ya Fidel ve el proyecto, se enamora del programa ese y empieza a dar ideas de cómo perfeccionarlo y cómo vincular el médico ese a la comunidad y cómo la comunidad va a participar. Nos dice: “búsquenme 10 residentes de medicina seleccionados por su calidad humana, por su condición revolucionaria, para un proyecto que voy a comenzar”.

Se le entregaron los 10, entonces, los puso en el policlínico de Lawton y comienza él a tomar de la mano el proyecto del médico de la familia y nosotros seguimos dándole atención al proyecto que habíamos comenzado, empieza con ese núcleo básico que tiene ahí a desarrollar ideas, ¡ideas e ideas!

En ocasión de la creación del internado municipal, nos dijo: “miren, una idea siempre trae otra idea”. Primero le hablamos del internado internacionalista, después... –no sé si los compañeros que me antecedieron hablaron de esto– que, en un momento determinado en el triunfo de la revolución sandinista, empezaron a pedirnos especialistas y nosotros no teníamos tantos especialistas que mandarles.

Entonces se empezó a estudiar en el consejo de dirección del MINSAP cómo darle solución a ese problema, se pensó en la idea de que con un grupo básico de trabajo poner unos cuantos internos, que multiplicaban a esos especialistas y crear las condiciones para acreditar algunos hospitales regionales de Nicaragua y convertirlos en hospitales docentes. Se fue allí, se visitaron todos los hospitales regionales, varios compañeros fueron a eso y después se hizo un levantamiento de lo mínimo que necesitaban, de lo esencial, para darle la docencia allí a los internos: un equipo de rayos X, un laboratorio, sin grandes complejidades, un salón de

operaciones, salones de parto e internamiento de medicina, pediatría, ginecología y cirugía.

Comenzó la experiencia del internado internacionalista en Nicaragua, que fue una experiencia exitosa. Se nombró al profesor Pelayo como Decano, era un grupo pequeño, pero se le dio una personalidad académica a aquel proyecto y se seleccionó a un grupo de compañeros valiosísimos a participar como profesores allá.

Hablando de ese proyecto es que dice: “miren, una idea siempre trae otra idea”, dice: “Y ¿por qué nosotros, teniendo los hospitales municipales no utilizamos los hospitales municipales en la docencia?” Allá vamos a hacer un estudio de los hospitales municipales, ver las condiciones que tenían y se crea el internado municipal también y se va cumpliendo algo que él tiene en mente que es la universalización de la universidad, en general para todas las especialidades, pero en medicina mucho más, porque él dice: “nosotros tenemos la universidad, la Universidad Médica son los Servicios de Salud. El MINSAP y todas las instituciones de salud son la Universidad, tenemos que hacer del MINSAP una gran universidad”.

Como en realidad se cumplió y se ha cumplido posteriormente, con algunas altas y bajas, pero había docencia en hospitales rurales, en hospitales municipales, hospitales provinciales, se daba docencia en los policlínicos, se crearon los policlínicos docentes. En definitiva, se estaba cumpliendo lo que él decía, con el principio de que “la docencia es para la asistencia”.

Donde va la docencia, donde va la asistencia, la gente empieza a estudiar, se cogen los mejores médicos para profesores; lógicamente ahí se produce una elevación de la calidad de la atención médica y se queda el hospital. Entonces en un período corto, los internados internacionalistas se llevaron a Guyana, a Guinea Bissau, a Etiopía, hasta al Sahara se llevaron internos internacionalistas.

Ya teníamos internos rurales, internos municipales, teníamos internos internacionalistas y ya se estaba comenzando el proyecto del médico de familia, que todos saben lo que ha significado y lo que significa en el sistema de salud nuestro: es la columna vertebral de nuestro sistema y el que, a pesar del bloqueo y todos los problemas y escaseces que hemos tenido, se ha mantenido.

Estamos hablando ya del año 84. Del informe de Fernández se van cumpliendo cosas, una cuestión que señalaron los profesores y directores provinciales de educación fue que había debilidades en la formación del médico. Entonces se planteó hacer un programa de medicina que resuelva los problemas que se están señalando que tienen los médicos. Se designó al profesor Dr. Ilizástigui al frente de todo lo que tenía creado el instituto superior de ciencias médicas, que era el Vicerrectorado de Desarrollo Académico y se volcó totalmente en la tarea y aceleradamente, porque Fidel siempre tenía ansiedad, porque le faltaba tiempo para cumplir las cosas, porque como él siempre generaba tanto y siempre tenía muchas cosas más por delante que hacer, las cosas había que hacerla rápidamente.

Se hizo el plan de estudio como previó: “Vamos a hacer el mejor plan de estudios y vamos a mandar a los mejores profesores nuestros que vayan a visitar las mejores universidades del mundo”. Así se hizo, “después vamos a tomar todas esas experiencias y adecuarlas a las condiciones concretas de nuestro país”. Se crearon dúos que visitaron los mejores hospitales en Canadá, Francia, Estados Unidos, entre otros.

Se dio inicio al plan de estudios en el año 84, en todo este proceso se dan un grupo de reuniones que son importantísimas, parten de la constitución del destacamento. De la reunión del destacamento, de la primera reunión donde Fidel comienza a proyectar su idea. Por su orientación se convoca a un claustro especial de profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas, inclusive para puntualizar él algunos de los problemas que le plantean a Fernández en el informe que hace. Él lo discute, lo tiene ahí y empieza a discutirlo con el claustro de profesores de La Habana, a recoger la información y además, a perfeccionarla.

Después de iniciados los programas, se echa a andar al mismo tiempo la construcción de hospitales, de policlínicos, o sea, toda la revitalización del sistema de salud, en el que se incluye la idea de él, que también tenemos una anécdota sobre eso.

Al Dr. Vela y a mí nos citan para su oficina y vamos con un mapita. Vela venía de Camagüey, donde llevaba mucho tiempo, llevaba muchos años fuera de aquí y yo lo mismo, pero en Las Villas, no teníamos mucho conocimiento de la realidad del sistema de salud en la capital. Antes de nosotros llegar ya Fidel había hecho y tenía la propuesta de creación de

las siete facultades y lo que había que hacer en construcción y ampliación. Nos dijo: “tenemos que hacer 21 facultades en el país, una para cada provincia, dos para Oriente y siete para La Habana”. Cuando vamos a discutir Vela y yo las siete facultades de La Habana y nosotros con el mapita ahí diciéndole: “Comandante, por aquí, porque aquí este grupo de hospitales es grande, este otro grupo...” Ya él tenía estudiado todos los complejos como los llamaba él, que si no estaban completos se completarían.

Así fue como se empezó la idea de construir algunas facultades y de construirle aulas a los hospitales docentes. Algunos hospitales, no era necesario construir una institución, sino las que había allí, y otras había que construirlas. En La Habana, hubo que construir facultades completas como las de los hospitales Allende, Nacional y Julio Trigo. Lo demás fue el módulo “aulas” como le llamaba él. Aprobaba todo eso, como aprobaba también los bocetos, hubo que llevarle cantidad de bocetos, sobre cómo iban a ser las casas para el médico de familia, con el consultorio debajo y su vivienda encima, que después en un momento determinado se le agregó la vivienda de la enfermera.

Hay que pensar, y tenemos que decirlo, que estamos hablando de los médicos, pero a Fidel no se le quedaba detrás el resto del personal del equipo de salud pública. Siempre tenía una preocupación tremenda con las enfermeras, siempre estaba preocupado por ellas.

En una visita que hizo a un albergue de enfermería, se impresionó por la juventud e inmadurez, vio que tenía muchachitas de 9no. grado que todavía eran infantiles y dijo, no podemos seguir haciendo enfermeras con muchachitas que lo que necesitan es madurez, enfrentándose a casos graves, tenemos que formar las enfermeras con grado 12 y se empezó el proyecto de formación de licenciadas en enfermería.

Así mismo también desarrolló todo el proyecto de los politécnicos de la salud y la formación de diferentes especialidades tecnológicas. La creación de los politécnicos de la salud fue un momento de éxito tremendo y ahí hay que nombrar y no olvidar el papel que desempeñó el profesor Dr. Kleindorf en toda esa etapa.

Quiere decir que se fue desarrollando el proyecto de médicos, el proyecto de enfermeras, el proyecto de politécnicos de la salud y los tecnólogos, siempre pensando en la superación constante, que no se

podían detener solo como técnicos, sino que tenían que seguir a un nivel superior.

Se celebra en el año 84, las cuatro reuniones esas fundamentales, la reunión del destacamento, la del primer claustro de profesores del Instituto Superior de La Habana, después el claustro nacional y la reunión con los estudiantes.

En el claustro nacional ya tiene ideas más concretas, tiene cosas muy sólidas que plantear, y como anécdota tengo que decir, el Dr. Teja, el Ministro es testigo de eso, a mí me dicen que tengo que hacer un discurso de apertura y como estoy tan inmerso en todo lo que está sucediendo: la docencia, el desarrollo de los hospitales, las especialidades, hago un discurso y planteo una cantidad de cosas y me mira, –hay una foto ahí famosa– me mira así y dice: “bueno, ya yo no tengo nada que decir, porque todo lo ha dicho el Dr. Cobelo”. Para mí aquello fue un macetazo y fue una crítica para los que tenían que revisarme el discurso, pues alguien tenía que revisarme el discurso y decirme “aguanta, eso no te toca”.

Pero bueno, de todas maneras, estuvo hablando más de tres horas después de eso; porque cada una de las cosas que dije, él las desarrolló al máximo, ¡de todas maneras, fue una enseñanza!

Después de eso, vino la reunión con todos los estudiantes para informarles lo que estaba pasando, del plan de estudios y de la puesta en marcha del plan de estudios. Ahí también hay una anécdota que, en esa reunión, ya a él se le habían dado variantes de cómo iniciar el plan de estudios nuevo. Un plan de estudios muy revolucionario, muy enfocado hacia la medicina preventiva y social, con un enfoque comunitario y sobre todo que los egresados iban para ser médicos de familia, especialistas en medicina general integral y que después irían para otras especialidades, según lo que se determinara, todo con un proyecto y un plan que se había hecho a partir del análisis de las especialidades médicas. Se había hecho un estudio de todas las necesidades que había para ir renovando las especialidades médicas, el éxodo de los médicos, entre otros aspectos. Él hace una planificación de los egresados en un tiempo determinado, de los posibles médicos a egresar y como los va a utilizar.

En esto también hay una anécdota, porque para hacer esa planificación hay que partir de la eficiencia que va a tener el plan de estudios.

Entonces, cuando empiezo a hacer la planificación, él me dice: “¿cuánto ha sido la eficiencia de los planes de estudio actuales?”

Le digo: “Comandante, de un cincuenta y pico, no llega a sesenta”. Me dice: “con nosotros no puede ser eso, ¿cuánto tú crees que pueda ser la eficiencia con el nuevo plan de estudio y las ideas nuevas que tenemos?, al vuelo le digo: “debe ser un ochenta”.

Me dice: “¡estás loco!, ¡estás loco!, ¿cómo va a ser el ochenta?”. Después la vida dijo que, con los alumnos seleccionados por el nuevo plan de estudios, el destacamento y otras transformaciones, la eficiencia se elevó. No tengo los datos de cuánto fue la eficiencia, pero se elevó tremendamente, de una cohorte de estudiantes, de 100 que ingresaban cuantos se graduaban en el término de los seis años.

Ahí es donde él empieza a definir cosas, define tantos médicos van para la atención primaria, podemos dedicar algunos a atender los barcos, podemos dedicar otros a atender los círculos infantiles, las grandes escuelas, los grandes centros de trabajo.

Más a menos, a hacer una distribución y dice después: “bueno, pero no olvides que yo necesito 10 000 médicos para las misiones internacionalistas”.

Cuando aquello, en las misiones internacionalistas habían, pero no en esa envergadura. Estaba clarísimo, porque eso ya ustedes. saben cómo ha crecido la misión internacionalista:

...y me pones también 5000 o 10 000 porque dicen que los médicos van a sobrar, pero nunca van a sobrar, porque si sobran les vamos a meter un año sabático, para que estudien más. Los médicos no van a sobrar nunca, no van a sobrar porque entonces los ponemos a estudiar. Sacamos a uno de aquí lo ponemos a estudiar un año, ponemos al otro y resuelto el problema.

No había manera que tú le quitaras sus ideas brillantes de ninguna forma.

Entonces, el inicio del plan de estudios fue problemático, porque los estudiantes que estaban en el último año no querían entrar en ese proyecto. Se les dieron como ocho variantes y él aprobó una variante que era empezar por el internado en el primer año. Al año siguiente el quinto año y el segundo año, en el tercer año, el tercer y cuarto año. Ya

en tres años tenemos a todo el mundo en el nuevo plan de estudios. Hubo una reunión con los estudiantes, se paró el secretario General de la Juventud a plantear: “¡Comandante, dicen que fue Ud. el que planteó que los internos teníamos que...y el Comandante le dice, ... bueno a mí me dan la paternidad de tantas cosas” y le dijo a Teja, “...Teja dile más o menos como es eso!”. Ahí Teja explicó algo de eso más o menos y dijo, “bueno va a empezar así, empiezan los internos con el primer año, el quinto año con el segundo y el tercero con el cuarto y en tres años tenemos a todos en el plan de estudio.

Si hay que hablar de alguna anécdota, tengo que decir que cuando había cualquier reunión de lo que fuera, teníamos que prepararnos y eso lo sabe el ministro Teja, lo saben todos los viceministros, que había que prepararse, para cualquier reunión pues podía salir cualquier cosa. Un día vamos a una reunión de la ANAP y dije yo, “estoy limpio aquí”, en la ANAP no se va a discutir nada de salud pública. Empieza la discusión de la incorporación de las mujeres al trabajo y al estudio. Entonces Fidel dice: “¿cuántas enfermeras provienen del área rural?”, a ver Cobelo, “¿cuántas campesinas tenemos estudiando enfermería?” “Comandante, le dije “¿las campesinas que están estudiando enfermería?, ese dato no lo tenemos... de ahora en adelante empezamos a recogerlo.”

Yo creo que he estado hablando de la entrada a todo el proceso del 85 al 95, por eso creo que los demás compañeros que vengán desarrollarán más todo esto, pues todas sus ideas no terminaron ahí, sino que comenzaron, se fueron ampliando, como él decía: “una idea, trae otra idea”, entonces se fue desarrollando todo lo que fue, para mí, la refundación del MINSAP, ya con un concepto integral de la investigación, la docencia y la asistencia.

12 de diciembre de 2018



Alfredo Espinosa Brito

Universidad de Ciencias Médicas
de Cienfuegos

El desarrollo del Proyecto Global de Cienfuegos, incluyó acciones integradas llevadas a cabo por el gobierno local, la intersectorialidad y la participación comunitaria...se planificaron y ejecutaron numerosas investigaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, el envejecimiento

poblacional y todos los cambios que se iban produciendo en la situación de salud de la población. Este pensamiento se ha mantenido y ha sido una de las bases de nuestro desarrollo posterior, incluso en otros asuntos de política de salud.

Agradezco en primer lugar la posibilidad de conversar, sobre algunos aspectos del proyectado libro del Dr. Julio Teja sobre Fidel y la salud pública. Estamos en el Salón del Rectorado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

En esta ocasión me han dado un cuestionario con varias preguntas, que trataré de responder en la medida de mis posibilidades.

La primera pregunta es sobre qué responsabilidades tenía en la salud pública entre 1980 y 1995.

Fui miembro de los grupos nacionales de medicina interna del MINSAP desde 1976 y durante toda esta etapa. Miembro del grupo nacional de geriatría del MINSAP a partir de 1983.

Participé como fundador de la especialidad de geriatría y gerontología en Cienfuegos, a partir de 1987 (fue la segunda provincia, después de La Habana, donde se implementó esta especialidad) y desde que se fundó, comencé a trabajar más directamente en geriatría y gerontología.

Fui fundador e investigador principal del Proyecto Global de Cienfuegos, un proyecto con participación del gobierno de Cienfuegos, del MINSAP, de todos los sectores de la provincia de Cienfuegos y el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud a partir de 1987".

Hasta aquí mi respuesta a la primera pregunta.

La segunda interrogante se refiere a cuáles fueron las estrategias de trabajo más importantes que se llevaron a cabo.

En el caso de la salud pública cubana, por supuesto hay que hablar en primer lugar, de la implementación y el desarrollo progresivo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, tanto en la creación de ese programa, la formación de los recursos humanos, su ubicación y redistribución. Un proceso constructivo intensivo, que se produjo en todo el país –y que en esta provincia fue muy notorio– así como la elaboración e implementación de las normas y métodos de trabajo, todo bajo la vigilancia y la dirección experta de Fidel.

En segundo lugar, también fue importante en esta etapa el desarrollo de las especialidades médicas. La idea de Cuba como una potencia médica, había sido enarbolada, no solo en el plano teórico, sino que fue llevada a la práctica.

El perfeccionamiento de técnicos y profesionales de la salud, para fortalecer el trabajo ya consolidado del Sistema Nacional de Salud, fue importante también en este período.

La construcción de nuevos hospitales provinciales y municipales en todo el país y el funcionamiento en red de hospitales y policlínicos en todas las provincias, con la correspondiente descentralización de la atención médica y la docencia médica, fueron acciones muy importantes en esta etapa.

El destacamento estudiantil Carlos J. Finlay, su concepción por Fidel y su constitución en el año 1982, fue otro elemento que hay que destacar en la salud pública cubana, con sus características especiales de selección, de reglamento bien definido desde sus inicios y lo que representó este destacamento. Aquí se celebraron, recientemente, los 30 años de la primera graduación de médicos de este destacamento en Cienfuegos.

Extensión y desarrollo de la docencia médica media, proceso que ya venía desde décadas anteriores, al que se añadió el de la docencia médica superior de pregrado y posgrado en todas las provincias, con nuevas instalaciones y recursos, también todo, bajo las orientaciones de Fidel.

Creación de nuevos centros de producción y de servicios de salud, donde es de destacar todo el trabajo relacionado con la biotecnología, la biología molecular, a partir de instituciones importantes, sobre todo en La Habana, pero posteriormente, en otras provincias como y Camagüey.

Introducción acelerada de tecnología de avanzada, no solo en el plano de la investigación básica, sino de productos obtenidos por estas investigaciones y su generalización en el sistema de salud cubano.

Desarrollo acelerado de la industria médico farmacéutica cubana, que también dio un salto cualitativo importante en esta etapa.

Objetivos, propósitos y directrices para elevar los niveles de la salud, conocidos como OPD-2000, resultado de un análisis de la situación de salud del país, de las posibles nuevas estrategias para desarrollar la salud cubana y que al inicio de la década de los años 90 se vislumbraba como otro nuevo salto cualitativo en el desarrollo de nuestras políticas de salud.

Enfrentamiento a los desafíos del período especial y, sobre todo, hay que señalar, la importancia y la trascendencia que tuvo la epidemia de la neuropatía, su atención directa por el Comandante Fidel, por todos los directivos de nuestro MINSAP, lo que se replicó en cada una de las provincias y los territorios.

Estas serían las que considero las principales estrategias de trabajo que se llevaron a cabo durante la etapa que estamos analizando.

En tercer lugar, se nos pide que, expongamos los principales logros que a nuestro entender fueron obtenidos durante este período.

En primer orden, me parece que sería importante resaltar el crecimiento y desarrollo de los recursos humanos del sector de la salud, a todos los niveles, lo que hoy denominamos como capital humano.

La aceleración de las transiciones demográficas y epidemiológicas como consecuencias de todos los avances, no solo del sector de la salud, sino de la salud y del bienestar en general por los avances de la sociedad. Hoy se habla mucho sobre los determinantes de salud de la población. Ha habido una serie de logros en el desarrollo social, económico, espiritual de nuestro país, que también han llevado a que estemos en estadios avanzados de las transiciones demográficas y epidemiológicas, que reflejan muchos efectos beneficiosos, aunque algunos no lo son tanto, por lo que tenemos que tenerlos en cuenta también para afrontarlos exitosamente.

La reducción progresiva de la mortalidad infantil durante esta etapa, es otro de los logros mantenidos durante los años que aquí se plantean.

La estabilidad de los servicios hospitalarios, a pesar de las escaseces de los años grises del período especial, que mantuvieron una garantía para la atención médica de nuestros ciudadanos.

La mayor cobertura con accesibilidad y calidad de la atención primaria de salud, proceso que fue progresivo durante esta etapa y que permitió mantener muchos logros en los principales indicadores de salud.

Nuevas acciones preventivas y de promoción de salud, basadas en nuevos paradigmas que no solo eran de atención y de curación, sino también preventivos, de promoción y, posteriormente, de rehabilitación.

En fin, creo que durante esta etapa hubo una madurez progresiva del Sistema Nacional de Salud y de los sistemas provinciales y municipales de salud, así como nuevas formas de solidaridad hacia el exterior y también desde el exterior hacia nosotros.

En cuanto al otro punto, sobre los aspectos o anécdotas que considera importante en su experiencia.

Me parece importante resaltar la epidemia de neuropatía, al pasar el país de una etapa estable desde el punto de vista socioeconómico, al período especial de manera brusca. Solo un sistema de salud como el nuestro resistió, sobrevivió y salió fortalecido de esta etapa. La convocatoria internacional a expertos de todos los países en relación con la epidemia de la neuropatía es algo inédito, dirigido por el propio Comandante y que reunió investigadores tan disímiles como europeos, norteamericanos y otros.

Creo que fue la primera vez que vinieron expertos del CDC. Ahí, yo me enteré personalmente, que todos ellos eran oficiales del ejército americano; recuerdo el intercambio que tuvimos desde el punto de vista científico, relaciones de amistad y cooperación. No es lo mismo que hablaran desde sus países a que vinieran acá y todos nos relacionáramos. Estos intercambios culminaron con una actividad en el Palacio de las Convenciones, dirigida por el propio Comandante en Jefe, que fue el colofón de todas las investigaciones realizadas; muchas de ellas se publicaron en revistas internacionales y, sobre todo, se encaminó la solución de un problema serio de salud que se había presentado en esa etapa.

La consolidación de la docencia médica superior y media en las provincias durante estos años, creo que es otro elemento importante, novedoso, esta descentralización de la docencia sin perder la unicidad en la diversidad.

El hito de la biotecnología con nuevos centros de investigación, desarrollo y producciones, en una etapa –sobre todo a partir de los

años 90– de crisis económica y que, a pesar de las dificultades financieras, se pudo impulsar este frente de la biotecnología con un nivel mundial.

En el caso nuestro acá (Cienfuegos), también hay dos elementos que son importantes: la coincidencia y el apoyo a los OPD-2000 (Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública cubana hasta el año 2000), ya mencionados anteriormente, con el inicio y el desarrollo del Proyecto Global de Cienfuegos, que incluyó acciones integradas llevadas a cabo por el gobierno local, más la intersectorialidad y la participación comunitaria. Además, se planificaron y ejecutaron numerosas investigaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, el envejecimiento poblacional y todos los cambios que se iban produciendo en la situación de salud de la población y cómo enfrentarlos de manera progresiva y dinámica con las mejores evidencias disponibles entonces. Este pensamiento se ha mantenido y ha sido una de las bases de nuestro desarrollo posterior, incluso en otros asuntos de política de salud.

Si tienes algo más que quieres que recuerde...

- **El Dr. Pedro Más, le pide que argumente y que hable un poco más del proyecto de Cienfuegos, ya que ese fue un proyecto insignia.**

Sí, a fines de los años 80, ya nuestros principales indicadores de salud eran muy similares a los de los países más desarrollados. El control de las enfermedades transmisibles a través de la vacunación, a través de una serie de actividades del sector, del medio ambiente y otros. La capacitación de nuestros profesionales, de nuestros técnicos se había elevado mucho; en fin, se había alcanzado un desarrollo similar al de los países más avanzados.

Por otro lado, se venía observando el progresivo crecimiento de un grupo de problemas de salud relacionados más con los estilos de vida de las personas, con las condiciones de vida de los grupos de las personas, con lo que hoy denominamos determinantes sociales de la salud de la población. Vino también la conceptualización en la década de los años 80 de las que se denominaron enfermedades crónicas no transmisibles o, posteriormente, enfermedades no transmisibles, con un grupo de factores de riesgo comunes.

Entonces, había que cambiar el paradigma de cómo enfrentar estos nuevos problemas. Por eso la prevención y la promoción de salud eran

muy importantes. Ahí lo primero que hicimos fue un análisis de la situación de salud de la provincia de Cienfuegos; pero era similar a Cuba, era lo que estaba pasando en Cuba. Nosotros estudiamos antes tres provincias a través de investigaciones, Ciudad de La Habana, Cienfuegos –que teníamos que estudiarla– y las Tunas. Se realizaron un conjunto de investigaciones por profesionales de la provincia durante la década de los años 80, a las que ayudaron mucho también investigadores destacados de nuestro país, con los que siempre hemos contado. Entre ellos, los profesores Arnaldo Tejeiro, Luis Carlos Silva y Francisco Rojas Ochoa.

Seleccionamos esas tres provincias, que un poco representaban tres niveles de desarrollo económico, social, territorial, geográfico, diferentes. Pero en las tres sucedía lo mismo, con características locales propias. Lo primero que hicimos fue una actividad a fines de 1987 en la dirección provincial de salud de entonces, convocamos a nuestros colegas y la hicimos todavía intrasectorialmente aquí en la provincia. De acuerdo a las conclusiones a que arribamos, pensamos que había que hacer algo nuevo.

El profesor Ignacio Macías Castro, también había trabajado en un programa de promoción de salud que el MINSAP publicó en el año 1983, pero allí solo se divulgaron las bases teóricas. Sin embargo, no tuvo mucho desarrollo en esa etapa. Fuimos al MINSAP en 1988, era viceministro de asistencia médica y social el Dr. Abelardo Ramírez Márquez, compartimos con él nuestros propósitos. Él se mostró muy entusiasmado en apoyar nuestras ideas en aquella situación. En el MINSAP tuvimos varios encuentros con expertos nacionales en temas relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles. Todo ese tiempo estuvimos trabajando con el sector de la salud.

Regresamos a Cienfuegos y hubo una coincidencia coyuntural, la visita a Cuba del profesor Pekka Puska, máximo impulsor del Proyecto de Karelia del Norte para el enfrentamiento de las enfermedades no transmisibles en Finlandia. Había sido invitado por el MINSAP, para dar una serie de conferencias en La Habana, en enero de 1989. El profesor Macías, que conocía nuestras intenciones, facilitó la posibilidad de que el profesor Pekka Puska visitara Cienfuegos y nosotros aprovechamos la posibilidad de llevar estas ideas al gobierno provincial, porque

pensábamos que, solo salud pública –o solo los médicos– no somos capaces de transformar la salud de la población, hace falta que toda la sociedad se involucre. ¿Quién puede involucrar a toda la sociedad si no es el gobierno?

El profesor Pekka Puska era a la sazón, diputado en Finlandia y el presidente de nuestra Asamblea Provincial era el compañero José Ramón García Gil, diputado de nuestra Asamblea Nacional y presidente del Grupo de Amistad Cuba-Finlandia. Entonces, como si fuera la ficha que nos faltaba a nosotros, en enero del 89, asistimos al gobierno provincial con la anuencia del doctor Pedro Hernández, aquí presente, que era el director provincial de salud, a la visita del profesor Pekka Puska a Cienfuegos.

Allí, en los salones del gobierno provincial se celebró una actividad formal. El profesor Pekka Puska vino acompañado de Joao Junes, a la sazón representante de la OPS en Cuba. También vinieron funcionarios del MINSAP. Puska hizo una presentación del Proyecto de Karelia del Norte. Nosotros, muy humildemente, teníamos los resultados de un grupo de las investigaciones realizadas, antes referidas, y el Dr. Orestes Álvarez, el Dr. Emiliano Diez y el que les habla, presentamos nuestros principales resultados. Al terminar esa actividad, el profesor Pekka Puska le preguntó al presidente del gobierno: ¿por qué aquí en Cienfuegos no se hace algo parecido a lo que hacemos en Karelia? Para sorpresa nuestra, porque no estábamos preparados, el presidente dijo: “Pues hagámoslo, el gobierno va a ejecutar ese proyecto con el auspicio del MINSAP, aquí presente y con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud”. Ahí arranca formalmente en enero de 1989 el Proyecto Global de Cienfuegos.

Se llevó a cabo entonces con el respaldo del viceministro de asistencia médica lo que hoy le llamamos un “vengan todos”, un movimiento sin precedentes, vinieron a Cienfuegos todos los principales representantes y estudiosos de cada una de las enfermedades crónicas no transmisibles -que muchas veces están fragmentados y cada uno trabajando por su cuenta-, de los grupos nacionales de nefrología, de cardiología, de medicina interna, de epidemiología, de pediatría, de neumología, los que se ocupaban de la higiene, la educación para la salud y otros, y durante varias y largas sesiones acá, se reunieron

las mejores evidencias que habían y de cómo se estaban afrontando estos problemas de salud en el mundo entonces.

Existían una serie de proyectos internacionales, por ejemplo, INTERHEALTH de la OMS, los proyectos de Karelia del Norte, CINDI, MONICA, proyectos de ciudades saludables. El profesor Macías era el encargado por el MINSAP de participar en INTERHEALTH de la OMS y nosotros teníamos esa fuente bibliográfica viva.

¿Qué pasó?, que posteriormente a esto ¿estoy hablando demasiado?, se consolidan las ideas y se elabora un documento. En esa época, se hacían las investigaciones en salud pública, —lo digo, porque actualmente han cambiado algunas cosas—, había una línea que se llamaba “Estado de Salud de la población”, cuyo director era el profesor Rojas Ochoa. Fue así que el que les habla, tuvo el privilegio de presentar ese documento en un taller que se hacía una vez al año por esa línea de trabajo, para discutir y luego aprobar las investigaciones. Este documento original fue publicado en nuestra humilde revista “Finlay”, de esa época (El Proyecto Global de Cienfuegos. Rev Finlay 199;5:388-411). Allí se aprobó la propuesta con una serie de recomendaciones. Esa fue nuestra guía durante los años 90, 91, 92.

En el año 92, ahora me recordabas algo importante, la Dra. Restrepo, a la sazón consultora de la OPS, en una visita acá nos dice que, ¿por qué Cienfuegos no podía entrar, en el movimiento de Ciudades Saludables? Ese es un movimiento que había surgido en la década de los años 80, en Europa y en Canadá para comprometer a las autoridades, alcaldes y gobernadores, que hicieran una serie de acciones relacionadas con la salud de la población de las localidades. Entonces, los marcos iniciales de las enfermedades no transmisibles se rompieron para dar paso a una visión más abarcadora, a todo lo relacionado con la salud de la población. En el año 92, la Vicepresidenta del Comité Ejecutivo Provincial la Lic. Peña y la Dra. Wade, como representante del MINSAP, viajan a Sevilla, España a un evento promovido por los 500 años del descubrimiento de América; ¿recuerdan aquello? Y allí hacen el compromiso de la participación de Cienfuegos en el Movimiento de Ciudades Saludables patrocinado por la OMS.

Se hicieron los proyectos específicos y fueron muy interesantes, porque hubo un ambiente propicio en la población al extender la salud pública y romper los marcos de nuestro sector, en el buen sentido de

romper los marcos y de compartirlos con educación, con cultura, con las otras universidades, con el Instituto Nacional de Deportes (INDER) y otros, todo el mundo se apropió de ese proyecto como si fuera de ellos; o sea, ya no había esa idea de que venían a “ayudar” a la salud pública, sino que se sentían que estaban haciendo por la salud, el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, ellos mismos, su familia, sus hijos, sus nietos, sus padres. Se produjo un movimiento muy interesante, desde el punto de vista de las acciones, pero también de la investigación.

Una crítica que algunos nos señalaban, era que el proyecto era un poco elitista o academicista, porque había incluida mucha investigación, ya que generalmente hay muchos proyectos de ciudades saludables, de municipios por la salud que son más bien movimientos comunitarios, pero el componente de investigación es muy flojo o no existe, y se ve que luego no quedan en nada. De esta etapa, tenemos decenas de publicaciones, tesis numerosas de médicos de medicina familiar y de otras especialidades y no solo de salud pública, también tesis e investigaciones de las universidades, de educación, de economía, de cultura física, entre otros sectores e instituciones. Los compañeros de educación, por ejemplo, ganaron premios y fueron a distintos seminarios internacionales, hicieron publicaciones. Los compañeros del Inder hicieron doctorados; en la universidad se realizaron doctorados, maestrías, eventos y otros, con esos temas y muchas cosas más. Era muy difícil estar al tanto de lo que estaban haciendo todos, porque cada cual se fue independizando y haciendo diversas actividades por sus vías.

Hay una anécdota interesante de esa época, teníamos médicos de familia en las escuelas, en los círculos infantiles, una buena cantidad de médicos y propusimos llevar actividades de educación y promoción para la salud a las escuelas y queríamos que fueran los médicos, los que realizaran esas actividades. Los maestros nos dijeron:

No, dennos los contenidos que ustedes quieren y nosotros somos los que los vamos a llevarlos a los muchachos, porque nosotros somos los que conocemos cómo son los niños, quiénes son los padres, como introducirlos en el contenido del currículo adecuado de ellos, en qué asignatura.

Aquí mismo en esta facultad de ciencias médicas, dimos cursos los sábados donados por los maestros voluntariamente para transmitir esos contenidos a los muchachos.

La OPS dio premio a una maestra, que era la que llevaba esa labor en una escuela primaria de acá de Cienfuegos, porque en distintas visitas, en vivo, vieron como esos contenidos prendieron en los muchachos. Aquellos niños –los primeros hoy deben estar ya graduados universitarios, pues fue a principios de los años 90– son hoy de los nativos digitales, posiblemente si los entrevistaran, podrían conocer de toda una serie de iniciativas que hicieron, como convenios con sus abuelos para que dejaran de fumar, o dejar de tomar, cosas que no fueran posible lograr a través de un consultorio o por una recomendación médica, sin embargo, los muchachos lograron resolver cantidad de situaciones de esas.

Estaban también las características de una alimentación saludable, los beneficios del ejercicio, que se diseminaron en la población como nunca antes y por diversas vías extrasectoriales. Todo eso en la parte de la educación, pero se hicieron transformaciones que ahorita se hablaban, en otros lugares, por ejemplo, en el combinado lácteo. Teníamos un problema práctico, dada la situación del país en período especial, la grasa animal que era la que se usaba habitualmente en el helado Coppelia no se podía adquirir. Se buscaron otras opciones, como el empleo de grasa vegetal que, por cierto, era mejor desde el punto de vista de la salud, de la promoción y entonces se hicieron una serie de transformaciones para que luego esas innovaciones las aprobara el MINSAP de la Industria Alimentaria. Hubo que ir hasta La Habana, porque era una transformación local. Se hizo por primera vez en el país el yogurt de soya, que también fue una novedad, se produjo el Lactoflex con derivados de la leche, que tenía un alto contenido de proteínas. Los compañeros del Combinado Lácteo de Cumanayagua obtuvieron una serie de distinciones por todo eso, pero todo fue originado y realizado por su cuenta. Esos resultados mejoraban la alimentación de la población, con alimentos saludables.

Ahí viene la historia del helado, que seguro quieres que me refiera a ella. En Cienfuegos no faltaron los helados durante la década de los años

90, pero con características particulares, sobre todo por el cambio de las grasas referido y nuevas recetas en su elaboración. No pocos decían que no sabían igual, que era menos apetitoso, vamos a decir. Incluso a mí personalmente me identificaban como el ideólogo de los nuevos helados y me decían que era el helado del proyecto, que les estaban metiendo un forro. Pero, indiscutiblemente era un helado más saludable, más barato, ahorraba al país y que se podía seguir elaborando, por lo que no faltó el helado aquí nunca, gracias a la inventiva y haber involucrado a los compañeros del combinado lácteo. Ellos hicieron también –como parte de su proyecto específico– un grupo musical, que le llamaron Lactosol, que luego se profesionalizó y hoy en día ese grupo actúa hasta por televisión, con el nombre de Cumaná. Nuestra sociedad tiene cantidad de cosas que son increíbles, cuando se motiva a las personas, se va entretejiendo una madeja, una red, que la salud puede aprovechar en el buen sentido tremendamente.

Milton Terry –para muchos el salubrista estadounidense vivo más importante en aquellos años– visitó dos veces Cienfuegos a propósito de nuestro proyecto. Y esa es otro de los resultados positivos adicionales que tuvo el Proyecto Global; que visitaron en un período relativamente corto muchísimas personalidades internacionales y nacionales a la provincia. Al doctor Milton Terry en una actividad de degustación de helados con distintas composiciones en su elaboración –incluyendo los referidos del proyecto–, le pusieron una venda en los ojos para la prueba y al final dijo que él no encontraba distinción entre uno y otro. El doctor Rabel que estaba como invitado en esa misma actividad, decía: “si el viejito dice que ese helado es el bueno, ¡lo mato!”, porque Rabel era muy jocoso y le gustaba mucho el helado tradicional tipo Coppelia. De esas anécdotas tenemos muchísimas.

Algunas personas nos decían (recordar que estábamos en pleno período especial): “No, no se pueden hacer esas actividades”. ¡Claro! lo que sí hay que dedicarle tiempo a la gente, nosotros llegamos a la conclusión que esta intersectorialidad que muchas veces se habla teóricamente, en Power Point, en videos, o se escribe en libros, revistas, internet, lo importante es que hay que vivirla en la práctica. Otra lección aprendida fue que solo el gobierno, la autoridad principal, es el que puede convocar a los responsables principales de los sectores porque, sino

la gente va y es como que están ayudando a salud pública y mandan al último que llegó allí. En nuestro caso siempre iban las primeras figuras de todos los sectores, organizaciones, instituciones y todo el mundo trataba de hacer lo mejor posible. Era como una emulación, más que por la salud, por el bienestar.

También aprendimos que igual sucede con la participación de la comunidad. Si a la comunidad no se le escucha primero y luego se le informa, la comunidad no participa. Otro ejemplo exitoso lo tuvimos en un proyecto en San Lázaro, –tú conoces Pedrito, esa zona porque eres de por acá–. Ahí la presidenta del Consejo Popular de San Lázaro, muy motivada, se apropió de las ideas del proyecto y removió ese lugar. Al principio nosotros, tuvimos casi que pedir permiso para entrar a ese consejo popular, porque ese es un barrio no totalmente marginal, pero tiene complejidades sociales. Allí los mismos vecinos hicieron un grupo musical de rumba, en esa etapa no tan de moda. Luego también se profesionalizaron y hoy en día son muy conocidos y actúan en distintas actividades culturales de la ciudad. Hay mucho potencial en la sociedad, que no se explora muchas veces por seguir cánones tradicionales o muy trillados.

Ese despertar a través del Proyecto Global, de tanta gente, ha sido otro resultado, porque estoy hablando de personas aquí, pero detrás de eso hay muchos, desde los expertos. Por ejemplo, aquí viene Nery Suárez de La Habana y yo le digo, tú eres fundadora del Proyecto Global y sé que ella lo siente así. Mientras vivió el profesor Macías, yo también le decía: “Ud. es fundador del Proyecto Global”, porque estuvo desde las primeras ideas. Así hay una cantidad de gente que no son solo de Cienfuegos.

Quizás uno de los secretos del Proyecto Global, lo que nos ha dejado, porque estoy hablando desde los inicios, pero todo ese movimiento en su etapa más activa duró más de una década, hasta inicios de este siglo, es que nadie se creía el dueño –pero todos actuaban como si fuera de ellos– ni tuvo nunca un lugar específico, oficina, ni nada parecido. Era del gobierno y el gobierno somos todos. Ahí estábamos representados todos y salud pública en ese coro tenía un protagonismo de líder técnico que es muy importante. Pero en ese coro, muchas veces el protagonista podía ser educación, el INDER, u otros. La investigación también nos

respaldaba, porque no solo era decirlo, sino trabajarlo, liderarlo y luego tener las mejores evidencias a través de investigaciones.

También llegaron a participar otros, que no estaban originalmente planificados, como los ambientalistas, los geógrafos. Cuando se enteraron de la propuesta decían: ¡cómo hablar de salud, sino hablan de ambiente! Así, la hoy doctora Fabregat dirigió una investigación sobre la estratificación de los espacios de la ciudad según condiciones de vida, con sociólogos, arquitectos, economistas y con otros profesionales que no eran médicos, ni enfermeras, ni otro personal de la salud; ¡eso nada más que lo pueden hacer ellos! Entonces determinaron que la ciudad se dividía en diferentes estratos –de mejores a peores– y los relacionaron con indicadores de salud tradicionales (mortalidad infantil, incidencia de enfermedades transmisibles, entre otros) y otros que se inventaron. La fecha de construcción de las viviendas resultó el factor más importante en la clasificación de los referidos estratos. Pregunta al Dr. Más Bermejo ¿tú no has visto ese mapa que obtuvieron? El mapa tiene colores, Cienfuegos tiene colores, es una ciudad que tiene colores, como todas las ciudades del mundo. En todas partes te llevan siempre al centro histórico, o a ver los mejores lugares, pero nadie te lleva allá a Reina a lo último, a San Lázaro, a la Juanita; aquí te llevan a Punta Gorda, te llevan al Reparto Eléctrico como decimos nosotros, esos son los lugares buenos.

Sería muy conveniente hacer una estratificación de una ciudad como La Habana. Las acciones de salud no deberían planificarse y hacerse de igual manera en todos los estratos. Por ejemplo, si hablamos de prevención del sida, no deberían ser las mismas en el Centro Histórico, donde hay una población envejecida que, en Reina, que es una población joven y con muchas dificultades sociales. ¿Dónde hacer intensiva la campaña de prevención de sida?, no puedes como muchas veces se hace y decimos: “a todo el mundo igual, a todos los consejos populares les vamos a dar el mismo tratamiento, o a todas las provincias”.

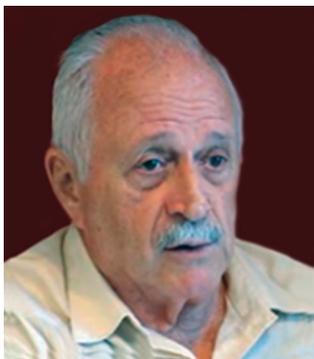
Nosotros en Cienfuegos, el Dr. Pedro es cienfueguero, sabe que a veces tenemos que coger una cola, porque dicen: “bueno después que den a todas las provincias le dan a Cienfuegos”, porque no está mal; es una de las cosas que a veces... uno se preocupa pues no es un problema de igualitarismo, sino de equidad, que es lo que a cada cual lo que le hace falta.

Bueno, eso también se desarrolló y sobre todo el pensamiento de las universidades, lo que siempre ha sido muy importante, la participación y el liderazgo de los rectores, los decanos de las universidades, los profesores, estudiantes.

– **El Dr. Pedro Más pregunta sobre la Universidad de Cienfuegos, hoy Carlos Rafael Rodríguez.**

Sí, estuvo siempre también participando, sus profesores adquirieron el proyecto como propiedad de ellos también. Porque como no era de nadie, era de todos, es de todos todavía. Aún me visitan frecuentemente en la casa. Fue una paradoja, los primeros doctores en ciencias de los que fui tutor no eran profesionales de la salud, sino de cultura física y del MINED, esos fueron mis primeros doctorantes, como les dicen ahora. Pero bueno después también hemos tenido de la parte de salud pública, pero los primeros, aquellos. Nosotros en salud pública hemos estado un poco de espaldas a los doctorados, porque hemos desarrollado más el camino –que no tienen otras carreras– de Especialistas de I Grado, de II Grado y en el caso de las categorías docentes, sí, ya contamos con profesores titulares, de mérito y demás. Es decir, que en la universidad de Cienfuegos conocí por primera vez, acá en Cuba, el “ambiente de doctorado”, donde he sido tutor, miembro de tribunales y he tenido participación en diferentes ejercicios académicos. Esta del Proyecto Global fue una larga anécdota, un caso sui generis, válida para el programa de “Historias no contadas”. A veces no aprovechamos todas las enseñanzas que nos dejó y que no asimilamos todavía. Bueno, creo que hablé demasiado.

3 de julio de 2019



Luis Estruch Rancaño

Dirección Provincial de Salud y presidente del Poder Popular de Santiago de Cuba 1985-1995

...la textilera Celia Sánchez Manduley, que tenía 8000 trabajadores se cerró completa. Las fábricas, porque Santiago de Cuba se había industrializado y nos quedamos casi de momento con 15 000 obreros desempleados en la provincia. Todo lo que venía del campo socialista se quedó sin venir... Santiago no había desarrollado base agrícola... Es decir, tuvimos que hacer la agricultura fuera de la provincia, para poder darle comida al pueblo de Santiago...en el período especial sí hubo afectaciones, pero no se afectaron los indicadores de salud, como hubiera sido, si no se hubiera dado la prioridad a la salud pública.

He tratado de buscar una cronología de lo que hice en ese período que se está tratando de fijar. Estaba contando que tuve seis responsabilidades.

Primero, era director del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología en Santiago de Cuba, que fue donde me vinculé más al MINSAP y a las etapas de la Revolución en aquel momento.

Segundo, soy nombrado en ese cargo, se empieza a evaluar por Terry, ya él era viceministro de higiene y epidemiología, el traerme para La Habana, me propone él y el Dr. Julio Teja Pérez para ocupar la plaza de director del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Lleno todos los papeles, lo aprueba Terry, lo aprueba Teja, se aprueba por el que atendía salud en el Comité Central y lo pasan al Secretariado del Comité Central. El Secretariado aprueba el nombramiento. Me nombran. En lo que estoy en el trajín para venir para La Habana a ocupar la responsabilidad ocurre un hecho casual: el director provincial de Salud Pública, primer santiaguero que dirigía la salud pública en Santiago de Cuba, Luis Reppetti, fallece de un infarto cardíaco en La Habana, estando en un congreso. En ese momento, el compañero Esteban Lazo Hernández, había llegado a la provincia Santiago de Cuba como primer secretario, llama al ministro Julio Teja y llama al Comandante en Jefe, le

explica que hay una situación muy violenta en Santiago de Cuba ante la pérdida del Director Provincial, que era un ser muy querido y le propone que, en vez de venir para La Habana, me deje seis meses en Santiago de Cuba, hasta que se nombre un director provincial.

Yo estaba por Brasil, estaba como experto en los temas de agua subterránea y cuando llego al aeropuerto, veo que me van a recibir a la escalerilla del avión; eso jamás me había pasado. Me reciben, me dicen que me están esperando en el MINSAP. Llego al ministerio, estaba el Dr. Julio Teja con su consejo de dirección reunido. Entro, me saluda y me dice: "bueno Estruch, el Comandante en Jefe ha decidido que por una situación especial te vayas para Santiago de Cuba de director provincial de salud, te pases seis meses allá y vengas dentro de seis meses a ocupar tu cargo de director del INHEM". Esas son las cosas de la vida, solo una Revolución como la nuestra que ya va para seis décadas es capaz de trazar el curso de la vida de cualquier revolucionario en forma increíble. Nadie ha calculado lo que quiere ser, ni lo que ha podido ser en el curso de la Revolución, sino lo que la Revolución le ha facilitado.

Mi tercer nombramiento es como Director Provincial de Salud Pública, los seis meses se convirtieron en varios años y por supuesto no vine para La Habana.

De director provincial de Salud Pública, me nombran miembro del Comité Ejecutivo del Poder Provincial de Santiago de Cuba, miembro no profesional.

En 1989 se aparece de nuevo el hermano y querido Esteban Lazo Hernández, habla con el Comandante en Jefe para pedirle que pase a dirigir el gobierno en la provincia Santiago de Cuba. Por qué digo el Comandante en Jefe; porque había una lista de las 100 principales personalidades de la salud pública en Cuba, que había confeccionado el Dr. Julio Teja con los miembros del Secretariado del Comité Central y que Fidel la tenía arriba, 100 personas que no podía tocar el MINSAP de Salud Pública, sino que solo lo podía ubicar Fidel Castro Ruz y es por eso, que en el nombramiento anterior y ahora en este, le piden permiso para que salga del sistema de salud y pase al sistema de gobierno. Inédito. Era el primer médico en la historia de la Revolución y de toda la historia, que además de ser doctor en ciencias, pasa a dirigir el gobierno de una provincia durante 11 años. No hay otra experiencia similar y que

le agradezco, a Lazo y a la Revolución, porque me acabó de formar en mi vertiente de médico, en mi vertiente de higienista-epidemiólogo, de salubrista, de científico (porque había hecho el doctorado en ciencias en el año 1982. Fui el primer Doctor en Ciencias de la Higiene y la Epidemiología de Cuba y el primer Doctor en Ciencias de todos los médicos en el Oriente del país). Algo que la Revolución solo era capaz de lograr eso en un humilde santiaguero como era mi caso.

Entonces, ese cargo de director provincial de salud pública lo ejercí durante varios años, hasta el cuarto cargo, que Lazo me pide para pasar al gobierno, donde soy vicepresidente de la asamblea del poder popular, presidente de la Asamblea Municipal de Santiago, que es el municipio más grande del país, donde Fidel era proclamado diputado por Santiago de Cuba, en el nuevo proceso electoral a través del voto directo y secreto y yo voy en la fórmula de la candidatura, los principales dirigentes de la Revolución y después paso a ser Presidente de la Asamblea Provincial del Poder Popular.

O sea, seis cargos en 10 años, que creo que fueron los más fructíferos de mi vida, porque me hizo transformarme de un simple médico revolucionario en un científico, en un dirigente de gobierno. Integrar los conocimientos y poder aportar después en lo que la Revolución me concedió, que fue trabajar nueve años al lado de Fidel Castro y de Miyar Barruecos (Chomi) y ser 7 años viceministro de Salud Pública.

Esos son los seis cargos que ocupó en esa década. Década de oro, como yo le llamo.

¿Qué hechos extraordinarios yo he podido recordar de esa época y donde me tocó jugar algún papel?

Primero, fue la consolidación de las indicaciones que el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz había dado a raíz de la epidemia de dengue hemorrágico en 1981. Ya estábamos en el año 85, pero se estaban consolidando las indicaciones que él había dado:

- Fortalecer la higiene y la epidemiología.
- Crear los centros provinciales de higiene y epidemiología y las unidades de control de vectores.
- Desarrollar mucho más la interdisciplinaridad.
- Lograr las terapias Intensivas del país.

Hay que decir que en Cuba solo había un hospital pediátrico con terapia intensiva pediátrica, y a raíz de la epidemia de dengue, Fidel dice que hay que hacer una terapia Intensiva a todos los pediátricos, año 81. Estuve al lado de él, están los periódicos, las fotos. Porque en la epidemia de dengue hemorrágico que fue en 1982, Fidel visitó el Hospital Pediátrico Infantil Sur de Santiago de Cuba y en los brazos nuestros, en los brazos de él y dos compañeros que nos acompañaron en el recorrido, se nos murieron dos niños con sangramiento masivo de dengue hemorrágico; él presencié aquello. De eso hay memorias, así lo narró. Dijo que fueron momentos de los más desgarradores de su vida. Preguntaba: “¿qué hay que hacer? esto no puede volver a pasar. ¿Por qué no hay otros recursos para salvarlos? Fue donde se percató de que solo había un hospital en Cuba con terapia intensiva pediátrica; ahí se decidió todo esto. Toda esta etapa del 81 hacia adelante, que incluye el 85, se están terminando de hacer las terapias intensivas pediátricas, la concepción de las terapias Intensivas en los hospitales generales, fue otra concepción que salió de esas discusiones.

Por lo tanto, esa es una etapa importante que yo recuerdo, porque fue de las primeras que me tocó ejercer, en la cual estaba el Dr. Sergio del Valle Jiménez de ministro de salud, el Dr. Julio Teja Pérez viceministro primero, que después fue ministro de salud pública.

Una segunda etapa que creo que es de gran trascendencia en ese momento, es cuando se va a transformar de fondo el Programa Materno Infantil en Cuba, la mortalidad materna era muy elevada, no se había logrado transformar a pesar de los años transcurridos, la mortalidad infantil era alta y yo me encontraba en una de las provincias que tenía más altas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna de Cuba, que era Santiago de Cuba. Se lanza el principio de hacer salas de perinatología en los hospitales ginecoobstétricos para poder atender las embarazadas de alto riesgo, terminar las terapias intensivas y un principio nuevo, que no se hicieran más hospitales clinicoquirúrgicos, que se hicieran hospitales generales, porque estaba demostrado que una de las causas de la mortalidad materna era el pase de las embarazadas graves de los hospitales ginecoobstétricos a hospitales clinicoquirúrgicos con terapia intensiva. Ahí se perdían la mitad de las vidas de las mujeres en estado de gravedad

extrema. Se aprueba entonces, en principio crear tres hospitales generales: el de San Cristóbal en Pinar del Río, el de Nuevitás y el hospital de Contra maestre en Santiago de Cuba, así como construir hospitales generales y perinatología en todos los hospitales ginecoobstétricos.

A Fidel se le lleva el análisis, porque él quería saber por qué se morían tantas mujeres embarazadas en Cuba. El grupo de expertos, compañeros de mucha capacidad, una de las conclusiones que sacaron era que en los hospitales ginecoobstétricos, ninguno tenía terapia intensiva y no tenían las capacidades de atención de pacientes graves como eran las embarazadas en este caso, que hacían gravedad extrema y se morían.

Se decide crear tres hospitales generales de 420 camas, como experiencia piloto. El hospital general de San Cristóbal en Pinar del Río que se construyó, a mí me llevaron allí para ver la experiencia, porque el otro hospital que se iba a construir era en mi provincia, era el hospital de Contra maestre, también de 420 camas y el hospital de Nuevitás. Esos tres hospitales surgen del nuevo concepto que Fidel Castro Ruz de no seguir construyendo hospitales ginecoobstétricos por un lado y clínicoquirúrgicos por otro, sino integrar para que se salvara cualquier paciente grave, no importa el sexo, la edad y las demás características de riesgo.

También ahí surge lo de construir hospitales generales integrales, como después voy a narrar que fue el caso del hospital Juan Bruno Zayas de Santiago de Cuba, hospital de 1100 camas, donde me tocó esa etapa de construcción y puesta en marcha; hospital ginecoobstétrico, clínicoquirúrgico, con todas las terapias intensivas, con todas las salas de perinatología. Por lo tanto, ese considero que es un segundo elemento. El desarrollo de toda esa calificación máxima de los hospitales para enfrentar los enfermos graves, tanto pediátricos, embarazadas, adultos y demás.

Un tercer acontecimiento que marcó para siempre mi imagen y mi vida, fue que, en el año 1988, al cumplirse un aniversario más del asalto al cuartel Moncada en Santiago de Cuba, Fidel decide antes del acto del Moncada, dedicar tres días a inaugurar obras nuevas y llega a Santiago de Cuba y durante tres días estuvimos acompañando al Comandante y al Dr. Julio Teja Pérez en la inauguración de 289 obras de la salud. Ahí se inauguró el hospital general de Contra maestre, me tocó hacer el discurso inaugural, se inauguró el nuevo hospital general integral de San

Luis, el nuevo hospital integral Mella de Santiago de Cuba, se inauguró Retomed, la fábrica para equipos y utensilios médicos, la fábrica de parenterales de Santiago de Cuba, donde se producían todas las soluciones parenterales del país. Ahí se inauguraron los consultorios médicos de familia de montaña, que era un impulso importante que se le daba a las construcciones, primero del consultorio médico y después la vivienda del médico y enfermera de la familia en el mismo inmueble del consultorio. Se inauguraron farmacias, obras de distintos tipos de la salud. 289 obras, momento cumbre, porque tuve que graduarme, leer, prepararme para semejante ejercicio de preguntas/ respuestas con el Comandante en Jefe, pues yo era el director provincial de salud pública y por lo tanto me correspondía ese honor, ese momento histórico de acompañar al Comandante y al Dr. Julio Teja en esa inauguración.

Hay un cuarto episodio de ese período que también es muy importante y es que ya estoy ocupando funciones de gobierno, primero como alcalde de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, todo el mundo sabe lo que es: el municipio más grande de Cuba, pero el lugar con más historia patriótica acumulada a lo largo de la historia y de las luchas revolucionarias. La casa donde estuvieron Fidel Castro, Raúl Castro, Ramón Castro en sus edades infantiles, su adolescencia, donde estudiaron, por lo tanto, muy amada por nuestros dirigentes. El lugar de Vilma Espín, el lugar de Frank País García y por lo tanto, era un lugar visitado asiduamente por los dirigentes principales de la Revolución cubana. En Santiago se celebraba la efeméride del 26 de julio,⁶ cada vez que se ganaba el mérito y cada cinco años por derecho propio, se hacía el acto en recordación del 1ro. de enero de 1959, triunfo de la Revolución, en el balcón del ayuntamiento. Allí acudía Fidel a hablar con el pueblo y con el mundo.

Estos dos hechos marcaban la historia de Cuba, porque se realizaban ahí en Santiago de Cuba. En el caso mío al ser, primero, alcalde del municipio, presidente de la Asamblea Municipal, me tocó en la historia estar al lado de Fidel Castro muchas veces. Cuando Fidel otorga el título de Héroe

⁶ Los asaltos a los cuarteles Moncada en Santiago de Cuba y Carlos Manuel de Céspedes en Bayamo, el 26 de julio de 1953, despertaron la conciencia popular e iniciaron la gestación del futuro Ejército Rebelde, que conseguiría la victoria definitiva el 1 de enero de 1959.

de la República de Cuba a Santiago de Cuba, la Orden Antonio Maceo Grajales a Santiago de Cuba, cuando le entregó la Réplica del Machete de Antonio Maceo Grajales, en el momento más duro del período especial y dijo: “esto es lo que me hacía falta para llamar al combate” y hace su discurso desde el balcón del ayuntamiento, estoy a su lado cuando le leo la Resolución y le entrego la réplica del machete y él llama al combate al pueblo de Cuba, porque estamos en el momento más difícil en el orden económico del período especial.

Entonces, me corresponde el honor de que se decide que, a partir de 1993, los cargos de diputados y del futuro Consejo de Estado, del futuro Presidente de la República van a ser por votación del pueblo. Elecciones directas y secretas por distrito electoral.

Fidel, Raúl, Almeida, Vilma, Furry, Balaguer, Lazo, Hart, eran diputados por Santiago de Cuba, había que elegirlos por el voto popular. Primera vez que ocurría eso en la historia de la Revolución cubana. Es por eso que yo aparezco como Presidente del municipio acompañando la candidatura. Bueno, imagínense Uds. haciendo los recorridos. Primero los recorridos preelectorales para presentar la candidatura, después, los recorridos al momento de las elecciones y los recorridos después de electos. Fui electo diputado a la Asamblea Nacional en 1993, estuve 10 años de diputado de la Asamblea Nacional. Esos 10 años, fueron 10 años de intenso bregar al lado de los principales dirigentes de la Revolución, que eran diputados por Santiago de Cuba y era donde salían electos el presidente, el vicepresidente de la República, etc. Esa etapa no la puedo olvidar, porque me toca la parte histórica de haber sido el presidente de la Asamblea Municipal, por donde son electos esos compañeros.

Eso marcó mi vida, porque me hizo compenetrarme con los dirigentes de la Revolución cubana. Todos se preocupaban por la salud pública cubana, todos visitaban las unidades principales de la salud de Santiago de Cuba y todos tuvieron que ver con las grandes decisiones que se tomaron para la salud pública de Santiago de Cuba y del país.

Otro momento histórico en esa etapa es cuando ocurre la inauguración de las 289 obras de la salud en 1988, en un lugar como el hospital de San Luis, Fidel se sienta, coge su libreta y me dice: “Estruch siéntate aquí y Julio Teja, siéntate aquí; vamos a decidir el futuro de los hospitales de Oriente”. Ahí, se conversa, hace preguntas al ministro Julio Teja, a mí

y ahí se decide hacer el Hospital General Juan Bruno Zayas. Era un hospital que iba a ser militar, pero un terremoto aflojó sus cimientos y casi se derrumbó; se retoma la idea de volver a reforzarlo, a hacerlo y que sea el hospital más grande del país, 1100 camas tenía y que fuera hospital ginecoobstétrico y clínicoquirúrgico, con todo lo moderno que existía en ese momento en Cuba. Me tocó la inauguración, ver la idea, concebir la idea, desarrollarla, inaugurarla y que el Comandante lo visitara seis veces.

Ese hospital se convirtió en el bastión principal para enfrentar las epidemias en el Oriente del país. Tenía que enfrentar las epidemias de dengue, para lo cual Santiago de Cuba era un puntal desagradable, pues por ahí surgían todas las epidemias de dengue que se produjeron después de 1981. Ese hospital enfrentó la epidemia de neuropatía epidémica, que hizo que Fidel Castro fuera tres veces allí y se reuniera con todos los médicos y cuadros de la provincia. Ese hospital se convirtió en un símbolo para las visitas de Fidel Castro a la provincia.

Neuropatía epidémica y periférica y óptica que dio 56 000 enfermos, pero que en Santiago de Cuba tuvo un epicentro, porque, aunque la epidemia surgió por Pinar del Río, en Santiago de Cuba los oftalmólogos y los epidemiólogos manejaron varios criterios e hipótesis, entre ellos el de la neuropatía oftálmica y varios compañeros neurólogos y oftalmólogos establecieron un tratamiento con base en altas concentraciones del complejo B, puesto en venoclisis que había dado muy buen resultado. De manera que se llenaron los hospitales de la provincia. Había cola para ingresar y se produjo una situación complicada.

El compañero Esteban Lazo Hernández, que era el primer secretario de la provincia, llama a Fidel le dice lo que está pasando y Fidel al otro día se traslada a Santiago de Cuba a tener una reunión, para que le explicaran por qué en Santiago se estaba dando lo que no ocurría en todo el país y quien había puesto ese tratamiento de venoclisis con altas dosis de complejo B y que le decían que mejoraba la enfermedad. Entonces, bueno, Fidel visitó el hospital Ambrosio Grillo, el hospital Saturnino Lora, el hospital general, una maternidad y habló con los enfermos porque, a decir verdad, se había creado un serio problema político. Las masas santiagueras y de oriente, acudían a los hospitales por su cuenta para que les pusieran la salvación mágica que había encontrado Santiago con ese tratamiento.

Eso obligó a que Fidel tuviera que tomar el mando de la situación, revertir aquello, hablarle al pueblo, explicarle. También sirvió para que las reuniones que se daban en La Habana de la neuropatía presidida por el Comandante en Jefe, por el general Guillermo Rodríguez del Pozo, que era jefe de la Defensa Civil Nacional y fue el jefe del grupo de análisis para llevar la epidemia, además era médico; un hombre de extraordinario alcance, visión y fidelidad. Entre él y el Dr. Julio Teja Pérez dominaban aquel grupo que recibió a los mejores científicos de América y del Mundo.

He trabajado, una vez saqué cuentas; en más de 25 epidemias en Cuba y algunas en el exterior. Las tengo resumidas, epidemias de origen biológico y epidemias de origen tóxico, en plantas, animales. Porque al ser presidente del Gobierno, era de la defensa Civil, primero del municipio y después de la Defensa Civil de la provincia. Esto me hizo entrelazar mucho los vínculos con el general Guillermo Rodríguez del Pozo, hicimos una amistad extraordinaria, pero también, porque por Santiago de Cuba, no solo pasó el dengue, no solo pasó la neuropatía epidémica, sino pasó también la conjuntivitis hemorrágica epidémica y pasaron los ataques a los animales.

Las epidemias de la peste porcina en animales, epidemias en conejos, epidemias en animales introducidas por la CIA, se desarrollaron por Santiago de Cuba y las epidemias en vegetales, en viandas, como fue el Trip Palma, el Foma de los cítricos y el virus que destruyó todos los cafetales del territorio. O sea, todas esas epidemias, epizotias, epifitias me tocó enfrentarlas como de la Defensa Civil en la provincia y adquirir experiencias, por supuesto se manejaba no solo con salud pública, sino que se manejaba con todos los organismos científicos que había en el país y en la provincia. Creo que esa fue una etapa muy rica, la que me permitió desde el gobierno, con mis conocimientos como salubrista, como higienista-epidemiólogo, enfrentar una visión totalmente distinta de la salud integral, que era la salud de hombres, de animales y de plantas en un territorio, bajo un solo mando interdisciplinario y organizado.

Lo otro significativo es que, al crearse el polo científico en la capital, surgió el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología en 1986, el Centro de Inmunoensayo y todos esos centros famosos, extraordinarios de la provincia y del país. Fidel Castro le da vía libre a los científicos para que los primeros ensayos clínicos se realicen en Santiago de Cuba. Muchas

de las cosas que Michel Valdés, Limonta, Fernández Yero lograron establecer en sus institutos del polo científico se probaron en Santiago de Cuba, con proyectos adecuados y eso hizo que se desarrollara la masa científica santiaguera, que se desarrollara la salud pública y que Fidel después en el año 1992, haciendo la clausura de la Asamblea Provincial del Partido en Santiago de Cuba dice que: “ha llegado el momento de crear el segundo Polo Científico de Cuba” y que “Santiago de Cuba tiene que constituirse en el segundo polo del país”.

Se empiezan a construir centros científicos de biotecnología, de distintas ciencias que hoy son una fortaleza que tiene la ciencia cubana, pues después del polo científico de la capital, no hay dudas que el polo científico de Santiago de Cuba marca pauta, en sentido integral.

Todo eso marcó mi vida, porque me hizo vincularme desde el gobierno con todas las esferas de trabajo, siempre bajo el principio de Fidel Castro Ruz y del acompañamiento del MINSAP. El hecho de que fuera médico y de que haya hecho mi doctorado en el período de Terry y de Teja. El hecho de que hubiera sido director provincial y del CPHE (Centro Provincial de Higiene y Epidemiología), casi 15 años, me daba la ascendencia de que casi todo lo podía hablar con Teja, con Terry y nos poníamos de acuerdo para hacer cosas en Santiago de Cuba y levantar la ciudad y la provincia en el orden científico y sanitario. Es por eso que las primeras salas de perinatología, las primeras salas de terapias intensivas pediátricas, un grupo de grandes inversiones se hicieron primero en Santiago de Cuba y el segundo polo científico, todas vinculadas a la salud pública cubana.

Por eso digo que fue una etapa muy pródiga, pues cuando terminé en el gobierno en 1989, que ya es la última etapa de 11 años de presidente del gobierno, el Comandante en me manda a buscar para trabajar con él, en Palacio, al lado de Chomi y estoy 9 años allí dirigiendo la biotecnología, la Escuela de Medicina Latinoamericana, la Escuela de Deportes, el sida y decenas de proyectos que el Comandante me encomendó y luego después me da la posibilidad de volver a mis orígenes que era la higiene y epidemiología, cuando en el 2007 Balaguer solicita al Comandante en que pase a viceministro de salud pública y puedo tener ese alto honor de acompañar a Balaguer, con quien llevaba 30 años juntos en uno u otra tarea y con mis compañeros de salud pública.

Creo que esa etapa de 1980 a 1995 es importante, porque no se puede olvidar algo, la década de los años 80, es la etapa de mayor desarrollo de Cuba, pero está la etapa 1989 a 1995, período especial, que todo el mundo lo menciona.

Yo estoy escribiendo ahora un libro de que es el período especial en el poder popular. Porque Ud. le pregunta a cualquiera: ¿Qué es el período especial? y le responde: "Oh, eso fue terrible". Bueno, terrible era ser el presidente del Gobierno en el período especial.

Por esos muchos compañeros me dicen el "Presidente del Período Especial", porque a mí lo único que me tocó fue enfrentar desgracias, necesidad de combustible, necesidad de recursos, no había divisa. Creo que fue la etapa más dura de mi vida: ser presidente.

Hay quien me ha dicho: "y de todo eso que Ud. ha hecho, cual es la etapa más difícil y les digo presidente de la Asamblea Municipal de Santiago de Cuba, ¡la ciudad de Fidel! Sin combustible, sin energía eléctrica, sin pan, sin harina, sin arroz y tener 500 000 habitantes en la ciudad y 1 200 000 en la provincia. Esa etapa fue muy difícil, pues al llegar al gobierno en 1989 se produjeron los primeros momentos crudos de la antigua URSS, la caída del muro de Berlín y llega la primera resolución de Fidel Castro Ruz, que reduce el 25 % del combustible a todas las provincias del país. Yo llegaba al gobierno en ese momento; el gobierno tenía miles de toneladas de combustible, miles de cosas para repartir. Por ejemplo, de director de salud pública, distribuí más de 3000 autos a internacionalistas cubanos. A todo el que regresaba de misión le entregaba un auto, que me lo entregaba al MINSAP y lo entregaba el Comandante en Jefe. Pero también repartí más de mil apartamentos y viviendas como director provincial de salud y después como presidente del Gobierno.

¡Había una prioridad total! Estaban las casas de víveres para médicos, centros de víveres, que eran solo para médicos; donde estaban todos los víveres que Ud. deseara comprar y comer. ¡Esa fue la etapa del 80! La etapa de mayor auge de la economía cubana, gracias a la URSS, antiguo CAME y países socialistas.

Pero cuando cae la URSS en los años 90, se acaba todo aquello y de momento no hay. De 13 millones de toneladas de petróleo que venían en barco, había una fila de barcos tanqueros de Rusia a Cuba, aquello

se paraliza. Ya no hay más petróleo para Cuba. Entonces, 90 % de todas las importaciones de Cuba estaban en el campo socialista. ¿Qué hacer? Cuando viene todo aquello, estoy de gobernador, primero de alcalde. Nosotros repartíamos el arroz –estoy hay que mencionarlo–, porque se dirá: ¿qué tiene que ver esto con la salud pública?... ¡todo! Porque el período que más pudo haber retrocedido la salud pública cubana, fue el período especial, que no ocurrió así. Pero sí retrocedió Cuba.

Digamos en la provincia, donde teníamos una textilera, la textilera Celia Sánchez Manduley, que tenía 8000 trabajadores y de momento se cerró completa. 8000 interruptos. Las fábricas, porque Santiago de Cuba se había industrializado y nos quedamos casi de momento con 15 000 obreros desempleados en la provincia. No había que hacer, porque no había materia prima. Todo lo que venía del campo socialista se quedó sin venir; o sea, estábamos llenos de hombres desempleados, no teníamos base agrícola. Santiago no había desarrollado base agrícola. Ahí tuvimos que coger miles de hombres y mandarlos a Ciego de Ávila a sembrar papas, eran santiagueros que sembraban papas en Ciego de Ávila y recogíamos las papas para llevarlas para Santiago de Cuba o para los platanales de Vilorio en Guantánamo.

Es decir, tuvimos que hacer la agricultura fuera de la provincia, para poder darle comida al pueblo de Santiago, porque no había comida en Cuba y recuerdo que Esteban Lazo Hernández, que era el primer secretario en la provincia y yo presidente del gobierno, se aparece en mi oficina y me dice: “Estruch, hay mucha información, el pueblo está muy enardecido, parece que se va a crear un problema. Vámonos para la calle, vamos a hablar con la población. Vamos en el jeep mío.”

Ustedes saben que el primer secretario y el presidente tenían una escolta personal. Yo tenía en mi carro de trabajo una AK recortada, tenía pistola, tenía gases, bastón, que era solo por si ocurría un problema que alguien agrediera al Presidente. Pero ahora Lazo me decía, vámonos en un jeep a caminar la ciudad, porque no había corriente, eran 16 horas de apagones eléctricos, eran 3 o 4 días sin funcionar las panaderías, porque no había energía eléctrica para mover las maquinarias de las panaderías.

Entonces Lazo me dice: “¿Qué reserva te queda? Le dije, “me quedan dos millones de cuerúas, –cuerúa es una galleta dulce que le dicen “prángana”, “galleta dulce”, cuerúa– Me quedaba eso en los almacenes y

tres millones de litros de cerveza, que todavía no había fermentado, es decir, que la levadura no había hecho su efecto. Era lo único que tenía. Lazo me dijo: “vamos a cerrar la Trocha, vamos a dar cuerúa y vamos a dar cerveza”. Pensé, se va a ir en diarrea todo el mundo. ¡Así de terrible!

Cuando salimos a caminar, es una anécdota que hago pues fue una experiencia increíble vinculada a la salud pública, vamos caminando para el parque Dolores, –este parque viene a ser centro de la Ciudad de Santiago de Cuba, al lado de la antigua iglesia de Nuestra Señora de los Dolores, donde estudió Fidel, en el colegio Dolores–, que lo estábamos convirtiendo en la Sala de Concierto Dolores de Santiago de Cuba. Nos vamos allí al parque y nos encaramamos en dos bancos del parque y empieza a llegar pueblo: 100, 200, 500 santiagueros, 1000, 5000 santiagueros, y aquello se nubla y le digo: “Lazo esto está feo, estamos rodeados”, me dice: “vamos a hablar, vamos a explicarle al pueblo la verdad” y empieza: “compañeros, el período especial, no hay energía eléctrica porque no hay combustible. Hay que resistir”.

Lazo era un maestro de pueblo, yo aprendí con Lazo a hablar con la población, a meterme dentro de la población. Es el hombre más preparado después de Fidel Castro, para enfrentar el debate público. Pues llegó el momento en que la gente gritó: “¡Eh! ¡fuera!, pan, agua”. Aquello era terrible, oír al pueblo reclamar pan, agua, un poquito de arroz, porque no había. Entonces Lazo me dice: “te tengo que tirar para la candela” y les dice: “miren compañeros, aquí está el gobernador, el presidente de la provincia, Estruch, que les va a hablar” y me suelta aquella antorcha de relevo.

Le dije: “Compañeros, compañeros, miren, les garantizo que va a llegar el pan mañana” y la gente: “¡fuera!, ¡fuera!”. No es fácil, que tu pueblo te esté juzgando. La gente no quería discurso, la gente lo que quería era pan, agua y electricidad. Entonces, en aquel debate difícil, hay una señora, morena, gorda que viene con su ropa un poco roída por las necesidades, casi con un pecho fuera y se para. –perdonen, tengo que decirlo, porque en realidad así fue– “¡oigan coj...! dejen a mi presidente tranquilo, que ese fue el que le hizo el parto a mi hija; ese hombre es bueno” y aquella negra enardecida, empieza a defenderme,

porque yo le había hecho el parto a su hija. Yo no recordaba quien era, ni de la hija, ni que parto. Pero aquello transforma la situación y la gente comienza a oírla más a ella que a Lazo o a mí. Decía: “ustedes verán que él va a traer galletas, va a traer agua...”. Ahí la gente empieza a bajar los ánimos. Le dije a Lazo: “este es el momento de irnos de aquí, ahora o nunca”. Miren que anécdota. ¡Qué cosa más terrible, porque ese es el período especial!

La otra anécdota que puedo contar; las lámparas de cuello tienen un bombillo para hacer el reconocimiento de la vía vaginal en la mujer, o ver oído, garganta. No había bombillo en Cuba. Estaban todas canceladas, no había lámparas de cuello profesional. Las lámparas, para sacar el pan de las panaderías, que eran piso de loza, no había horno rotatorio o eléctrico, eran con bombillo, se ponía el bombillo y con una pala se sacaba el pan, se sacaba a ciegas y por supuesto no había ningún bombillo encendido en la ciudad. Habíamos hecho un hermanamiento en el año 92 con Valencia en España y en la ciudad de Valencia habían quitado 5 millones de bombillos, para poner bombillos especiales. Le reparto a salud pública miles de bombillos para las lámparas de cuello, le reparto a las panaderías miles de bombillos para los hornos.

Llené todos los árboles del parque Céspedes de Santiago de Cuba de bombillitos. Los dos pinos que había en la entrada del Gobierno Provincial, dos pinos simbólicos que hay ahí desde hace más de 100 años, los alumbro completo. ¡En aquel momento de oscuridad económico y de oscuridad espiritual, empiezo a enardecer la ciudad con los bombillos! ¡Bueno! me busqué un problema, porque algunos dijeron que yo estaba estimulando los árboles de navidad como Presidente del Gobierno. Eso ocasionó una buena discusión, gracias a que la verdad siempre se impuso, ¡con los famosos bombillos!

Una última anécdota para terminar. La Ministra de Comercio Interior era la compañera Castillo –Barbarita, muy conocida, mujer de temple, de empuje– Barbarita me dice: “Estruch, se me ha ocurrido una idea, vamos a coger el parque Céspedes y vamos a hacer una demostración de alimentos hechos por la población; de cómo se puede vivir con alimentos hechos rústicamente”. Montamos el parque Céspedes de mesas, cocineros. Me lleva para que como presidente la acompañe

y recorramos los stands y allí está la televisión nacional (nunca se me olvida, pues todavía estoy buscando ese video para destruirlo, pero no lo he encontrado). En ese video Barbarita explica el bistec santiaguero, que era un hollejo de naranja, se cogía la greifruit (toronja), se cortaba la toronja en grandes lonjas; se le ponía aceite, ajo, cebolla y demás y eso era un bistec. El famoso picadillo santiaguero, que no era más que la cáscara del plátano burro, molida con alimentos para darle sabor y ese era el famoso picadillo. Yo en la televisión nacional diciendo: “Oye que bien, es verdad que esto sabe a bistec y esto es picadillo”.

Cuando eso se estaba haciendo, una de las hipótesis de la neuropatía epidémica era que se producía mucho vino casero en Cuba. Se habían cogido las pantallas de los televisores y ahí se hacía un filtrado para hacer los vinos. Solo en Santiago descubrimos que había 10 000 pantallas de televisores haciendo vino casero, que después se desmontó esa hipótesis, pero vea Ud. que etapa más terrible.

Pero siempre, la salud pública delante, porque las instrucciones que yo recibía, pero, además, mis sentimientos como presidente y como médico eran que lo que no podía faltar era la cama. Si entraba al gobierno una donación de sábanas, si entraban cuatro hongos (plátanos), ocho pollos o carne; eso iba para los hospitales. Eso era para la comida de los enfermos. Esa era la comida de la población, la comida de la embarazada. Al extremo que estudios posteriores que se han hecho demuestra que esa etapa del período especial sí hubo afectaciones, pero no se afectaron los indicadores de salud, como hubiera sido si no se hubiera dado la prioridad a la salud pública. Fue una etapa terrible, todo el mundo era en bicicleta, que tengo que vincularla a mi experiencia en la salud pública y en el gobierno, porque me tocó vivirla en todo ese período. El período más crudo de la Revolución como el período especial fue del año 90 al 95.

Yo he dicho que el ejemplo de período especial es cuando Ud. está conversando al lado de una piscina, con amigo y de momento viene alguien y lo empuja. Ud. se cae en la piscina y empieza a descender, a descender hacia el fondo; entonces, topa el fondo y empieza a ascender. Ese es el período especial, que todavía no se ha ido, pero así fue, nos tiraron para una piscina para el fondo, se acaba la URSS, se acaba

el CAME, surge un bloqueo más intenso con la ley Helms y Torricelli, la Comunidad Económica Europea nos niega toda ayuda y se produce un triple bloqueo a Cuba. Aparte de las inconsistencias, los errores, la falta de eficiencia de muchos cuadros y muchos compañeros, que no lo hicimos bien en su debido momento.

Esto es lo que puedo recordar de esta época, bonita e importante, que por lo menos en mi vida, marcó el resto de mi trayectoria.

30 de noviembre de 2018



Nicolás Eugenio Fernández Montoto

Departamento de Colaboración Bilateral
del Ministerio de Salud Pública

La primera Ley de la Salud Pública es la aprobada en la Asamblea Nacional del Poder Popular, el 13 de julio de 1983, no había ningún antecedente en nuestro país de esa norma jurídica, solamente algunos artículos en la Ley Orgánica del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, en la época prerrevolucionaria...La Ley de la Salud Pública fue rebasada por el proceso de desarrollo del propio sistema,...ha sido necesario hacer disposiciones jurídicas complementarias, que permitieron el avance sostenido del sistema de salud.

En el período de 1980 a 1995, estaba en el Departamento de Colaboración Bilateral del Ministerio de Salud Pública, con independencia de que atendía directamente algunas actividades jurídicas de interés de la dirección del MINSAP.

Creo que para hablar de este período hay que retrotraer la promulgación de la Ley de Salud Pública de agosto de 1983, era ministro de Salud Pública el general de división Sergio del Valle Jiménez, quien era médico de profesión y miembro del Comité Central del PCC. El borrador de esa ley se analizó en el Buró Político, donde el Comandante en Jefe hizo algunas correcciones y algunas propuestas a ese proyecto de ley que después se discutió en la Asamblea Nacional.

El Reglamento de la Ley de Salud Pública fue aprobado por el Decreto No. 139, de 4 de febrero de 1988, durante la etapa del Dr. Julio Teja Pérez como ministro de Salud Pública.

No se puede dejar de señalar que la voluntad política de transformación en el plano político, económico y social, y en particular del sistema de salud, se ha concretado en primer y fundamental lugar, en la persona del líder de la Revolución, Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, como principal estrategia que trazó cada uno de los procesos de las periódicas

transformaciones para la construcción del Sistema Nacional de Salud en sus distintos períodos, hasta llegar a su nivel de desarrollo actual.

A partir del momento de promulgación de la Ley de Salud, se desarrollaron varios eventos de carácter muy significativos para el Sistema Nacional de Salud, entre los que se destaca la creación del Programa del Médico y Enfermera de la Familia en el año 1984 y el plan de formación de 10 000 médicos, de los cuales 5000 estaban reservados para la colaboración internacional. Para este plan se estableció un grupo de requisitos adicionales para ingresar a las carreras de ciencias médicas, se crea el Destacamento de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay y el reglamento especial para la creación de este destacamento en 1982.

El Comandante discute con los compañeros que trabajarían en lo relacionado con el plan de formación, el proceso selectivo para el ingreso, todo el proceso formativo, los requisitos y la exigencia de su cumplimiento, a tal nivel de detalle, que en la parte final del proceso cuando se otorgaban las plazas por el MES, un funcionario o dos del ministerio que trabajaban en la Dirección de Docencia Médica Superior, estarían presente en el otorgamiento que se realizaba previo al de las demás plazas que se ofrecían para otras carreras de la educación superior, y así velar que se cumplieran estrictamente los requisitos de ingreso que estaban establecidos.

Otro logro fue el plan de especialidades, que también el Comandante en atendió personalmente, así como el desarrollo de las facultades de medicina en todo el país y la construcción de algunos hospitales provinciales, que junto con los politécnicos de la salud garantizarían las condiciones requeridas para la formación de estos recursos de la salud en esos escenarios docente y cumplir con el principio de la educación en el trabajo. Al mismo tiempo, a partir de la introducción del virus del dengue hemorrágico en nuestro país en 1981, se inicia lo que más tarde sería la creación y desarrollo del Polo Científico del Oeste de La Habana, para dar respuesta a problemas importantes de la salud de la población.

En cuanto a la colaboración, fue en este período, en el que más ministros de salud visitaron Cuba, sobre todo latinoamericanos, porque se abrieron las relaciones diplomáticas con América Latina, inclusive dos de esos ministros eran economistas; el ministro de Salud Pública de Uruguay y el ministro de Salud Pública de Colombia, ambos habían trabajado en el

Banco Mundial; y se interesaron por los logros alcanzados por la salud pública cubana aun en las difíciles condiciones provocadas por el bloqueo económico, comercial y financiero impuesto al país.

En este período las actividades de las relaciones internacionales fueron muy amplias, incluso cuando se inicia la década de 1990, la última década del siglo pasado, específicamente en 1998 el huracán Mich azotó a varios países de Centro América, produce un gran descalabro, caracterizado por pérdida de condiciones habitacionales y de infraestructuras, daños económicos y fundamentalmente pérdida de vidas. Ante esta situación el Comandante en decide ofrecerle ayuda médica a Guatemala y a Honduras, por ser los dos países más afectados, mediante el envío de sendos contingentes médicos a dichos países. Meses después, durante ese período, se produce una epidemia en Nicaragua, y los médicos de las brigadas de Guatemala pasan a atender el problema de esa epidemia en ese país.

Unos meses después de iniciada la colaboración médica en Honduras, el Colegio Médico de ese país empieza a poner obstáculos para la presencia de nuestros médicos con la finalidad de que abandonaran el territorio hondureño. Ante estas presiones y divergencias, inclusive con el uso de la prensa y el silencio del gobierno, el Comandante en toma la decisión de retirar la brigada médica de ese país. Inesperadamente las poblaciones de los municipios y las localidades donde estaban prestando servicios los médicos cubanos empiezan a protestar, incluido algunos alcaldes.

Para su regreso los médicos tenían que concentrarse en la ciudad de San Pedro Sula donde está ubicado el aeropuerto internacional elegido para la salida. El pueblo sale a la calle en manifestación, caminando por la Carretera Panamericana, si mal no me equivoco se llamaba así, hacia San Pedro Sula para que el avión nuestro no se posara sobre la losa de ese aeropuerto. Es entonces cuando el Presidente de Honduras se comunica con el Comandante y le solicita ante esta situación, que no retire a los médicos.

La decisión tomada fue de retirar la brigada médica ya movilizada para su regreso y en su lugar enviar otra brigada para atender las inundaciones que habían ocurrido en San Pedro Sula, bajo las condiciones de firmar un convenio que garantizara la presencia de los médicos

cubanos en Honduras, a esos efectos concurre el compañero embajador Jorge Bolaños, que era el viceministro primero del ministerio de Relaciones Exteriores.

En funciones de asesor jurídico del MINSAP, estaba en ese momento en Guatemala para discutir un convenio con el Instituto de la Seguridad Social y precisar la atención médica de guatemaltecos asegurados por la seguridad social, en Cuba. Posteriormente, me traslado a Honduras para la firma de otro convenio, que oficializaba la colaboración médica Cuba-Honduras.

Otro aspecto relevante de ese período fue la promoción de venta de medicinas a algunos países latinoamericanos. Como resultados de la visita del ministro de Salud Pública de Colombia, se negoció la venta de medicamentos a través del MINSAP, proceso especialmente atendido por el Comandante en Jefe, como tantas de las cosas que tuvieron su preocupación y atención en el desarrollo de la salud pública.

A la pregunta de ¿cuáles fueron los principales logros de ese período? Considero, primero el establecimiento de vínculos, fundamentalmente con los ministerios de salud de América Latina y con algunos países de Europa; es la época en que se inicia el período especial y muchas organizaciones no gubernamentales vienen a Cuba a brindar su apoyo, entre ellos la Iglesia Católica; en el ministerio se recibieron a cardenales de la Iglesia Católica que venían a brindar ayuda, entre ellos el Cardenal Angellini, que era en ese momento, el Presidente de la “Pontificia comisión para los Trabajadores Sanitarios”; vino el Cardenal Vasco-Español que dirigía OnCore, que es una organización no gubernamental de la iglesia católica. También, entre otros, participaron funcionarios del Comité Internacional de la Cruz Roja.

Fue el período de la polineuropatía epidémica, en la que vinieron entre otros, científicos norteamericanos. Se efectuaban reuniones científicas donde se debatían los criterios que aportaban estas delegaciones, en las cuales participaba el Comandante en Jefe.

Fue una etapa de mucho trabajo en el MINSAP, a pesar de la situación económica existente, hubo un número significativo de personalidades científicas y políticas que venían a Cuba en plan de ayuda y de colaboración. Creo que en ese período se recabó un trabajo intenso lo que potenció el desarrollo del MINSAP, que atendió a todas esas personas e

instituciones que pasaron por aquí y produjeron negociaciones y firmas de convenio de colaboración con algunos ministerios de salud pública y otras organizaciones o asociaciones no gubernamentales.

A todas esas delegaciones se les organizaba un programa para que conocieran el Sistema Nacional de Salud, entre otros, visitas a policlínicos donde se desarrollaba el Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Instituto Pedro Kourí (IPK), así como las instituciones del polo científico, Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CENIC), Centro de Inmunoensayo, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), Instituto Carlos J. Finlay para la producción de vacunas, Centro para la Producción de Animales de Laboratorio (CENPALAB), Centro para la producción de medicamentos del polo científico en Bejucal y el Centro de Inmunología Molecular (CIM).

Estos centros no están vinculados directamente al MINSAP, no obstante, su creación ha respondido a dos razones, la primera, la de contribuir fundamentalmente a resolver problemas de salud a Cuba, y la segunda, la exportación de productos obtenidos de sus investigaciones, de tal forma que contribuyeran económicamente al desarrollo de la salud pública y de otros sectores de la economía nacional.

Era la visión de apoyar a la ciencia y la técnica en función de la salud pública y el desarrollo científico-técnico del país, a través del impulso a los investigadores y aplicación de sus resultados en la práctica, incluso había un viceministro en el MINSAP que atendía todos los programas de investigación y la colaboración entre los distintos centros del polo, no obstante, la independencia que cada uno de los centros del polo científico tenían.

Entre otras anécdotas que me convidan a rememorar, está el lamentable accidente del avión de Cubana de Aviación que se precipitó a tierra el domingo 5 de septiembre, en horas de la tarde, con un número significativo de pasajeros ciudadanos italianos. Durante más de una semana el Instituto de Medicina Legal y el MINSAP, personalmente el ministro, estuvieron dedicados a la identificación de los cadáveres, con la participación de la embajada Italiana en la atención de los familiares que acudieron al país. En ese momento las condiciones del Instituto de Medicina Legal no eran suficientes para poder resolver de manera conveniente la situación creada, por el alto número de fallecidos en este

siniestro. Fue necesaria entonces la intervención de nuestro ministerio y de otros organismos de la Administración Central del Estado para dar respuesta al cumplimiento del protocolo establecido por la Organización Civil Internacional (OACI), en caso de desastres aéreos, que prevé la identificación, conservación y entrega de cadáveres.

La primera Ley de la Salud Pública es la aprobada en la Asamblea Nacional del Poder Popular el 13 de julio de 1983, no había ningún antecedente en nuestro país de esa norma jurídica, solamente había algunos artículos en la famosa Ley Orgánica del Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, pero eso correspondió a la época prerrevolucionaria.

El ministro Sergio del Valle, se preocupó porque existiera una Ley de Salud Pública que plasmará jurídicamente, entre otros aspectos fundamentales el derecho humano de todos los cubanos a la salud universal y gratuita, y así garantizar legalmente el cumplimiento de uno de los principios del Programa del Moncada.

Para la elaboración del Proyecto de la Ley de Salud Pública, cada área del MINSAP creó un grupo de trabajo para exponer que aspectos de su área de acción deberían estar incluidos en la ley. En aquella época no había computadora y cada vez que se circulaba una versión del anteproyecto, según criterios y correlación entre áreas, se realizaban las modificaciones y se circulaban nuevamente. Cada vez que había una ronda, había que volver a mecanografiar en máquina de IBM todo ese texto, lo que hacía la secretaria de la Dirección Jurídica del MINSAP.

En este proceso participaban los grupos de trabajo de cada área, para conciliar los contenidos de la propuesta se creó una comisión que elaboró el documento final. El ministro en su condición de miembro del Buró Político, presentó a esa instancia el Proyecto de Ley, que se discutió artículo por artículo, con la presencia del Comandante en Jefe; como dije al principio, algunos artículos de la Ley fueron rectificadas en su redacción o modificados, por el propio Comandante en Jefe, de su puño y letra.

El proyecto de Ley fue presentado y discutido en las diferentes comisiones de trabajo de la Asamblea Nacional del Poder Popular. Aprobada la Ley de Salud en su sesión ordinaria, celebrada el 13 de julio de 1983, correspondiente al Cuarto Período Ordinario de Sesiones de la Segunda Legislatura.

La Ley de la Salud Pública fue rebasada, casi de inmediato, por el proceso de desarrollo del propio sistema, entre otros elementos por la atención primaria de salud con el surgimiento del Programa del Médico y la Enfermera de Familia y el perfeccionamiento de la educación médica, por lo que ha sido necesario hacer disposiciones jurídicas complementarias, que permitieron el desarrollo sostenido del sistema de salud.

12 de febrero de 2019



Josefa Fernández Torres

Directora de Higiene y Epidemiología

La doctora explicó que era miembro del Consejo de Dirección de la fábrica, que el director la había apoyado mucho, que habían hecho investigaciones con los trabajadores para inventar los medios de protección porque no había, ni había dinero en el país, ni cómo resolver eso; se habían detectado personas con problemas respira-

torios,...y a partir de su trabajo en la fábrica, ningún otro caso se había diagnosticado..."me equivoque", dice Fidel, tenemos que ver cuáles son las fábricas de más riesgo en el país y en la próxima graduación ubicar médicos allí...

A mediados de la década de los años 80 se produjo en el MINSAP un cambio de estructura y se creó el Viceministerio de Higiene y Epidemiología. Al crearse este nuevo Viceministerio paso a ser su directora.

Allí estuve todo el período que el Dr. Teja fue ministro de Salud Pública. Tengo ese honor y ese placer.

Mi equipo de trabajo, contaba de 25 compañeros, los cuales fueron seleccionados de los Institutos de Higiene, Epidemiología y Microbiología, de Higiene de los Alimentos y Nutrición, y de Higiene del Trabajo, fundamentalmente. Tuve el orgullo y la satisfacción de que pasaron a trabajar allí compañeros de calidad científica y con un deseo de trabajar extraordinario. Entre ellos voy a citar a los ingenieros Carlos Martínez y Enrique Caparó y al Dr. Otto Machado, los cuales ya no están físicamente, pero sus enseñanzas van a quedar profundamente enraizadas en el Sistema Nacional de Salud y en el campo de la higiene y la epidemiología. y a quienes quiero agradecer extraordinariamente, ahora que ya no están con nosotros, como un sencillo pero merecido homenaje a su memoria.

En este nuevo cargo de directora de Higiene, estuve aproximadamente 17 años, todo el período en que el Dr. Héctor Terry fue viceministro de Salud Pública, período largo, por cierto.

- **El Dr. Más Bermejo le plantea que en la década de los años 90, hubo muchos conflictos higiénico-epidemiológicos, debido al período especial, y la insta a recordar las estrategias de trabajos de esa época.**

Voy a unir las estrategias de trabajo y los logros, porque de las estrategias que califico como de mayor envergadura, pienso que se obtuvieron los frutos para alcanzar los éxitos de este período.

No voy a referirme en un orden cronológico o lógico, pero voy a mencionar los que considero más trascendentes.

En primer lugar, considero la creación del nuevo modelo de atención primaria de salud. Eso fue una revolución en la salud pública, revolución que hasta los días de hoy, vemos, por ejemplo, como los médicos que están regresando en este momento de Brasil, a consecuencia de la mala actitud, las insidias y las mentiras del nuevo presidente de Brasil, han realizado una labor como médico de familia de excelencia. Eso se observa en todo el sistema de salud en Cuba y, en todos los países donde los médicos cubanos han realizado su actividad de solidaridad internacionalista.

El Programa del Médico y Enfermera de la Familia fue uno de los elementos que se introdujeron en el Ministerio y que tuvieron mayor impacto en el Sistema Nacional de Salud. Recuerdo el equipo de trabajo que se constituyó, y la profundidad con que en todos los consejos de dirección se evaluaba lo que se estaba haciendo y se profundizaba en otros elementos –por supuesto, todos sabemos que este Programa fue idea del Comandante en Jefe– pero se siguió punto a punto todo lo que se venía haciendo y finalmente obtuvimos todos los lineamientos, que está en este librito (muestra el Programa del Médico y Enfermera de la Familia).

La implementación de este programa fue una de las actividades más trascendentes que hubo en esos momentos e influyó en otros relevantes y trascendentales logros. Por ejemplo, la introducción del médico de familia en escuelas, en fábricas, en centros de trabajos, propició un acercamiento de los Organismos de la Administración Central del Estado y de las Organizaciones Políticas con el MINSAP, una vinculación importantísima.

El MINED en todos los consejos de dirección evaluaba como iba el programa del médico de familia siguiendo los lineamientos trazados por el MINSAP, personalmente el ministro Fernández, Asela de los Santos, la

viceministra Electra Fernández, la directora de Círculos Infantiles, sabían en qué instituciones estaban sus médicos de familia, los visitaban, los citaban a seminarios y encuentros. Todo esto coordinado con el MINSAP.

Los Comités de Defensa de la Revolución, comenzaron a desarrollar actividades en coordinación con los médicos en los barrios, por ejemplo, no solicitar a los pacientes la donación de sangre, sino hacer un trabajo mancomunado con los médicos de familia que estaban en la comunidad, para que se lograran las cifras de donaciones necesarias y cubrir las necesidades de la población. Hoy eso ya está cumplido, nadie que ingresa en un hospital y necesita una donación se le exige, porque se realiza con el trabajo de los Comités de Defensa de la Revolución, el resto de las organizaciones de masas y con el apoyo de las brigadistas sanitarias y los médicos de familia. Este es un logro muy importante también.

Otro ministerio, por poner algunos de los más relevantes ejemplos, porque en todos se hizo una labor importantísima en la prevención de la salud de los trabajadores en riesgo, fueron el Ministerio de la Básica, este ministerio teniendo en cuenta todo lo que planteaba salud pública, creó un Profilactorio Nacional Obrero y lleva allí a los trabajadores que tienen problemas de salud debido del riesgo laboral, los ingresa y se les trata. Este centro todavía existe, está en Guanabo, desde la fecha en que se inauguró hasta ahora, se han ingresado más de 170 000 trabajadores. Es apoyado y prácticamente funciona con los médicos especialistas de los hospitales aledaños, en coordinación con las organizaciones e instituciones de salud del territorio más cercano. Eso es un logro tremendo, tremendo. Creo que es digno de mencionarlo vinculado al Programa del Médico de la Familia, porque este programa fue el que propició eso.

Otro elemento que me parece que produjo un salto de calidad grande en la salud pública en ese período fue la vinculación con organismos internacionales, con la FAO, la UNICEF, y el PNUD, se comenzaron a realizar actividades muy bien coordinadas, muy hermanadas y muy apoyadas por estas instituciones y pienso que se pudo obtener este apoyo, por lo que estas instituciones veían el trabajo serio que estaba desarrollando salud pública, es mi criterio. También con la FAO en el campo de la higiene de los alimentos y la nutrición, comenzamos a desarrollar actividades importantísimas que hasta ese momento no se habían realizado y que aún hoy perduran. Hoy todavía se realizan muchas en el resto de los

territorios del país. Esta interrelación con los organismos y organizaciones internacionales, fue muy importante en ese período y considero que influyó en la actividad solidaria que estamos brindando en el mundo con la atención médica.

Algo que pienso fue muy impactante, a raíz de la introducción en el país de la epidemia de dengue, se creó una dinámica muy fuerte que no existía hasta ese momento en el control de vectores, sobre todo en el control del mosquito. No teníamos aparatos, no teníamos equipamiento para enfrentar eso. No teníamos estructura organizativa en ese momento; se creó una estructura, se hicieron seminarios en todas las provincias. Se propuso un programa de control donde los compañeros que realizaban la actividad, prácticamente no dormían, visitando, revisando viviendas, fumigando. Así se pudo en un período, que considero pequeño para la envergadura del problema, se pudo controlar la epidemia de dengue introducida en Cuba. Esta actividad, con sus altas y sus bajas se mantiene en la actualidad. Creo que eso es digno de mencionarse.

Seguramente todos recuerdan que en el año 1992 trabajamos fuertemente, a solicitud del ministro de Salud Pública en todas las áreas, en los objetivos, propósitos y directrices de la salud pública para el año 2000. Se trabajó con una coordinación fortísima, se realizaron múltiples grupos de trabajo, se discutieron sistemáticamente en los consejos de dirección y finalmente se obtuvo un documento impactante para la salud pública cubana. Fue un documento genial. No sé si se ha seguido evaluando, pero merecería la pena revisar y valorar que ha pasado con eso.

Considero que estos que he mencionado, son los elementos más importantes que se desarrollaron y que tuvieron efecto en el Sistema Nacional de Salud en ese período.

- **El Dr. Más Bermejo acota, le pide si recuerda alguna anécdota personal o alguna otra vivencia que quisiera compartir.**

Sí, a la mente me vienen muchas, voy a contar una. Cuando llevábamos más o menos dos años, tengo el libro resumen de esto, pero no lo revisé ahora. A los dos años de implantado el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, se convocó a una actividad nacional en el Palacio de las Convenciones para evaluar cómo iba el trabajo y se seleccionaron una serie de temas que se debían llevar a ese encuentro nacional.

El temario se discutió en varios consejos de dirección del ministro. donde entre otras actividades, había una mesa redonda, donde se preveía que se llevaran médicos de círculos, de escuelas, uno de la comunidad y uno de la montaña. Y, yo propuse que se llevara también uno de una fábrica.

El ministro no estuvo de acuerdo, porque dijo que todavía teníamos poco desarrollo de este Programa. El ministro influyó en Cosme (Ordóñez) que tampoco quería llevarlo. No querían llevar el médico de fábrica. Yo proponía a una compañera médico que estaba trabajando hacía 2 años en Pinar del Río en la Metalúrgica. Al final vencí al ministro, él no estaba convencido, yo lo vencí y fue la doctora a la mesa redonda.

Traje a la muchacha unos días antes y la alojé en mi casa, preparamos una presentación digital muy bonita, la revisamos, la ensayamos, varios compañeros –el ingeniero Martínez y varios compañeros– estuvieron conmigo ensayando con ella. Llega el día del evento y la presentación de la mesa redonda. El Comandante preside la mesa redonda, Teja también estaba allí al lado de él. A un lado Teja y al otro lado Abelardo (Ramírez).

Abelardo presenta a los panelistas y dice lo que cada uno va a exponer. Cuando Abelardo dice que la Dra. –no menciona su nombre–, que lleva dos años en la fábrica metalúrgica de San Luis en Pinar del Río, dice Fidel: “Pero nosotros no tenemos todavía mucha experiencia para eso, yo creo que el tema no debió haberse traído aquí”. Teja me miró y yo quería que la tierra se abriera y me tragara; como diciéndome: “te lo dije, te lo dije”. Se hizo un silencio total, no se oía nada, hasta que Fidel dice: “Bueno, ya que la invitaron, vamos a dejarla que hable”.

Empezó la joven doctora, hizo una presentación magistral, –están en las memorias del libro de ese evento–, una presentación increíble, cuando llevaba un rato hablando de lo que había hecho, de los pacientes que se había encontrado vinculados al riesgo en la fábrica; el Comandante le dijo: “Te voy a hacer una pregunta”.

El Comandante tenía la capacidad de meterse en el cerebro de la gente y preguntarle lo único que no sabía; eso era así, él te hacía una pregunta y por mucho que hubieras estudiado, esa, no sabías la respuesta. Le dijo: “¿Cómo tú has podido hacer todo este trabajo allí?”

Ella explicó que era miembro del Consejo de Dirección de la fábrica, que el director la había apoyado mucho, que habían hecho investigaciones con los trabajadores para inventar los medios de protección, porque no había, ni había dinero en el país, ni cómo resolver eso y que cuando ella llegó muchas personas tenían problemas respiratorios, confirmado con placas y todos los exámenes y a partir de ese momento, es decir, la protección de los trabajadores, ningún otro caso se había diagnosticado. Fidel le hizo un grupo de preguntas y ella todas se las contestó.

Entonces dijo: “tengo que confesar que me equivoqué” –como era él de autocrítico, de sencillo y de sincero– “me equivoqué, tenemos que ver cuáles son las fábricas de más riesgo en el país y en la próxima graduación ubicar médicos allí”. Teja me miró, como diciendo: “menos mal”. Pasé un susto, tremendo, ¡tremendo! Quiero decirles, que antes de transcurrido el mes, Fidel estaba en la fábrica con la doctora. Fue a Pinar del Río a la fábrica, y allí visitó, habló con el director, lo felicitó. Aquello fue una experiencia inolvidable. muy bonita, la verdad, ¡muy bonita!

30 de noviembre de 2019



Joaquín García Salabarría †

Viceministro a cargo de las Inversiones
1985-1995

Cuando uno recuerda estos años, recuerda el trabajo que pasamos, a veces la inquietud de un médico de estar en un cuerpo de guardia, un pediatra, con solo un ampolla de duralgina en el bolsillo,...la caída tan grande que hubo del poder adquisitivo en el Ministerio de Salud Pública, que además tenía en aquellos momentos también que financiar la industria farmacéutica. Pero al final vencimos, el sistema logró sobrevivir, de la misma manera que sobrevivió la Revolución bajo el liderazgo de Fidel.

En este proceso del 80 al 95 estuve en varios lugares. La primera etapa hasta el año 1993 estuve fungiendo como Director del Hospital Lenin de Holguín. Ahí estaba desde el año 1986 y tuve que asumir toda la preparación del hospital para el período especial y lo que se avecinaba. Cuando llego al MINSAP, estamos tal vez, en uno de los momentos más álgido de este proceso. Siempre que hablo de esto me gusta recordar en que momento llega el período especial, en que momento estaba la salud pública. Hay que decir que la salud pública estaba, en aquel momento, cosechando los resultados de muchos años de trabajo.

Se habían resuelto un número importante de problemas de salud de la población cubana. Ya se había proclamado por el Comandante la idea de convertir a Cuba en una potencia médica. Eso había generado un grupo de acciones entre las cuales estaba el desarrollo del médico de familia, la expansión de las universidades, el desarrollo de las especialidades médicas con la introducción de mucha tecnología. En medio de toda aquella etapa, en 1983 se había fundado el Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras. Un hecho muy importante, se había celebrado el III Congreso del Partido, donde se había aprobado el Programa del Partido y este programa ratificaba la idea del Comandante en Jefe, de continuar desarrollando la salud pública cubana, hacía mucho énfasis en el médico de familia como el centro principal, tal vez la locomotora que moviera el sistema de salud.

Se habían resuelto un número importante de problemas de salud de la población cubana. Ya se había proclamado por el Comandante la idea de convertir a Cuba en una potencia médica. Eso había generado un grupo de acciones entre las cuales estaba el desarrollo del médico de familia, la expansión de las universidades, el desarrollo de las especialidades médicas con la introducción de mucha tecnología. En medio de toda aquella etapa, en 1983 se había fundado el Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras. Un hecho muy importante, se había celebrado el III Congreso del Partido, donde se había aprobado el Programa del Partido y este programa ratificaba la idea del Comandante en Jefe, de continuar desarrollando la salud pública cubana, hacía mucho énfasis en el médico de familia como el centro principal, tal vez la locomotora que moviera el sistema de salud.

En fin, que estábamos en un momento de un auge tremendo y habíamos alcanzado un importante desarrollo. Eso se vio truncado bruscamente, tal vez en la magnitud en que ninguno pensamos que pudiera ocurrir. Todos pensamos que venía una situación de crisis, pero nunca imaginé la magnitud real del problema. Pero hay que decir que, entre otras cosas, el cómo se había llegado a ese momento desempeñó un papel muy importante en la capacidad de resistencia que tuvo el sistema de salud y en la capacidad de enfrentarlo con una población culta y saludable, con un número importante de carencias y afectaciones en los servicios.

Empecé a trabajar en el MINSAP en el año 93, allí asumí la Dirección Nacional de Hospitales, pero la diversidad de tareas y acciones hacían que un poco se rebasara los límites. Recuerdo que el ministro Teja me dio la tarea de coordinar el trabajo de la Empresa de Suministros Médicos (EMSUME), precisamente porque había tenido como todos, una sensible reducción de su capacidad importadora, había que tener la habilidad, si se quiere decir así, de tratar de poner el poco dinero que había en aquellos programas que decidían la vida y la salud de las personas. Realmente fueron años muy dramáticos.

De las estrategias creo que la más importante de esta etapa fue la que definió el Comandante en la directiva para el período especial, que a "...la Salud Pública le encomendaba mantener y preservar los resultados alcanzados hasta ese momento". Toda la estrategia estaba resumida en esa frase y hay que decir que, en medio de todas esas dificultades, al final de ese período, podemos decir que sí, se logró.

Hay quien dice que los indicadores de salud de la población cubana no se deterioraron. Yo creo que para ser absolutamente justos y desde una postura científica hay que decir que sí se modificaron, sí se afectaron. Lo que pasa es que los indicadores de mortalidad no se afectaron, que es importante. Hay que recordar que atravesamos la epidemia de neuropatía epidémica, con una gran morbilidad para la población cubana. Tuvimos grandes epidemias de histoplasmosis y de parasitosis. Aumentó la morbilidad por tuberculosis. Aumentó el bajo peso al nacer en un momento determinado y se elaboró una estrategia muy importante con los hogares maternos que logró proteger a las gestantes y ese asunto se resolvió en muy breve tiempo. Pero sí hubo afectaciones en las personas, porque realmente el embate era tan tremendo que no podía ser de otra manera.

Poco se ha hablado del sistema de trabajo del MINSAP como organismo central. Es correcto que siempre se hable del heroísmo de nuestros trabajadores, del aporte de nuestros científicos, del trabajo de las instituciones, pero de ese pequeño grupo de compañeros que estaban en ese edificio que estaba sin luz, sin aire acondicionado, sin ascensores, sin a veces muchos materiales para escribir, fue determinante. Fue determinante porque, a veces hubo momentos de tener la incertidumbre de no saber qué hacer, lo que sí sabía todo el mundo, era que había que hacer algo y se hizo.

Se hicieron cosas tan simples como ir a limpiar los hospitales, encabezados por el ministro, la gente dirá: "¿Quién ha visto un ministro limpiando los hospitales?", bueno, pues nuestro ministro en aquella época hizo eso. Porque ese era un problema, un ejemplo que había que dar, un problema que había que resolver.

Se creó un sistema de trabajo mediante el que los cuadros del MINSAP se repartieron como padrinos de un grupo de hospitales y se atendían semanalmente en la solución de sus problemas principales. Problemas que se concentraban en el déficit de recursos humanos, en productos materiales que no tenían, en situación constructivas que a veces se violaban, en parálisis del servicio. Eso semanalmente tenía una mirada por parte de esos compañeros y eso se resolvía el sábado en un control que hacía el ministro Teja personalmente, donde cada uno de nosotros tenía la obligación de decir que habíamos hecho y que habíamos resuelto, porque hay que decir que no había mucho que pedir, había que resolver más que pedir, aunque siempre se pedía algo y siempre se resolvían las cosas.

Fueron momentos para el equipo de dirección muy complejos. Recuerdo que salimos a un recorrido por las provincias y llevar el maletero de un carro lleno de tanques de combustible, so pena de tener un accidente e incendiarse en la carretera y de regresar pidiendo poquito a poquito combustible a las provincias.

Pero las tareas se cumplían.

Fue una prueba muy importante para el sistema de salud, como dije al principio, quedó demostrado en primer lugar, que la Revolución había creado un sistema robusto y se fundamentaba en principios organizativos que le permitía sobrevivir a un embate como ese.

Se hicieron muchas cosas. Siempre digo que algunas de las cosas que se hicieron, se hicieron tan bien, que quedaron para la vida y hoy forman parte de la dinámica del trabajo del sistema de salud. Voy a poner un ejemplo: el Programa Nacional de Medicamentos. Eso surgió por la situación creada por el desabastecimiento de medicamentos y demostró que era un programa necesario, un programa que inclusive, a mi manera de ver, lo mejor que dejó es que fundó una manera nueva de relacionarse los médicos con la industria farmacéutica. A diferencia del mundo, donde la industria farmacéutica promueve que los médicos prescriban medicamentos para tener más ganancias; nosotros logramos generar una relación única, inédita en el mundo, entre el prescriptor y la industria, que se mantiene hoy, bajo el concepto de Fidel de que la industria farmacéutica existe no para hacer dinero, sino para resolver los problemas de salud de la población cubana.

En aquella época se introdujo la cirugía mayor ambulatoria, eso no existía. Recuerdo en los años 80, cuando estaba en el hospital Lenin, no me alcanzaban las camas, sin embargo, hoy por ejemplo casi 100 % de la cirugía oftalmológica es ambulatoria. Hoy en el sistema de salud más de 60 % de la cirugía mayor se realiza de manera ambulatoria, lo que ha contribuido a disminuir la cantidad de camas que tiene que sostener el sistema de salud.

Otro elemento muy importante que se instauró en aquella época y se desarrolló por indicación del entonces ministro de las FAR, fue la medicina natural y tradicional, que llegó para quedarse y hoy forma parte del arsenal terapéutico del Sistema Nacional de Salud.

Cuando uno recuerda estos años, recuerda el trabajo que pasamos, a veces la inquietud de un médico de estar en un cuerpo de guardia, un pediatra, con solo un ampulita de duralgina (dipirona o metamizol) en el bolsillo, esperando a ver a que niño le ponía la duralgina aquella, porque eso fue así. Imagino que otros compañeros hayan explicado la caída tan grande que hubo del poder adquisitivo en el MINSAP que además tenía en aquellos momentos también que financiar la industria farmacéutica. Pero al final vencimos, el sistema logró sobrevivir, de la misma manera que sobrevivió la Revolución bajo el liderazgo de Fidel. Dejamos cosas positivas, cosas buenas, que nos han servido para continuar fortaleciendo el sistema de salud.

- **El Dr. Pedro Más le pide recordar su participación en el trabajo acerca de los “Objetivos, propósitos y directrices para mejorar la salud de la población cubana” que quedó como un documento programático.**

Ese es un documento que, creo que más que un documento es un pronunciamiento, que hace el MINSAP a partir de reconocer que ya en lo fundamental, el problema de las enfermedades infecto-contagiosas en Cuba han sido controladas y que aquellas enfermedades crónicas no trasmisibles, eran realmente el enemigo del momento. De manera muy exhaustiva, se elaboró aquel documento que era muy integrador, pues en definitiva era una estrategia del MINSAP, donde se totalizaban todas las áreas del ministerio. Donde tenían responsabilidades importantes, no solo la asistencia médica, sino también la higiene y la epidemiología, la economía, el aseguramiento. Donde jugaba un papel muy importante el médico de familia que, en aquel momento, aun cuando no estaba cubierto todo el país, ya empezaba a tener una presencia importante dentro del sistema de salud.

Ese programa tuvo un proceso muy importante de implantación. Recuerdo que se recorrieron las provincias con un equipo del ministerio que encabezó el viceministro Abelardo Ramírez. Se fue discutiendo. Eso generó un movimiento, pero lo más importante es que logró que todo el mundo tuviera una percepción de que realmente el problema principal estaba ahí.

Ese programa se organizó en el 1992, en pleno período especial, también tenía a mi manera de ver una motivación detrás de él, que era enfrentar el problema, reorganizar las fuerzas, reorganizar los recursos y tratar de combatir en una dirección y no dispersar los esfuerzos. Repito, el 92 no era el reflejo de la magnitud de los problemas que venían después. Como programa llegó un momento en que fue desapareciendo, digamos que por lisis. Pero dejó claro, para mí su valor como documento en la historia de la salud pública, está ahí; es que dejó claro por primera vez en el sistema de salud nuestro que ese problema, era un problema principal que había que atender.

Fue de la misma manera que, en el año 1970, el Programa Materno Infantil constituyó un elemento de guía y ordenamiento del MINSAP en torno a una meta, a un objetivo, los OPD lograron eso.

Alrededor del año 2005, estando yo en funciones de viceministro, logramos hacer un documento similar, que eran un grupo de objetivos, propósitos y directrices, hasta el año 2010, que se remontaba a este documento. Partía de él y de un análisis que se había hecho de estudiar las principales causas de mortalidad. Estaba asociado con la petición del Comandante en de elevar la expectativa de vida hasta los 80 años en aquel momento.

Creo que sí, que ese documento marcó un hito importante en esa etapa en la historia de la salud pública.

– **El Dr. Pedro Más pregunta si tiene alguna anécdota relevante de la participación del Comandante para dejarlo como referencia en el trabajo que estamos haciendo.**

Recuerdo con mucha nitidez la participación del Comandante en las reuniones diarias que se hacían cuando la neuropatía epidémica en el Palacio de las Convenciones. Recuerdo, aunque no participé en su primera visita a Santiago de Cuba, recuerdo que semanas o meses después, volvió a crecer la morbilidad, –entre comillas– de Santiago de Cuba. El ministro Teja y el general Rodríguez del Pozo me encomendaron que junto con los profesores Pérez Lache y Santiago Luis, fuera a ver qué estaba pasando allí. Cuando llegamos, nos percatamos que se trataba de un sobrediagnóstico por mala calidad en la aplicación de la definición de caso.

Pero la parte simpática es que, al segundo día de estar allí, llegaron el ministro y el General a ver las conclusiones de aquello. El General decía que se iba a llevar preso al médico aquel, decía: “lo voy a llevar preso, al Comandante no se le puede decir mentiras”. Felizmente se resolvió el problema. Pero hay que decir que ese sobrediagnóstico santiaguero dejó un subproducto importante que después contribuyó a acelerar la puesta en marcha del hospital Juan Bruno Zayas.

19 de noviembre de 2018



Raúl Gómez Cabrera

Director del Hospital Clínicoquirúrgico
Hermanos Ameijeiras

A inicios del año 1990, comienza a sentirse ya los primeros efectos del período especial en el hospital...el coeficiente técnico en la tecnología casi siempre estaba por encima o entre 85 y 90 %... dificultades con las piezas de repuesto, dificultades con el aire acondicionado, estuvimos varias semanas sin aire acondicionado, el hospital estaba climatizado... La situación económica del país era gravísima... se le hizo al Comandante una proposición de 150 000 dólares, para comprar equipamientos remanufacturados. Logramos elevar el coeficiente técnico de 45 hasta 65 %. Realmente, el hospital disminuyó algo su vitalidad, pero no la perdió...a pesar del período especial.

Estaba dirigiendo el hospital Luis Díaz Soto y se me dio la tarea de participar en la inauguración y hacerme cargo de la dirección del hospital Hermanos Ameijeiras.

Este hospital se crea por el desarrollo ya de la medicina de nuestro país, que siente la necesidad de crear un hospital de alto nivel con todas las especialidades. Es el primer hospital en Cuba, que se crea con las distintas especialidades, con el criterio de hacer el desarrollo científico y como dijo Fidel en su inauguración: "hacer una Universidad Médica de Ciudad de La Habana". El hospital se crea en una edificación que estaba prevista para hacer el Banco Nacional de Cuba y se culmina ya con el criterio de hacer el hospital Hermanos Ameijeiras.

Se llama así en honor a tres hermanos combatientes del Ejército Rebelde.

El hospital se inaugura el 3 de diciembre de 1982, en un área de la Ciudad de La Habana, donde están posiblemente las poblaciones más humildes de nuestra ciudad, que son el municipio de Centro Habana y el municipio de Habana Vieja. Cuenta desde su inauguración con 950 camas, 75 500 m² y con una edificación de 25 plantas. Se crea una ruta crítica de aproximadamente un año para comenzar su funcionamiento.

Desde su inauguración en 1982, durante todo un año se fueron instalando progresivamente todos los servicios hospitalarios y se culmina con el Servicio de Cirugía Cardiovascular que fue el último que se inauguró.

Creo que el hecho de que se decidiera que ese hospital de primer nivel, la atención que brindara fuera fundamentalmente a los municipios de más bajo nivel, dio una muestra de la preocupación de nuestro Comandante en los estratos sociales más humildes del país. Claro, esta no era su única función, pues tenía la función de atender en la Ciudad de La Habana, a aquellos casos con alta complejidad que se pudieran presentar en nuestras instituciones y que se necesitara del hospital Hermanos Ameijeiras. También en alguna medida aceptábamos casos del interior del país.

El hospital se creó, fundamentalmente con un personal muy seleccionado del resto de los hospitales de la Ciudad de La Habana. Creo que los hospitales de Ciudad de La Habana hicieron un gran sacrificio ofertando al hospital en personal médico y personal de enfermería, los mejores profesionales, lo cual permitió crear un grupo de trabajadores de la institución, que no solo tenían un alto conocimiento científico entre sus distintas especialidades, inclusive técnicas; sino también un grupo de compañeros, con una alta cuota de sentimientos políticos y revolucionarios.

Desde la inauguración, el primer hecho importante de desarrollo en el hospital Hermanos Ameijeiras fue el primer trasplante de corazón de Cuba y el segundo trasplante de corazón de América Latina. Esto fue un punto de inflexión en el avance de la tecnología de nuestro hospital, que ya había sido inaugurado con un equipamiento altamente desarrollado tecnológicamente para esa época. En ese momento el hospital contaba con personal en resonancia magnética nuclear, contaba con microscopía electrónica, acelerador lineal; es decir, tenía equipamiento de muy alta tecnología, no solo para nuestro país, sino inclusive, para América Latina y para el resto del mundo.

Una de las tareas que tuvo el hospital desde su inicio, fue tener una gran relación internacional para poder montar nuevas técnicas y poder desarrollar nuestras especialidades. En los primeros diez años, salieron al extranjero, entre médicos y técnicos, a montar nuevas técnicas, a participar en eventos internacionales o tomar experiencias en hospitales,

más de 2000 médicos y técnicos y todos los médicos y técnicos que regresaron al país que desarrollaron las actividades para lo cual se habían preparado en el exterior.

Creo que es importante expresar, que no solo tuvimos mucho que ver con el desarrollo de las distintas especialidades, sino también en una medida importante se establecieron relaciones con otras instituciones del país y participaron especialistas del hospital en el progreso científico y tecnológico de esas instituciones. Algunas que podemos señalar, que fueron importantes, por ejemplo, en el hospital se hicieron las primeras intervenciones de neurotrasplante y todo el personal que trabajaba en trasplante se trasladó para el hospital y se le dio una sala y fue ese el embrión de lo que sería posteriormente el CIREN, un centro de alta tecnología neurológica, que posteriormente se trasladó para el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ), pero el primer avance que tuvo después de haberse hecho en el instituto de neurología, que fue donde se comenzaron esas intervenciones, fue en el hospital Hermanos Ameijeiras.

También tuvimos muchas relaciones con el CENIC; recuerdo por ejemplo, que el CENIC estaba desarrollando el corazón artificial, el paciente a quien se le hizo el primer trasplante de corazón, al año empezó a tener un rechazo y hubo que volverlo a trasplantar, en ese momento, no había donante y mediante un trabajo conjunto con el CIMEQ, trajimos el corazón artificial y se lo pusimos, esperando la oportunidad de que se pudiera encontrar de nuevo un donante; fatalmente eso se pudo mantener durante 4 o 6 días, pero en ese tiempo él se fue deteriorando y falleció. Pero, la prueba del corazón artificial que se había desarrollado fue realmente exitosa.

Como parte del plan de desarrollo de la institución y para realizar experiencias superiores, se decidió hacer un quinto viaje a distintos países, para tomar las experiencias de hospitales más importantes de los países desarrollados. Así comenzamos en el mismo diciembre del 82 y comienzos del 83, el primer viaje, que lo hicimos en conjunto con otro grupo de especialistas universitarios que, estaban analizando los planes de estudio de instituciones de Estados Unidos, para hacer alguna adecuación en los programas de medicina de Cuba. En ese primer viaje fuimos un grupo importante de compañeros: el Dr. Vela, el

Dr. Rodríguez Rivera, el Dr. Rodríguez Silva, la Dra. Galego Pimentel y otros compañeros y recorrimos un grupo de hospitales inicialmente en Canadá, Estados Unidos y México.

En Canadá se fue a ver el Mark Master, fuimos a ver otro hospital en Toronto, en los Estados Unidos vimos hospitales en Washington, en Filadelfia y en Nueva York. Después nos trasladamos a México, donde vimos algunas instituciones del Seguro Social. Esto sirvió, no solo para este grupo, para dos propósitos: acceder a programas de estudio muy interesantes, sobre todo el de Mark Master, que era una universidad que aceptada solo 100 alumnos de medicina anuales a pesar de que la concurrencia era muy alta. Fue donde vimos por primera vez utilizar videos como forma de preparación de los alumnos fuera de clase; videos de profesores especializados, por los cuales los alumnos podían estudiar diferentes enfermedades, aspecto que creo, también sirvió de experiencia.

Al año siguiente se visitó España, Francia, Inglaterra y Suecia y por último, se visitaron hospitales de Japón. Creo que esto nos dio suficiente bagaje para algunas experiencias; desde el punto de vista, sobre todo, administrativo, independiente de las que realizaron los compañeros que atendieron los planes de estudios, que tenían otro objetivo.

Se ganó experiencia y se avanzó; por ejemplo, la primera historia clínica ambulatoria que se hizo en el país, se hizo en el hospital Hermanos Ameijeiras, los servicios de psicología que estaban siempre adscriptos a los servicios de psiquiatría, se les dio independencia y los psicólogos empezaron a trabajar no solo en psiquiatría, sino en trasplante y en otra serie de actividades. Debo aclarar aquí que cuando se inició el trasplante de corazón, posteriormente se incorporaron casi todos los trasplantes que se desarrollaban en los Institutos de este país, que ya tenían algún nivel de desarrollo. Esa experiencia de los viajes fue de gran utilidad en la organización de nuestro hospital y en alguna medida, de ayudar en el desarrollo en algunos aspectos.

Es interesante las posibilidades que tenía el Comandante de ver a largo plazo, cuando la inauguración del hospital, él enfatizó mucho en algo que quizás, no tuviera en ese momento esa vigencia, que fue en el mantenimiento del hospital. Expresó que ese hospital tenía que “funcionar como un reloj”; por supuesto, “funcionar como un reloj”, no

solo dependía del personal médico y técnico, sino del mantenimiento del hospital. Eso obligó a crear un servicio mantenimiento muy, pero muy fuerte. Por ejemplo, nosotros teníamos desde su inauguración más de 20 ingenieros y más de 200 trabajadores de mantenimiento del hospital, lo cual aseguraba que una institución de esa envergadura, con la tecnología tan avanzada y además totalmente climatizado, no usual dentro de las instituciones hospitalarias, se pudiera mantener en condiciones óptimas y en el momento en que esto, un poco, decreció, fue en el momento del período especial, donde hubo muchas dificultades, que después hablaremos de eso; pero el hospital, su mantenimiento fue espectacular en los primeros años de la inauguración.

Debo decir que el hospital tenía mucha carga de trabajo. Atendía dos importantes municipios de Ciudad de La Habana, tenía responsabilidades con el resto del país y con el resto de la Ciudad de La Habana; por lo tanto, tenía que tener una explotación muy alta, muy efectiva para poder dar cumplimiento. Esto hizo que, el índice ocupacional del hospital nunca bajó de 95 %, cuando realmente se sabe que el indicador correcto de utilización de la cama, no pasa de 80-85 %, sino que lo teníamos que tener muy alto para poder dar cobertura, con un período de sustitución de la cama de menos de un día; por lo tanto, la cama cuando se vaciaba, se volvía a reponer prácticamente el mismo día. Teníamos prácticamente, un promedio de 1500 pacientes diarios en consulta.

Nunca, nunca, nunca, aunque parezca extraño, se suspendió una consulta, porque toda consulta tenía siempre un médico de reserva; o sea, si el médico tenía algún problema y faltaba, siempre había quien lo pudiera sustituir. Las intervenciones quirúrgicas estaban, alrededor de más o menos, por 100 intervenciones quirúrgicas diarias. Tampoco se podía suspender una operación quirúrgica, se podía suspender con la autorización del director, por una causa extraordinaria, pero no había suspensiones quirúrgicas. Eso daba la posibilidad, de poder tener estos índices de ocupación, estos índices quirúrgicos, esa atención que tenía la responsabilidad del hospital con el resto del país. Creo que eso es un hecho basado fundamental e indudablemente, en la calidad del personal que ese hospital tenía desde su inauguración, que fue no solo una obra del hospital, sino del resto de las instituciones de la Ciudad de La Habana.

Además de referirse el Comandante a lo que estábamos presentando sobre el mantenimiento y el hospital como quedó, debo expresar que también el hospital comenzó con una plantilla que se fue adecuando progresivamente hasta lograr un total de 2661 trabajadores, a esto había que agregarle después los 300 o 350 residentes médicos que no forman parte de la plantilla y que se incorporaron, por supuesto, a estudiar como parte del sistema docente, que era una de las características que él había planteado como que el hospital sería en algún momento una universidad médica.

Es interesante y creo que debemos destacar, que debido a las complejidades quirúrgicas que el hospital fue asimilando, fue necesario ir incorporando nuevas posibilidades aledañas a la intervención quirúrgica, que propiciara que no hubiera un índice de infecciones muy altas. Por tanto, se comenzaron a comprar flujos laminares para los hospitales y flujos laminares para algunas camas del hospital, para algunos pacientes que tenían grandes complejidades y que las posibilidades de infección fueran muy altas. Esta fue una inversión muy alta, pues había camas como las antiescaras por ejemplo, que se crearon en quemados, que era una de las áreas donde existían muchas posibilidades que hubiera pacientes con estas características. Estas camas, valían 42 000 dólares, no hubo ninguna dificultad en aquellos años de hacer las inversiones, con el objetivo de disminuir la posibilidad de infecciones intrahospitalarias.

Recuerdo también que la construcción del bunker necesario para el equipo de acelerador lineal, tenía que tener un bloque de un espesor determinado, con una magnetita de cerca de 70 % de hierro necesario. Este bunker, por problemas con el suministro de la magnetita se demoró más de lo que tenía establecido y hubo que enviar y se autorizó un avión de transporte de La Paz, para poder traer el equipo antes de tiempo, para poder terminar y culminar la atención de pacientes. Este tratamiento, que era único en este país, hubo que extenderlo desde por la mañana hasta altas horas de la noche para poder dar cobertura al hospital. Esto mismo sucedió con el equipo de litotricia, que también fue el primer equipo que se instaló en el país, donde para atender las necesidades de hacer litotricia en Ciudad de La Habana fue necesario extender los horarios de actividad hasta las 11 de la noche para poder dar cobertura, no solo al hospital, sino al resto de Ciudad de La Habana.

Hablamos del inicio del trasplante de corazón en el hospital y quiero agregar algo que pienso es interesante, porque esto precisamente dio lugar a una nueva actividad muy importante. Con motivo del primer trasplante, se empezó a convocar reuniones varias veces al día, para darle seguimiento a este paciente tan importante para nosotros y para el desarrollo del país. En estas reuniones intervenían casi todas las especialidades que en alguna medida tenían que ver con el trasplante de corazón: terapia, nefrología, anatomía patológica, un grupo importante de especialidades. Eso nos dio la idea de la importancia de los grupos multidisciplinarios para atender a los pacientes y a partir, de estas reuniones, se crearon grupos multidisciplinarios por especialidades y se agregaban otras especialidades si era necesario. Todo lo anterior propició un salto de calidad muy importante en la atención de nuestros pacientes, que no solo eran atendidos por su especialidad y su médico de asistencia; sino que eran atendidos multidisciplinariamente si era necesario y eso produjo un resultado más favorable en la atención y en los resultados del tratamiento de los pacientes.

Es necesario destacar también que había resonancia magnético-nuclear donde estaba la tomografía y además un adelanto muy alto en la ultrasonografía. Por lo tanto, todos estos elementos imagenológicos, dio lugar a la creación de una especialidad dentro de la radiología y así, en la medida que el resto de las instituciones fueron adquiriendo tecnologías parecidas o adecuadas, se fueron creando también los servicios imagenológicos en el resto del país, paso importante en el avance de uno de los medios diagnósticos más importantes y la posibilidad del mejoramiento de los pacientes.

También tuvimos la posibilidad de adquirir equipo de microscopía electrónica, que fue el primero que se adquirió en el país, que le dio a la anatomía patológica, un aspecto importante en el diagnóstico de las enfermedades, sobre todo en las enfermedades malignas.

El Comandante le dio la posibilidad al hospital de tener un hotelito adicional. Este hotelito permitió hacer un grupo de cosas, que eran muy difíciles hacerlas desde el punto de vista institucional. Primero, comenzaron a estar ahí los primeros pacientes externos que seguían atendidos por sus enfermedades. Por ejemplo, los trasplantes después de determinado tiempo hospitalario, los trasladábamos al hotelito

y le dábamos seguimiento un tiempo determinado, esta fue la primera actividad que se desarrolló. Posteriormente, fue el intercambio, traíamos médicos de los hospitales del interior del país para que desarrollaran habilidades en las tecnologías que teníamos y después las pudieran aplicar en sus distintas especialidades. También trajimos médicos y técnicos extranjeros que nos apoyaran y ayudaran en la implantación tecnológica en nuestro hospital, que después teníamos posibilidades de llevarlas al resto de los hospitales.

Por lo tanto, este hotelito desempeñó un importante papel, en un momento determinado para el propio hospital y para el seguimiento de pacientes. Un hecho que fue, a nuestro juicio, diferente, que ayudó extraordinariamente en el desarrollo, no solo en la atención al paciente, sino en el desarrollo científico técnico del hospital.

Algo que creo también que fue muy importante en el país es que la mayoría de las reuniones para el desarrollo de las especialidades las presidía el compañero José Naranjo. En estas reuniones se traían los mejores especialistas del país, que durante sesiones completas empezaban a plantear que debía hacerse y que era necesario para desarrollar la especialidad. No solo desde el punto de vista de implantación de técnicas, sino de equipamiento necesario. Esto conllevó a que se hicieran por especialidades libros completos, que permitían establecer el desarrollo de las especialidades en determinado tiempo y ponía al país a nivel mundial en todas las especialidades, y esto era así porque ese personal médico de alta calidad que se reunía con el compañero Naranjo, planteaba las técnicas, las tecnologías y el desarrollo en su especialidad hasta nivel mundial. Por lo tanto, el plan que había para el progreso de las especialidades a un plazo mediano y largo, podía llevar al país, sin dudas, a ser un país de alto nivel, no solo en una, dos, tres o cuatro especialidades, sino en todas las especialidades del país.

Un hecho que quiero resaltar, precisamente por el seguimiento que le dio el Comandante en este caso, fue cuando la compañera Ana Fidelia Quirot sufrió quemaduras. Inmediatamente ordenó que la trasladaran para el Servicio de Quemados del hospital, ella estaba inclusive embarazada. Creo que Ana Fidelia llegaría al hospital como a las 8 o a las 9 de la noche y ya a las 11 de la noche, estaba el Comandante ahí, preocupado por el estado de ella, dándole seguimiento permanente. Inclusive se entrevistó con ella,

a pesar de que estaba en terapia, pero ella tenía lucidez y se entrevistó con ella. Permanentemente, estuvo al tanto de la situación de Ana Fidelia hasta su recuperación, que realmente fue extraordinaria.

Recuerdo también otro caso, cuando el accidente del avión italiano, que hubo un solo sobreviviente, un quemado con un pronóstico muy reservado, puesto que las quemaduras eran de más de 80 %. Él inmediatamente se presentó y tuvo una gran preocupación por este paciente. Recuerdo que era tarde en la noche, él estaba allí en el hospital y le planteamos que íbamos a buscar en Panamá de forma inmediata, para ver si al otro día podían mandarnos un antibiótico de última generación que nosotros queríamos utilizar en esa paciente.

Recuerdo que a pesar de la hora que era, me orientó que llamara inmediatamente al embajador y que no esperara, pues yo tenía la intención de esperar a horas de la mañana para llamarlo, pero no, tuve que llamarlo sobre las 2 de mañana, para decirle la orientación de que comprara inmediatamente ese antibiótico y se trajera para el hospital al siguiente día sin falta.

Realmente, todos conocíamos que el pronóstico era muy reservado; sin embargo, él tenía fe en que eso se podía resolver y quiso, a pesar de las dificultades, hizo lo humanamente posible para que ese paciente se recuperara. Recuerdo que trajeron a los padres del joven, que duró varios días, trajo a los padres de Italia para que estuvieran con él y le dio seguimiento permanente, hasta que desgraciadamente falleció.

A comienzos del año 1990, comenzó a sentirse ya los primeros efectos del período especial en el hospital. Habíamos mantenido el coeficiente técnico en la tecnología del hospital, casi siempre por encima o entre 85 y 90 %. En ese momento tuvimos muchos percances, por ejemplo, dificultades con las piezas de repuesto, dificultades con el aire acondicionado, estuvimos varias semanas sin aire acondicionado, el hospital era un hospital climatizado, inclusive la climatización central, por lo tanto, la climatización del salón de operaciones entraba dentro de la climatización central del hospital.

Tuvimos necesidad de abrir las ventanas del hospital, que estaban herméticamente cerradas, lo cual permitía mucho la conservación del equipamiento, porque el hospital está muy cerca del mar y la salinidad podía afectar, no solo el mantenimiento, sino los equipos.

Nos vimos obligados también a suspender operaciones de alta complejidad, aunque mantuvimos las operaciones normales, que no eran de alta complejidad, pero con un horario muy especial: desde 5 de la mañana hasta las 10, para aprovechar el período de menos calor, y no suspender la cirugía mayor, aunque también mantuvimos bastante tiempo la cirugía ambulatoria, que era más fácil y de menos complejidad.

También nuestro coeficiente técnico bajó de 85-90 % a 45 %. Teníamos grandes dificultades con materiales y equipos en los salones de operaciones, con equipos endoscópico. Entonces, se hace una proposición de utilizar el mecanismo del turismo de salud. Desde hacía algunos años, el hospital tenía abierto un piso para el turismo de salud. De lo que se recaudaba por esa vía, al hospital le dejaban 80 % y con eso nosotros hacíamos inversiones en el hospital. Se le propuso a él (el Comandante) que nos hiciera un préstamo de tres millones de dólares, para pagarlo en 5 años con el turismo de salud y con ese dinero, tratar de subir el equipamiento y rescatar el nivel tecnológico del hospital.

La situación económica del país era gravísima. Él respondió que era mucho dinero y mucho tiempo para pagarlo, que hiciera otra proposición. Entonces, se le hizo una proposición de 150 000 dólares, no para comprar equipos, sino sencillamente comprar equipamientos remanufacturados, que eran muy económicos, aunque la supervivencia era mucho menor. Eso permitía comprar algunos elementos en áreas muy importantes y algún equipamiento necesarios. Él aceptó, entregó 750 000 dólares, para pagar en dos años. Teníamos que pagar en dos años ese dinero y con ese dinero logramos elevar el coeficiente técnico de 45 hasta el 65 %.

Realmente, el hospital disminuyó algo su vitalidad, pero no la perdió. A pesar del período especial, el hospital mantuvo su vitalidad y la mantuvo fundamentalmente, con un esfuerzo extraordinario de su personal, que se esforzó al doble y triple para tratar de mantener la fortaleza del hospital a pesar de las dificultades que había con el equipamiento, con los suministros.

Él nos dio, compró una cantidad de antibióticos de última generación y lo puso en el hospital y le dio la responsabilidad de coordinar con el resto de los hospitales de Ciudad de La Habana, para suministrar antibióticos a los casos graves.

Cuando un hospital tenía un caso grave en terapia intensiva, que necesitaba un medicamento de tercera generación, el grupo de antibióticos, que designaba la política de antibióticos de ese hospital, se reunía con el grupo de antibióticos de nuestro hospital, analizaban el caso y si los dos grupos estaban de acuerdo en que se le diera el antibiótico, yo de la reserva que él tenía, esa reserva no era del hospital, era de él y después se le comunicaba, se le daba el antibiótico a ese hospital, para que ese paciente grave pudiera tener la atención adecuada y el antibiótico adecuado.

Durante el período especial, durante más de dos años se mantuvo esa política con los antibióticos. Terapias de alto costo, de última generación, para poder tener atendidos adecuadamente los casos más graves en las distintas terapias Intensivas de los hospitales.

Quiero destacar que, en este período especial, las ausencias de las empresas capitalistas que nos servían en el mantenimiento de nuestros equipos, se fueron casi todas, nos quitaron los créditos. Creo que la única transnacional que siguió suministrando piezas a sus equipos, a pesar de las dificultades económicas y dándole crédito a Cuba, fue la empresa Siemens alemana.

Vuelvo a resaltar como final que, se pudo mantener la actividad del hospital y se pudieron lograr grandes cosas, posterior al período especial por la tenacidad, la laboriosidad y el espíritu que sentía el personal del hospital Hermanos Ameijeiras, todo su personal y el orgullo por pertenecer a esa institución y por cumplir lo que el Comandante en había orientado en su inauguración.

22 de enero de 2019



José González Valdés

Hospital Docente Pediátrico de Centro Habana

Fidel, por ejemplo, tenía una gran preocupación por el desarrollo científico del país... En definitiva, la OMS le da ese dinero a la India y él plantea: aunque la India va a tenerlo, nosotros vamos a buscar los recursos, para construir también nuestro centro de biotecnología en el país y todos conocemos el resultado de la biotecnología en Cuba y la importancia que tiene en el mundo...

El Comandante tenía un pensamiento muy fluido en cuanto, no a las cosas que había que hacer de momento, sino en cuento al desarrollo futuro.

Durante los años 80 hasta el año 95 trabajé en el equipo de coordinación y apoyo del Comandante en y además, como miembro del Grupo Nacional de Pediatría de Cuba, participé sobre todo en los programas de reducción de la mortalidad infantil.

Comencé a trabajar en el equipo de coordinación en el año 81, por lo tanto, cuando llega la etapa del año 85 ya se venían desarrollando una serie de tareas importantes. Una de las principales tareas que define el Comandante en Jefe, es precisamente el desarrollo del programa de estudios de medicina. El Comandante tenía esta idea, ya que después de la epidemia del dengue que había habido en el 1981, él comienza a plantear y a ver con más claridad muchos de los problemas que teníamos en salud pública todavía, con una visión de futuro importante.

Él plantea que tenemos que crear un destacamento, que le llamaremos con el nombre de Carlos J. Finlay, un destacamento que sería constituido por los mejores estudiantes. Estudiantes que estuvieran integrados, estudiantes que fueran de verdad los de más nivel, con notas superiores de 90 puntos, serían los que ingresarían. Incluso había un escalafón de estudiantes, por ejemplo, la mitad hembras y la mitad varones, por la razón de que después esos estudiantes... las muchachitas en esa etapa estudian más que los varones, por lo que él define que, si hacemos un solo escalafón en ese sistema de ingreso al destacamento, íbamos a

tener menos varones y van a hacer falta, porque las hembras siempre tienen problemas de embarazo, licencias de maternidad y por ese motivo hace falta tener la mitad. Pensando en aquel momento que muchos de estos médicos tendrían tareas importantes y riesgosas y que era mejor que fueran hombres.

Se crea así el destacamento Carlos J. Finlay, con una serie de ideas, incluso hasta la idea del uniforme, él cita a varios viceministros y ministros del gobierno y se definen allí las características, de conjunto con la FEU y la Juventud, del uniforme que van a tener estos muchachos del destacamento; que serían médicos después integrados, que harían un juramento de fidelidad a la Patria, que además de eso tendrían un nivel científico grande, Fidel dijo: “vamos a tener médicos, pero esos médicos que vamos a formar, vamos a también que hacer algunos cambios; porque si vamos a formar buenos médicos, necesitamos entonces hacer un buen plan de estudios”.

Él define además a estos médicos, con las características de que tienen que estar dispuestos a trabajar en cualquier parte del país donde sea necesario. Incluso piensa ya, en ese momento, en brindar ayuda médica al exterior. Plantea también que estos médicos van a tener características principales, la consagración en primer lugar, tienen que ser médicos consagrados, tienen que tener como característica fundamental, ser revolucionario, tienen que estar dispuestos al sacrificio, tienen que tener vocación.

El primer destacamento se crea y empieza en el 82. En el año 82 empieza el estudio de estos alumnos.

Él tenía una idea, como he dicho anteriormente, de una estructura de formación de médicos. Él decía entonces que, si vamos a tener buenos médicos, tenemos que tener un buen plan de estudios. Hay que hacer un buen plan de estudios nuevo, hay que saber dónde están los mejores planes de estudio en el mundo. Crea una comisión o mejor dicho, una serie de grupos de médicos que van a visitar distintos países. Estos médicos visitan Estados Unidos, Canadá, Suecia, Francia, Checoslovaquia, Unión Soviética, Inglaterra. Cuando esos médicos regresan, inmediatamente se hace una comisión del plan de estudios que laboran durante varios meses con una oficina en el Comité Ejecutivo. Se crea una comisión nacional y se citan a los mejores profesores.

Cuando se hace la visita a estos países, el Comandante, incluso, entrega una cantidad de divisas a cada uno de los grupos que van a esos países para que adquieran los libros que se utilizan para el estudio de la medicina en esos países. Esos libros se traen y se crea una gran biblioteca que es utilizada por los médicos que trabajan en la comisión del plan de estudios, y por todos los profesores de las distintas especialidades. Esa es la primera cosa.

También él dice que esos médicos necesitan donde estudiar. Necesitan aulas, necesitan albergues. Entonces hay que hacer un análisis y manda a revisar toda la construcción de las facultades del país, muchas de las cuales estaban atrasadas constructivamente, y plantea la tarea de que en cada uno de las provincias debía haber al menos una facultad y varias facultades en Ciudad de La Habana, para estos estudiantes. Esas facultades debían tener todas las condiciones: las aulas, las aulas de video, los salones de reuniones, la recreación de los estudiantes, había que verla; había que ver la parte de áreas deportivas, e incluso hay un momento en que plantea el Ministerio de la Construcción (MINCOM) quitar las piscinas que estaban en los proyectos de esas facultades, que ya estaban hechos y él dice que no. Que debemos hacerlas lo más completas posibles, con todas las áreas deportivas, incluso las piscinas, siempre que sea necesario.

Además, plantea y define, que en cada facultad debe hacerse, si hay posibilidades, un pequeño hotel con varias habitaciones, donde los profesores que fueran de otras provincias, los profesores extranjeros que vengan a Cuba a esas facultades, puedan tener una estancia agradable y puedan ser bien atendidos en ese momento. Esas son las ideas de la construcción de las facultades.

Pero señala que además de esas facultades, hace falta ver las áreas prácticas para el trabajo docente. Hay que revisar en el país el programa de la construcción de hospitales, muchos de los hospitales provinciales, aún no se habían terminado y así se orienta la terminación de muchos hospitales: Sancti Spiritus, Cienfuegos, Pinar del Río y otras provincias más, que tenían hospitales que todavía estaban en construcción. También se revisan los hospitales municipales, se hace una revisión de los policlínicos y algunas otras instituciones de salud, para dar un lugar adecuado donde los estudiantes también pudieran aprender.

El primer destacamento. En el año 1982, se inaugura el destacamento en las áreas del hospital Hermanos Ameijeiras y además de eso se hace también una revisión en las provincias de cada uno de estos alumnos. Ese destacamento con su uniforme definido incluso por los compañeros que él había designado.

El plan de estudios tiene varias características. Incluso él lo planteó así: “tiene que ser el mejor Plan de Estudios, con los mejores contenidos que se utilizan en países como Inglaterra que tenía un sistema de atención primaria muy bueno y otros países europeos”. Además, que ese médico que se formara, fuera no solamente un médico que curara enfermedades, sino también que tuviera un carácter preventivo y educativo con la población. Esas son ideas que él plantea desde el primer momento con el desarrollo del Plan de Estudios y del destacamento Carlos J. Finlay.

Otra de las tareas importantes que el Comandante plantea en ese momento es el desarrollo de las instituciones hospitalarias, precisamente por la necesidad, no solamente de la atención a la población, sino por la necesidad de fortalecer las áreas de práctica docente. Se manda hacer una revisión y una reactivación de la atención en hospitales rurales, se hace una revisión completa en el país. El MINSAP revisa las condiciones que tenían los hospitales rurales y se orienta mejorar esa situación. Después de eso también los hospitales pediátricos.

Él tenía un interés muy grande en la atención de los niños y una gran preocupación. Esa gran preocupación del Comandante comienza, había comenzado antes quizás, pero él insiste mucho cuando la epidemia del dengue de 1981. Durante la epidemia de dengue visita nueve veces el hospital pediátrico de Centro Habana, del cual yo era director en ese momento y además de eso visita otros hospitales. Se interesa por la atención de los niños. Entonces es que se da cuenta y se informa que no tenemos salas de terapia intensiva pediátricas. Había de adultos en el país, pero no de niños. Había solo una salita en el William Soler, otra salita en el Pediátrico Centro Habana y una sala abierta en el Borrás, para cuidados especiales, pero prácticamente sin equipamiento, cosa que fue insuficiente en la epidemia de dengue. Él revisa eso y al tener conocimiento de que un niño que iba trasladado del Arturo Aballí al hospital Pedro Borrás en una ambulancia fallece, cuando estaba la ambulancia cerca de la Ciudad Deportiva. Eso le disgusta y plantea que

hay que hacer una sala de terapia intensiva en cada hospital pediátrico para evitar los traslados de los niños graves que pueden fallecer en ese traslado.

Así se crean salas de terapia intensiva en todo el país, prácticamente la primera sala de terapia intensiva, como él iba al pediátrico de Centro Habana en varias ocasiones, se empieza inmediatamente a construir. Los obreros construyendo la sala y los proyectistas trabajando en el salón de reuniones. Él visitó en varias ocasiones la sala que se estaba construyendo, los proyectos que se estaban haciendo; incluso un día preguntó, recuerdo eso, que un cubículo donde iba un niño dijo que era muy grande. Cuando se le explicó que la terapia intensiva lleva una serie de equipos y es un equipamiento que ocupa mucho espacio, dijo: "Ah bueno, entonces está bien, entonces tenemos la posibilidad incluso, con estos cubículos grandes de que, si tenemos otra epidemia similar, podemos poner dos niños en vez de uno si es necesario".

Esa sala de terapia intensiva del pediátrico fue la primera que se hizo, se hizo en un mes, en el año 1981, él la inaugura. Se construye en un mes en medio de la epidemia de dengue y se construyen otras en los próximos meses; antes de cumplir un año, las 33 salas de terapia intensiva en el país que estaban priorizadas por él y que estaban jerarquizadas por los primeros secretarios del Partido se terminaron, la compañera Tania Fraga, una compañera del equipo de coordinación, era la que estaba garantizando eso y yo trabajaba también en ese tipo de tareas. Las salas de terapia intensiva, él las continuó con la atención a los hospitales pediátricos y en esta perspectiva él da cuatro millones de dólares de la reserva y cuatro millones de pesos cubanos para hacer mejoras en los hospitales pediátricos. Se construyeron policlínicos en los hospitales pediátricos, se revisaron los cuerpos de guardia, los almacenes, calderas, comedores. En general todos los hospitales pediátricos del país recibieron en estos años, años 1984-85 todo lo necesario. Pero además plantea que hacen falta más hospitales pediátricos.

Se revisa este asunto con el MINSAP, y él plantea hacer cinco hospitales pediátricos. El primero que se inauguró fue el hospital pediátrico de Marianao y con el mismo proyecto se realizan tres hospitales, el de Ciego de Ávila, que se quedó a medio construir, ya que se detuvo la construcción en el período especial, el hospital pediátrico de Bayamo, que

sucedió lo mismo, uno en Sancti Spíritus, que no se inició su construcción y planteaba en 5to. lugar la posibilidad de hacer un hospital pediátrico, posiblemente en Habana del Este, en alguna zona, que podía ser Alamar o la Ciudad Camilo Cienfuegos, pero eso nunca se llegó a definir.

Así se hizo también un plan de desarrollo de la pediatría, todo eso originado desde la epidemia de dengue y la gran preocupación que él tenía por los niños.

Además de eso, ya en el año 1984-85 también, 83, 84, 85, 86, hasta que empieza la etapa más dura del período especial, Fidel revisa personalmente los hospitales grandes de Ciudad de La Habana, inaugura por ejemplo, las ampliaciones del hospital Clínicoquirúrgico Joaquín Albarrán, del Fajardo, del Miguel Enríquez, del Allende, se hacen las facultades de medicina de la Ciudad de La Habana, inaugura el hospital pediátrico de Marianao, inaugura la facultad Miguel Enríquez, inaugura también la facultad Enrique Cabrera, es decir, que se introduce totalmente en los planes de salud pública.

Además de eso, hay algunos aspectos que son importantes. Fidel, por ejemplo, tenía una gran preocupación por el desarrollo científico del país. Él piensa en las facultades y plantea incluso... yo recuerdo como una anécdota, que en varias ocasiones me invitó a visitar el embrión de lo que sería el centro de biotecnología. Había estado aquí un investigador sueco, que había descubierto y desarrollado la producción de interferón y él inmediatamente, con su gran perspectiva futura, vio en la biotecnología una necesidad de desarrollo para nuestro país. Él había enviado entonces a dos médicos: el Dr. Limonta y el Dr. Herrera, que van a Suecia, están seis meses, aprenden la producción de interferón. Cuando regresan, en dos viviendas cerca de la facultad "Victoria de Girón" comienzan la producción de interferón.

En un momento determinado él plantea que Cuba ha pedido ayuda para desarrollar la biotecnología. Le informan que la Organización Mundial de la Salud (OMS) va a dar un dinero, para un proyecto de construcción de un centro de desarrollo de la biotecnología y en una reunión Fidel dice que está esperando que se defina esto, aunque hay otros países que también aspiran. En definitiva, la OMS le da ese dinero a la India y él dice: "aunque la India va a tenerlo, nosotros vamos a buscar los recursos, para nosotros construir también nuestro centro de biotecnología en el

país” y todos conocemos el resultado de la biotecnología en Cuba y la importancia que tiene en el mundo.

En el año 1984 el Comandante también plantea al MINSAP, en una reunión que tenemos en el Comité Ejecutivo, donde él trabajaba; habla del desarrollo, que tiene una serie de ideas que ya ha discutido con el MINSAP, de crear una cobertura de atención primaria. Eso está basado en principios incluso de la OMS, que planteaba que era una solución para todos los países. Países desarrollados ya tenían algún sistema como Inglaterra, Canadá y otros, y él consideraba también la posibilidad de hacerlo en Cuba. Se sienta, calcula y dice que va a crear un programa con médicos de atención primaria y define que esos médicos en principio atenderán 600 personas, que son alrededor de 120 familias y que ese médico va a tener su consultorio en el área que él atiende y además su vivienda también y que esa construcción podrá hacerse, si es posible, en el centro del área que atiende y sino en la periferia, pero ese médico va a ser no solamente un médico que cure, sino también un médico que tiene que tener la característica de saber utilizar la prevención, la educación en salud y una serie de aspectos que son importantes.

Entonces plantea eso, ya había sacado los cálculos y desde el primer momento en el año 81 cuando ya él manda a hacer el plan de estudios y crea el destacamento “Carlos J. Finlay”, él dijo en aquel momento que alguien en el MINSAP ya había dicho que no había que formar tantos médicos y se habían disminuido las matrículas y que eso había sido un error, porque nosotros en Cuba necesitábamos más médicos y además de eso, necesitaban muchos médicos en América Latina y muchos médicos en países que no podían formarlos y que Cuba podía tener la posibilidad de ayudar a esa formación de médicos y a la extensión de médicos y a la atención médica en esos países. Ya desde el año 81 define la situación esa, incluso de la ayuda médica internacionalista y la formación de médicos.

Entonces, en el año 84 cuando estábamos hablando del médico de familia, él define ese médico de familia. Calcula 20 000 médicos de familia. Se atenderían aproximadamente entonces, los 11 millones de habitantes que teníamos, incluso plantea que sobrarían algunos y que esos que sobran pueden ser situados en fábricas, en grandes escuelas o en algunos centros importantes y que un grupo quedaría como reserva en

el policlínico, para cubrir las plazas de aquellos médicos, sobre todo las mujeres que quedaban embarazadas, que tienen licencia de maternidad, entre otros problemas; además, plantea que esos médicos, tienen que ser médicos muy bien formados, porque es un médico que tiene mucho nivel, que tiene que ser como los médicos antiguos que teníamos en este país. El Dr. Diego Cobelo “que él había señalado las características del profesor Raúl Dorticós que era un gran médico, que atendía lo mismo niños que a adultos”.

Él plantea que ese médico tiene que ser igual, tiene que ser un médico general, que tiene que estudiar mucho, porque tiene que saber pediatría, obstetricia, tiene que saber medicina interna, tiene que saber epidemiología, es decir, un médico muy integral y que ese médico integral va a hacer su especialidad, la cual se le va a llamar *Medicina General Integral*, en el propio lugar donde trabaja, en el área de salud, pero si él va a estar en el área de salud, hay que llevarle los conocimientos y decide entonces también y orienta la creación de los grupos básicos de trabajo, que serían fundamentalmente un profesor de pediatría, un profesor de ginecobstetricia y profesor de medicina interna, un psicólogo y algún otro personal que haga falta, para atender un pequeño grupo de médicos de familia, ser sus profesores, sus tutores y ser los que lo enseñen como médico.

Ese médico se graduaría después con el título de Especialista en Medicina General Integral. Incluso él dijo:

... y en un momento determinado ese grupo básico de trabajo lo podemos sustituir por ese médico especialista en medicina general integral, que ya tiene experiencia, que ya se graduó y que reúne los requisitos importantes para ser profesor a su vez de los nuevos médicos de familia que lleguen al área de salud.

Él calculó 20 000 médicos de familia. Plantea además alrededor de 20 000 médicos para la atención secundaria, plantea alrededor de 10 000 médicos para la atención terciaria, para institutos y otras instalaciones de salud. Plantea 10 000 médicos que quedarían para estudiar, que sería el año sabático, pues calcula que tendrían un año sabático cada seis o siete años para estudiar y desarrollarse en las especialidades que ellos trabajaban y plantea que, y se quedó corto, 10 000 médicos para considerar la ayuda internacionalista a otros países.

Más o menos, ese fue el cálculo que él definió en aquel momento, año 1983, 84, 85.

Lógicamente, eso va unido a otras tareas de salud pública que se hicieron en aquel momento, que el MINSAP desarrolla: terminar los hospitales, terminar las facultades, terminar los policlínicos.

Hay dificultades desde el punto de vista de medicamentos. Empieza ya las tareas sobre los medicamentos, un poco más tardíamente, con la industria farmacéutica y así se van planteando algunas tareas.

En aquel momento también se estaba construyendo el Centro Termo-Nuclear en la provincia de Cienfuegos, donado por la Unión Soviética. Se hizo una visita a Chernóbil, un año antes el Dr. Julián Álvarez y yo visitamos a Chernóbil, se revisó todo, para la creación de la atención médica en esta termo-nuclear, que nunca se llegó a construir.

El Comandante tenía una idea muy grande, tenía un pensamiento muy fluido en cuanto, no a las cosas que había que hacer de momento, sino en cuanto al desarrollo futuro.

El ejemplo de las salas de terapia intensiva y de la pediatría y su desarrollo. El ejemplo del médico de familia y la cobertura, que el tiempo y la vida han demostrado cuanta visión futura tuvo. El desarrollo de las ciencias y la biotecnología y otras características son importantes.

Nosotros pudiéramos recordar algunas anécdotas.

Una vez alguien llegó y le dijo al Comandante, si alguno lo recuerda, que se había descubierto algún hecho y responde con una idea muy interesante: "nosotros somos un país pobre, que indudablemente no podemos darnos el lujo de gastar dinero en inventar lo que ya está inventado, lo que tenemos que hacer es copiarlo y copiarlo bien".

Una frase que demuestra también su pensamiento práctico de las cosas y de la vida.

2 de diciembre de 2018



Armando Guerra Vilanova

Director Provincial de Salud de Oriente Sur

... el Comandante me dio 5 millones de dólares para comprar antibióticos... prepárame un informe y a las 10 de la noche nos estamos viendo en el salón blanco y llévame una propuesta de qué hacer con los 5 millones de dólares...me puse a estudiar, me puse a revisar, y le llevé una propuesta de antibióticos a comprar considerando cuanto es-

quema de tratamiento para adultos y para niños...y dedicar alguna cantidad de dinero para la compra de reactivos elementales para hacer un hemograma con diferencial y saber si este germen es grampositivo o es gramnegativo, su severidad, tipo de esquema antimicrobiano, es decir, un pensamiento técnico, un pensamiento científico.

En 1987, en Santiago de Cuba mi compañero de curso me pidió que los ayudara en la Dirección Provincial de Salud, ahí me vinculé al tema de la administración y si bien anteriormente había hecho algunas cosas en ese sentido, mantenía mi actividad docente como siempre la había realizado. En ese año pasé a ocupar una responsabilidad en la Dirección Provincial y tuve la oportunidad de involucrarme en diferentes tareas en el sistema de salud, cosas que realmente no me eran muy conocidas porque no habían sido mi perfil de ocupación. El Dr. Teja era ministro de Salud Pública.

Debuté con un grupo de actividades porque había un plan que realmente la Revolución, con el liderazgo de Fidel y la conducción del ministro, hacía que se trabajara en varias cuestiones para tener elementos de desarrollo.

En esos años Santiago de Cuba tenía algunos indicadores desfavorables en el programa materno infantil, en la mortalidad materna e infantil, que no era lo que se quería ni se pretendía que tuviéramos nosotros en ese territorio con la fuerza y la potencialidad de esa región, pero estaba necesitando también de otras acciones organizativas, de inversiones.

Estaba en pleno proceso el desarrollo del plan de la atención primaria de salud y del médico de la familia.

Recuerdo que en algunos municipios contribuíamos en la construcción ayudando y batiendo un poco de concreto para terminar algunos consultorios de médicos de familia, pero además tuvimos que recibir como 150 médicos de aquí de La Habana para poder completar la dotación de médicos en los consultorios hasta que logramos cubrir todo el territorio de la provincia. Realmente fortalecimos la atención primaria de salud, pero estábamos también involucrados en el tema de la construcción del hospital de Contramaestre, cosa que fue realmente extraordinaria. Si alguien conociera y tuviera en su memoria lo que era el hospital de Maffo con los problemas que tenía y con las veces que tuvimos que ir a ver problemas y evacuar casos, sobre todo en mujeres complicadas con el parto y el parto, sabría su valor.

Realmente quiero decir que el hospital de Contramaestre fue una obra grandiosa de la Revolución, pues además se creó un gran hospital, un hospital que no podía ser municipal porque el municipio no podía con el hospital desde el punto de vista administrativo y metodológico. Era un hospital interprovincial porque le brindaba servicios a dos provincias a Granma y Santiago de Cuba, pero además con un desarrollo en los servicios como nunca antes se había soñado en ese territorio y realmente fue algo que dio una pauta importante en el cambio de los indicadores de salud en ese territorio e incidió de una manera significativa en el Programa de Atención Materno-Infantil.

Seguramente el Dr. Teja se acordará cuando hicimos la inauguración del hospital, porque además, con la presencia del Comandante en me toco hacer la presentación del hospital aquel, después de haber ido a ver el hospital de Cienfuegos con el indicador de 1,7 trabajadores por cama, y el hospital de San Cristóbal que también tenía la misma construcción y bueno, tuvimos que hacer algunas adecuaciones allí y realmente se estaban acometiendo otras obras en Santiago de Cuba.

Fuimos a Contramaestre e inauguramos el hospital, visitamos con el Comandante el hospital de San Luis, al que se le añadió un bloque de 104 camas. Aquel era un policlínico tipo III, que estaba desprovisto, pues era una casa antigua con unas condiciones que no eran nada ortodoxas, y aquello dio un cambio radical. También estaba el nuevo hospital de

Mella, pues en el hospital viejo del municipio Mella, con el tema de la represa el suelo cedía y se había hundido un poquito, así que se hizo un hospital nuevo. Se hizo el banco de sangre nuevo en Santiago de Cuba, idéntico al que se hizo aquí en Marianao cerca del Obelisco, que después se tomó para otro tipo de actividad.

El de Santiago sigue siendo el banco de sangre provincial y además se hizo con un carácter territorial, para acopiar la masa necesaria de las demás provincias orientales, por el plan del CIGB para la producción del Interferón. Tuvimos también el honor de ser el primer centro fuera de La Habana que obtuvo el interferón en etapa cruda para entonces mandarlo por avión para acá, para La Habana, que era lo que estaba establecido en el plan.

Todo aquello se hizo en la provincia entre los años 87, 88 y 1989, conjuntamente con el desarrollo del plan de la atención primaria de salud, con cobertura del médico y la enfermera de la familia, y la estrategia de cambios en las especialidades. Pero además, teníamos un compromiso no solamente por el hecho histórico, por la significación política, sino también porque era un compromiso de principios, principios profesionales, de brindar mejor servicio a la población porque estábamos abocados a la celebración del IV Congreso del Partido en el año 1991, y en ese período se llevó adelante un trabajo muy intenso.

Tuve la oportunidad de involucrarme en todas esas cosas y aprender. Al mismo tiempo echamos andar la maquinaria para la puesta en marcha del hospital de 1000 camas de Santiago de Cuba, el Juan Bruno Zayas, que se había empezado a construir y se paralizó en el año 1976. Ese iba ser el hospital militar de la región oriental y se tomó otra decisión y se hizo en Holguín, y ese hospital se quedó retenido en el tiempo y después se retomó aquella obra y cuando la agudización de la situación epidémica por la neuropatía, tuvimos que utilizarlo porque no teníamos donde poner más personas adultas allá en Santiago de Cuba y en el Juan Bruno Zayas, llegamos a tener mil camas funcionando prácticamente sin haber inaugurado el hospital.

Yo recuerdo que, en el hospital de Contramaestre, allá en Santiago de Cuba, tengo una foto guardada dándole la mano al Comandante. Empezaban mis actividades de relación con el MINSAP, de estar cerca del Comandante, y después fuimos al hospital de San Luis, recuerdo que

fuimos a la sala de niños, bueno ustedes conocen la corpulencia del Comandante, iba Lazo, Teja y yo, nos sentamos en un jueguito de sillitas allí en una sala que era para los niños. Allí él hizo un gesto y apareció un bloc de notas de papel gaceta esa del más común y un bolígrafo, y no es por magnificar el problema, es que fue así, entonces ahí él se puso a diseñar estrategia y nosotros ya usted sabe, con las orejas bien abiertas, para oír todas las ideas que el Comandante nos decía de estrategia, allí sentado, en el local que era para los niños en la ampliación del hospital de San Luis.

Después seguimos en ese recorrido, y les voy hacer una anécdota personal. Cuando vamos al banco de sangre que ya estaba inaugurado me hizo muchas preguntas. Me dice: “cuántos trabajadores tú tienes aquí y digo bueno aquí tengo 124 trabajadores, me dijo estás loco y me dije metí el pie donde no debía, y le pregunto: pero dígame por qué, y me dice: qué tú vas hacer con 124 trabajadores aquí”, fíjese la proyección de hoy con el tema de los trabajadores y el fondo de tiempo laboral y la plantilla, todas esas cosas él organizativamente las tenía en su mente no solo para nosotros como salud pública. Y me dice: “para qué tú necesitas esa cantidad de personas aquí, y yo tratando de explicarle y tenía que ver cómo se lo explicaba, y le digo: bueno nosotros también tenemos la tarea de obtener aquí el interferón, en la etapa de crudo y bueno le di una vuelta aquello y me dijo: fíjate lo que te voy a decir, no me convenciste, te voy a mandar 5 monjas, así me dijo, te voy a mandar 5 monjas para que tú veas que se resuelven todos los problemas en estos lugares, con unas monjitas dedicadas”. Esas eran cosas que por lo menos en esa primera etapa tuve la oportunidad de escucharle a él, que realmente fue muy receptivo en todo aquello que vimos en la provincia.

Cuando aquello él sabía lo que habíamos tenido como resultado y que progresivamente habíamos empezado a mejorar. En el año 1989, me pasan a Director Provincial de Salud, porque el que ocupaba ese cargo lo nombran Presidente de Gobierno en el municipio y entonces me dije: nada, adelante, a seguir con aquella tarea y ahí empezamos. El Dr. Teja lo señaló también, creo que fuimos la primera provincia del país que hizo el diagnóstico en salud de la provincia. Con aquella fuerza de los médicos de la familia nosotros hicimos un folleto, vamos a decir que fue un libro que organizativamente sintetizaba y ayudaba mucho en el tema de la

actividad del médico en el consultorio, y editamos mil ejemplares y le dimos un ejemplar de esos a cada médico de familia que teníamos allá, y se lo dimos a ustedes también, igual que le dimos uno también de investigaciones en salud.

Se tomaron un grupo de decisiones conjuntamente con las inversiones, con las orientaciones del MINSAP y el propio ministro que nos visitaba cotidianamente y pudimos empezar a revertir nosotros aquellos resultados, pues estábamos en 14 en mortalidad infantil en el año 88 u 89 y la mortalidad materna, da pena decirlo, pero estaba en 5 entre directa e indirecta. Eso era algo que nos tenía muy mal desde el punto de vista de los resultados de salud, al margen de otras cosas que estábamos haciendo, como el desarrollo del cardiocentro, pero ese programa era decisivo. Todo el mundo sabe lo que significa en la evaluación, no solamente por el país, sino en los aspectos humanos, en todos los aspectos científicos en fin y empezamos a revertir aquello.

Cuando nosotros llegamos a 10 de mortalidad infantil estábamos ya en el año 1991, fue cuando se celebró en Santiago de Cuba el IV Congreso del Partido y fuimos al Congreso con esa cifra de mortalidad infantil y la mortalidad materna todavía en 3 por diez mil nacidos vivos, directa e indirecta. Teníamos además una situación constructiva muy complicada en las maternidades y el hospital de Contramaestre nos ayudó mucho y contamos con todo el apoyo que nos dio el MINSAP para resolver aquellos problemas.

Les voy hacer una anécdota directa con el compañero ministro, también además les voy a decir que siempre nos dio todo el respaldo que yo necesité y no lo digo por demagogia, es que realmente fue así.

Hubo un momento en que yo tenía como 4 o 5 mujeres embarazadas en el hospital provincial "Saturnino Lora", pacientes con alto riesgo materno y las tenía ahí porque no tenía otra instalación donde llevarla y el clima gigantesco de aquella área se rompió, teníamos las mujeres sudando, los aparatos sonando y yo me decía: cómo resuelvo este problema.

En aquella época yo tenía que mandar un camión desde Santiago de Cuba hasta La Habana, a Infanta y Manglar, para disponer de dos cilindros de freón 12, el freón 11 ya casi no se utilizaba y en Santiago de Cuba no había freón 12, y los mecanismos esos eran muy complicados, no había

celulares, solo se mandaban fax. Fui al hotel Santiago y vi al gerente que me ofreció 25 kg de freón 12; me hacían falta 100. Tenía buenas relaciones con el de Cimex, que había sido Vicepresidente del Gobierno de Santiago de Cuba, enseguida me atendió. Me dio los 100 kg de freón 12, los puse y llamé al Dr. Teja, después que ya yo tenía el aire acondicionado funcionando, le digo:

Dr. tengo un problema crítico en el hospital provincial y estamos con el clima así y así, y él me pregunta muy preocupado, Armando y que otra cosa tu puedes hacer ahí, le explico la posibilidad aquí con los compañeros de Cimex y él me dijo: oye métele mano al problema y dile que te hagan el cheque y mándamelo para acá y entonces yo le dije lo que ya lo había hecho. De eso se está enterando hoy aquí.

Así transcurrieron esos años: 1991, 1992 y 1993, realmente se hicieron muchas cosas y ahorita cuando se hablaba de la neuropatía, recordaba que tuvimos dos momentos muy importantes en Santiago de Cuba, cuando la epidemia se comportó de una forma exponencial, comportamiento periférico, comportamiento mixto o sea óptico y periférico y por supuesto, el gran hiperdiagnóstico de todos los que se sentían algo.

Los pacientes que tenían manifestaciones oftalmológicas y motoras periféricas estaban en el hospital Saturnino Lora, los que tenían manifestaciones periféricas fundamentalmente estaban en el Ambrosio Grillo, un hospital de 900 camas, tipo hospital de tuberculosos transformado en clinicoquirúrgico. Allí nos visitó el Comandante con una comitiva y tuvimos una gran experiencia. Nunca fui inmaduro, pero de una forma jovial llegó el Comandante, llegó el Dr. Teja, llegó Lazo y yo sencillamente le dije, echen para acá, siéntense aquí y aquí, en un salón del hospital y lo hice de la manera más útil, de la manera más normal.

Los compañeros que fueron de aquí de La Habana dieron su valoración sobre la epidemia, yo como clínico que soy me puse a estudiar todo aquel problema también, cuando se da el dictamen, pido la palabra, y dije que no estaba de acuerdo con aquel enfoque que nos habían dado, porque había sido una visita muy corta, muy breve, que no se había podido profundizar y eso sí, sin faltarle el respeto a nadie, pero le di mi criterio, porque yo tenía una valoración de la magnitud del problema. Quizás la

comisión no la pudo tener por el tiempo tan breve, yo tenía la obligación de transmitir mi punto de vista. Yo sentí la mirada del Comandante, me miraba y hacia ese gesto suyo de tocarse la barba y te miraba, y te miraba con una idea de hacerte un análisis en profundidad, yo lo sentí.

Hicimos el recorrido por el hospital, el Dr. Teja iba ahí, junto conmigo, o sea, con el Comandante y conmigo y él preguntaba y la gente le decía y él ocupándose de todo: mire ahí hay un médico de la familia y ahí hay una doctora que está enferma y ahí él me preguntaba: ¿tú crees que está enferma?, entonces yo le daba mi criterio.

Recuerdo cuando fuimos al hospital Saturnino Lora, que él iba así por cada uno de los pacientes preguntándole, y uno tenía un libro de algo que estaba leyendo y yo me percaté de algo que todo el mundo sabe que es así, Fidel le pregunta: ¿por cuál página tú vas?, y ¿ya tú llegaste al momento en que había tal problema?, era una obra clásica y yo decía: qué cultura, qué preparación, y la gente le fascinaba cuando Fidel le hablaba y le preguntaba por lo que estaban estudiando.

Recuerdo cuando fuimos allá al Ambrosio Grillo, que eran gente fundamentalmente de municipios de montaña, Tercer Frente, Contramaestre, Mella, San Luis y él me decía: estas personas se ven que son personas muy sencillas muy humildes, ¿estas personas están enfermas de verdad? y le digo: sí jefe, esas personas no son capaces de fingir ninguna sintomatología, porque hasta en eso tenía esa preocupación.

Esa noche nos vimos allí, en seguridad personal, con todos los compañeros que fueron allá, me acuerdo que estaba Miyar Barruecos (Chomi), Limonta del CIGB, estaban los compañeros de la comisión que fueron de aquí de La Habana, los equipos de dirección de los hospitales y otros, fue una reunión profunda de análisis técnico científico y de preocupación. El Comandante me dice: “ven acá, ¿qué tú necesitas?”, imagínese usted ¿qué yo podía decirle al en aquel momento?, tenía al compañero ministro al lado y al compañero Lazo del otro y le dije y creo que es la mejor respuesta que yo he dado en mi vida: “mire en momento como este que es complicado, si tuviera algo que pedirle, le pediría bicicletas;” cuando yo le dije que iba a pedirle bicicleta se echó para atrás en el asiento y me dijo: “¿cuántas bicicletas tú necesitas?”, le respondí que yo no quisiera decirle la cifra en este momento, porque no quisiera pedirle ni una bicicleta de más, pues deben estar entre los 700 o 800, y que es para

dárselas a los compañeros de los centros de trabajo, el transporte en el período especial estaba difícil en Santiago de Cuba.

Le dije que luego con Lazo, y el compañero ministro calcularíamos y le pudiera decir lo que me hace falta. Se viró y le dijo “Chomi: dale al Director de Salud Pública aquí tantas toneladas de no sé qué, tantos granos que están en no sé dónde, dale no sé qué y así como le estoy comentando”. Él tenía la firme certeza que la epidemia era de carácter nutricional, ya se había transitado por los temas de que si era infecciosa, que si era inmunológico, que si era de un origen viral, en fin, todas esas cosas que estábamos viendo. Y así transcurrió esa visita.

Luego se hizo una reunión con la prensa extranjera, que estaba por allá cubriendo un evento en la base naval en esa época con el ministro de Relaciones Exteriores y el manda a dar una conferencia de prensa. Desde allí hablamos el tema de la neuropatía como un fenómeno de Cuba, en fin, como un problema que teníamos nosotros en esos momentos, con todos los elementos que tenía que ser y a partir de ahí con todas las decisiones que se tomaron en el país para el tratamiento, como fue el incremento de polivitaminas, y la introducción del hidróxido de calamina que tiene un nivel de adsorción y fijación en el sistema nervioso central y es mucho más beneficioso en el tratamiento de personas con esos síntomas. Ese fue un momento yo diría, de una gran importancia en el desarrollo de nuestra actividad y esta vinculación con el Dr. Teja, con el apoyo que estrictamente teníamos, y su dedicación también y eso lo digo porque teníamos reuniones con directores provinciales sistemáticamente aquí en La Habana y sentíamos el apoyo de la dirección del MINSAP y del ministro en todas las actividades que nosotros teníamos que desarrollar.

En el año 1993 fue aquella reunión que tuvimos con el General de Ejército allá en Santiago de Cuba y a nosotros nos circularon un documento que eran las medidas del país y todo el mundo decía que eran las medidas del Comandante en para el período especial. Posteriormente a eso me trasladé para acá, para La Habana, me hicieron una propuesta de promoción y bueno, aquí estoy en La Habana, en asistencia médica en el MINSAP.

El ministro me dio un grupo de tareas importantes y realmente hice todo con mi mayor esfuerzo para llevar adelante aquellos retos; empezamos con los temas de los grupos, a reactivarlos, porque todo eso se había

quedado adormecido, a reactivar los subgrupos de las especialidades para enrumbar, por decirlo de una manera fácil, todo lo que había que hacer, porque el período especial nos había dejado un poco perturbados a todos, pero además había que hacerlo y sí se podía hacer.

Yo recuerdo cosas que son anecdóticas, por ejemplo, estaba dando la reunión con el grupo de otorrinolaringología en el 4to. piso del MINSAP, imagínese ustedes, yo con todos los compañeros de otorrinolaringología, organizando todo lo que debe hacerse a nivel de grupo nacional para el desarrollo de la especialidad y se aparece el ministro.

Llegó el Dr. Teja y me dice: “Guerra, el Comandante me dio 5 millones de dólares para comprar antibióticos”, y a lo mejor ustedes no recuerdan, pero para mí eso era una cosa tremenda, me dice: “yo necesito mandar a citar a todos lo que tu tengas que citar, prepárame un informe y a las 10 de la noche nos estamos viendo en el salón blanco y llévame una propuesta de qué hacer con los 5 millones de dólares”; se terminó la reunión del grupo de otorrinolaringología.

Me puse a revisar, me puse a estudiar y le llevé una propuesta de antibióticos a comprar considerando cuanto esquema de tratamiento para adultos y para niños, incluí –mi pensamiento clínico me ayudó– alguna cantidad de dinero para la compra de reactivos elementales para hacer un hemograma con diferencial y saber si este germen es grampositivo o es gramnegativo, su severidad, tipo de esquema antimicrobiano, es decir, es un pensamiento técnico, un pensamiento científico y eso el ministro lo consideró como una cuestión de importancia.

También creo que en estos años yo aprendí mucho en el trabajo con el Dr. Teja, con el resto de los compañeros viceministros, directores nacionales, todos esos intercambios, ver las experiencias de otras provincias, aunque mi formación de manera inicialmente fue de carácter docente, aspecto que nunca he dejado, realmente me dieron mucho aprendizaje.

Agradezco a la vida, a la Revolución, la oportunidad que tuve de vincularme con todas esas tareas, dedicado a eso cómo mismo lo hice cuando conocí al Dr. Márquez y pudimos hacer otras cosas, porque hay personas que son un poco conformes, pero cuando uno es un poco inconforme con la vida, con las cosas, uno busca hacer algo mejor y aportar algo más. Y es, sin ningún ánimo de hacer algo

que sea superlativo, ni que llame la atención, es tratar de ser un poco más útil en la vida y sobre todo, con una tarea tan importante como la nuestra, que es servir a la salud de nuestro pueblo y de otros pueblos cuando ha hecho falta.

Agradezco al Dr. Teja, la oportunidad de estar bajo su conducción, con todo lo que aprendí también en esta etapa de mi vida, como médico y como profesional de la salud.

Recordar que todo lo que estás haciendo es por la importancia que tiene, que no es la biografía de nosotros, claro, es a través de nosotros, ... el éxito de los trabajadores de la salud... cuantas oportunidades cuantas cosas.

2 de diciembre de 2018



Pedro Hernández Sánchez

Director provincial de salud de Cienfuegos

...El desarrollo de la docencia...coincidió con la construcción de la facultad, del politécnico de la salud...se inaugura después el hospital clinicoquirúrgico "Gustavo Aldereguía Lima"...Cienfuegos dispuso de hospital materno...de hospital pediátrico...elementos que de conjunto con la consolidación de la docencia médica superior y la docencia médi-

ca media, constituyen uno de los logros más grandes que ha tenido esta provincia en relación con la atención hospitalaria...La reducción progresiva de la mortalidad infantil es uno de los principales logros, que mantenemos en la provincia.

Me gradué en el año 1965 en el Pico Turquino con el Comandante en Jefe, la primera graduación médica en Cuba después del triunfo de la Revolución. Realicé el Servicio Médico Social Rural en la región de Sancti Spíritus en un hospital rural. Ocupé diferentes cargos de jefatura en el MINSAP, hasta el año 1977 en que regreso a Cienfuegos, con el cargo de Director Provincial de Salud.

Acerca del período 1980-1995, pienso en las estrategias de trabajo más importantes que se llevaron a cabo.

En Cienfuegos, al igual que el resto de las provincias, la implementación del médico y la enfermera de la familia, que tuvo su prueba inicial en la barriada de Lawton, con 10 médicos, a quienes visitamos en dos ocasiones, con el ministro de Salud Pública, viceministros y directores provinciales en el año 1984. Nosotros en Cienfuegos, iniciamos el programa con personal nuestro en el año 1985, asignamos seis médicos: cuatro los situamos en la comunidad en el policlínico de Tulipán, aquí en Cienfuegos, uno en una fábrica de fertilizantes y otro en una cooperativa de pequeños agricultores.

Esto requirió desde la microlocalización, el lugar, la construcción del consultorio, la habilitación del consultorio y por supuesto, en una actividad nueva, el adiestramiento y la capacitación del personal que iba a

trabajar en cada lugar. Esta fue una tarea que se mantuvo siempre con un control sistemático y que estableció desde su inicio los indicadores y los parámetros para el programa.

El desarrollo de las especialidades médicas. Todos conocemos que el Comandante en un momento determinado, decidió enviar profesionales destacados de distintas especialidades a distintos países para obtener información acerca del nivel de profesionalidad de los recursos humanos, acerca del equipamiento utilizado y otros. Muchos de los conocimientos que se adquirieron y las experiencias que se obtuvieron, se fueron aplicando paulatinamente en el país, en la medida de las posibilidades. Cienfuegos recibió beneficios que redundaron en la mejoría de la atención a la población.

En este período se creó el destacamento de ciencias médicas "Carlos J. Finlay". Fue una actividad altamente priorizada, dirigida por el Comandante en Fidel Castro, que conllevó a la construcción de un grupo importante de facultades de medicina en provincias que no la tenían y Cienfuegos fue una de ellas. Inaugura su facultad de medicina en 1982 en este mismo local que estamos y conllevó, por supuesto un movimiento de captación de personal y su control sistemático en todos los preuniversitarios, con un apoyo permanente del PCC.

La incorporación de un grupo de profesionales de la salud en la actividad de la docencia, en actividades muy concretas, sobre todo en asignaturas básicas como: Embriología, Histología, Anatomía, fue otra tarea importante, independientemente del apoyo de otras provincias para iniciar la docencia en Cienfuegos.

El desarrollo de la docencia médica media y superior, coincidió con la construcción de la facultad y con la del politécnico de la salud. Todos conocemos que el primer politécnico que se inauguró fue el "Octavio de la Concepción y de la Pedraja" en Camagüey e inmediatamente después se inauguró el nuestro, que favoreció el desarrollo de la docencia médica media. A posteriori, se inaugura el hospital "Gustavo Aldereguía Lima". Teníamos ya el politécnico, la facultad y el hospital, lo que favoreció el desarrollo y la calidad de la prestación de la docencia en la provincia de Cienfuegos, independientemente de las dificultades que pudieran existir.

Hay un elemento importante que no está enmarcado entre el 85 y el 95, pero que dio lugar a que la especialidad de higiene y epidemiología

se desarrollara, que fue la epidemia de dengue en 1981. Efectivamente, en ese momento, sobre todo los recursos humanos y materiales, eran deficitarios, como bien se dijo públicamente por el propio de la Revolución y de inmediato el MINSAP organizó los recursos humanos y materiales para la creación de las unidades de higiene y epidemiología en cada municipio, la capacitación de ese personal, previo ingreso y captación del personal a lo largo y ancho del país. Por eso decimos que en la estrategia de trabajo en la provincia de Cienfuegos, al igual que en el resto de las provincias, la actividad de higiene y epidemiología tuvo la prioridad que requirió, con el antecedente de la epidemia de 1981 con los 158 fallecidos.

Entre los principales logros de la provincia Cienfuegos en el período 1985-1995, está el crecimiento y desarrollo de los recursos humanos; esta era una región, que en el año 1969 era (de Las Villas), años después tenía 146 médicos y en el año 1977, cuando regresé de director de la provincia, tenía 345. Es precisamente, en este período, a partir de la inauguración del hospital y por supuesto, de la facultad de ciencias médicas, que empieza a incrementarse el personal, hasta nuestros días con un crecimiento sistemático de profesionales, no solo de médicos, sino estomatólogos, de enfermería y otros y se introducen dentro del desarrollo de la docencia, la licenciatura en enfermería, de laboratorio, entre otras.

Otro logro fue la reducción progresiva de la mortalidad infantil y me detengo aquí. En el año 1988, el país terminó con 11 de tasa de mortalidad infantil y ese mismo año, Cienfuegos termina con 8,2; fue la primera provincia, no es chovinismo, la primera provincia con menos de 10 en la tasa de mortalidad infantil. A partir de ahí, durante tres años, fue la provincia de más baja tasa de mortalidad infantil. En la actualidad conserva esa condición, ahora mismo terminó dentro de las tres primeras en el año 2018, logro mantenido y sistemático, dado fundamentalmente por los recursos humanos y materiales en pediatría y ginecoobstetricia, independientemente de otras especialidades que participan directamente y en el control mantenido y sistemático que ha existido en este campo. Así que la reducción progresiva de la mortalidad infantil es uno de los principales logros, que mantenemos en la provincia.

La mayor cobertura y accesibilidad a los servicios, fue dado fundamentalmente por el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, un

médico por 650 habitantes, o 120 familias, favoreció tanto el área urbana, como el área rural; no solo en Cienfuegos, sino a lo largo y ancho del país, se cumplimentó y permitió incrementar la accesibilidad en la atención primaria en salud.

En este período de 1985 al 1995 el mayor desarrollo se obtiene en la atención hospitalaria. Cienfuegos era una provincia, como bien se dice, que tiene cabeza y no extremidades porque no tenía hospitales en los municipios.

La ciudad Cienfuegos no tenía hospitales como Santa Clara, que tiene en Placetas, en Sagua la Grande; Santi Spíritus tiene en Trinidad y en Yaguajay; Ciego de Ávila tiene en Ciego y Morón; Camagüey tiene en Camagüey, Nuevitas, Santa Cruz del Sur; Guáimaro o en Las Tunas, tiene hospital en Las Tunas y en Puerto Padre; Granma tiene hospital en Bayamo, en Manzanillo el Celia Sánchez y Pilón, o en Guantánamo, que no tiene muchos pero tiene uno en Guantánamo y uno en Baracoa y Santiago de Cuba, independientemente de que posee un número importante de hospitales en la ciudad cabecera mantiene hospitales en Palma Soriano y en Contramaestre. Cienfuegos, reitero, no tenía hospitales en los municipios.

Ahí está la prioridad que se le dio a Cienfuegos en este período, primero, la inauguración del hospital clinicoquirúrgico, que fue el primero que se inauguró de los 12 hospitales planeados por la dirección del país. Esto permitió que el local que tenía ese hospital se remodelara completamente y se estableció un hospital materno, que no tenía Cienfuegos; donde está la dirección de ETECSA actualmente, era el hospital materno que conocimos. Diego Cobelo hizo muchas cesáreas allí, operó mucho allí, anteriormente había sido el hospital de emergencias, yo no lo conocí como tal, antes de la Revolución. Poco tiempo después de la Revolución, Cienfuegos dispuso de hospital materno, uno de los logros más grandes que ha tenido esta provincia en relación con la atención hospitalaria.

No había hospital pediátrico en Cienfuegos, no lo había y en una visita de Machado, ministro de Salud Pública, a un hogar de ancianos, donde está el pediátrico actualmente, el pueblo lo estaba esperando y le planteó que hacía falta tomar ese edificio para pediátrico y esa misma tarde el Comandante Machado decidió enviar a los ancianos para los hogares de Remedios, Caibarién y Santa Clara. No era muy grande ese hogar de

ancianos, se convirtió en pediátrico, pero un pediátrico de 146 camas, no había otra especialidad, nada más que pediatría, no había unidad quirúrgica. Mejoró la situación, porque lo que tenía antes eran dos salas de pediatría en el materno.

Después del dengue en el 81, se autoriza por el Comandante en hacer salas de terapia intensiva, 26 salas si la memoria no me falla en todo el país; Cienfuegos decidió, no solo hacer la sala de terapia intensiva, al igual que otras provincias, porque Fidel dio esa posibilidad, que las provincias pidieran e hicieran los planes de lo que tenían necesidad de hacer, o que hicieran como Santa Clara, un edificio de cuatro plantas, donde puso la terapia intermedia, la terapia intensiva, sé esto porque viví en Santa Clara por aquella época y conozco Santa Clara; Camagüey tuvo un centro, policlínico de especialidades grande. Cienfuegos lo que hizo fue un hospital, prácticamente nuevo con toda la actividad quirúrgica y transformó hasta el día de hoy la atención pediátrica de la provincia. Eso no le cabe dudas a nadie que ha sido un logro evidente de la Revolución a través de la salud pública en Cienfuegos, en el año 87, concretamente se inauguró el pediátrico, que fue una de las contribuciones en la disminución de la tasa de mortalidad infantil.

Otro elemento, la formación y graduación de los primeros especialistas en medicina general integral. Fidel, recuerdo que la primera vez que habló de esto, lo hizo en el Teatro Alcázar en la Avenida La Caridad, en la ciudad de Camagüey, en la clausura de un Congreso Nacional del Sindicato de la Salud, estábamos todos los directores provinciales invitados allí, alojados en el hotel Camagüey, nunca se me olvida y Fidel anunció por primera vez la especialidad de medicina general integral. Entonces, esa especialidad es de él, que precisamente en estos momentos se va al rescate de muchas cuestiones de esa especialidad, porque había dejado la residencia en 18 meses, ya vuelve la residencia a los tres años. Todas las mismas atribuciones, las mismas indicaciones, las mismas concepciones, con la cual se había formado. Esto nosotros también lo consideramos uno de los elementos de los logros de nuestra provincia.

Algo más que queríamos señalar sobre otros aspectos relevantes o anécdotas, señalé ya el haber sido la primera provincia en el país que disminuyó la mortalidad infantil por debajo de 10, a 8,2 en 1988. La visita en seis ocasiones de Fidel Castro al hospital de Cienfuegos.

Tuvimos recientemente la oportunidad de ver un listado de las veces que visitó Cienfuegos, 68 oficialmente. Porque él venía a Cienfuegos en otras ocasiones, pero no era de forma oficial. De estos 68, seis fueron para el hospital provincial de Cienfuegos. ¿En qué momentos fue eso? Durante la construcción del hospital fueron cuatro. Vino primero con Agostino Netto, recorrieron el hospital, la parte constructiva, mucha arena, mucho polvo, mucho azulejo. Con Sadam Houseim, ahí están las fotos, presidente de Iraq, vino también el día que inauguró la primera unidad Japonesa en la termoeléctrica y de allí vino para acá, para el hospital, acompañado de Arnaldo Milian, Humberto Miguel Fernández, entre otros. Vino en otra ocasión a otra cuestión parece, –en estas cuatro que he mencionado no hubo acto ni nada, él vino, hasta manejando en una ocasión– con Ramiro Valdés, Armando Hart, Carlos Rafael Rodríguez, Milian, Humberto Miguel –que iba a ser director del hospital o fue– y nosotros, tuvimos la oportunidad de estar allí en el hospital. La quinta ocasión, fue cuando inauguró el hospital el 23 de marzo de 1979, había un evento de los países no alineados y los trajo invitados para la inauguración. Veinticinco años después vino y habló aquí en un acto, ya oficial, 25 años después en este hospital. Este es un elemento relevante.

En este período todavía había hospitales que no habían concluido su construcción. Creo que hay uno, el de Matanzas que era el más atrasado. El MINSAP nos pidió que diéramos ayuda a los hospitales en construcción. Nos trasladamos hacia Las Tunas, al hospital Ernesto Ché Guevara, el segundo que se inauguró y estuvimos 15 o 20 días brindando asesoramiento y otras cuestiones. Venían de los hospitales en construcción a recoger las experiencias de aquí, del montaje de los equipos y otros, había una interrelación indicada por el MINSAP, fue una dinámica de trabajo que se estableció en ese período, desde el 85 al 89 más o menos, porque ya prácticamente en esa fecha estaban casi todos los hospitales terminados.

Los logros mencionados de conjunto con la consolidación de la docencia médica superior y la docencia médica media –no hubo interrupción de carrera, no hubo interrupción o suspensión de asignaturas– son los elementos fundamentales a considerar en el desarrollo de la provincia Cienfuegos en el terreno de la salud pública.

– **El Dr. Teja plantea que efectivamente ha hecho un buen recuento, quizás alguna otra anécdota sobre el Comandante.**

La visita de Fidel, Dr. Teja, ya le digo, él venía, le gustaba venir al hospital, se sentía bien, él lo dijo, venía acompañado con el Dr. Selman, venía acompañado con Chomi (Dr. Miyar Barrueco). Ahí, preguntaba mucho del hospital y hablaba y decía muchas de las cuestiones que debía tomar el hospital en consideración; lo más mínimo. Por ejemplo, el miró al director y dijo: “¿quién va a ser el director del hospital?”. Humberto Miguel lo señaló y le preguntó: “¿de dónde tú eres?”, él respondió: “de Caibarién, “y usted”, “yo soy el director provincial” “¿de dónde tú eres”, le dije: “de Sagua, se dirige a Humberto Miguel y le dice:

Humberto, la gente del norte te invadió el sur. ¿Cómo van a organizar ustedes la visita al hospital?, no vayan a cometer el error, no vayan a cometer el error de hacerlo como en La Habana, que tiene la visita a los hospitales a las seis de la tarde, pero en La Habana, todo el mundo vive en La Habana y aquí viven muy pocos en Cienfuegos y todo el mundo vive en el campo y después de las seis de la tarde no hay un transporte para el campo; así que la visita la mantienen como hacen los hospitales, a la una de la tarde, a las dos de la tarde.

Otro ejemplo. Decía “¿Qué piso es este?, ¿cuál es el piso este?”. Quinto piso Comandante, le respondí yo. “¿Qué sala es?” dijo: Bueno Comandante ahora es una sala, no se ha decidido si se va a por 1A, 2A; o 1,2,3,4,5 le dije. “Está bien, no hay problema” y preguntó “¿El mosquito llega aquí arriba? ”, ¡mira que pregunta! “Pero yo no hablo del mosquito”, dijo, “es porque tienen que estar claros del más mínimo detalle tienen que tenerlo presente; y vamos a ver las camas, Chomi ¿qué tú crees de las camas estas? –se acostó en la cama– y dice: “Selman, ¿no está muy dura la cama?, acuéstate tú para que veas si está dura”, “No, Comandante, no está dura”, respondió Selman. “¿Entonces el paciente se va a sentir bien?”, “sí, está bien”, respondió Selman. “¿Tú dices que no hay problema?, entonces no hay problemas”.

Lo otro es, dice “Chomi, ¿le han tirado fotografías a todos estos lugares, cuando pasamos por el cuerpo de guardia, por aquí?, sí Jefe” respondía Chomi. Entonces estaba contento.

¡Ah! la cama, dijo: “Bueno, vamos a hacer una cama, vamos a construir una cama. Uds. saben que este hospital, Dorticós que era cienfueguero y era presidente y director de la Junta dio tres millones de dólares, para comprar el equipamiento y mobiliario de este hospital...”, esto lo dijo hablando con nosotros allí; “por eso este hospital tiene todo ya, un privilegio, las camas se compraron en Holanda y las mesitas al lado de las camas en Holanda, en una fábrica que quebró”, pregunto ¿quebró?, bueno, yo mantengo la cosa vieja mía de que Fulano quebró. “Vamos a fusilar una cama de esas. Humberto encárgate de eso”. No había llegado, no sé a dónde y ya estaban aquí todos los innovadores detrás de nosotros buscando como hacerlo y se armó una cama, que por cierto, una pata quedó así (mal) y Fidel regresó en una visita y le pusimos las seis camas en un cubículo de seis, pusimos cinco camas originales y la que se hizo y él demoró en identificar la cama, pero al final la identificó por la pata de la cama y dijo “esa fue la que hicieron Uds. aquí, porque ¡miren esa pata!”. Después dijo que había que ver si era más económico hacerlo en Cuba. Hasta ahí, se inauguró el hospital.

Otra de las cuestiones fue, cuando el vino a inaugurar el hospital. El hospital lo microlocalizó el Primer Secretario del Partido de la Provincia. Entonces él le dijo a Humberto: “Humberto, tu microlocalizaste el hospital yo voy a localizar la facultad de ciencias médicas, haz la facultad aquí, al lado; para que los estudiantes estén al lado del hospital, no tengan que ir a ningún lugar. Le dices al pueblo que la microlocalización fue mía”, ¡pero contento!

Aparte de eso, él venía a Cienfuegos muy frecuentemente, inauguró muchas obras en Cienfuegos, muchos centros. Él se sentía bien aquí. Yo no soy cienfueguero, no hay problemas de chovinismo, quizás si Espinosa hubiera hablado sí, porque Espinosa es un cienfueguero de esos que come Cienfuegos, como digo yo.

Entonces, él dijo, lo dijo en el discurso: “Cienfuegos tiene un hospital para los cienfuegueros, el personal tiene que dar un trato, como si fuera a su papá, a su mamá”, él termina el discurso diciendo eso.

Esas son las cuestiones que tengo que decir.



Francisco Pedro Llerena Fernández †

Director Provincial de Salud de Ciudad
de La Habana

...y tuve el honor de comenzar con la introducción del plan del médico de familia en Cuba en la barriada de Lawton con los 10 primeros médicos... Posteriormente como Viceministro de Salud Pública atendía

las inversiones y el mantenimiento de las unidades de salud en el país, era una labor muy intensa...porque se inauguraban nuevas unidades como hospitales, bancos de sangre y otras instituciones de salud.

Durante el período de 1980 1995 ocupé distintos cargos en el MINSAP y tuve el honor de comenzar con la introducción del plan del médico de familia en Cuba con los 10 primeros médicos que el Comandante en entregó a la salud pública cubana. Ahí hicimos un trabajo en equipo, buscamos información y el equipo tenía mucha relación con el MINSAP en aquel momento, era una orientación del Comandante en Jefe. esa tarea se realizó en la barriada de Lawton.

En primer lugar, se buscaron los locales, hay una anécdota muy interesante. Una madre que había perdido a su hija poco tiempo antes, donó su habitación que estaba al lado de la casa en reciprocidad a la labor médica, a pesar del fallecimiento de la muchacha, y ahí pusimos un médico de familia.

Fueron 10 médicos de familia, con los que se trabajó arduamente y que, como mínimo una vez al mes, el Comandante los visitaba o teníamos alguna reunión con él en el Consejo de Estado.

Recuerdo momentos interesantes en el trabajo. Creamos un equipo multidisciplinario, éramos alrededor de 20 compañeros trabajando en toda la organización y diseño de la labor. ¿Por qué se seleccionó Lawton? Porque reunía las condiciones que podía tener cualquier lugar del país. Así se comenzó y se desarrolló.

Después pasamos a la formación de los especialistas en MGI (medicina general integral), que se hicieron en el policlínico “Plaza”, se propusieron 10 jóvenes para formarlos como especialistas. Eso fue un trabajo muy bonito.

Posteriormente, paso a ocupar el cargo de viceministro de Salud Pública para el desarrollo de la salud pública, en cuya responsabilidad debía atender las inversiones y el mantenimiento de las unidades de salud en el país, era una labor muy intensa en aquel momento. Lo mismo amanecía en Guantánamo que al otro día en la mañana estaba en Pinar del Río; porque se inauguraban nuevas unidades en el país como hospitales, bancos de sangre y otras instituciones de salud.

Fue una tremenda responsabilidad, porque en ese momento, no recuerdo si mensual o cada dos meses, teníamos reunión con Fidel para analizar todo el desarrollo de la salud pública, en estos encuentros, el comandante nos pedía cuentas de cada una de las acciones que se realizaban. Ahí participaba el Dr. Julio Teja como ministro de Salud Pública. Teníamos que analizar con arquitectos, ingenieros, con expertos sobre los hospitales, policlínicos, consultorios de médicos de la familia, todo lo nuevo. Era muy importante para el país y el Comandante estaba a pie de obra en cada nuevo proyecto que se diseñaba y se ejecutaba, nos pedía opinión y nos consultaba.

Como ven, el gran desarrollo constructivo de esa época ocupó gran parte del tiempo. De mí era todo el tiempo, pero también del MINSAP, del viceministerio de Atención Médica, de Higiene y Epidemiología.

Todo era un control constante, en el que participaban los primeros secretarios de cada provincia, ellos eran los que presidían las reuniones que se hacían de las inversiones en cada provincia. Ese fue un desarrollo, yo diría, dirigido por la dirección del país y específicamente, por el compañero Fidel.

Desempeñé el cargo de viceministro hasta el año 88, que me enfermo y fui liberado de esa responsabilidad; a partir de mi recuperación, salgo al exterior con la tarea de atender a todos los pacientes que iban a la República de Checoslovaquia. Labor que realicé hasta el derrumbe del Campo Socialista.

A mi regreso fui nombrado decano de la facultad de Salud Pública y ahí permanecí por cinco años. Allí la tarea consistía en formar especialistas

en el campo de la salud pública a través de maestrías, cursos, diplomados. Terminamos en el 1995; en ese año a solicitud de la dirección del país, paso a dirigir el centro internacional de salud La Pradera.

Este es una síntesis breve del recorrido en estos años en los que el Comandante atendía directamente la salud pública, desde el ministro Sergio del Valle, con el ministro Julio Teja y después con el ministro Carlos Dotres. Siempre estaba atento a todo el desarrollo de la salud pública.

27 de septiembre de 2018



Pedro Más Bermejo

Director del Instituto de Higiene,
Epidemiología y Microbiología

...se hizo un fortalecimiento muy grande en los institutos de investigación y de los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología...había que trabajar en la epidemiología de las enfermedades no trasmisibles...En la epidemia de la neuropatía hubo que hacer todo tipo de investigaciones...descriptiva...explicativa, estudio de casos y controles...ensayos clínicos controlados...tocaba presentar en el grupo operativo, con la presencia del Comandante en Jefe, lo que se iba a hacer, a partir de ese momento, con la investigación epidemiológica...empiezo mi exposición, el Comandante pregunta: ¿y ese nombre?...hizo una tremenda crítica...fue una escuela, por eso hay que tener en cuenta todos los análisis para lograr un pensamiento epidemiológico integral.

En el período analizado, el Sistema Nacional de Salud enfrentó unas condiciones muy complicadas durante el período especial, esto conllevaba que había que atender muchas situaciones epidemiológicas a nivel local. Controles de foco de dengue, controles de focos de algunas enfermedades infecciones, algunos brotes de fiebre tifoidea; es decir, que el trabajo epidemiológico en aquella época, fue muy complejo e interesante, porque había que trabajar en distintos contextos y dentro de cada una de las provincias.

Hablando ya en la panorámica nacional, lo que puedo destacar en mi opinión personal en ese período, es que se hizo un fortalecimiento muy grande en los institutos de investigación y de los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología.

En el caso de los institutos de investigación, en el año 1991, se inauguró la sede actual del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, con todas las condiciones, con todas las instalaciones que requería una institución como esa; se fortaleció el trabajo del Instituto Nacional de Salud del Trabajador, que en aquella época se llamaba Instituto Nacional

de Medicina del Trabajo, donde se hizo mucho énfasis en la integración de la actividad de medicina laboral dentro del sistema de salud de conjunto con el Comité Estatal de Seguridad Social.

Esa fortaleza, hizo que también ese desarrollo llegara a los centros provinciales de higiene y epidemiología, donde se descentralizó la actividad docente de la residencia de higiene y de epidemiología, que en aquel momento estaban separadas; también se empezó a crear un ambiente científico, un ambiente de investigación en esas instituciones, porque ya al tener la residencia, aunque era una residencia fundamentalmente en el servicio, también había la necesidad de hacer investigaciones formales como parte del trabajo de tesis de los alumnos. Pero ese fortalecimiento llegó también al equipamiento de los laboratorios, donde algunos fueron reequipados y otros equipados con nuevas tecnologías para el diagnóstico de problemas nutricionales, problemas epidemiológicos, también para detección de riesgos químicos en la actividad de medicina laboral.

La actividad anterior fue llevando a la creación y el desarrollo de los centros municipales de higiene y epidemiología y de las unidades municipales. La diferencia entre el centro municipal y la unidad municipal, es que el centro tenía laboratorios y la unidad municipal no los tenía. Así, esos centros que en un momento inicial no tenían sus propias instituciones, fueron creándose paulatinamente en el país; primero hubo uno en Caibarién, después otro en Yaguajay, otro en Trinidad y así fueron fomentándose esos centros en muchas partes del país. que se mantienen hasta la actualidad.

Por otro lado, volviendo a la actividad nacional, en aquel momento, habíamos salido de una epidemia grande de dengue, en el año 1981 y durante varios años se trabajó en la erradicación del mosquito Aedes y a la vez, hubo otras situaciones epidemiológicas. Se apreciaba un ascenso de la mortalidad por las enfermedades no transmisibles, que llegaron a ser muy importantes, estaban por debajo del 1 % de todas las causas de muerte; lo que daba una visión de que había que trabajar en la epidemiología de estas enfermedades. Así, se creó en el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, el Departamento de Epidemiología, que tenía otras funciones en momentos anteriores, se dedicó a trabajar en el control y la prevención de las enfermedades no transmisibles.

Al mismo tiempo, se estaba fomentando ya el sistema de atención primaria; es decir, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, por lo que también en ese contexto, se hicieron talleres muy importantes sobre la epidemiología en la atención primaria de salud y en ese trabajo de las enfermedades no transmisibles se logró hacer un vínculo con todos los compañeros que hacían epidemiología y que estaban en el tercer nivel; es decir, en los institutos de investigación, se fue creando un núcleo de trabajo de desarrollo integral e integrado, que hizo que ese enfrentamiento a las enfermedades no transmisibles, tuviera una gestión en todas las áreas del MINSAP, pero además, en todos los institutos especializados que tenían constituido un grupo de epidemiología.

Eso llevó a un desarrollo importante en el marco de las enfermedades no transmisibles, se hicieron muchas acciones que venían también con una visión no solo de trabajarlas desde el sector de la salud, sino de trabajarlas con otros sectores; sobre todo los relativos a la alimentación para la disminución de la obesidad; el ejercicio físico con el INDER y otras cosas, que hacían que a la vez que había una integración dentro del sector, se lograba una integración fuera del sector de la salud en algunos de los aspectos mencionados.

Este desarrollo fue determinante en la prevención de las enfermedades no transmisibles, lo que llevó a que el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, que actualmente se llama ProSalud, tuviera un papel protagónico en el control de estas enfermedades; tanto en los medios de prensa y en su divulgación, por la radio, por la televisión, como en programas específicos: sobre el control del peso corporal, sobre la importancia de eliminar el tabaco como un hábito tóxico y muchos aspectos más que tenían que ver con las enfermedades no transmisibles.

Ese fue un gran hito, que hasta los días de hoy se mantiene, a pesar que la situación epidemiológica ha cambiado, pero la situación de las enfermedades no transmisibles, sigue siendo un problema fundamental en el Sistema Nacional de Salud.

Otra cuestión, que hay que destacar en este período dentro del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, fue el desarrollo de la salud ambiental, que ya existía y también las complejas situaciones medioambientales en aquellos años, en que tienen que recordar que fue la Convención de Cambio Climático y a ella asistió una delegación cubana muy importante.

La complejidad de esto, hizo que el impulso dado a los laboratorios sanitarios tuviera una importancia muy grande en el sistema de salud y comenzó por el Instituto y sus laboratorios sanitarios que, a la vez, servían de referencia para el país, para que dentro de lo que era posible y de los recursos que hubiera, se fuera descentralizando esa situación.

A la vez, ya existía el antecedente, muy importante de la ingeniería sanitaria, pero esta especialidad tenía un protagonismo muy bajo, aun cuando había ingenieros brillantes; recuerdo a Carlos Martínez, a Caparó, a Radelá, que eran conocidos, no solo nacionalmente, sino internacionalmente, que ayudaban mucho, pero al complejizarse eso en el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, el Dr. Terry decidió, propuso y se aprobó, que se creara un grupo de ingeniería sanitaria.

Se empezó a fomentar una base, se comenzó con tres compañeros, se buscaron personas jóvenes que fueran también destacadas, para que se formaran tanto nacional como internacionalmente y se logró que ese núcleo fuera la base, para que en Cuba se creara una Sección de la Asociación Cubana de la Ingeniería Sanitaria y que todavía en el día de hoy, se está rescatando para darle una mayor vigencia a esa asociación tan importante en esos momentos.

Por otro lado, se estimuló en el Instituto la creación de proyectos internacionales, pues también en estas cuestiones de desarrollo, el MINSAP tenía muchas prioridades en otras áreas y en la propia área de higiene y epidemiología, pero por la situación financiera que había, no se podía abordar todo, a financiar todo y entonces se promovió la movilización de recursos internacionales, a lo que se le dedicó un buen tiempo.

Con las relaciones que había con la Unión Europea y el Programa IMCO de investigaciones, se hicieron tres proyectos con Canadá; todos esos proyectos fueron generando, no solo movilización de recursos materiales, sino la preparación de investigadores, investigadores jóvenes, en distintos momentos, en países desarrollados como Canadá, Manitoba, Winnipeg. Se hicieron también relaciones en Europa, se hizo un convenio con el Gobierno Belga, donde a través del Instituto de Medicina Tropical de Amberes se logró integrar muchos elementos en la epidemiología, sobre todo en cuanto al desarrollo de la epidemiología en el servicio.

Todo esto llevaba a que la actividad investigativa del instituto tuviera una gran vigencia, tuvo un proceso de formación muy importante, también la actividad de higiene y epidemiología en el país, tenía como soporte al Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, como decía anteriormente, pero existía el Instituto de Medicina Tropical, con el que se compartía trabajos de investigación.

Recordemos que por aquellos años comenzó la epidemia de VIH/sida, no me voy a extender en esto, pues ya el Dr. Terry trató este tema, pero que las medidas que implementó Cuba para el aislamiento de los casos, se tomara como un arma contra el país, eso hubo que defenderlo en muchos campos. Entonces, el Instituto de Medicina Tropical, entre otras cosas que tenía que atender, prioriza la atención al Programa de VIH/sida y la investigación relacionada con el aislamiento que estaba vinculada al sanatorio de ese instituto, de manera que tuvo una fortaleza muy grande en el desarrollo de la investigación y en el trabajo en el servicio relacionado con el VIH.

Eso ayudó mucho a la implementación de nuevas técnicas y nuevas tecnologías en el Instituto de Medicina Tropical sin desatender sus funciones habituales en el control de las enfermedades transmisibles, las llamadas desatendidas, han seguido siendo un problema en el mundo y Cuba no está aislada del mundo, sino que estas enfermedades constituyen un problema para el país.

Otra cosa a la que me voy a referir ahora, que fue un hito desde mi punto de vista para el país, fue la epidemia de neuropatía, que ocurrió en el año 1992. Una epidemia en un momento muy complicado de la historia de Cuba, tanto de la historia de Cuba como país, como del desarrollo del Sistema Nacional de Salud, del golpe que significaba esa epidemia, en un momento donde el producto interno bruto (PIB), había caído en 35 % y habían situaciones complicadas desde el punto de vista nutricional, desde el punto de vista de los hábitos tóxicos, que hizo que la epidemia en un período corto aumentara el número de casos, que llegó finalmente a más de 50 000 casos.

Esta epidemia se abordó con una certeza grande, con los recursos del país, pero bajo la dirección del Comandante en Jefe desde las reuniones del grupo operativo, que eran con una frecuencia diaria, otras, dos veces por semana, después semanal. Él siempre estaba al tanto de

cuál era la última información que había en el mundo sobre esto, quienes eran las personas que más sabían en el mundo sobre la neuropatía, adonde había que mandar a preparar a compañeros para enfrentar este problema. Estas cuestiones llevaron a que afrontáramos la epidemia de una forma muy integrada. Se decidió solicitar ayuda internacional y hubo una respuesta inmediata de la OMS, de expertos de muchos países, que vinieron a compartir experiencias de epidemias anteriores.

En realidad, creo que fue muy dura la epidemia, muy dura, porque había una complejidad grande, la complejidad va desde la propia situación que había en Cuba, desde la situación política que trataron de esgrimir en el mundo los que siempre están detrás de los problemas que tenemos nosotros y así se fue trabajando esa epidemia, con una integralidad de todo el sector científico, de todas las unidades científicas de Cuba, del polo científico, en aquel momento y por supuesto, con un componente de epidemiología, como el comando de por dónde iban las cosas, donde estaban los problemas, identificar las provincias con más riesgos, como cambió de una forma óptica a una forma periférica; todas esas cosas fueron un gran reto para el sistema de salud, un gran reto para el área de higiene y epidemiología y un gran reto para la sociedad en su conjunto.

Finalmente, esa epidemia se combatió con los recursos propios del país, se decidió darle a la población cubana vitaminas, creadas sobre los déficits más importantes que se consideraba que había que dar a la población cubana y eso hizo que la epidemia se abortara en muy poco tiempo.

También ahí hay que señalar el trabajo que se hizo por organismos internacionales como mencioné anteriormente, pero también por organismos internacionales radicados en Cuba, aquí no podemos olvidar nunca la presencia del Dr. Miguel Márquez, que era el representante de la OPS en Cuba, como él tuvo la visión de buscar recursos, donde podían encontrarse y de movilizar expertos, de cualquier parte del mundo, donde quiera que estuvieran y traerlos al país. Así llegaron a venir aquí, entre ellos, recibimos al Dr. Carleton Gajdusek, Premio Nobel de Medicina en 1976.

Para llegar a un diagnóstico nos costó un poco de tiempo, pero la integralidad del trabajo bajo la dirección del Comandante, creo que nos llevó a que pudiéramos tener una respuesta para solucionar la epidemia en un breve tiempo, como mencioné anteriormente.

También aquí el sistema de salud hizo mucho esfuerzo después, por la capacitación en epidemiología en todo el país, en los institutos de investigación que son el tercer nivel, pero que se llevó la capacitación a todo el país. Se creó un sistema de trabajo, con preparación dentro de Cuba, con lo que teníamos en Cuba; pero muchos compañeros fuimos designados a estudiar en universidades europeas y de países desarrollados de Estados Unidos, de Canadá y otros.

De esa manera pudimos también traer experiencias para el país. Aunque ya desde antes se venía fomentando, porque aquí hay que hablar de muchos epidemiólogos ilustres, no voy a decir los nombres, porque puedo omitir algunos, que ya venían constituyendo la Escuela de la Epidemiología Cubana, pero en ese período, eso se aceleró, primero por la situación epidemiológica del país, y segundo, porque esta capacitación, que cuando uno se forma en otro país, ocurre que adquiere nuevos conocimientos y eso después hay que tropicalizarlo, adaptarlo a la situación nacional y llegar a una conclusión.

Eso fue un gran resultado, se logró la capacitación en un breve tiempo, si lo ve uno relativamente, pero sí, llegamos a una gran respuesta en muchas cosas que todavía teníamos que mejorar, pero que en aquel momento tuvimos una preparación que fue importante, muy importante.

Ya terminando, me dicen de hablar de algunas anécdotas, no voy a hablar de muchas, pero sí voy a hablar de una muy importante, relacionada con la epidemia de neuropatía. En aquel momento, dentro del grupo operativo nacional, me desempeñaba como la persona que coordinaba la investigación epidemiológica y había que presentar dentro del grupo los avances de cada una de las investigaciones y para qué servía en un momento determinado, esa información tributaba a como se iban dando pasos y resolviendo todas las cosas.

En esta epidemia hubo que hacer todo tipo de investigaciones. Hubo que hacer investigación descriptiva, hubo que hacer investigación explicativa: estudio de casos y controles, hubo que hacer ensayos clínicos controlados para los tratamientos de los enfermos y a veces llegamos a tener 12 ensayos clínicos en distintos escenarios, para evaluar cuál era el mejor tratamiento para los casos.

En una de las reuniones, tocaba presentar en el grupo operativo, con la presencia del Comandante en Jefe, lo que se iba a hacer, a partir de ese

momento, con la investigación epidemiológica. Ese mismo día, coincidió que tuvimos una reunión en el hospital Hermanos Ameijeiras, con especialistas oftalmólogos, neurólogos, clínicos, epidemiólogos, fisiólogos, es decir, muchas especialidades, con la participación de algunos expertos internacionales, para determinar cuál iba a ser el enfrentamiento futuro de la epidemia, pero también, ahí en esa discusión que duró un día completo, se propuso cambiar el nombre de la epidemia que finalmente quedó como: neuro-mielo-neuropatía cubana. Era así el nombre que proponíamos y yo estaba en esa reunión, pero mi presentación tenía que ver, en realidad, con la estrategia de la investigación epidemiológica. El Dr. Abelardo Ramírez, que además de ser viceministro Primero, se desempeñaba en aquellos momentos como viceministro de Salud Pública, tenía que presentar el cambio de nombre o el resultado de la reunión esta que mencioné que se dio en el Ameijeiras. Entonces, se me ocurrió en mis láminas, en mis diapositivas, en lugar de poner: Neuropatía epidémica cubana como era el nombre que utilizamos desde el principio, poner ya el nombre que mencioné anteriormente y me tocó exponer primero.

Cuando empiezo la exposición, el Comandante pregunta: “¿y ese nombre?”, le digo: No Comandante, ese es el nombre que se discutió, es una propuesta de un grupo de expertos. Se paró y dijo: “Chico ven acá, ¿ustedes están locos?, como a estas alturas, que ya tenemos más de 20 000 casos, nosotros vamos a cambiar el nombre de esa epidemia, eso es una cosa ilógica”, ahí hizo una tremenda crítica, yo me senté y después me dijo, “bueno está bien, presenta ya, lo que vas a presentar”, y lo hice pero pueden imaginarse como uno expone después de eso.

A continuación le tocaba a Abelardo, que aquí también hay que recordar la genialidad de Abelardo. Le tocaba presentar lo relacionado con la reunión, que era coherente con la clínica y con el nuevo nombre de la epidemia y Abelardo se paró y dijo; “No, yo iba a presentar eso, pero usted tiene razón, nosotros estamos locos”.

Eso, es una anécdota, pero en realidad para mí fue una escuela, porque cuando uno analiza todas esas cosas, a veces uno como técnico hace análisis, pero como político es otra cosa, por eso hay que tener en cuenta todos los elementos para lograr un pensamiento epidemiológico integral.

A partir de ahí, la participación en esta epidemia significó mucho, después he tenido muchas oportunidades de estudiar en distintos lugares, pero eso para mí fue una gran escuela en epidemiología, que nunca olvidaré porque aprendí muchísimo; desgraciadamente en una situación epidemiológica compleja, pero aprendí muchísimo en el transcurso de esa epidemia.

25 febrero de 2019



Juan Navarro Salazar

Director Provincial de Salud de Camagüey

Una actividad que era la primera prioridad, fue el control al Programa de Atención Materno Infantil... se siguió el trabajo de la atención primaria de salud y los médicos de familia, contribuyeron a que la provincia fuera avanzando en los resultados de la mortalidad infantil y materna... a raíz de la epidemia de dengue, el fortalecimiento de

la actividad de higiene y epidemiología, con la creación de los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología... en el control de vectores, sobre todo en el control del mosquito *Aedes aegypti*.

En la Provincia Camagüey, la estrategia más importante del MINSAP fue el fortalecimiento, en aquel momento, de la atención primaria de salud, en el sentido del completamiento de los consultorios, del capital humano, sobre todo en aquella época hubo dificultades con los grupos básicos de trabajo (GBT), por lo que teníamos un despacho semanal con el Dr. Hating, que era el Rector de la facultad de medicina de Camagüey en aquel momento, fallecido ya, donde nosotros llevábamos el estado de los GBT, los medios que faltaban en los consultorios, la ubicación de los obstetras, pediatras y clínicos que llegaban. Esta era una tarea importante, que fue difícil por el propio trabajo y problemas en aquel momento de los especialistas relacionados con los hospitales, pero se logró el completamiento.

También se llevó a cabo, el mejoramiento de la atención médica en los hospitales, por ejemplo, se completó la terapia intensiva en el hospital Manuel Ascunce, se hizo la del hospital Amalia Simoni, que no tenía, la del pediátrico, que se hizo en 1981 cuando la situación del dengue estaba complicada, también se decidió todo un trabajo de formación de especialistas y completamiento en este hospital.

Una actividad que nunca se dejó, que era la primera prioridad, fue el Programa de Atención Materno Infantil. Eso también se siguió fuertemente y el propio trabajo de la atención primaria de salud y los médicos

de familia, contribuyeron a que la provincia fuera avanzando en los resultados de la mortalidad infantil y materna. Era una tarea diaria, de 24 horas: el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI).

Un trabajo sistemático también, en relación con la mortalidad del adulto, es decir, en los hospitales se mantenía el comité de fallecidos, todo el trabajo de anatomía patológica, las piezas frescas. Recordamos que a nivel provincial y nacional había un consejo médico auditor, que periódicamente iba a la provincia para revisar el trabajo de la mortalidad en el adulto. Eso fue un trabajo que se hizo y pienso que en aquella etapa hubo muchos resultados.

Hay una actividad importante que no se puede olvidar y que fue a raíz de la epidemia de dengue, el fortalecimiento de la actividad de higiene y epidemiología, con la creación de los centros provinciales y municipales de higiene y epidemiología. En Camagüey especialmente, recuerdo, que se logró instalar un laboratorio en la Circunvalación Sur para el cultivo del bacilo *Thuringiensis*, el Dr. Rafael Figueredo lideró esa actividad conjuntamente con el Dr. Vázquez, ambos fallecidos, eso resultó importante en aquel momento por su relación con el mosquito. Es decir, fue una actividad que ayudó mucho al trabajo.

– **Acota el Dr. Pedro Más que esa fue una provincia que estaba muy bien en las evaluaciones del *Aedes aegypti***

Sí, había un trabajo fuerte y creo que en este la creación de los centros de higiene y epidemiología fortaleció mucho todo el trabajo de esa especialidad a nivel municipal y en la provincia.

Hay una actividad importante que no se nos puede escapar, que es todo lo que se hizo relacionado con el complejo de los servicios con el viceministro Dr. Goicoechea también; que nos apoyó mucho en la provincia. En aquel momento la empresa de mantenimiento constructivo de la provincia de Camagüey pasó a salud pública y se creó el complejo de los servicios, que fue una actividad que fortaleció todo lo que era el aseguramiento en grupos electrógenos, transporte, calderas; eso también lo recordamos porque ese complejo de servicios de la salud llegó a ser reconocido en la actividad de logística como el centro más importante del país. Estaba cuando eso ahí, el compañero Adalberto, que está en Matanzas ahora, pero esa fue una actividad que ayudó mucho a la

salud pública en Camagüey y a tener todos los problemas de logística asegurados.

Ya hablé de la parte docente, recordamos las visitas periódicas que hacía el Dr. Jardines a Camagüey en todo lo relacionado con la formación de las especialidades, de todo el aseguramiento, repito, a los grupos básicos de trabajo.

– **El Dr. Pedro Más acota, que el Dr. Jardines era el viceministro de Docencia.**

Considero que los principales logros que tuvimos en este período en Camagüey fueron el fortalecimiento de la atención médica y la docencia, todo el desarrollo de la higiene y la epidemiología y de los servicios, es decir, a partir del aseguramiento que brindaba el complejo de la salud.

También ya hablé de los centros municipales de higiene y epidemiología, la construcción continua de todos los consultorios del médico de la familia, que era una actividad que se seguía semanalmente por el control del PCC y el gobierno, también la creación y puesta en marcha de la unidad de nefrología, en el hospital Manuel Ascunce, que coincidió en 1988, con el lamentable accidente que tuvimos de intoxicación por alcohol metílico.

Este problema sucedió en el centro de atención en Nuevitas y desde ahí en aviones, mandábamos los casos a dializarse al resto del país; es decir, se constituyó una flota de taxis aéreos que contribuyó a que la mortalidad de alrededor de 288 pacientes afectados fuera mínima. Eso fue un logro de la provincia y del MINSAP, pues el ministro Teja estuvo presente así como el Dr. Herrera que era el jefe de Nefrología y salimos adelante en esa tarea y se evitó que hubiera males mayores. Camagüey recibió un reconocimiento del Comandante en a través de la persona de Pepín Naranjo, por el trabajo realizado.

También se completaron como dije, las terapias intensivas de los hospitales Manuel Ascunce, Amalia Simoni y en el Martín Chang Puga. También en esa época hubo ampliación de todos los hospitales municipales, como parte del fortalecimiento de la salud pública y de su completamiento; es decir, completar todo el trabajo de reorganización que se hizo, con el ánimo de que los territorios resolvieran los principales problemas y que no hubieran tantas remisiones a los hospitales

provinciales, hablo de los municipios Florida, Santa Cruz, Guáimaro y Nuevitas que tenían una buena situación, pero de todas maneras se seguía de cerca el trabajo del hospital Martín Chang Puga.

Hay que resaltar aquí, en esta etapa, que hubo un seguimiento importante en todo lo que era la suspensión de consultas, era una estrategia en todo el país, pero lo que era en Camagüey no se permitía suspender ninguna consulta ni operaciones por falta de sangre; se hacía un trabajo sistemático de previsión; de tomar las medidas preventivas para que no hubiera que lamentar ninguna suspensión, ni nada que afectara el servicio a la población.

En la parte docente también, además de lo que dijimos, el fortalecimiento de los grupos, el funcionamiento de los grupos provinciales, el funcionamiento de las sociedades de las diferentes especialidades. Todo esto ayudó al desarrollo de la provincia. Teníamos un consejo asesor con las principales figuras científicas y asistenciales de la provincia, que nos asesoraban en todo este trabajo que modestamente se desarrolló en Camagüey.

Como aspecto relevante que ocurrió en esa época, hubo un brote importante de enfermedad meningocócica en la Escuela Vocacional de Camagüey, recordamos que los primeros casos que llegaron al hospital pediátrico, como de inicio no tenían nada, esos muchachos adolescentes se regresaban y regresaron de la casa, dos o tres con esa enfermedad y tomamos la medida de abrir la sala Maceo, que tenía 60 camas y se dio la orden de "ingresar a todo el mundo", lo cual en algún momento no fue aprobado por los profesores, pero logramos persuadirlos que era mejor que ingresaran y que no tuvieran que lamentar que alguien se fuera para la casa con peores consecuencias. Tengo una anécdota, que después me encontré aquí en la Habana, una señora, en el parque El Curita, que no se acordaba bien y me preguntó: "Ud. es Navarro?", le respondí que sí y me dijo: "la hija mía está viva por usted".

También en ese período, la creación de los sanatorios para enfermos de sida que ayudó mucho al control y a la detección temprana de la enfermedad. En Camagüey nos dio muchos resultados; había personas que no entendían el ingreso pero al final la familia se daba cuenta que el paciente tenía que estar ingresado, tenían atención, alimentación, todo, y no había ningún problema.

Bueno, ya hablé de la actividad de vectores. Eso es fundamentalmente las cosas que he recogido. Traté de conseguir algunas cifras estadísticas, pero realmente no pude hacerlo.

- **El Dr. Pedro Más señala que lo de vectores fue una actividad muy destacada. Llegaron a hacer un complejo de control de vectores en la Circunvalación Sur.**

Sí cuando eso, el Dr. Figueredo y ustedes nos visitaban mucho y con el Dr. Vázquez.

- **El Dr. Teja, añade que, aunque se estuvo hablando del trabajo en equipo que lograron con las autoridades del Partido y del Gobierno, también en la práctica fue un ejemplo.**

Pienso que es importante eso que dice Teja, porque en Camagüey, durante todo el tiempo hubo un apoyo continuo y diario. Recuerdo que Lázaro Vázquez (secretario del Partido en la provincia) llamaba todos los días a las 11 de la noche, para saber cuántos graves tenía en la maternidad y en el pediátrico. ¡Así era! Lázaro Vázquez daba reuniones en el hospital provincial del seguimiento de todas las obras de la salud pública. Hay que reconocerlo, porque era así. Exigía y controlaba el trabajo, se ocupaba del trabajo nuestro.

El equipo nuestro, a partir de ese ejemplo y de las indicaciones que daba el Dr. Teja como ministro, también controlabámos, al extremo, que es lo que el otro día hablábamos con Dr. Alfredo (viceministro) en las conclusiones de Matanzas, me preguntó si en la época nuestra había móviles. Le respondí: “no, no, no, allá en Camagüey no había móviles, ni en el país tampoco, allí lo que había era control de las personas y cuando usted llamaba a un cuadro, tenía que aparecer. Recuerdo que cuando yo llegaba al pediátrico a las 3:00 a.m. o al Manuel Ascunce y había un problema, mandaba a buscar a Adalberto, al administrador. O sea, que había control y seguimiento del trabajo y había amor al trabajo, que muchos todavía lo mantenemos, pero bueno, algunas cositas se han perdido, cada hombre es de su época; pero. ¡Esa época, era una época de combate, de amor al trabajo y de amor a la Revolución! Seguimos igual, pero se hacía así. Así lo hacía Teja así, recuerdo las reuniones con él.

- **El Dr. Teja, le pregunta si queda alguna otra cosa que no haya dicho. Añade, que en aquella época se destacaba la unión y el trabajo conjunto de las organizaciones políticas al lado de la salud, como correspondía a nuestra generación, donde se destacaba la dirección política. Esa es la voluntad política. Ud. forma parte de la voluntad política.**

10 de enero de 2019



Rafael Pérez Cristiá †

Comisión Nacional de Toxicología

La epidemia de la neuropatía fue una enseñanza para los científicos y médicos cubanos que participamos en ese proceso... como elemento negativo, también trajo un elemento positivo...fue la primera vez que se produce un intercambio tan abierto de la comunidad científica médica cubana, con la comunidad científica médica internacio-

nal...yo trabajé, tuve el privilegio de trabajar en Pinar del Río y organizar allí todo el sistema de evaluación y de investigación. Tuve la oportunidad de trabajar allí con especialistas del CDC de Atlanta, de Estados Unidos, que estaban allí con nosotros, viviendo en Pinar del Río, trabajando allí, recorriendo San Juan, San Luis y otros lugares de esa provincia.

El período 1980 a 1995 es un período trascendental para nuestro país. Ocurrieron durante esos años acontecimientos que marcaron la historia de la salud pública cubana. Voy a reflejar algunas de las experiencias que vivimos desde mi perspectiva y participación en ese período.

La primera experiencia, que para mí constituye un hecho relevante en esta etapa, es que al incorporarnos nosotros tras haber concluido el doctorado en toxicología en la República Socialista de Bulgaria en el año 1984, nos dimos a la tarea de desarrollar la toxicología como especialidad en Cuba. Empezamos todo un proceso de preparación, para hacer una propuesta, al entonces ministro de Salud Pública Dr. Julio Teja Pérez, donde se fundamentó la concepción de la necesidad de desarrollar de la toxicología en Cuba. Inmediatamente fueron aprobados por los Consejos de Dirección correspondientes y se dieron los primeros pasos con la creación de Comisión Nacional de Toxicología.

Cuál fue la función de la Comisión Nacional de Toxicología, fue precisamente, elaborar una propuesta de conjunto con los más experimentados en este tema en Cuba, que permitiera dos objetivos:

1. Crear un Centro Nacional de Toxicología, que pudiera ofrecer los servicios de información toxicológica a la población. Muy importante, crear

consejos toxicológicos para la atención de pacientes intoxicados y un laboratorio de diagnóstico, para determinar los tipos de tóxicos que pudieran estar involucrados en estos casos. Este objetivo fue aprobado y comenzamos inmediatamente a trabajar en todo lo que estaba relacionado con las necesidades para lograr este propósito, trabajo que culminó finalmente el 15 de noviembre de 1987, con la creación oficial del Centro Nacional de Toxicología (Cenatox) de Cuba, en cuya inauguración tuvimos el honor de contar con la presencia del ministro de Salud Pública, el Dr. Teja y además los Jefes principales de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, pues este centro se crea en el Hospital General Central Dr. Carlos J. Finlay de las FAR en La Habana. Múltiples fueron las actividades desarrolladas a partir de este momento destacándose su extensión a todas las provincias del país con la creación de las comisiones provinciales de toxicología.

2. Implementar el desarrollo la toxicología como especialidad reconocida por el MINSAP en primera instancia, como especialidad de las Fuerzas Armadas y posteriormente años después, como una especialidad más del Sistema Nacional de Salud.

Esos fueron elementos importantes. En todo el desarrollo de la toxicología, merece la pena destacar dos acontecimientos, donde el Sistema Nacional de Salud desempeñó un papel importantísimo.

El primero fue la intoxicación masiva por alcohol metílico que tuvimos en el municipio Nuevitas de la provincia de Camagüey, que afectó a más de 300 personas. Fue realmente una intoxicación muy impresionante, muy grande que puso de evidencia la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, por supuesto y del Cenatox, que tuvo a su cargo, la coordinación de todas las acciones para el enfrentamiento a esta intoxicación, que finalmente se logró mitigar y resolver con la atención a los pacientes gravemente afectados con la participación de las unidades de diálisis de todo el país.

Este evento que pudo haber causado un número significativo de pérdida de vidas humanas se contrarrestó con el esfuerzo y dedicación de todos los que participamos, los que tuvimos el honor de recibir la felicitación del Comandante en Fidel Castro transmitida por el compañero Pepín Naranjo que era el jefe de su grupo de coordinación y apoyo.

El otro incidente que tuvimos y que también movilizó las fuerzas y el conocimiento de los profesionales de la incipiente especialidad de toxicología fue precisamente, la intoxicación que ocurrió en la ciudad de Matanzas al descarrilarse un vagón de ferrocarril que contenía amoníaco y que provocó un escape de este peligroso gas tóxico en una zona altamente poblada de esa ciudad. Afortunadamente, también ese evento pudo ser resuelto sin lamentar víctimas mortales. Aquí también estuvo en juego la destreza, la habilidad y el nivel de respuesta del Sistema Nacional de Salud desde aquellos años.

Estos y otros hechos han marcado la evolución de esta especialidad en el país que hoy es un ejemplo del desarrollo de la toxicología en América Latina.

Ocurre otro elemento importante, para mí un elemento significativo de esa etapa, y es el inicio del desarrollo del Polo Científico del Oeste de La Habana, que en un principio no se sabía cómo se le iba a denominar; si complejo científico, polo científico, en fin lo que sí tenía claro el Comandante en Jefe era la idea de que había que agrupar los centros de investigación, unirlos, cohesionarlos para lograr cooperación, una sinergia entre todos y potencializar el avance de la biotecnología cubana, que era entonces un reto, despertado por el desarrollo del interferón, primera experiencia que se tuvo directamente con un producto vinculado a la biotecnología, pero que coexistió con el desarrollo de la primera vacuna contra la meningitis meningocócica tipo B, que también se logró en medio de un importante acontecimiento de salud, la epidemia de meningitis meningocócica que afectó a muchos niños en Cuba y que sí tuvo una alta letalidad.

Eso conllevó también un tremendo desarrollo, porque fueron creadas las unidades pediátricas de terapia intensiva en todas las provincias por indicación del Comandante en Jefe. Afortunadamente, el Instituto Finlay, que se llamaba entonces Centro para el Desarrollo de la Vacuna Antimeningocócica, fue el que desarrolló y obtuvo esta primera vacuna, única de su tipo en el mundo, medalla de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), patentada en muchísimos países, que tuvo un impacto con la vacunación masiva que se hizo en Cuba, eliminó la epidemia y su aplicación a lo largo de estos años ha permitido que prácticamente la meningitis tipo B en Cuba está erradicada por su muy baja incidencia.

Estos antecedentes conllevan entonces a otro elemento muy importante. La generación de una nueva perspectiva de desarrollo con la potencialización de los centros científicos en el país. Ya estaba creado desde el año 1986 el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, venía trabajando el Centro de Investigaciones Científicas, en fin, se había puesto en marcha una maquinaria para producir y desarrollar nuevos medicamentos, a partir del impulso y el entusiasmo que el propio Fidel le dio a esta tarea.

Aquí comenzaron a surgir nuevos productos. Fue creada la comisión de productos priorizados, para evaluar las propuestas y las posibilidades que había. Esta comisión presidida el Dr. Teja en su posición de ministro, recibió la indicación de valorar estos proyectos, tomar la decisión correcta y proponer cuáles de ellos serían los que de forma priorizada debería desarrollar el país.

En medio de este escenario aparece un nuevo reto. La necesidad de fortalecer las autoridades de reglamentación sanitaria para productos médicos, fundamentalmente para productos farmacéuticos y dispositivos médicos y crear toda una infraestructura que permitiera garantizar que esa incipiente biotecnología cubana, que ya estaba dando los primeros resultados de alta tecnología y de innovación, tuviera el acompañamiento de un sistema de autoridades reguladoras que pudieran avalar, evaluar, testificar y certificar que esos resultados estaban obtenidos con todo el rigor científico y el cumplimiento de las legislaciones internacionales.

El Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos (CECMED) es la Autoridad Reguladora de Medicamentos en Cuba (ARM), se creó el 21 de Abril de 1989, mediante la Resolución Ministerial No. 73 a partir del proyecto de desarrollo emprendido por la Dirección de Normalización, Metrología y Control de Calidad del Viceministerio Ciencia y Técnica del MINSAP.

Hasta ese momento algunas acciones de regulación la ejercía el MINSAP, a través de sus diferentes dependencias, o sea no era que no existiera, aquí lo que se hacía falta era darle un carácter particular y elevar el nivel de la autoridad nacional cubana para ejercer el control de la industria farmacéutica.

Esa fue una tarea que desempeñamos nosotros en ese momento. Estábamos en toxicología, comenzamos un proceso de organización de la

ciencia, vinculada con el desarrollo de los productos de la biotecnología, el Cenatox se convierte en el coordinador de toda la investigación toxicológica preclínica en el país, desarrollamos los bioterios de las facultades de ciencias médicas que se habían creado en varias provincias y que fueron el núcleo de la toxicología para apoyar la investigación preclínica de esos productos; esa red de toxicología preclínica, funcionó y apoyó en gran medida todos esos proyectos.

En el año 1991 se crea el Centro de Coordinación Nacional de Ensayos Clínicos y en 1992, el Centro de Control Estatal de Equipos Médicos y además se fueron fortaleciendo un grupo de acciones relacionadas con la actividad reguladora, hasta que alrededor de los años 1993 y 1994, aparece un tercer elemento que les quiero comentar por último.

Se crea el Buró Regulatorio para la Protección de la Salud, fue la primera intención de buscar un mecanismo de coordinación de todas las entidades de salud pública que tuvieran de alguna manera una actividad de regulación. El buró regulatorio se desarrolló, se crearon los burós regulatorios en las provincias. Ese fue otro importante hito del desarrollo de la salud pública en ese tiempo.

Finalmente, en el año 1993, nos sorprende la denominada neuropatía epidémica que para los cubanos no era muy desconocida por su carácter epidémico, y que después descubrimos que efectivamente también en una época de la colonia había habido un brote de este tipo de neuropatía. Comenzamos desde el principio.

La toxicología se incorpora en este grupo de investigación que fue creado por el MINSAP, empezamos a investigar en Pinar del Río, se hicieron numerosas investigaciones en esa provincia. En una etapa inicial, parecía que la epidemia se había controlado en la provincia a partir de los casos que se habían producido, hubo un silencio epidemiológico con una emergencia a principio del año 1993. Aquí se produce un incremento de los casos, que no solo afectó a la provincia de Pinar del Río, sino que se extendió prácticamente a todo el país. No solo era la neuropatía óptica, que fue la primera neuropatía que apareció, que afectó fundamentalmente a hombres mayores, fumadores, –por eso la toxicología tuvo un papel importante, porque la neuropatía óptica estuvo asociada siempre con un factor determinante que era el hábito de fumar– pero aparecieron otras formas.

Aparecieron las formas de neuropatía periférica que afectó a las mujeres más que a los hombres. Después apareció la mixta, o sea que, el cuadro epidemiológico de esta enfermedad fue transformándose en una complicación y complejidad desde el punto de vista epidemiológico que conllevó a la máxima atención del país.

El propio Comandante en y el ministro Teja presidieron el grupo operativo nacional que se creó con todos los organismos involucrados en el tema; científicos, de apoyo, aseguramiento, logística y de todo para enfrentar la epidemia.

Se hizo una gran convocatoria internacional, el viceministro primero de Salud Pública es enviado a participar en la Asamblea Mundial de la Salud con un mensaje de Cuba, para solicitar apoyo y solidaridad en la epidemia que nos estaba afectando. Recibimos respuesta de la comunidad internacional de manera eficiente y solidaria, eso lo tengo que decir.

Se crearon varios grupos de investigación, a mí me tocó investigar la parte toxicológica, una vez que la parte toxicológica quedó, más o menos, despejada; seguimos avanzando en la parte tóxico-nutricional, que principalmente fue la causa determinante que produjo la epidemia de la neuropatía.

Pero tuvimos en ese período una gran oportunidad, Teja lo recordará seguramente, fue la primera vez que Cuba recibió la visita de cuatro premios Nobel de las ciencias médicas y de las ciencias biológicas. Premios Nobel que fueron recibidos personalmente por el Comandante en y que discutieron con todos los grupos de investigación y concluyeron sus visitas con los resúmenes informados directamente al Comandante en Jefe.

El trabajo fue intenso, los primeros meses del año 93, fueron meses donde el sistema de salud de Cuba se tensó al máximo de su nivel de respuesta. Que afortunadamente, gracias al esfuerzo de todos, aquí se lograron localizar los más de 55 000 casos con nombre, apellidos y dirección en todo el país, por provincia, con seguimiento a todos y cada uno de ellos.

Todos los partes que se recibía de la UATS, alguien debe haber hablado de esto en ese período, pues en ese período se creas las UATS, Unidad de Análisis y Tendencias para la Vigilancia Nacional de Salud, que también fue un hecho, un acontecimiento importante que surge de ese contexto, del contexto a la respuesta a la neuropatía epidémica, que finalmente, afortunadamente y para suerte de todos los cubanos, a finales de junio del propio año 93 empezaron a disminuir los casos, no se produjeron

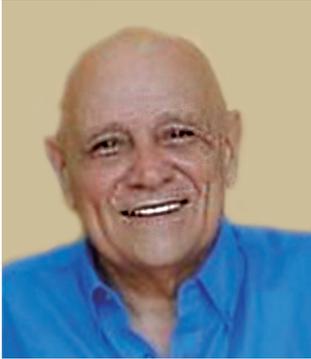
casos nuevos y no hubo ningún fallecido por esta epidemia aunque si una afectación visual en los casos que más complicaciones presentaron.

Además, fue una enseñanza para los científicos y médicos cubanos que participamos en ese proceso. Pues como elemento negativo, también trajo un elemento positivo; fue la primera vez que se produce un intercambio tan abierto de la comunidad científica médica cubana, con la comunidad científica médica internacional, como si estuviéramos trabajando juntos en la solución. De hecho, yo trabajé, tuve el privilegio de trabajar en Pinar del Río, porque una de las tareas que me dio el Comandante y el ministro Teja, fue ir para Pinar del Río y organizar allí todo el sistema de evaluación y de investigación. Tuve la oportunidad de trabajar allí con especialistas del CDC de Atlanta, de Estados Unidos, que estaban allí con nosotros, viviendo en Pinar del Río, trabajando recorriendo San Juan, San Luis y otros lugares de esa provincia.

Tuvimos el privilegio de trabajar con el Dr. Rosling, de la Universidad de Uppsala, Suecia, que fue una de las figuras más prominentes de la estadística y la epidemiología aplicada en el mundo. Sus estudios ecológicos en la provincia de Pinar del Río sobre la etiología toxico nutricional de la neuropatía epidémica en Cuba ayudaron sobremanera a esclarecerla, pues esa afección tiene un origen en dos factores que existieron en esos momentos: primero, la desaparición del campo socialista a partir del año 1989 y segundo, el recrudecimiento del bloqueo norteamericano que, aprovechándose de esas condiciones, trató de acabar con la Revolución cubana. Entonces eso creó un serio problema de acceso para dar respuesta a las necesidades que se fueron presentando, uno de ellos la reducción significativa del cuadro básico de medicamentos para la atención médica. Realmente ese período para mí, fue la experiencia más grande que en esa etapa demostró la competencia del Sistema Nacional de Salud, la voluntad de los médicos cubanos y la capacidad intelectual de todos los científicos vinculados a las ciencias biomédicas.

Creo que si no hubiera existido ese equipo, ese sistema, esa cohesión; este problema de esta epidemia se hubiera podido convertir en un problema muchísimo más serio, que el que se convirtió, que afortunadamente fue eliminado y para satisfacción de todos, no tuvimos que lamentar pérdidas de vidas humanas.

30 de noviembre de 2019



Julián Pérez Peña

Director de Hospitales y Medicamentos

Vinculamos, no solo los médicos a las farmacias, sino que creamos la tarjeta control... los medicamentos se adquirían por tarjeta, no se podían adquirir por receta médica... Esas medidas que inicialmente tenían un propósito, que era controlar el medicamento...sirvió posteriormente para tener una información sobre la morbilidad de algunas

enfermedades que no se conocía en ese momento. Eso fue trascendente para el Sistema Nacional de Salud...el Programa de Desarrollo de las Especialidades y el Programa Nacional de Medicamentos fueron dos hitos de esa década muy importantes.

Entre los años 1980 a 1995 ocupé varios cargos en el MINSAP, en un período trabajé directamente con el ministro Dr. Julio Teja, cuando empezó el Programa de Medicamentos y después fui director de lo que se llamó en esa época el CENDICOMED, que era el Centro Nacional de Distribución y Consumo de Medicamentos, germen de lo que fue después el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

Yo creo que las estrategias más importantes en ese decenio fueron, primero, el programa para el desarrollo de las especialidades médicas, en ese momento yo era el del departamento de especialidades médicas y le correspondió a la dirección de asistencia médica, que era, en ese entonces, el Dr. Céspedes su director. Eso fue muy interesante, porque se reunieron los grupos nacionales, incluso se traían a La Habana compañeros importantes de la especialidad del resto de las provincias; se hacía un documento preliminar, con el grupo nacional primero, de hasta cuándo y hasta donde iba a llegar la especialidad en el año 2000, de acuerdo a los avances que había en el mundo y el conocimiento que existía de dicha especialidad. Ese documento se trabajaba por una comisión, que entonces yo presidía y había otros compañeros, después se editaba y se mandaba a todos los que participaron en la reunión oficial.

Para esta reunión oficial se traían los especialistas más importantes de Oriente, de Camagüey, de las diferentes provincias, aquí a La Habana, y se efectuaba la reunión que la presidía siempre Pepín Naranjo, del grupo de apoyo del Comandante en y por supuesto el ministro y el consejo del ministro de esa época. Se traían a todos los especialistas importantes y se debatía cada especialidad. Eso ocurría cada semana, durante 52 semanas, de casi todas las especialidades que había. Recuerdo que, a la primera reunión, que fue de oftalmología, se apareció el Comandante en Jefe. Por cierto, que, en un momento de la discusión, se quitó la gorra la tiró sobre la mesa y dijo: “estamos atrasados aquí” pues cuando se leyó el documento, se veía que teníamos algún atraso en esa especialidad. De ahí fue el apoyo que se dio centralmente para su avance, hoy la oftalmología esta a nivel de cualquier país desarrollado del mundo. Esa fue una etapa muy bonita y de mucho valor; los libros que se editaron de cada especialidad, andan por ahí y fue una proyección hasta el año 2000, que creo que debe revisarse otra vez, porque muchos de esas ideas que nacieron al calor de esa evaluación, todavía están vigentes aquí. Yo creo que eso fue lo más importante de la etapa.

Después, en los años 90, empieza a agudizarse el período especial, se crea por primera vez un Programa Nacional de Medicamentos, que sale a la luz en febrero del año 1991. En la elaboración de este programa también había un grupo de asistencia médica, que en ese momento lo coordinaba yo, que era director de servicios hospitalarios simultáneamente; creamos una serie de actividades para soportar un futuro déficit de medicamentos. Hicimos algunas actividades, además de la creación del primer Programa Nacional de Medicamentos, redujimos el número de medicamentos del cuadro básico, que eran aproximadamente mil doscientos y pico, lo dejamos como en 900 medicamentos para poder resistir el futuro déficit de medicamentos.

En 1994 el período especial arreció y fue peor de lo que habíamos imaginado en 1991 y hubo que hacer una segunda versión del programa de medicamentos y ahí tomamos algunas medidas que fueron muy drásticas. Vinculamos al médico a una sola farmacia, para que el médico conociera la disponibilidad de fármacos en la farmacia comunitaria y

recetara lo que había en esa farmacia. Porque el médico daba una receta y el paciente se la pasaba el tiempo dando vueltas por toda la ciudad y no encontraba el medicamento.

La idea que tuvimos, que no se nos ocurrió a nosotros, fue a los holguineros realmente. Entonces el ministro Teja me dijo: “en Holguín aplicaron una medida y han podido contener un poco el déficit de medicamentos” y me mandó para allá. En Holguín, hablé con los médicos, con las autoridades, traje la idea para acá, dije: “bueno esto es en Holguín, vamos a ver como se hace aquí en La Habana”.

Hay una anécdota muy simpática de cuando se iba a implantar en La Habana, estaba en la reunión preparatoria Teja, Machado, los viceministros y el Doctor Castell-Florit que hoy es el director de la Escuela Nacional de Salud Pública, era el director de salud de la Ciudad de La Habana. Pero Castell estaba en una reunión de gobierno y no podía llegar allí; estaba por él, el Dr. Edesio, este era el vicedirector de asistencia médica. Edesio no quería decidir, porque era una decisión terrible, aplicar esto en La Habana, es decir, todos los médicos de La Habana, los grandes profesores, los grandes especialistas, vincularlos a una sola farmacia. Entonces no quería tomar la decisión. Teja lo estaba presionando y yo lo miraba, hasta que Edesio dijo: “bueno está bien” y ¿cuándo empezamos?” y Teja le dijo: “mañana”.

Ahí tomamos un grupo de medidas que todavía están vigentes. Vinculamos, no solo los médicos a las farmacias, sino que creamos la tarjeta control, es decir, los medicamentos para los enfermos crónicos. ¿Qué pasaba? Llegaban los medicamentos a la farmacia. Los primeros pacientes que llegaban se llevaban todos los medicamentos y los que llegaban después no encontraban sus medicamentos. En una enfermedad crónica se necesitan tratamientos permanentes.

Teja me mandó a ver a los compañeros del Ministerio de Comercio Interior, estuve hablando con Veguita que era en ese momento uno de los artífices de la libreta de abastecimiento, sabía de distribución muchísimo y conversando con él surge la idea de hacer el certificado médico y la tarjeta. Es decir, el médico de un paciente que tenía una enfermedad crónica, expedía un certificado médico para tomar por ejemplo, digoxina, diuréticos, lo que fuera. Con ese certificado, el paciente iba a la farmacia más cercana a su casa, en su comunidad, se inscribía y le daban una

tarjeta y con esa tarjeta, todos los meses, iba y adquiría el medicamento, en las cantidades prescritas, se llamaba medicamentos por tarjeta, no se podían adquirir por receta médica y nada más podía adquirirlos en la farmacia donde el paciente se había inscripto. Esa fue una medida para paliar el desvío de medicamentos que había y el déficit.

La medida después tuvo una trascendencia tremenda, porque a partir de ahí, empezamos a medir la morbilidad a través del consumo del medicamento y los inscriptos. En ese momento, por ejemplo, aquí no se sabía cuántos hipertiroideos o hipotiroideos había. A partir de entonces comenzamos a contar cuantos pacientes tomaban levotiroxina. Empezamos a tener una idea de la morbilidad por hipotiroidismo y lo mismo según los inscriptos para el propiltiouracilo, del hipertiroidismo.

Esas medidas que inicialmente tenían un propósito, que era controlar el medicamento, es decir, garantizarles a las personas con enfermedades crónicas su medicamento, sirvió posteriormente para tener una información sobre la morbilidad de algunas enfermedades que no se conocía en ese momento. Eso fue trascendente para el Sistema Nacional de Salud.

Así que, el Programa de Desarrollo de las Especialidades y el Programa Nacional de Medicamentos fueron dos hitos de esa década muy importantes. El primero porque nos pudimos proyectar al futuro y el segundo porque pudimos paliar el déficit del medicamento por la caída brusca del financiamiento que para ello tenía el MINSAP. Incluso, el Programa Nacional de Medicamentos actual, que es la sexta versión, ha recogido muchísimas de las acciones que nosotros hicimos en el primero y el segundo programa. Fue imprescindible crear el Programa Nacional de Medicamentos.

Ya acercándonos al 95 se crea el Centro Nacional de Distribución y Consumo de Medicamentos, que en su momento se llamó CENDICOMED, que fue la base después del desarrollo de la fármacoepidemiología, porque durante esa época habían venido unos catalanes que estaban dando un curso a la autoridad regulatoria. El Dr. Miguel Márquez, era el representante de la OPS en Cuba, era muy amigo de ellos y Teja me mandó a que fuera a hablar con ellos y ver como ellos controlaban los consumos y la prescripción. De ahí surge la Fármacoepidemiología posteriormente.

Fue una época de mucha tensión, pero también de muchos resultados y de mucha innovación en las tecnologías de salud que se mantienen hoy

vigentes. ¡Creo que fue un período muy interesante! y ¡nada! que marcó a la salud pública cubana.

– **El Dr. Pedro Más, pregunta, cómo se insertó en este contexto el Programa de Medicina Natural y Tradicional.**

Ya cuando comienza la década de los años 90, donde la falta de medicamentos llegó a ser de 200-250 faltas y era un programa que tenía 700 fármacos, la mitad casi estaban en falta, ya existía, sobre todo en Las Fuerzas Armadas Revolucionarias, determinado avance en la medicina natural. Ella fue un complemento para el consumo de los medicamentos; es decir, para la prescripción médica, porque hay muchas enfermedades, muchos síntomas y signos que se pueden solucionar con la medicina natural. Fue una necesidad el desarrollo de la medicina natural, y existían ya precedentes en el país. Comenzó entonces a desarrollarse y fue la época que más fuerza tuvo y el mayor impulso se le dio a la medicina natural durante ese período.

12 de diciembre de 2019



Mario Pichardo Díaz

Asuntos bilaterales de la Dirección de Relaciones Internacionales

Durante años la cooperación de OPS, ha sido sostenida, basada en la identificación de los principales problemas del país y ... siempre muy articulada con el Sistema Nacional de Cuba...otra actividad de peso que desarrolló la cooperación MINSAP/OPS fue el plan de becas...para el desarrollo de

los recursos humanos... Un ejemplo de ello es la Escuela Latinoamericana de Medicina...la contribución de la salud pública cubana en a la salud pública internacional es una muestra de la voluntad política y solidaria del país, en la que siempre estuvo presente la impronta y acompañamiento del Comandante Fidel Castro Ruz.

En el período 1980 al 1995 trabajé en el MINSAP en la Dirección de Relaciones Internacionales y atendía tanto la actividad bilateral como la multilateral. Comienzo a laborar con el área denominada entonces de Países Socialistas ya que desde 1983, habíamos participado, como resultado de la inserción que mantenía Cuba con la comunidad de países socialistas, en un evento de ministros de salud de esa comunidad, al que acto seguido, se continuó con la celebración en La Habana del primer evento de Salud para Todos, donde Cuba dio a conocer al mundo el cumplimiento de las metas de salud para todos, pues era uno de los países que había satisfactoriamente alcanzado esos niveles de salud en su población en contribución con la salud mundial.

Esta experiencia motivó que a partir de 1985 trabajamos en intercambios con instituciones científicas dentro de la comunidad socialista y en particular con la antigua Unión de Repúblicas Socialista Soviética (URSS), ya que habíamos realizados en el instituto N. A. Semashko un período de formación. Lo que me permitió facilitar el intercambio científico con esa institución, así como con otras instituciones similares en el marco de los países de esa área. Por otra parte, dentro de mis contenidos se encontraba el de facilitar la atención médica a pacientes que requerían de un cuidado particular y que en esa comunidad científica se podía alcanzar.

Cuatro eminentes profesores médicos cubanos, sostenían un intercambio fuerte con instituciones similares a las de ellos, pero en el territorio de la antigua URSS, como fue en la cardiología el Dr. Alberto Hernández Cañero con el profesor Chasov, quien fue posteriormente ministro de Salud de la URSS. El profesor. Dr. Ilizarov radicado en Siberia en el tema de la especialidad de ortopedia. El profesor. Dr. Marcelino Río Torres con el profesor Fiodorov en oftalmología en el Centro de Moscú y el profesor. Dr. Zoilo Marinelo Vidaurreta, que se desempeñaba como presidente de la Sociedad Cuba-URSS. O sea, fueron cuatro personas que en el campo de la salud pública facilitaron un intercambio científico importante entre Cuba y esa comunidad.

También me desempeñé con otras representaciones del MINSAP que radicaban en Praga (Checoslovaquia) y en Berlín (antigua República Democrática Alemana).

Todo este período, fue un período de fructífero intercambio científico técnico para ambas comunidades, donde Cuba también aportó valores y formuló nuevas propuesta de trabajo, como fue promover la implementación del modelo de médico y la enfermera de la familia y la conformación de las brigadas médicas, para que estas fueran efectivas mediante la adecuada composición de sus integrantes según el medio y los problemas a enfrentar en la zona de ayuda y de acuerdo con la experiencia que ya se iba acumulando en ese decenio con la ayuda solidaria que la salud pública cubana había brindado.

Posteriormente, en el año 1986 se produce el accidente de Chernóbil, donde Cuba rápidamente dio un paso al frente. En Moscú se estableció un grupo de trabajo donde se encontraba el profesor Ballester Santovenia, el profesor Well y el Dr. Dotres Martínez. O sea, había especialistas en pediatría, hematología y endocrinología, teniendo en cuenta las principales afecciones relacionadas con la salud como consecuencias de este accidente. En ese momento se encontraba de embajador de la República de Cuba el Dr. Balaguer Cabrera, quien facilitó extraordinariamente todo un programa de información veraz a la prensa y a la población, había algunas corrientes que emitían información que no era la adecuada. Balaguer Cabrera facilitó la posibilidad de un convenio que permitiría venir a Cuba para tratamiento a personal infantil con afectaciones y riesgos

procedentes de la zona afectada en Ucrania, (Programa de Chernóbil), Tarara, que se extendió por varios años.

En los años 1990, con la situación económica del país determinado por los cambios ocurridos en la comunidad socialista donde el intercambio comercial con Cuba era de aproximadamente 86 %, así como el impacto del bloqueo económico, el alto nivel político del país decidió, a través de salud pública, fomentar o establecer convenios de cooperación, que tenían varios propósitos.

El primer propósito era extender el mercado cubano, para lo cual se hacía necesario el registro de los productos cubanos que habían surgido prácticamente en el año 1990 y que tenían que ser registrados y certificados para poder extenderlos y comercializarlo como una nueva vía de financiamiento. El proceso de registro se inició con una gran feria de productos y equipos médicos en la ciudad de Moscú (Rusia) y otra en Beijing (China).

Con todos estos productos Cuba comenzaba a producir y a fomentar el intercambio comercial con estos países. Se mantuvo el intercambio y la atención a pacientes y también se exploró una nueva propuesta de trabajo para la búsqueda de repuestos e insumos necesarios para la sostenibilidad de ciertos renglones de nuestro país, en particular con la industria básica como principal beneficiario, con vistas a garantizar piezas de repuesto, por ejemplo, para la refinería Níco López, entre otros, a través de brindar atención de servicios médicos y estomatológicos a la industria de la petroquímica rusa.

Este es un período que cierra alrededor del año 1993, regreso a Cuba y comienzo a coordinar el trabajo con OPS/OMS, ya que había recibido preparación en el Sistema de Naciones Unidas y una de las primeras acciones que comenzamos a acometer, fue el redimensionamiento de la cooperación para acercarla a las grandes necesidades del país y para ello nos orientamos hacia los destellos políticos, que se habían señalado por la alta dirección del país: el desarrollo del plan alimentario, el desarrollo de la industria farmacéutica y la biotecnología y el desarrollo del turismo. Por lo tanto, la cooperación con la OPS/OMS comenzamos a redimensionarla en base a estas direcciones para buscar el mayor impacto de la cooperación en el país.

En ese momento aparece un brote de neuropatías, con carácter epidémico en Cuba, pienso que, en esto de la neuropatía, tenemos que agradecerle al Dr. Miguel Márquez, Representante, en ese momento de la OPS/OMS, quien convirtió su casa, en una oficina de atención al tema de la neuropatía y fue un elemento importante en extender y buscar distintas vías para identificar los determinantes que estaban influyendo en esta situación.

En su casa, trabajamos días y días nuestro centro de trabajo era ahí y el intercambio científico se producía a ese nivel. También agradecer a la Dirección de la OPS/OMS, a su Director, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, quien desempeñó en ese momento un rol muy importante facilitando el intercambio con el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EE. UU., que junto con los especialistas del Polo Científico del Oeste de La Habana trabajaron en la búsqueda de evidencias e identificación de los problemas que se estaban dando.

Otro aspecto importante de la cooperación OPS/OMS en esos momentos fue su ajuste a las necesidades del país. Se comenzó a trabajar en lo que se denominó la Cooperación Descentralizada, en los municipios, sobre todo, donde había grupos poblacionales que estaban vinculados a sectores productivos importantes para la economía del país como es la agroindustria, y la pesca. Así, se llegó a alcanzar en más de la tercera parte de los 169 municipios que en esos momentos contaba el país. proyectos adecuados, que se mantuvieron por más de 10 años, cuando había una depresión grande a ese nivel. Se fortalecieron programas alimentarios y programas ambientales en sus entornos.

Otra cooperación en la que OPS trabajó con fortaleza en ese momento fue lo que se llamó Technical Country Cooperation (TCC), que es la variante regional de la CTPD o sea la cooperación técnica para los países en desarrollo, nacida en el seno del Movimiento de Países No Alineados, movimiento que la salud pública cubana apoyó entre los países en desarrollo. Se crea dentro de la organización una ayuda muy satisfactoria para todos los países de la región, desde la electromedicina, programas nutricionales, intercambio de especialistas; esto tuvo un vínculo con una gran cantidad de países de la región durante años y años.

Otra actividad de peso que desarrolló la cooperación MINSAP/OPS fue el plan de becas. con una gran colaboración de la Dra. Rodríguez,

que implementó un plan de becas, en el cual depositaba una cantidad de fondos para el desarrollo de los recursos humanos. Porque Cuba, una de las cosas que más ha trabajado ha sido el capital humano. Un ejemplo de ello es la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM). Con la propia ELAM y a través de OPS se obtuvieron importantes recursos para la primera biblioteca, prácticamente una contribución de OPS a través del Dr. Alleyne, director general en ese momento.

Durante años la cooperación de OPS, ha sido sostenida, basada en la identificación de los principales problemas del país y siguiendo los lineamientos del programa, pero siempre muy articulada con el Sistema Nacional de Cuba.

La Representación de la OPS/OMS en Cuba, ha actuado con un alto compromiso con la más alta dirección del país, alineada a los temas de cooperación y articulada a las líneas estratégicas del país.

Esta es una síntesis muy apretada de aspectos relevantes de la salud pública cubana en contribución a la salud pública internacional y que dan muestras abiertas de la voluntad política y solidaria del país, en el que como todos sabemos siempre estuvo presente la impronta y acompañamiento del Comandante Fidel Castro Ruz.

30 de noviembre de 2019



Marlene Porto Verdecia

Directora del Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos

...el Programa de Formas Terminadas tuvo un sistemático control. Este programa contemplaba 464 productos que se debían desarrollar para que estuvieran en el mercado...tenía productos para sustituir importaciones, productos novedosos, productos que eran conocidos, y además, las reformu-

laciones...Otro concepto que también se introdujo fue, que para que estos productos tuvieran una respuesta tanto nacional como para la exportación, había que incorporar los estudios de bioequivalencia...y ser aprobados por el CECMED como órgano regulador de los medicamentos.

Comencé a trabajar en la Industria Médico-Farmacéutica en el año 1973, directamente en los Laboratorios Técnicos de Medicamentos (LTM). Esta organización en 2001 tuvo el nombre de CIDEM, es decir, Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos, dado por el Comandante en en una visita que hizo a nuestro centro en el año 2001, pues el nombre que teníamos no era el adecuado.

Una de las cosas importantes que creo que aportó el CIDEM fue el desarrollo del Programa de Formas Terminadas. En el año 1988, tuvimos la posibilidad de participar, por indicación del Dr. Julio Teja, en una exposición que se le hizo al Comandante en el Consejo de ministros, donde hubo una parte oral y una parte expositiva; yo participé en la parte expositiva, que contemplaba 1275 productos. Realmente fue un reto, el Comandante hizo muchas preguntas, como siempre nos acostumbraba, fundamentalmente, de cuál era la función farmacológica de estos productos y además el precio. Él se interesó mucho por la parte económica.

A partir de ahí, se indicó por el ministro Teja hacer el Programa de Formas Terminadas que tuvo un sistemático control. Este programa contemplaba 464 productos que se debían desarrollar para que estuvieran en el mercado y fueran parte del programa de genéricos. Este programa

tenía productos para sustituir importaciones, tenía productos novedosos, productos que eran conocidos, y además, las reformulaciones, ¿qué quiere decir reformulaciones? Eran productos que estaban ya en el plan de producción de la industria, pero que no cumplían con las últimas farmacopeas. Quiere decir, que había que reformularlos con vistas a que cumpliera con todos los requisitos. Este programa, ya le digo, fue muy controlado por el Comandante, yo participé junto al ministro Teja en varias sesiones de trabajo donde informábamos cómo iba el desarrollo de este programa, que podemos decir que tuvo salidas importantes.

Una salida fue precisamente cuando la neuritis, donde se nos indicó formular productos que fueran fundamentalmente vitaminas. De ahí salió, el producto cianocabalamina como inyectable y en forma de tableta; así como un grupo de productos, todos relacionados con la neuritis.

Un programa también muy exitoso, fue de productos para el cáncer, en ese mismo programa nació la planta de citostáticos donde se desarrollaron 12 productos que eran importantes y que fundamentalmente tenían que ver con el esquema terapéutico de los pacientes con cáncer y fue también un resultado importante.

También los productos para el asma, ahí se introdujo el primer producto que fue el salbutamol aerosol y también se pasó a otras formulaciones, productos anestésicos, productos para el sida. Este programa logró que el esquema terapéutico que se tenía, se les pudiera dar a todos los pacientes que lo requerían para el tratamiento del sida.

Cuando concluimos el programa, ya teníamos 358 productos, que fueron introducidos y tuvo un efecto económico importante, vamos a decir, que además de un efecto social como programa de este tipo, también tuvo un efecto económico.

Recuerdo que el Comandante, un poco jocosamente, cuando le presentamos el presupuesto que hacía falta para el programa, nos preguntó: "Bueno, ¿Cuándo ustedes me van a pagar por esos productos? y le dije: "¡Ah, muy fácil, muy fácil; nosotros, ahora cuando a todos los productos se le hagan las escalas y salgan al mercado, yo se lo voy debitando y se lo voy informando!". A él no se le olvidó eso y siempre nos preguntaba: "Bueno, ¿cuánto ya me deben?, ¿cuánto ya han pagado?".

Pienso que, si no hubiéramos hecho este programa, los pacientes nuestros hubieran estado muy afectados porque logramos que del cuadro básico de los medicamentos, el 85 % de los productos fueran a partir de los resultados de este programa.

Recuerdo que el Dr. Teja nos reunía todos los miércoles, en lo que era la IMEFA y se chequeaba cada producto, cómo iban los resultados de las materias primas que se compraron, que fue un presupuesto que se dio por parte del Comandante, cuáles eran los productos que estábamos introduciendo, cuántos se registraban, es decir, que fue realmente para mí algo que siempre recordaré con mucho cariño, como es estar involucrado en cosas tan importante como los medicamentos para el pueblo cubano.

No solo para el pueblo cubano, sino también para la exportación, es decir, que a partir de esos productos que cumplían con todos los requisitos y además, se producían en plantas que cumplían con las Buenas Prácticas de Fabricación, logramos generar divisas para el país.

Recuerdo que la primera exportación que hicimos fue a Brasil, que esa venta fue de 30 millones, para nosotros fue un logro importante. Nosotros le pusimos un nombre a este programa para un poco entusiasmar al colectivo y le pusimos Operación Mambí. Cada vez que salía un producto, casi todos los trabajadores bajaban para empezar a vitorear aquel resultado que se iba a llevar al Registro.

Debo decir que este programa no solo tuvo la participación del LTM y después del CIDEM, sino que también fueron involucradas muchas empresas, en sus propios laboratorios que tenían ellos, fundamentalmente en las reformulaciones, además de otras instituciones como por ejemplo el Instituto de Farmacia Alimento (IFAL), la Facultad de Biología; es decir, que hubo varias instituciones que también colaboraron. Algunas instituciones que no tenían la posibilidad de lograr el producto hasta el final, pero formulaban y nosotros le hacíamos la estabilidad, quiere decir que, para hacer el registro hay que tener toda la parte tecnológica, toda la parte de calidad, toda la parte preclínica, la clínica; bueno, para hacer todo un expediente para poderlo registrar.

Otra de las cosas que también se logró, fue cuando surgió la Operación Milagro, ahí empezamos a desarrollar todos los productos para que pudiera esta operación tener éxito, ahí salieron todos los colirios, en total fueron 18, que además, permitió también toda la terapéutica en Cuba

y después en el exterior, pues a este programa además de Venezuela, después se incorporó Bolivia, Ecuador y varios países que tuvieron también resultados importantes con la Operación Milagro.

En esta etapa se desarrolló con ayuda de los organismos internacionales la planta de antibióticos, la planta de 8 de marzo, antibióticos penicilámicos y otras.

Estos proyectos se hicieron con la ONUDI, se logró hacer la planta de antibióticos, en su primer momento fue betalactámico, que era tanto suspensiones, polvo para suspensión, como liofilizado. Esa fue en su primera etapa, después se incorporaron ya no solo los betalactámicos, sino también otras tecnologías. Esta planta ha tenido muchos resultados, porque ya cuando se hablaba de antibióticos, nosotros no podíamos formular estos en cualquier instalación; quiere decir, que había que hacerlo dentro de la propia planta 8 de marzo, en las condiciones que tenían ellos a nivel de laboratorio y después, en la planta piloto industrial. Pues sí, esto fue un resultado.

También en el caso del sida, tuvimos mucho apoyo, incluso la OPS y la OMS nos ayudaron con algunos recursos para lograr estos resultados, porque eran productos que su materia prima era cara y al nosotros formularlo en el país, rebajábamos lógicamente los costos. Yo recuerdo que en el caso de las tabletas la relación era de 1 a 4; en el caso de los colirios era mucho más alta, era un relación de 1 a 21, 1 a 13, más o menos en ese entorno; en el caso de inyectables era de 1 a 6, es decir, siempre el resultado de sustituir abarataba los costos.

¿Qué pasa también? que cuando hay un producto que está en el cuadro básico, a veces las cantidades no responden a todas las necesidades, pero cuando se introduce y ya es una producción nacional, ya sí el producto crece en su consumo y la producción es mucho mayor. Eso da satisfacción y a los pacientes también.

Muchos de estos productos había que adquirirlos con la tarjeta control porque eran productos como el caso del enalapril, captopril, que eran muy demandados e incorporamos la pentoxifilina que era un producto solicitado, el trental se introdujo en esa época, es decir, que fue un surtido amplio y que dio no solamente cobertura para los medicamentos de farmacia, sino también para medicamentos hospitalarios. De ahí, por ejemplo, surgió un producto que tuvo un impacto importante,

la ciclosporina para el trasplante de órganos, que era un fármaco incluso muy caro en aquel momento, casi no podíamos comprarlo; ya les digo que fue un resultado importante la introducción de la ciclosporina oral. Eso fue también de mucho impacto.

Otro concepto que también se introdujo fue, que para que estos productos tuvieran una respuesta tanto nacional como para la exportación, había que incorporar los estudios de bioequivalencia, no solo desde el punto de vista químico, sino también su evaluación terapéutica. Los expedientes debían ser aprobados por el CECMED como órgano regulador de los medicamentos.

Todo lo anterior lo hicimos durante el período especial, todo fue un resultado importante de la organización IMEFA. Debo decirle que ya después que esta organización pasó a QUIMEFA hubo otros intereses, como eran los medicamentos en falta y demás, por lo que disminuyó el plan de sustitución de importaciones. Hoy en día es pobre lo que se hace, es decir, nosotros al año, la relación era de 20 a 25 productos, era un desarrollo muy rápido, para llevar el producto a la producción. Sí, la etapa fue mucho más fructífera, durante el período especial en la IMEFA. Sí, así fue.

Un reto importante fue que el ministro Teja nos dio la indicación que debíamos analizar los productos naturales. Se hizo un equipo de trabajo, recorrimos todas las provincias, para ver las condiciones que tenían y demás. Ahí se desarrolló lo que es el Programa Dispensarial y Local de los productos naturales. Se montaron todos los laboratorios en todas las provincias, en la montaña y aquí, lógicamente en Ciudad de La Habana, y se llevaba un control de la producción que se hacía por cada producto en cada local, fue un desarrollo importante. Además, se montó un programa de investigación para evaluar el producto desde el punto de vista terapéutico. Este programa comenzó con 26 productos, 26 productos que debíamos hacer completamente con vistas a su registro. ¿Qué significa esto? que no era solo la producción, sino llevarlos a un nivel que permitiera una evaluación de lo que la población le atribuía al producto. Se le dio el mismo diseño que a un producto genérico.

Aquí tuvimos la posibilidad que, en el caso de productos naturales, prácticamente se hizo a ciclo completo, es decir, empezábamos con el cultivo hasta el producto final. LTM contaba y el CIDEM después, con

una estación experimental de plantas medicinales, donde se hacían las normas. Estas normas de cultivo nosotros las llevábamos a las provincias, de manera que fueran productos ecológicamente sustentables, y además de que fueran productos ambientales. Paralelamente a los productos genéricos, comenzamos también a desarrollar los productos naturales.

Voy a decir una anécdota que siempre recuerdo mucho, porque bueno, cuando uno es joven y está imbuido en esta tarea.

Siempre tuve, no sé si es un defecto o una virtud, de que todo lo escribo, tengo mis agendas, escribo en mis agendas, además las cuido mucho, además ya la letra mía no es tan buena pero antes tenía una letra muy bonita. Entonces, en estas reuniones de la IMEFA, nos sentábamos en la mesa y como yo era la que tenía que informar sobre este programa, me sentaba en la mesa, pero ese día hubo una situación de un producto que se había empezado a fabricar y por elementos subjetivos no se hizo y nuestro ministro, con toda razón, se puso bravo, dio un golpe en la mesa y todo el café se derramó en mi agenda.

Cuando vino la otra reunión, el ministro se sorprende de que yo no estoy sentada en la mesa, estoy sentada en la parte de atrás y me dice: "Marlene y por qué usted no está sentada en la mesa" y le dije: "es que a mí no me gusta que a mi agenda le tiren café" y me dijo: "mire, siéntese a la mesa que yo no voy a dar más golpes en la mesa". Aquello fue simpático.

Otra anécdota también fue, que el ministro me citó para resumir lo que iba a llevar a la reunión del Comité Ejecutivo del Consejo de ministros, nos despedimos, él tenía esa reunión a las 11 de la mañana, pero cuando estoy llegando al laboratorio me llama y me dice: "Marlene, me hace falta que se incorpore, yo la voy a esperar abajo", ahí en el Comité Ejecutivo y allá fui yo. Cuando entramos, el ministro comenzó la exposición, pero el Comandante sabía los detalles...y le dijo: "Mire Dr. Teja, vamos a hacer una cosa, es más bonito y agradable oír a Marlene que a usted", y nuestro ministro se sintió feliz con eso.

¡Hay así, muchas cositas que pasaron en aquel momento!

Pero yo recuerdo, primero el programa, con mucho cariño. Yo todavía me ocupo de saber que están haciendo y demás. Además, yo recuerdo al ministro Teja con mucho amor, porque me enseñó, aunque él no lo sepa, a querer mucho a Fidel; ¡querer mucho a Fidel!

...Otra anécdota en la reunión expositiva de 1988, con el Comandante...
En esta reunión de 1988, recuerdo que me dijeron:

Marlene, hay tres cosas que tú debes lograr: una, no vayas a esconder ningún producto, en segundo lugar, tú nada más le contestas al Comandante, no te entretengas con otros compañeros y además, algo importante, lo que tú no sepas, dices yo no me lo sé, no vayas a inventar". Bueno, lo primero que hice a pesar de esos tres consejos que me dieron tan importantes fue que, había un producto muy complicado porque era de la cresta de gallo, era un producto realmente difícil y entonces yo lo viré un poquito. Efectivamente, fue el primer producto que el Comandante me preguntó: "...y este producto?".

Lo demás, no sé si es que cuando uno lo veía a él, era una cosa tan grande que yo..., prácticamente todas sus preguntas se las pude contestar. Entonces, bueno, es por eso que me invita a que pase a la parte oral. Lo primero que hizo fue preguntarles a los médicos que estaban en la reunión, qué habían aprendido de lo que les presenté. ¡Imagínense! Fue imposible que ellos pudieran hablar. Entonces él hizo un resumen. ¿Qué vi yo en el resumen?, que él dijo cosas que yo no le dije; es decir, que él dio una información más completa. ¿Qué aprendí yo ahí?, Además de quedarme sorprendida del nivel de información que él tenía, que cuando uno se enfrenta a una reunión de este tipo, uno tiene que estar bien preparado, porque es la única forma de hacer preguntas inteligentes, es la única forma de usted dar seguimiento a lo que se está diciendo y sacar conclusiones.

Hay una cosa, que sí creo que hay que destacar y es que en ese momento, lo fundamental fue el recurso humano; es decir, el empeño, la consagración, y dedicación de todos a este programa; es decir que el factor económico era importante, pero el humano fue el fundamental para desarrollar este programa. ¡Realmente fue así!

12 de febrero de 2019



Ramón Prado Peraza

Director de Relaciones Internacionales

...si bien es cierto que existía una estrecha relación con los organismos internacionales;...esta época nos obligó a que estas relaciones se estrecharan aún más...Estoy hablando de nuestras relaciones, fundamentalmente, con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Había muchos programas de la OPS, pero logramos que en el período especial estos programas se multiplicaran literalmente y no solo que se multiplicaran cuantitativamente, sino que se multiplicaran en recursos de aquellas cosas que más se necesitaba para que no se paralizaran los programas nacionales que existían.

Soy graduado del 1965 con Fidel en el Pico Turquino, porque fui del primer curso formado íntegramente en nuestra Revolución.

En esta etapa (1980-1995) las relaciones internacionales del MINSAP, al inicio contaba con un presupuesto, con recursos adecuados para cumplir con la misión y los objetivos propuestos. El período especial, trajo como consecuencia una drástica reducción de estos recursos y nos obligó a ser más eficientes, es decir, a esto que hoy se dice, hacer más con menos, en aquel momento fue una realidad:

Pero no solamente a ser eficientes, sino también a ser eficaces, es decir, no hacer muchas cosas que no trajeran un buen resultado, sino hacer cosas con resultados adecuados de calidad. En aquel momento hubo que hacer un estudio, que se hizo muy colegiadamente, porque se trabajaba muy integrados, todas las áreas del ministerio, con todos los viceministros, los directores nacionales y con los recursos nacionales, para poder precisar las inversiones en viajes al exterior, en asistencia a congresos, con lo poco que teníamos, en fin, invertir en aquellas actividades que pudieran ser más útil en la incorporación de conocimientos a nuestra salud pública

Este fue un trabajo que dio resultados a mi manera de ver y mi apreciación. Existía una estrecha relación con los organismos internacionales,

que en esta época se estrecharan aún más y se hicieran más beneficiosas para el país, para nuestra salud. Estoy hablando de nuestras relaciones, fundamentalmente, con la OPS, con el director Carlisle Guerra de Macedo que era el director, —después vamos a hablar de él— y con Miguel Márquez, que era el representante en Cuba.

Había muchos programas de la OPS, pero logramos que en el período especial estos programas se multiplicaran literalmente y no solo que se multiplicaran cuantitativamente, sino que se multiplicaran en recursos de aquellas cosas que más se necesitaba para que no se paralizaran las acciones y los programas nacionales que existían y que pudieran seguir subsistiendo, seguir desarrollándose y no se paralizó ningún programa. Esto que se hizo con OPS, se hizo también con la FAO, con UNICEF, con el UMPA, y con todas las organizaciones y se logró que los recursos provenientes de estas organizaciones se incrementaran, lo cual coadyuvó a que la actividad de los programas fundamentales del MINSAP se pudiese desarrollar, como ya expresé.

En esta época, se logró incrementar increíblemente las visitas de personalidades a nuestro país, a nuestro ministerio, muchos de los ministros de salud pública acudieron a visitarnos en pleno período especial. Yo diría que como una muestra de solidaridad y de apoyo. De todos los continentes vinieron a visitarnos. Y a todos, creo que sin excepción se alojaron en casas de protocolo del Consejo de Estado y los recibió el Comandante en Jefe.

Nosotros participábamos, con el ministro de Salud Pública en aquella época Dr. Julio Teja Pérez, participábamos en aquellas entrevistas con el Comandante. Las visitas de Carlisle con el Comandante, inolvidables, duraban 6 y 8 horas; ahí en el Consejo de Estado, hablando de la salud pública en Cuba, de la salud pública en Latinoamérica, de la salud pública en Estados Unidos de Norteamérica, en el mundo entero y derivándose por supuesto aspectos políticos.

Aquellas conversaciones eran clases magistrales, Fidel hablaba y hablaba y Carlisle escuchaba y escuchaba... eran momentos increíbles y se discutían muchas cosas y se convencían de muchas cosas y eso conllevaba a un mayor apoyo de recursos a nuestro sistema de salud.

En esta época también se incrementa, indiscutiblemente, la participación de nuestro ministerio en los organismos internacionales de

salud pública. Por primera vez en la historia, Cuba fue permanentemente miembro del Consejo Ejecutivo de la OPS con sede en Washington. Siempre estuvo presente Cuba durante todo el período especial, cuando no era la tónica. La tónica, era que se rotaran distintos países. Siempre participamos en las reuniones en Ginebra, Cuba participaba con su voz, con sus criterios, con sus experiencias incrementaba el prestigio de la salud pública cubana.

Estas son cosas que pasaron en esta época. Siempre existieron las relaciones, pero no como en esta época. Siempre se salió al exterior, pero en esta época con más eficiencia, con más eficacia, con más resultados, gracias al trabajo integrado de todos los dirigentes del MINSAP, dirigidos por el ministro e integrado por los viceministros y directores como ya dije. Es decir, hubo una serie de actividades importantes.

Pero no solamente salud, sino que salud desempeñó un papel con otras organizaciones, como por ejemplo, con las unidades del entonces llamado polo científico. Nunca se me olvidará la visita a China, dirigida por el ministro de Salud Pública, Dr. Teja donde estaban todos los directores. Primera visita que se hacía a China con todos los directores, los recibieron importantes personalidades, se hicieron muchos intercambios científico-técnicos y se dio a conocer en China las potencialidades de todas estas instituciones; trajo como consecuencia toda una serie de contratos que posteriormente se fueron desarrollado. Eso se hizo en pleno período especial, como se hizo la visita a Irán y a muchos otros países, donde el MINSAP era el que dirigía y coordinaba estas actividades y propiciaba estas relaciones con otros organismos que no eran subordinados del ministerio realmente pero que jugaban un papel con la salud pública cubana indiscutiblemente y en beneficio general del país.

Yo quisiera no decir, sino leer un párrafo que escribí en un momento determinado que dice:

El principio planteado por el Comandante en Jefe, que sustenta y constituye el fundamento ideológico que rige el internacionalismo de la Revolución cubana, de compartir lo que tenemos, no lo que nos sobra, nunca estuvo más presente que durante el período especial en salud pública, donde a pesar de las carencias de recursos y posibilidades se mantuvo la colaboración médica y no se canceló ningún compromiso con países necesitados del

concurso de nuestra medicina, hacer posible lo imposible, que nuestros médicos, técnicos y demás trabajadores de la salud escribieran de forma indeleble en las páginas de la historia de la salud pública cubana la heroicidad de marchar al exterior en tales circunstancias, con decisión, con altruismo, con valentía. Se demostró que el revolucionario se crece en los momentos difíciles, con los valores éticos y morales, así como con una firmeza ideológica de los trabajadores de la salud, vivió con una pujanza indetenible. Valió la pena vivir esos momentos.

– **Interviene el Dr. Más Bermejo pidiéndole que ampliara el papel de las relaciones internacionales durante la epidemia de la neuropatía.**

Nuestro papel, fue un papel de apoyo, de colaborar y coordinar con algunas personalidades su presencia acá siguiendo las orientaciones del ministro. Coordinar la presencia de algunas personalidades en nuestro país, su recibimiento, su acompañamiento. Vamos a decir, el aparato logístico de aquello y acompañarlos en todo momento, incluyendo las personalidades que llegaron de Estados Unidos, que estuvieron acá todo el tiempo haciendo todo este trabajo.

Fue un papel de apoyo, realmente fue un papel logístico de crear las condiciones para que aquello fluyera, que se dieran las reuniones, se prepararan los materiales, que estuvieran presentes los que tenían que estar, es decir, todo este tipo de cosa. El papel que se desempeñó en aquel momento.

– **Interviene de nuevo el Dr. Más Bermejo planteando que fue muy importante, recuerda el llamado a la ayuda internacional que hizo en una reunión de la Asamblea Mundial de la OMS el Dr. Antelo en aquel momento, si tiene alguna anécdota.**

Sí como no, se hizo. Se hizo y tuvo una repercusión importante, inclusive *in situ*, con un aplauso, con la intervención de muchos ministros y muchas personalidades que se encontraban presentes. Fue así.

¿Una anécdota quieres? "estaba un Congreso de Médico de Familia de la Atención Primaria. Estaba la clausura en el Palacio de las Convenciones, estaba en la clausura el Comandante en Jefe, estaba Carlisle, estaba el Ministro, estaban otras personalidades y yo había mandado con

el agregado de Protocolo, porque Carlisle tenía que irse, tenía el vuelo y habíamos mandado los pasaportes, el maletín, todo lo que con él viajaba para el aeropuerto, todo. Avanzaba el tiempo y Fidel hablando y Carlisle hablando y el tiempo pasando y yo intranquilizándome. Mandé a un compañero que le dijera a Carlisle y yo veía que aquello no avanzaba, hasta que me llené de valor y fui y le dije a Carlisle “se le va el avión” y le dijo a Fidel “que se me va el avión” y Fidel le dijo “y no se puede parar un poco el avión” y le respondió “no, no es un avión de Cubana de Aviación”. Volamos en un carro de protocolo y pudo Carlisle coger el avión e irse por un pelo.

- **El Dr. Pedro Más acota que en el período a que se refirió, los principales logros se obtuvieron en la arena internacional, a partir del movimiento que se desplegó por la dirección de relaciones Internacionales, que vivió las dos épocas, cuando el CAME y después cuando el CAME se desmembró, ¿Cuáles son los logros que se pudieran enunciar?**

Ya quizás muchas cosas no las pudiera puntualizar por el tiempo pasado. Yo creo que lo importante fue lograr las relaciones con los organismos internacionales y las respuestas de esos organismos internacionales. Ese fue el principal logro que se obtuvo, fundamentalmente de la OPS/OMS, la FAO, UNICEF, todos estos organismos dieron una respuesta importante, pues los programas de estos organismos, a veces, eran un poco teóricos y un poco de mandar asesores y cosas de este tipo y se convirtieron en donadores de recursos necesarios para poder sustentar nosotros algunos de nuestros programas. Creo que ahí estuvo uno de los principales logros, sin perder la esencia, pero lograr que estos organismos nos apoyaran en esos momentos y creo que en eso desempeñó un papel fundamental en las intervenciones que se han referido que se hicieron en Ginebra y en el mismo Washington por el ministro, jugaron un papel importante.

19 de noviembre de 2018



Gail Reed

Editora Ejecutiva de la revista *Medicc Review*

...porque después de esos años muy duros del período especial, algunos de los indicadores incluso mejoraron... ¿pero cómo es posible si se perdió el 85 % del intercambio comercial con el mundo y el consumo de calorías y proteínas también se redujo, y a la vez las personas hacían más ejercicios?

..los resultados se explican, entre otras cosas, porque ya se tenía una base que consistía en la educación de la población –sobre todo el nivel cultural de la mujer en Cuba– y un fuerte sistema de atención primaria de salud.

Durante estos años de los que estamos hablando (período especial), estuve trabajando principalmente para medios norteamericanos, específicamente el noticiero NBC, con el UNICEF, con varias ONG (organizaciones no gubernamentales) norteamericanas y finalmente realizando el estudio sobre el impacto del bloqueo de Estados Unidos en la salud y la nutrición en Cuba.

- **El Dr. Más Bermejo pregunta a Gail, en este período cuáles fueron las líneas principales en las que tu trabajaste, porque mucho de los entrevistados han hecho referencia a tu trabajo, al de MEDIC C. Pero específicamente al trabajo sobre todo contra el bloqueo, entonces quisiera que hablara sobre eso.**

Precisamente, creo que lo más importante es el estudio sobre el impacto del embargo norteamericano, o sea del bloqueo, en la salud y la nutrición en Cuba. Lo que originó esto fue una carta que dirigieran unos abogados en Washington, D. C. a la Organización de Estados Americanos (OEA), a su Comisión de Derechos Humanos. Ellos plantearon que el bloqueo violaba los derechos de 11 millones de cubanos, y entonces para sorpresa de ellos, la OEA respondió: “¿Bueno y cómo lo sabemos?”. Y fue un poco la génesis del estudio. Fui a ver a Alarcón, entonces Presidente del Parlamento cubano, para ver cómo podíamos proceder. Se

decidió no investigar como respuesta a la OEA, sino realizar un estudio independiente que los abogados en EE. UU. pudieran utilizar para formular una respuesta.

Eso fue a principios de los años 1990. Ustedes recordarán que después de la disolución del campo socialista, hubo un intento por parte de Washington de endurecer el bloqueo con la famosa Cuban Democracy Act o la Ley Torricelli. Eso tuvo una repercusión muy grave en su momento porque, entre otras cosas, eliminaba el intercambio comercial con subsidiarias norteamericanas, imponía que cualquier barco que viniera a Cuba no podía entrar en puerto norteamericano durante los próximos 180 días, e impuso otras restricciones que limitaban mucho más el actuar en el área del intercambio sobre salud y ciencia. Fueron años muy duros en términos económicos, por supuesto, y creo que esa ley tuvo la intención de ser ya, la última medida que iba a dar al traste con el gobierno de Cuba. No funcionó, pero evidentemente dejó una huella muy importante en lo que era la salud y la nutrición.

Nuestro estudio se publicó en marzo de 1997, pero estuvimos más de dos años realizándolo, buscando fuentes en todas las especialidades, en todos los aspectos de los servicios de salud, en todo lo que fuera nutrición, seguridad alimentaria, abastecimiento de agua, y también el intercambio médico-científico entre profesionales de Cuba y EE. UU.

Para nosotros fue muy crudo el impacto, verlo ahí en blanco y negro, porque pasamos un tiempo largo en la compañía MEDICUBA, importadora-exportadora de medicamentos, viendo una por una las licencias denegadas para cosas tan sencillas como piezas de repuesto para un equipo de rayo-X en un policlínico o para ¼ de libra de metotrexate, que se iba a utilizar como principio activo para la confección en Cuba de un medicamento para el cáncer de mama.

También fue denegada una licencia a la UNICEF para comprarle a Cuba piezas para reparar las tuberías de agua. Fueron cosas que no tenían ninguna explicación humana, salvo que querían hacer daño. Fueron también los años de la neuropatía óptica y periférica que afectó a 50 000 cubanos, resultado de un déficit nutricional agudo. Y por tanto, fueron años en que se sentía la gran lucha de los profesionales de la salud por mantener a sus pacientes sanos.

Tengo unos datos que son muy interesantes, porque después de esos años muy duros del período especial, algunos de los indicadores incluso mejoraron. Mucha gente decía ¿pero cómo es posible si se perdió el 85 % del intercambio comercial con el mundo y el consumo de calorías y proteínas también se redujo, y a la vez las personas hacían más ejercicios? Yo creo que los resultados se explican, entre otras cosas, porque ya se tenía una base que consistía en la educación de la población –sobre todo el nivel cultural de la mujer en Cuba– y en un fuerte sistema de atención primaria de salud.

Hay que recordar que para esa fecha, o sea en los años 90, ya estaba cubierto todo el país con el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Si bien no tenían todos los medicamentos que necesitaban, usted sabía como madre, que la doctora o el doctor o la enfermera o enfermero estaban ahí en la esquina y que estaban bien entrenados, bien formados y muy comprometidos.

Yo me quito el sombrero ante esos profesionales de la salud en esa época, fue una época muy dura. De hecho, cuando entrevistamos a los especialistas para el estudio, algunos lloraban porque no veían la posibilidad de hacer lo que pensaban necesario. Por ejemplo, para la pesquisa que se hace de mamografía para detectar el cáncer de mama, tuvieron que alargar los plazos entre una y otra, cambiar el protocolo, porque ya no había mamografías móviles, no había gomas, no había gasolina, no había muchas cosas. Los equipos se estaban rompiendo y no había piezas de repuesto. Así que fue una prueba muy dura para los profesionales de la salud.

Al mismo tiempo, la innovación nacida de ese compromiso y de ese gran nivel que tenían los profesionales, también arrojó resultados. Por ejemplo, está el caso de los hogares maternos. Jamás se me olvida que yo fui precisamente con funcionarios del MINSAP a llevar un donativo a la provincia Granma, a un hogar materno en las montañas. Llegamos y vimos un hogar lo más limpio que uno puede imaginar. Solo después de estar ahí toda la mañana, descubrí que no habían tenido agua en más de dos semanas. ¿Cómo limpiaban, cómo cocinaban? Las trabajadoras llevaban las cosas para sus casas para lavar, los hombres del barrio venían y traían el agua para cocinar. Aquello fue todo un esfuerzo comunitario muy grande y la directora me dijo sencillamente, que tenían

que hacer todo para que las embarazadas no sintieran ningún estrés, "nosotros sí, pero ellas no".

Una cosa muy interesante es que los hogares maternos respondían a un programa a nivel nacional, que se movilizó cuando se percataron que el bajo peso al nacer empezó a aumentar. Ustedes saben que un niño que nace con bajo peso tiene 14 veces más la probabilidad de morir en el primer año, que un bebe que nace con un peso normal. Entonces cuando vieron esa señal decidieron cambiar la misión de los hogares maternos que al principio de los años 60 se habían constituido para las mujeres que vivían lejos de los centros hospitalarios y que en los 90 se encontraban un poco en desuso porque, había hospitales y carreteras.

Se decidió reformular el propósito de los hogares para asegurar la alimentación de las embarazadas, cierta tranquilidad, y educación salubrista. Como resultado de esta innovación a nivel nacional, se pudo revertir ese indicador y no subió la mortalidad infantil. Como dice el ejemplo de la Provincia Granma, también se contó con el apoyo del personal local y hasta las comunidades. Creo que esa solidaridad que se sintió desde la base es otro elemento que no permitió que los indicadores en salud cayeran como caían muchas otras cosas. ¡Pero la salud! La salud era una cosa fundamental y por tanto, creo que todo el mundo estaba pendiente de ese aspecto.

Hay que recordar cuán difícil era la situación. Recuerdo que donde yo vivía, la gente empezó a cocinar con leña porque no había gas, teníamos luz cuando más 8 horas diarias y nadie sabía cómo iba a terminar aquello. Siempre digo que hay 11 millones de cubanos, o quizás un poco menos ahora, que tienen síndrome de estrés postraumático, en serio.

No sé si se ha hecho algún estudio psicológico, pero me doy cuenta de eso. Cuando se va la luz la gente se pone tensa porque hay una memoria de aquellos años que fueron muy difíciles. Y sobre todo, porque como dicen los psiquiatras y los psicólogos, lo peor que le puede pasar a un ser humano es no saber, no mirar en el horizonte qué va a pasar. Así que creo que lo más dañino en ese tiempo quizás fue eso, la gente no sabía, confiaba, pero no sabía cómo iba a terminar. Fueron momentos muy difíciles y a la vez de mucho compromiso de la gente, de unos con otros y también con la salud.

- **El Dr. Más Bermejo señala, cambiando de tema, que ese informe, al que te referiste al principio, fue vital. En ese periodo a través de *Medicc* se logró un acuerdo con *Global Links* para comprar libros, pues había problemas con los libros de texto para los estudiantes y los médicos, ¿eso coincidió en ese tiempo?**

No exactamente. Fue *Medicc* (siglas que representan en inglés educación médica en cooperación con Cuba). quien compró los libros, no *Global Links* en ese momento. *Global Links* empezó su cooperación bajo su directora Kathleen Hower. Es una organización de la ciudad de Pittsburgh en el estado de Pennsylvania. *Global Links* fue muy importante en esos años; tenía una licencia del Departamento de Comercio, del Departamento del Tesoro para hacer sus donaciones a través del MINSAP, pero a diferencia de otras ONG, ellos lo hacían en una muy estrecha coordinación con las necesidades expresadas por el ministerio.

El estudio fue importante para la fundación de *Medicc*. Pero ya desde hace muchos años, la actividad desbordó ese concepto original. El estudio tiene que ver con *Medicc* porque fue la base que permitió que se fundara como un proyecto conjunto, binacional, entre profesionales de la salud cubanos y norteamericanos. ¿Qué pasó?

Uno de los elementos que descubrimos cuando hicimos el estudio del bloqueo fue que anteriormente hubo mucho interés en EE. UU. por conocer el sistema de salud en Cuba, sus resultados, las experiencias de los médicos y enfermeras de la familia, los policlínicos, todo lo que tenía que ver con la atención primaria, más la biotecnología cubana. Descubrimos que un grupo importante de profesionales de la salud norteamericanos había viajado a Cuba, pero ¿qué pasó? Después no había puente institucional que mantuviera viva esa comunicación y que abriera paso hacia una cooperación, hacia la colaboración. Así que al terminar el estudio, que dicho sea de paso, contiene más de 300 páginas, se trajo a Cuba una comisión norteamericana bipartidista de médicos y abogados para validar la metodología y los resultados de la investigación.

Ellos mismos se percataron de las cosas importantes, cosas que se estaban haciendo en materia de salud en Cuba y que podrían ser de interés para sus colegas en EE. UU. Y hubo cosas, por supuesto, que a la parte cubana le interesaba de lo que se estaba haciendo en EE. UU. Entonces,

varios de ellos formaron y todavía forman la parte norteamericana de lo que hemos llamado el Consejo Académico Conjunto de MEDICC. Sus primeros copresidentes fueron, por la parte cubana, el Dr. Jardines que era viceministro del MINSAP, un gran impulsor del programa *Medicc*; y el Dr. Bourne por la parte norteamericana.

Durante muchos años presidieron el consejo del programa, cuyo propósito era precisamente ofrecer un puente institucional tanto para la donación de libros, y luego para apoyar la educación médica en la Escuela Latinoamericana de Medicina; traer a profesionales de la salud norteamericanos a Cuba; y darles oportunidad a los profesionales de la salud cubanos para asistir a conferencias en EE. UU.

Más recientemente, se añadió un proyecto para que los dirigentes de las comunidades más pobres en EE. UU. pudieran visitar Cuba, ver su sistema de salud y lo que se está haciendo a nivel de la comunidad, para entonces intercambiar y llevarse algunas ideas innovadoras para la equidad en salud, aun cuando el sistema en Cuba (universal, gratuito y realmente accesible) es tan diferente del norteamericano.

– **El Dr. Más Bermejo acota, que en algunas ocasiones te he oído hablar de un encuentro que se puede decir fue histórico, cuando el Comandante recibió un grupo de *Medicc*, puedes hablar un poco de eso?**

De hecho, la de *Medicc* fue la última delegación norteamericana que el Presidente Fidel Castro recibió antes de enfermarse, el 30 de junio y el 1 de julio de 2016. Se pasó toda la noche como era costumbre en él, era un grupo grande de salubristas. Fue muy interesante y creo que él llamo a Timor Leste, a la brigada médica que estaba en ese momento allá. Participaron el ministro de Salud Pública Dr. Balaguer, la viceministra Cobas, más toda una serie de compañeros. Yo nunca había participado en una conversación con Fidel siendo jefa de una delegación y estaba frente a él. Sí había estado en varias ocasiones en delegaciones, pero nunca había visto a Fidel tan feliz que con ese grupo. Me parece que se sentía muy bien, entre gente que compartía con él las mismas ideas y conceptos de la salud pública.

Era tan informal el encuentro que hubo un momento en que todo el mundo se puso de pie, sabes que normalmente hay un grupo de cubanos de un lado de la mesa y del otro, los extranjeros. Pero todo el mundo

se paró en algún momento y empezó a conversar libremente; yo nunca había visto eso. Por otra parte, él estuvo muy alegre. Fue muy caballeroso y lo primero que nos preguntó cuando llegamos, sobre las nueve de la noche, fue si habíamos comido.

Toda la noche la pasamos hablando de la importancia de la salud pública para todos, de la Escuela Latinoamericana de Medicina, de lo que significaba tener personal formado como decía él, en un modelo con ciencia y conciencia. Recuerdo que incluso, él estaba buscando cómo ampliar el número de norteamericanos que matriculaban en la Escuela, ya que en la delegación participaban varios académicos. El grupo estuvo muy animado, conversador y realmente fue una experiencia única...creo que fue única.

11 de abril de 2019



Marcelino Río Torres

Director del Hospital Oftalmológico
Ramón Pando Ferrer

El 9 de julio, del 2004, Fidel nos visita en el Pando Ferrer...En ese momento ya estaba de director de la institución...los venezolanos tenían dificultad para aprender a leer...por dificultad en la visión y deciden el proyecto... Operación Milagro... y Fidel pregunta si podíamos operar 50 pacientes venezolanos

todos los días, le dijimos que sí...Un día llegamos a operar 500... y le hago una pregunta: “¿Comandante, cumplimos?” no se me olvida más nunca esto, me contestó: “No, ustedes no cumplieron, ustedes sobrecumplieron.”

En el mes de septiembre de 1984, fuimos citados en horas de la noche al CIMEQ, junto con el Dr. López Cardet, ya lamentablemente fallecido, para entrevistarnos con Baivakov, jefe en aquel momento del comité para la planificación económica en la Unión Soviética (GOSPLAN). No sabíamos ni de que se iba a tratar y era la primera vez que oímos hablar del profesor Fiodorov. Bueno nos presentó la idea, entre otros y dos meses después, acompañado de Roberto Menchaca que era director de Relaciones Internacionales del MINSAP, partimos hacia Moscú.

La tarea era visitar los principales centros de oftalmología en la Unión Soviética y específicamente en Moscú. Fuimos a la clínica Krasnov, dedicada al estudio del glaucoma, al Instituto Helmholtz y al Instituto Fiodorov, conocimos aquello, hicimos nuestro informe. Ya en el 85, partimos un grupo de seis oftalmólogos para la clínica de Fiodorov durante tres meses y coincidiendo que nosotros estábamos allá, Fiodorov viene a La Habana en enero del 86 y conversa con Fidel y lo invita a visitar su clínica. Fidel le dice que sí, que en 1986 era el congreso del PCUS y trataría de visitarlo. Se produce la visita de Fidel al Instituto Fiodorov, recorre el salón de operaciones con Fiodorov, todo el centro y cuando parte hacia Cuba orienta al MINSAP, comenzar la construcción de un centro similar al Instituto Fiodorov en los anexos del hospital Ramón Pando Ferrer.

Nosotros estábamos de jefe de servicio del hospital Calixto García, nos mandan a buscar para que ocupemos la dirección del centro que se iba a hacer, así empezamos, desde la construcción, acompañados siempre por el Dr. Teja, ministro en aquel entonces, y por el Dr. Miyar Barrueco, que prácticamente era el jefe a pie de obra, así comenzó la construcción de ese centro, que se inaugura el 29 de abril de 1988 en esta, le acompañan el Dr. Teja, ministro de Salud Pública, el Dr. Fiodorov y el Comandante en Jefe Fidel Castro. Se hizo un recorrido exhaustivo por todo el centro, ese día se inauguraron cinco grandes obras y se decidió hacer la clausura en el Pando Ferrer, en el área del parqueo; se entusiasmó Fidel de una forma tal que nos transmitió ese entusiasmo, que ya teníamos, pero lo aumentó mucho más.

Habló con cada uno de los oftalmólogos, demostró su alegría, su forma de ser, hubo anécdotas pequeñas, pero muy preciosas de cómo es Fidel, el profesor Fiodorov ve los consultorios y dice: "pero aquí falta un cuadro con flores", Fidel se dirige a las oftalmólogas nuestras que nos acompañaban y dice: "con estas flores, yo no necesito poner cuadros". Son cosas que demuestran la sensibilidad de él.

Después que hicimos el recorrido exhaustivo, equipo por equipo, hace las conclusiones, glorificando todo lo que se había inaugurado ese día y que este centro en especial, para él significaba mucho, porque él sabía que la especialidad de oftalmología había que desarrollarla específicamente y se había decidido hacerlo en el Pando, porque en aquel momento era el centro de oftalmología con mayor desarrollo. El Pando Ferrer operaba de 2000 a 3000 pacientes al año.

Microcirugía se inaugura en abril. Ese año el hospital operó casi 10 000 pacientes; se triplicó la cifra, una de las cosas que siempre recalco, cada vez que converso, con los compañeros, es que Fidel me mandó a ir a una conversación con Baivakov, me envió al centro, estuve en un curso y le informé, pero él fue a verlo lo tocó todo, analizó lo que se le había dicho, es una de las cosas grandes que le enseñan a uno en la dirigencia, que tienes que tocarlo todo, esa obra la hizo él. Como todas las obras en que él tenía participación, que eran bastantes.

Así transcurre el trabajo de microcirugía ocular, que le da un vuelco total a la oftalmología en Cuba. No cabe dudas que la oftalmología en Cuba es una antes del centro de microcirugía y otra después, puedo decir,

por ejemplo, por decir una cosa que no era directo de microcirugía, pero sí era del desarrollo. En el hospital Pando Ferrer había 3 o 4 retinólogos y en el país no había más de siete. Ya solo en el Pando Ferrer hoy en día hay 25 retinólogos y tenemos varios de esta sección por todo el mundo.

Continuo el trabajo, se presenta una solicitud de EE. UU., del proyecto ORBIS, de visitar nuestro país, es un avión con un centro de cirugía oftalmológica y saben las dificultades por el bloqueo. Pero tan pronto él se enteró dijo: “que venga el avión”, no solo que venga, sino cuando llegó él se montó en el avión. Vio cómo se operaba, hizo una relación tremenda, eso fue una manera de romper el bloqueo, porque el Departamento de Estado de EE. UU. se negaba, pero el director del ORBIS en aquel momento era un inglés, se plantó y dijo: “venimos a Cuba”. En junio del 1991 vino el proyecto ORBIS, después hizo ocho programas; primero en un DC8 y después en un DC10.

En 1993, se presenta la neuropatía óptica epidémica, se hacían reuniones todos los días. Un día se hacía en biotecnología, otro era en la defensa civil, otro era en BioCaribe, bueno todos los días recuerdo que el Ministro se acercaba a nosotros y preguntaba, que opinión tienes de esto, que opinión tienes de lo otro, aparte que Fidel también participaba y se interesaba mucho, porque era muy sensible, era una afección que se planteaba que podía tener un origen o podía tener otro y que le afectaba la visión a las personas, después también empezó a afectarle los miembros inferiores; vinieron a su solicitud el personal de ORBIS a apoyar la actividad; además, la OPS, la OMS, todo el mundo se enfrascó en esta tarea que terminó con la solución de los problemas que podían haber producido esta afección.

Siguió el tiempo, se siguió trabajando y la institución desarrollándose. Te digo para que se tenga un ejemplo de para que sirvió esto, si al principio de la Revolución había 118 oftalmólogos y quedaron 38, ya antes de empezar esto de la microcirugía, había unos 500 oftalmólogos, hoy en día hay más de 2000 debido al desarrollo.

Después, más adelante se presenta la Operación Milagro.

El 9 de julio, del 2004, Fidel nos visita en el Pando Ferrer en horas de la tarde noche. En ese momento ya estaba de director de la institución, se sienta con nosotros nos explica que él y Chávez se habían dado cuenta que los venezolanos a los que estaban tratando de enseñar a leer tenían

dificultad para aprender y se dieron cuenta que muchos de ellos, una gran mayoría, era por dificultad en la visión y deciden que el proyecto este que unos le dicen Misión y otros Operación Milagro, ese 9 de julio nos explica todo esto, la importancia que tiene y pregunta si podíamos operar 50 pacientes venezolanos todos los días, le dijimos que sí. Al otro día, ya estaban los primeros 50 pacientes venezolanos. Se prepararon, se examinaron y se operaron. Un día llegamos a operar 500.

Decidimos hacer dos grupos de trabajo, uno que trabajaba hoy y descansaba al otro día, porque si no, nos quedábamos sin los oftalmólogos. ¡Fue un éxito! Milagro, ¡fue un éxito!

Pero fíjense si nos dio posibilidades, que el Comandante decidió hacer 24 centros oftalmológicos, eso sí, con la condición que tuvieran los mismos equipos que teníamos nosotros. ¡Imagínense! solo en microscopios, en nuestra Institución había 36, cada uno valía 75 000 Euros, debido al bloqueo había que comprarlo en Europa y todo salía más caro. La última tecnología que había en el mundo, como la que tenemos actualmente, se compró para las instituciones de Cuba; una de las cosas en que insistía Fidel, pero, además, él disfrutaba los equipos.

Nosotros llegamos a recibir, en aquella época tres delegaciones diarias de presidentes de otros países. Recuerdan la cifra que les había dicho, que al principio de la Revolución se quedaron solo 38, ya tenemos más de 2000 oftalmólogos y tenemos participación de ayuda en más de 30 o 40 países. En algunos países, gracias a la participación de nosotros, se empezaron a operar una serie de afecciones que antes se remitían a otros países.

Considero, que como nos dijo Fidel un día, cuando se terminó la Operación Milagro, me llamó a su oficina y le hago una pregunta: “¿Comandante, cumplimos?” no se me olvida más nunca esto, me contestó: “No, ustedes no cumplieron, ustedes sobrecumplieron”. Le dije ¿Ud. me permite trasladarle esto a los oftalmólogos? me respondió: “Claro, ¡claro que sí!”.

Esto es lo que yo puedo decir al respecto, en síntesis, apretada. Lo que ha significado para la oftalmología en Cuba, todo este período. No cabe dudas, que hoy la oftalmología cubana, ¡puede hablar de tú a tú con todas las oftalmologías del mundo y es respetada!



José Rafael Rivero Rodríguez

Empresa de Suministros Médicos
(EMSUME)

...comenzamos por Cienfuegos, el Gustavo Aldereguía. Eso fue una experiencia grande, porque no había experiencia de construcción de hospitales anteriormente, allí aprendimos mucho; incluso aprendimos lo que le tocaba hacer a cada organismo que estaba allí, pero de ahí se fueron tomando las

experiencias, lo que nos permitió trabajar después con más organización en Pinar del Río, San Cristóbal, Villa Clara, Sancti Spiritus y así en todos los hospitales...se compraban los equipos, coordinábamos con las provincias y hacíamos la entrega directo a los inversionistas de cada hospital... no iba para ningún almacén...eso se llevó con mucho rigor y dio magníficos resultados...recibimos reconocimiento por el trabajo realizado.

En el año 1971 comencé a trabajar en la empresa de electromedicina de la provincia de Ciudad de La Habana, en el departamento de óptica, ya que esta actividad tenía relación con lo que yo había estudiado en Alemania y se habían hecho coordinaciones previas para comenzar a trabajar en esa actividad, pero fue en la empresa de suministros médicos (EMSUME), en la atención de electromedicina, equipos médicos y piezas de repuesto. donde desarrollé fundamentalmente el trabajo durante todo el período que estamos analizando, hasta el año 1997.

La actividad de equipos médicos en el MINSAP en sus inicios se basaba en el equipamiento que se recibía del área socialista, a través del CAME recibíamos volúmenes considerables de equipos. Por ejemplo, la República Democrática Alemana y Checoslovaquia nos vendían insumos para el desarrollo de la estomatología, entre ellos, sillones, unidades y compresores dentales. Recibíamos también equipos procedentes de Checoslovaquia, Hungría, Polonia, la Unión Soviética y de China.

En el año 1977, ya se comienza a adquirir equipos en el área capitalista. Primero se hizo una compra a la Siemens, a través de un crédito que nos permitió colocar equipos de rayos X de diferentes tipos y

complejidades en los hospitales, después hubo una segunda compra de equipos en Holanda con sus piezas de repuesto, que nos permitió abastecer los hospitales principales.

La actividad fundamental se desarrolla entre los años 1980 y 1990. Recuerdo que en el año 1985 fuimos a una misión a China, donde se compraron volúmenes grandes de equipos destinados a la construcción y modernización de determinados hospitales del país, entre ellos, el pediátrico Juan Manuel Márquez de La Habana.

En el momento que comienza el período especial, se toma la decisión, muy buena, de que el equipamiento que teníamos, tanto de procedencia capitalista como socialista, pase al control del MINSAP, es decir, los inventarios, y se fueron tomando las medidas correspondientes, así, donde quiera que existía la necesidad de un equipo, el MINSAP, asignaba y nosotros procedíamos a su entrega.

Debo decir que, en la actividad de electromedicina, participamos en todas las inauguraciones y montaje de equipos de los hospitales que se construyeron en el país, comenzamos por Cienfuegos, el Gustavo Aldereguía. Eso fue una experiencia grande, allí aprendimos mucho; incluso aprendimos lo que le tocaba hacer a cada organismo que estaba allí. Se incorporaron las experiencias y esto nos permitió trabajar después con más organización en Pinar del Río, San Cristóbal, Villa Clara, Sancti Spíritus y así en todos los hospitales.

Los equipos, se compraban a través de los módulos que nos pasaban de la dirección de inversiones del MINSAP, coordinábamos con las provincias y hacíamos la entrega directo. Los equipos no iban para ningún almacén, para que no hubiera decisión intermedia, eso se dirigía directamente y se entregaba a los inversionistas de cada uno de los hospitales.

Pienso que ese proceder se llevó con mucho rigor y dio un magnífico resultado, por el cual recibimos reconocimiento por el trabajo realizado.

También fue un éxito, hablando de los logros que tuvimos, no solo de nosotros, sino del MINSAP, en los diferentes planes que se desarrollaron. Muchas veces esos planes nos llegaban por el MINSAP, pero llevaba también la colaboración del grupo de coordinación y apoyo del Comandante en Jefe. Se crearon las terapias intensivas, los cardiocentros, se desarrolló la actividad materno infantil, el médico de familia, la genética médica, todos con el abastecimiento de los medios que necesitaban.

Creo que, en algunos momentos pensamos que era demasiado control, fue bueno. Nosotros, por ejemplo, debíamos ir semanalmente a los cardiocentros, a cardiología, al hospital William Soler, teníamos controles periódicos en el MINSAP, con el médico de familia, con los compañeros de genética, inclusive se recibía en nuestra empresa a los especialistas, a los Jefes de especialidades que también nos daban sus criterios en relación con el material gastable y nosotros los oíamos para hacer la planificación.

Fue una actividad que desarrollamos y que realmente podemos decir que apoyó al progreso de la medicina en el país, inclusive con los resultados finales cada año en los índices de la mortalidad materno-infantil, se veía evidentemente que había un trabajo.

– **El Dr. Teja le plantea que, si él no recuerda alguna anécdota, recuerdo o vivencia que hubiera tenido en esta etapa con el Comandante en Jefe en el marco de estas actividades ocurridas en el período especial en el sistema de salud.**

Durante este trabajo, le decía ahorita, con el Comandante estábamos en contacto a través su equipo de coordinación y apoyo. Él tenía un grupo de compañeros de quienes recibíamos indicaciones, recuerdo a la compañera Tania Fraga y Mercedes Couso. Eso, por supuesto, nos ayudó mucho a desarrollar nuestro trabajo. Puedo decir, por ejemplo, que con el compañero Marcos Portal, cuando estaba en el equipo, se trabajó en desarrollar los centros de electromedicina provinciales y municipales, en lo que trabajamos nosotros también; independiente de que el suministro vino a través de la empresa de abastecimiento técnico material (ATM), se hacían visitas en común, tanto el ATM como nosotros, para observar cada uno de los talleres. Ahí inclusive se trabajó muy fuerte también en suministrarle a la salud pública una cuota de ingenieros importante, tanto centralmente como provincialmente, lo que produjo un salto de calidad en el servicio técnico a la población, o sea, en los equipos médicos

12 de diciembre de 2019



Pedro Rodríguez Fonseca

Director de Servicios Básicos
y Complementarios

Por supuesto, el período especial se prolongó más de lo que debió ser en aquella etapa. Pero lo cierto es que nos graduó... Los que nos habíamos graduado de revolucionarios y teníamos determinadas responsabilidades en esa etapa, nos graduó de revolucionarios de verdad aquello. Porque había que improvisar, había que ser un mago, había que tener una fe absoluta en la Revolución para poder responder cada día a esa demanda que uno no sabía de donde iba a sacar. En lo personal le agradezco, en primer lugar, al Comandante en Jefe, en segundo lugar, a este período especial, porque yo me gradué de Revolucionario en ese momento.

Procedo de las Fuerzas Armadas Revolucionarias y mi paso a salud pública se produce, después que el Dr. Julio Teja, Ministro de Salud Pública en aquel momento, habla conmigo y me dice que él necesita que yo pasara a salud pública para que lo ayude en los mecanismos de planificación en el sistema de salud. Mi preparación era justamente, en aseguramiento logístico.

No era que yo iba a asumir la responsabilidad absoluta, ni conjunta de la planificación en el sistema de salud, pero podía colaborar grandemente y acepté. Julio era compañero de curso mío, todos lo queríamos mucho, yo me sentí comprometido a seguir ayudando a mi Revolución desde el sistema de salud.

Así las cosas, en septiembre de 1992, recibo la indicación de pasar a incorporarme al MINSAP. Al día siguiente ya estaba frente a Julio y le dije: "bueno, aquí estoy mi hermano, que hago, que tengo que hacer". Julio me informa entonces que, la idea era que pasara a ocupar el cargo de director de servicios básicos y complementarios en el Sistema Nacional de Salud. Era una especie de sustituto del viceministro de servicios y que además de esa responsabilidad directa iba a tener como apoyo para desempeñarme en el trabajo, cuatro unidades nacionales que me eran directamente subordinadas, que era la Unidad Nacional de Mantenimiento

Constructivo, la Unidad Nacional de Mantenimiento General, la Unidad Nacional de Transporte y UNPEA, que era una unidad de almacenes, de producciones especiales y abastecimientos.

Así es como me inicio ya a trabajar en el sistema de salud en el año 1992 colaborando con la planificación de 1993, que fue justamente el año en que el período especial tocó fondo; es decir, un poco más y “salimos a China”. Era el tope de las irregularidades en cuanto al suministro al pueblo, el compromiso de abastecimiento con el pueblo y por supuesto con los organismos de la administración del estado.

En esas circunstancias era extraordinariamente complejo el abastecimiento. Nos iniciamos haciendo los primeros abastecimientos. Entonces, el reclamo de las unidades, de las instituciones, era sobre la base de lo que tenían establecido como norma, como indicadores de consumo histórico, de años. Las exigencias eran increíbles.

En el sistema de abastecimiento, medularmente tenía importancia el sistema de la industria ligera, porque era la producción de textiles: los uniformes, las sábanas, las toallas, todo lo que a textil se refiere, que se suministraba directamente desde la industria ligera pero prácticamente las textileras no producían tejido; era absurdo que se me exigiese por aquellas cifras, no era el ministro que conocía las cosas, eran las propias instituciones y analicé que había que hacer un ajuste de los indicadores y entonces, para poner específicamente algunos ejemplos y hacerlo más fácil de comprender, el sistema de salud entregaba a un hospital ginecoobstétrico 8 sábanas por cama por año, 8 sábanas y a los demás hospitales 6 sábanas por cama por año y así eran con los distintos productos textileros.

Ajusté las sábanas a 3 sábanas por cama por año y para entregar esa cantidad la salud pública, que no lo estaba haciendo, tenía que adquirir, por lo menos dos y la tercera había que salir a buscarla con los donantes, algunos de los cuales tenían un carácter bastante serio de compromiso con el sistema de salud y nos entregaban determinadas cantidades, pero nunca en cifras como para hablar de miles y miles. Entonces, esa fue la cifra que quedó establecida en el frente textil.

Pero si el problema hubiera sido exclusivamente textilero, la cosa no era tan grave, pero el problema era que no había un montón de renglones más. Por ejemplo, las lavanderías nuestras no tenían detergente, ni

jabón y sí había compromiso con el pueblo; es decir, entregarle determinadas cantidades de detergente, determinadas cantidades de jabón, por los organismos que estaban destinados a producirlos. Lo que nos tocaba a nosotros era tan pequeñísima cantidad que hubo que remitirse a la historia; entonces, pensando en la guerra del 1868 e inclusive en la del 1895, los mambises tuvieron que lavar la ropa en muchas ocasiones utilizando el jugo del henequén.

Se nos ocurrió la idea de que a lo mejor con jugo de henequén podíamos nosotros también hacerlo. Efectivamente, el jugo de henequén es un álcali y la sosa y la potasa son los dos elementos alcalinos medulares en la producción del jabón. Así que, no era una ficción que los mambises lo habían utilizado; entonces, tratamos de conseguir el henequén, pero en La Habana no había plantaciones de henequén.

Todo ese desabastecimiento se sentía por doquier, pero en La Habana se sentía el triple que en cualquiera de las otras provincias, porque era donde estaban los hospitales fundamentales, la mayor cantidad de hospitales, la mayor cantidad de camas.

En Matanzas existía la fábrica de sogas, que también estaba por debajo de sus producciones, pero seguía produciendo soga a partir del henequén, incluso del henequén se empezó a hacer hilo para suturar. El jugo del henequén se trasladaba en rastras en horas de la madrugada, porque este jugo, este zumo del henequén, es fotosensible y había que trasladarlo a esa hora, para evitar a toda costa que las radiaciones solares lo afectasen y fueran a degradar la poca capacidad de limpieza que tenía, así había que tratar de que llegara aquí en buenas condiciones.

Así se suministraron hospitales y así estuvimos “guapeando” entre otras formas para tratar que se lavasen las sábanas y que aquellas pocas cantidades pudieran estar en posibilidades de irse suministrando cuando estaban limpias, porque la afectación seguía siendo grande. No hubo alternativa, o nosotros le pedíamos a la población que llevara sus productos para ayudar en los ingresos, o simplemente no había posibilidad de que nuestros hospitales pudiesen satisfacer la demanda de ingresos que existía en los centros de ingreso hospitalarios. Era una realidad absoluta y total.

Los colchones de nosotros habían perdido una gran parte de la vestidura de nylon que tenían, muchos de esos colchones estaban rotos,

estaban manchados. Cómo pedirle a alguien que se acostase en esos colchones, sino era cubriendo el colchón con una sábana que nosotros no teníamos, en una parte importante de los casos.

De todas maneras, por un principio medular de guardia, de militar, que es una tradición, de que el jefe que no tiene *reserva* no es jefe. De esa miseria casi absoluta que recibíamos, trataba de separar alguna parte, alguna de las cuales, con la anuencia del ministro Teja, mandábamos a provincias, para que tuvieran, y existía en las provincias determinadas cantidades.

Eso nos permitía, que el que llegaba y uno se daba cuenta que estaba en presencia de alguien que no podía llevar sábanas porque a lo mejor ni las tenía en su casa, a ese había que ponerle la sábana en la cama donde lo íbamos a ingresar, y así cuando ingresaba una urgencia.

Para eso siempre hubo la reserva esa que, como jefe, no se podía dejar de tener; pero no se podía en forma alguna ingresar a todo el que necesitase ingreso, si no era sobre la base de que tenía que llevar sus propios recursos y le pedíamos que llevaran la toalla y en el caso de las mujeres la bata de casa, o algo de eso, para poder estar en la sala. En el caso de los hombres el pijama, para poderlos ingresar y que tuvieran las condiciones mínimas de poder recibir la asistencia médica en nuestras instalaciones.

¡Ah! esta fue una cosa que surgió desde la marcha. Se me ocurre la idea, porque teníamos un tremendo temor, en relación con la situación higiénica en general que afectaba de forma principal a los hospitales, no solo al hospital, sino a sus alrededores, el contexto que lo rodeaba; entonces, se nos ocurrió la idea de apoyar a las instalaciones hospitalarias los sábados en trabajo voluntario. La idea del Che Guevara, trabajo voluntario era un aspecto que moralmente lo enaltecía a uno ante uno mismo y ante la Revolución.

Era una necesidad histórica en aquel momento. Empezamos, sin pretender nunca ¿verdad?, que aquello podía llegar a tomar la magnitud que tomó, porque cuando se lo dije a Julio, le encantó la idea; entonces, ya no era que llegábamos y casi sorpresivamente caíamos en un hospital, Julio decidió que los hospitales tenían que poner la parte que les correspondía a ellos; es decir, ellos tenían que garantizar que el aparato político, administrativo y sindical del centro se pusiera en función de esta labor que estaba realizando el MINSAP.

Nosotros íbamos con algo que se consiguió, que no era poca cosa, que era un cargador frontal y dos camiones de volteo y con estos recursos, la presencia permanente en todos los casos del Ministro Teja, que iba a cada una de las actividades, de los Viceministros y de una parte importante de los directores, mi persona y el personal de la unidad de mantenimiento constructivo, pues a ellos fue a los que se les asignó el cargador frontal, que eran los que más lo podían utilizar, el cargador frontal y dos camiones.

Eso lo hacíamos en todas las instalaciones que fuimos seleccionando y de las cuales tengo anotadas unas cuantas en las que se hizo el trabajo. ¡Era increíble, lo que significó! la significación política tremenda que tuvo aquello, porque ya no era solo el hecho simple, que no era tan simple, porque la demanda lo exigía, pero no era solo el hecho de limpiar el hospital, había que sacar cuanto basura inimaginable existía en ellos, inclusive de desechos, pedazos de paredes, de todo tipo, incinerar la que correspondía como estaba establecido y la otra botarla.

El problema no era solo eso, el problema era que políticamente aquello unía en una forma increíble, era una actividad en que todos los trabajadores veían al ministro dando mandarría con ellos y pasando trabajo con ellos, veían a los directores, veían a todos los jefes; entonces aquello unió a la gente, una cofradía, una hermandad realmente. Nos enaltecía ante ellos, ante los trabajadores y le daba una fuerza al MINSAP tremenda, cuando anunciábamos a un hospital que íbamos allí a hacer la limpieza de los sábados, era una actividad político-ideológica lo que se realizaba en el centro, con muchísima calidad. Voy a relacionar algunos de los hospitales que tengo aquí, por ejemplo:

El hospital Hermanos Ameijeiras, el hospital Fructuoso Rodríguez, el instituto de cardiología, el instituto de oncología, el hospital Salvador Allende, el hospital Julio Trigo, el hospital clínicoquirúrgico de 26, el pediátrico Juan Manuel Márquez, el hospital Fajardo, el banco de sangre de 23, eso fue una cosa tremenda en aquella época que comenzaba la epidemia de sida, como manejar con pulcritud, para que no hubiera problema de contaminación, que nadie fuera a pincharse, con un cuidado tremendo manejando los tubos aquellos para incinerar, los almacenes de la UNPEA, porque era donde estaban los almacenes nuestros, había que mejorar la situación general que tenía aquello, la unidad nacional de

mantenimiento constructivo, que estaba asumiendo la responsabilidad principal de eso, el hospital pediátrico de Tarará, hasta allá nos extendimos y otros más que no me acuerdo, pero recuerdo bien que todas esas instalaciones las visitamos y todo el mundo se sentía realmente realizado en aquellas circunstancias.

Un asunto importante que se me olvidaba, bajo la dirección del ministro nos reuníamos todos los lunes en un consejo que empezaba a las 7 a.m. que era un consejo al que él invitaba a cuanta gente podían estar implicados en el aseguramiento que buscar y tributar a partir de las decisiones que se tomaban allí. Manejábamos todas las semanas el presupuesto, los kilos, porque había que hablar de cientos de pesos, de kilos, que había que utilizar; es decir, nos lo entrega el Consejo de Estado o se lo hacían llegar al ministro para que decidiésemos a donde se debía poner el dinero. Aquello era extraordinariamente interesante y muy complejo.

En una ocasión, fue el primer conocimiento serio que yo tuve de este personaje. Este personaje era Compay Segundo, que ya empezaba a figurar en el panorama musical internacional como una figura cumbre realmente; era un músico excepcional, compositor, cantante, inventor de la guitarra rara esa que él tocaba y un magnífico músico. Entonces, un matrimonio de turistas que lo admiraba le dieron un dinero, no recuerdo cuanto, pero alrededor de 8 o 10 000 pesos por su sombrero y él los donó al MINSAP, entonces le pusimos los 10 000 pesos de Compay Segundo. Se produjo una discusión final allí para decidir donde utilizar este dinero, por supuesto la decisión final era del ministro, pero él tenía muy claro en el panorama mental, el paradigma ese del pensamiento martiano, de que las decisiones colectivas siempre son superiores a las de una sola persona, por muchos dones que lo adornen y entonces él oía a todo el mundo para asumir las decisiones que tomaba y recuerdo que aquello se utilizó para traer antibióticos y creo que relajantes musculares, que se trajeron desde Santo Domingo, porque teníamos que comprar, nos salía muy caro, había que comprarlo en el área, no había la posibilidad de salir del área. Esto se adquirió en esa forma.

Aquella reunión tenía una particularidad tremenda, porque todos llegábamos con la idea de que a lo mejor me toca algo. Yo era muy modesto en mi petición realmente, pero las sábanas había que decirlo o no se podían hacer ingresos; a esa reunión recuerdo que concurría con unas

cifras muy pequeñas, pero el terror era el Dr. Luis Córdova, viceministro de asistencia médica.

Córdova oía a todo el mundo y después decía, “realmente no sé lo que ustedes pretenden, yo he oído a todo el mundo, pero quiero que sepan que nos quedan 15 días de tratamiento de insulino-terapia y nos quedan 20 días de relajantes musculares, en 21 días no se puede operar en este país”. Así era, entonces Teja preguntaba: “bueno Fonseca, ¿tú qué?”, yo que iba a decir, “yo no voy a pedir nada, dele lo que me tocaba a mí, si me iba a tocar algo, déselo a Córdova” y así decía todo el mundo, porque el asunto era tratar de seguir luchando por salvar la vida de los que, en primera instancia, lo necesitaban que eran nuestros pacientes.

En definitiva, Cuba siempre ha tenido el bloqueo, que es la gran causa de todos nuestros males y no se ha quitado nunca. Por supuesto, el período especial se prolongó más de lo que debió ser en aquella etapa. Pero lo cierto es que nos graduó y a los que nos creíamos graduados de revolucionarios porque habíamos participado en la guerra, o porque habíamos tenido determinada participación en alguna lucha contra Batista, o porque desde la universidad, en las filas de la propia universidad luchando, habíamos demostrado valor. Los que nos habíamos graduado de revolucionarios y teníamos determinadas responsabilidades en esa etapa, nos graduó de revolucionarios de verdad aquello. Porque había que improvisar, había que ser un mago, había que tener una fe absoluta en la Revolución para poder responder cada día a esa demanda que uno no sabía de donde iba a sacar.

En lo personal le agradezco, por supuesto en primer lugar, al Comandante en Jefe, en segundo lugar, a este período especial, porque yo me gradué de Revolucionario en este momento y por supuesto a Julio que fue quien me pidió, porque si no hubiera seguido donde estaba, en las Fuerzas Armadas, que era el gran amor de mi vida.

25 febrero de 2019



Daniel Rodríguez Milord †

Director de la Red de Vigilancia
en Salud

...Asumimos la necesidad de ampliar y perfeccionar el modelo de vigilancia epidemiológica que estaba vigente y transitar hacia un modelo más desarrollado, que se llamó: vigilancia de la salud pública...incluía la vigilancia demográfica, la de eventos de salud, la de los sistemas y servicios de salud, la

vigilancia de la opinión de la población y prestadores de salud y su grado de satisfacción. Era una vigilancia para emprender acciones de control, de prevención y de promoción para la salud. Esa es la esencia de la vigilancia que nosotros estuvimos desarrollando.

Buenas tardes, en primer lugar decirles que tuve el honor de que la graduación de mi curso fuera realizada conjuntamente con nuestro Comandante en Jefe, en octubre de 1965; cosa que me llenó de optimismo, de alegría y de fervor revolucionario.

En este momento, voy a decirles algunas cuestiones en relación con la vigilancia en nuestro país, la vigilancia llamada epidemiológica que, en estos momentos la llamamos vigilancia de la salud pública: ¿Por qué vigilancia de la salud pública?: Bueno, quizás algunos antecedentes importantes, para que todos puedan entender este proceso de cambio.

Recordarán que en el decenio de 1990 al 2000, el desarrollo alcanzado por la salud pública brindó posibilidades objetivas a nuestro país para perfeccionar la estrategia de enfrentamiento a los problemas y a las necesidades de salud de la población. Con tales propósitos, en 1992 el MINSAP definió un conjunto de acciones de intervención dirigidos a consolidar todos los elementos técnicos organizativos que hemos estado trabajando. En esos momentos la estrategia que se concibió, estaba recogida en un documento programático llamado Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana hasta el año 2000, documento extraordinariamente importante y vital en aquella etapa para poder seguir adelante en el desarrollo de la salud pública cubana.

Hablando de vigilancia, en aquel período en Cuba, la vigilancia estaba, constituida por el sistema de vigilancia de transmisibles con sus subsistemas específicos que todos conocemos, el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, (SISVAN); el sistema de vigilancia de salud de los trabajadores; el sistema de vigilancia de la calidad del agua; el sistema de vigilancia de la contaminación atmosférica y algunos otros sistemas que también estaban vigentes en ese momento; pero estaban funcionando de forma parcializada y no integrada. Nuestra vigilancia partía de la información que daba el médico en el nivel primario de atención y se desarrollaba a nivel de las unidades de atención médica, de higiene y epidemiología, institutos nacionales, laboratorios de química y microbiología, así como los recursos humanos disponibles para esta actividad en los diferentes niveles e instituciones del Sistema Nacional de Salud, tanto municipal, provincial como nacional; dígase policlínicos, hospitales provinciales, municipales, e institutos nacionales.

¿Qué pasó más adelante?: la situación económica sufrida por nuestro país en la década de los años 90 del siglo xx, con las consecuentes limitaciones que tuvimos en los recursos materiales y financieros, la transición que hubo en los perfiles de riesgo, morbilidad y mortalidad con mayor relevancia hacia las enfermedades no transmisibles, se acompañó de duros comportamientos de algunas enfermedades transmisibles ya controladas; así como la aparición de nuevas emergencias como la neuropatía epidémica en el país y el síndrome de Guillan Barre en Ciudad de La Habana, todo lo cual hizo ostensible la necesidad de fortalecer y desarrollar el conocimiento y la práctica de la epidemiología y la vigilancia de la salud de la población en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto, a partir del primer semestre de 1993, por indicación del Comandante en Fidel Castro Ruz, se precisaron un grupo de estrategias, que fueron coordinadas e implementadas por el área de higiene y epidemiología del MINSAP, para dar respuesta eficiente a la situación sanitaria en el país.

Una de esas estrategias fue precisamente el fortalecimiento de la epidemiología y el desarrollo y establecimiento de un sistema de vigilancia de salud pública, que permitiera una mayor integración del nivel de análisis y utilización de la información que generaba, establecida en consonancia

con el conocimiento existente sobre la vigilancia a nivel internacional. Se espera lograr un mayor beneficio para la toma de decisiones, con una base científica en los diferentes niveles, acorde con la política de descentralización de las instancias del gobierno.

Por indicación del Comandante en Jefe, el ministro de Salud Pública, el Dr. Julio Teja Pérez creó un grupo de trabajo central, constituido por expertos, especialistas y técnicos del país, con experiencia en dicha área de trabajo, cuya función era asesorar todo el proceso de desarrollo conceptual, funcional, estructural y de implementación de la vigilancia, de acuerdo con la situación epidemiológica existente y perspectiva, dirigida desde el nivel central por el Dr. Abelardo Ramírez Márquez, en aquel entonces viceministro primero de Salud.

Se organizó un proyecto, cuya base teórica fue sustentada por la experiencia de nuestro país, la revisión de toda la literatura especializada a nivel internacional sobre vigilancia en salud pública y además con el intercambio con expertos de numerosas instituciones extranjeras como el CDC de Atlanta, el Grupo Europeo de Expertos de Epidemiología, el Epi-Center de Paris, el Departamento de Estadísticas y Epidemiología de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, el Programa de la OPS/Washington, el Centro Panamericano de Ecología Humana en Salud (ECO/OPS), el Instituto Nacional de Salud Pública de México, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, y la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México.

En el proceso de conceptualización y asesoría metodológica tuvimos también la posibilidad de contar desde sus primeros pasos y sistemáticamente, con el irrestricto apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Oficina del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Había que definir ¿qué íbamos a hacer? En sus inicios, se decide aceptar la definición promulgada por el CDC de Atlanta en 1992, que la voy a referir y que nos permitió identificar la línea conceptual y estratégica a seguir y era la siguiente:

el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizadas en la planificación, implementación, evaluación

de programas de salud pública, incluyendo como elemento básico la diseminación de esta información a los que necesitan conocerla para realizar alguna acción específica.

Asumimos la necesidad de ampliar y perfeccionar y es importante señalarlo, el modelo de vigilancia epidemiológica que estaba vigente y transitar hacia un modelo mucho más desarrollado, que se llamó vigilancia de la salud pública, que incluía inicialmente entre los elementos principales: la vigilancia demográfica, la vigilancia de eventos de salud y sus factores de riesgo seleccionados y factibles, la vigilancia de los sistemas y servicios de salud, la vigilancia de la opinión de la población y prestadores de salud y su grado de satisfacción. Estos cuatro elementos básicos desarrollamos, que lo describimos en un capítulo, que va a aparecer en un próximo libro en elaboración, denominado Vigilancia de la salud pública. Experiencia cubana, donde se explica cada uno de ellos y lo que representó en el desarrollo y cumplimiento de elementos importantes de las indicaciones recibidas.

Quiero recalcar aquí algo muy importante, no solo en la amplitud y el ámbito de control que tenía la vigilancia en la salud pública, que es algo más que epidemiológica, fue la percepción de la población sobre su salud y sobre los servicios de salud; es decir, la respuesta social a la práctica de salud vinculada a ella, por lo que elaboramos y aplicamos un sistema de vigilancia de la satisfacción de la salud, tanto de usuarios como de prestadores, que incorporó un sistema de encuestas que sistemáticamente fue evaluando y elaborando propuestas de intervención para que los decisores correspondientes, fueran tomando acciones correspondientes, de acuerdo con el problema identificado.

Era una vigilancia para emprender acciones de control, de prevención y de promoción para la salud. Esa es la esencia de la vigilancia que nosotros estuvimos desarrollando, con un ámbito de acción, que no era la epidemiológica, un poco limitada, sino que incorporaba a todas las áreas principales necesarias y factibles y de la propia salud pública.

Tuvimos en cuenta un grupo de premisas básicas, lógicamente, no íbamos a partir de nada; partimos de la experiencia acumulada en el país, nos vinculamos estrechamente con las políticas y estrategias de la salud pública, con los programas, los servicios, el proceso de investigación,

de formación, de capacitación. No duplicamos, ¡muy importante esto!, pues hay quien quiere hacer cosas nuevas y duplica quizás por desconocimiento, ¡no!, no copiamos, sino que utilizamos los subsistemas actuales, que habíamos dicho anteriormente y las fuentes identificadas realmente importantes.

Promovimos el perfeccionamiento de los subsistemas de información y de vigilancia epidemiológica existentes, ¿eso es lo que había?, ¡pues a desarrollarlos y perfeccionarlos! Movilizar los recursos técnicos disponibles en función del análisis y la respuesta oportuna, el análisis periódico de la información procedente de otros sectores como hidroeconomía, la meteorología, la veterinaria y otros que influyen en la calidad de salud de las poblaciones, de ellos también nos nutrimos y nos intercambiamos información para que sirviera, tanto a ellos como a nosotros.

El sistema de vigilancia en salud se nutrió de fuentes del sector de la salud provenientes de los sistemas de información estadísticas del MINSAP [sistemas de información estadística de mortalidad, de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), de información directa (SID), de información de vacunación, de información de obstetricia y neonatología, de información de letalidad, de vigilancia nutricional y otros], así como de los resultados de investigaciones realizadas, los informes de los programas de salud, los subsistemas de vigilancia existentes, los informes de países y organismos internacionales, la aplicación de técnicas de búsqueda activa de información para la vigilancia (encuestas, sitios centinelas, técnicas de evaluación rápida), y de la opinión de la población. Asimismo, se nutrió como había referido, de la información proveniente de sectores como hidroeconomía, educación, meteorología y veterinaria, entre otros, cuya actividad se vincula a la salud de la población.

Otra cosa importante, esto por indicaciones de la dirección del MINSAP que habíamos mencionado, fue el intercambio de información con otros sistemas o subsistemas nacionales, para lograr la comunicación e intercambio de información de utilidad entre ellos. Además, dotamos de métodos rápidos de evaluación epidemiológica y metodologías para enfrentar situaciones agudas.

Esta actividad proporcionó la posibilidad de la formación de grupos de especialistas de nuestro sistema de salud u otra institución externa y la formación de grupos *ad hoc*, de acuerdo con el problema que había

que analizar, y proponer a la dirección de nuestro país alternativas para su enfrentamiento y a partir de ahí, hacer el seguimiento de las acciones que se tomaban en el MINSAP.

Todas estas actividades que se estaban ejecutando: ¿cómo implementarla y desarrollarla, ¿Cómo le llamamos a esta estructura que estábamos creando, con esta visión de la vigilancia de salud pública?, ¿cómo se le llamó? Tuvimos que ponerle un nombre, entonces, empezamos a pensar ¡Ah! ahí surgieron las llamadas unidades de análisis y tendencias en salud (UATS), en el año 1993, que tenía tres componentes básicos, que no lo voy a explicar en detalle, pues está explicado perfectamente en el libro antes mencionado: el componente táctico o a corto plazo, el componente estratégico o a largo plazo y el componente evaluativo; a nivel central, a nivel provincial y a nivel municipal. Esos componentes tenían un carácter analítico y de propuestas de intervención, es decir, de identificación, interpretación, elaboración de propuestas de solución de problemas; conformadas estas propuestas por equipos multidisciplinarios, que en el nivel central incluían médicos generales integrales, clínicos, epidemiólogos, veterinarios, geógrafos, bioestadísticas, especialistas en información científica, sociólogos, psicólogos y técnicos.

Era un grupo multidisciplinario, donde, desde los resultados de la información, era capaz de analizar los eventos seleccionados y elaborar propuestas de intervención, para que los directivos a los diferentes niveles decidieran y actuaran, lo que fuera más pertinente. Esto no fue solo en el nivel central, esto se hizo a nivel de las provincias, donde estos equipos se formaron, no tan amplios como los del nivel nacional. También se hicieron equipos multidisciplinarios a nivel municipal con iguales objetivos.

Realmente, el “talón de Aquiles” y el elemento más importante, era cómo darle forma institucional a esa vigilancia en la salud pública, que debíamos construir a partir del concepto aceptado, cómo llevarla a cabo, en base a lo que teníamos desarrollado en Cuba, y toda la asesoría que les he explicado anteriormente, para que el MINSAP fuera capaz de ir tomando las decisiones correspondientes. De inicio se estructuró el Sistema Alerta-Acción, que en el presente se llama el Sistema Alerta Temprana, a nivel internacional, que era estar sistemáticamente identificando los riesgos y los eventos agudos de salud para analizarlos y proponer acciones y alternativas de solución rápida a los problemas.

Comenzamos a ejecutar técnicas de evaluación epidemiológica rápida, estudios especiales de caso, estudios en pequeñas áreas e iniciamos la utilización de los sistemas de información geográfica como elemento importante para la ubicación de los problemas de salud. ¡Ah! creo que es importante no dejarlo de exponer, porque desde aquella etapa hasta ahora, no se ha dejado de emitir, semanal o mensualmente, un documento que es vital, que es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Internacional, ¡importantísimo! mucho más ahora que en aquel tiempo, que se editaba semanalmente, con una información actualizada de lo que estaba pasando internacionalmente y pudiera provocar riesgos a la salud de nuestra población.

El componente estratégico, componente de análisis e integración de los problemas, ahí hay que hablar de dos cosas: la estratificación con la utilización del sistema de información geográfico y además, algo importante que empezamos a trabajar –que creo que es muy importante que se consolide– es la predicción; es decir, los elementos de pronóstico. Elaboramos los documentos de predicción sistemáticamente, e incluso comenzamos a trabajar en construcción de escenarios futuros. Ahí ya podíamos decirle al ministerio: “mira ahí puede pasar esto, puede pasar lo demás”. para que los directivos a los diferentes niveles, nacional, provincial o municipal, fueran capaces de ir conociendo, analizando y tomando las acciones que correspondían. Debo decir, que fue una experiencia muy interesante.

Es importante señalar ¿qué cosa producimos? es decir, todo aquello que se producía sistemáticamente, les diré brevemente las salidas que produjimos.

De los resultados del análisis e interpretación del sistema de vigilancia en salud, se generó una amplia gama de publicaciones que abarcaba:

- Informe diario por territorio, de las incidencias ocurridas en salud y medidas tomadas para su control.
- El boletín semanal de los principales problemas, con el seguimiento de las acciones y la disponibilidad de recursos para su solución.
- El boletín mensual de vigilancia en salud con resultados de las investigaciones relacionadas con los principales problemas y resultados de intervención.

- El reporte técnico de vigilancia, muy importante. Actualmente tenemos un reporte técnico mucho más adelantado, elaborado por INFOMED, pero en aquel momento hacíamos un reporte técnico de problemas concretos, que nos estaban afectando y quizás, no todos sabían lo que estaba pasando, porque eran cuestiones muchas veces de afectación a otros países o de ámbito internacional. Este reporte técnico se les entregaba a todos los directivos y los que debían de conocerlo.
- Los Informes técnicos y las síntesis ejecutivas de estudios especiales que nos solicitaban los niveles correspondientes, que eran identificados como de importancia para la salud de nuestro pueblo. Nos decían, "hagan un estudio de este problema", y el MINSAP nos daba facultad para conformar grupos multidisciplinarios, de las diferentes instituciones, y lo coordinábamos para realizar investigaciones clínico epidemiológicas rápidas de utilidad para el país.

Todos estos informes en formatos electrónicos e impresos se distribuían por diferentes vías a todos los usuarios seleccionados, dentro de los cuales estaba el Ministro, Viceministros, Directores Nacionales, Directores de Higiene y Epidemiología y otras dependencias relacionadas en cada nivel. Además, los usuarios extrasectoriales, nunca los olvidamos, porque estudiaban partes importantes del cuadro de salud y además, las informaciones pertinentes a las organizaciones políticas y de masas.

Destacar los aspectos de las ciencias de la información. Recordamos en aquel tiempo que se dotó de un dinero importante, para poder informatizar la información que se generaba en el nivel nacional, provincial y en los municipios y establecer una red de información con una ayuda muy importante de Infomed. Recuerdo al compañero ¿nombre? Lic. Urra González, director de Infomed, la red telemática de la salud que fue un propulsor muy significativo para echar adelante todos estos aspectos,

Hicimos estudios de usuarios, indicación de fuentes de información, confección de bases de datos, elaboración de nuevas publicaciones, servicios electrónicos y otras, en fin, porque no hay comunicación efectiva, si la ciencia de la información no funciona. Todo ello conjuntamente con el desarrollo de la informatización. ¡Óiganme! realmente importante, en aquel momento en pleno período especial, el Gobierno Revolucionario fue capaz de aportar el dinero necesario para hacer la automatización

que habíamos planteado nacionalmente: nivel nacional, los grupos nacionales, los grupos provinciales, los grupos municipales y algunas instituciones nacionales importantes, que fue lo que realmente permitió estos logros, porque si no hay diseminación y comunicación de un lado para otro, tampoco funciona la vigilancia.

Sobre esto podemos hablar muchas cosas más, la red se fue desarrollando, contando con múltiples estaciones de trabajo. Se desarrolló e implementó el Epi-Alerta que fue otro sistema automatizado elaborado en ese período. para la automatización del sistema Alerta acción. Destacar la influencia de la vinculación con los institutos y la docencia, porque no hay vigilancia que se desarrolle, si los institutos de investigación y las instituciones docentes no participan en ella. Esto es un principio que no se debe olvidar jamás, porque esos son los que nos dan la información científica y académica necesaria para darle mayor objetividad y credibilidad a los resultados y a las propuestas de la vigilancia.

Haciendo una síntesis final, destacar también, la contribución que tuvieron las UATS en el desarrollo. perfeccionamiento o creación de todos los subsistemas de salud: el de trasmisibles, el ambiental, el subsistema de salud de los trabajadores, y todos los otros subsistemas del sector de la salud de gran importancia en la concepción de la salud pública. De igual manera, el sistema de vigilancia de equipos médicos, el sistema de vigilancia del Cenatox, el sistema de vigilancia de desastres naturales; entre otros, que le dieron al sistema de vigilancia la connotación de la salud pública.

¡Ah, importante! la atención primaria no se olvidó, se creó un grupo, para desarrollar el sistema de vigilancia en la atención primaria, documento que existe todavía, que fue realmente la base del sistema de vigilancia a nivel de las instituciones en la atención primaria.

Otra cosa que no quiero dejar de decir, que fue suigéneris en Cuba, las salas de análisis de la situación de salud y calidad de vida. Se recordará el Cro. Julio Tejas, que fue uno de los impulsores de este proyecto, que para hacer estas salas de análisis en municipios de salud importantes, se reunían todos los elementos de salud pública y del gobierno y organismos de masas, a discutir la situación de salud correspondiente a sus territorios y buscarle soluciones con criterio multidisciplinario.

Quiero decir algunos lugares que, seguramente el que lo lea, los va a recordar, quizás hoy no existan, pero existieron en Manicaragua, en Santa Clara, Cumanayagua, Cienfuegos, Florida, Jesús Menéndez, Puerto Padre, Las Tunas y Urbano Noris. Se crearon estas salas y estuvieron funcionando durante algún tiempo con resultados satisfactorios.

Al final, quiero solo hacer algunas consideraciones y permítanmelo, si he sido un poco largo, pero bueno, es que son tantas cosas y uno lo que quiere es que nada importante se deje de comunicarlo en esta entrevista

Surgida al calor de las necesidades de la salud pública cubana, la vigilancia en salud pública, ha contribuido al fortalecimiento de las capacidades en el nivel central, en las provincias y municipios, para la utilización más efectiva de la información epidemiológica y del análisis, así como el seguimiento de los problemas vinculados a la salud y con ello, el proceso de toma de decisiones se ha visto beneficiado, o se vio beneficiado, con una mayor oportunidad y eficiencia en las acciones de prevención y de control.

La introducción de numerosas metodologías de análisis y evaluación; introdujimos múltiples metodologías bioestadísticas, epidemiológicas, sociológicas, psicológicas, geográficas, entre otras, vinculadas con la vigilancia. Realizamos talleres nacionales, provinciales y municipales, simposios nacionales e internacionales, eventos científicos y metodológicos, para que todos los equipos y el personal del sistema participaran, porque no hay desarrollo sin superación científica. No solo de los equipos, hay que superar a las personas y que sientan que esa superación es algo que los beneficia. Nosotros no dábamos becas, no dábamos otras cosas materiales, era sencillamente eso, su superación, que lo conminaba a este desarrollo de la vigilancia, que tuvo en un momento cerca de 600 compañeros trabajando en todo el país y todos estaban preparados.

Se graduaron muchos másteres y especialistas en esa etapa y tuvimos la satisfacción de que varios doctores en ciencias se desarrollaron del personal de vigilancia, con la metodología y con los enfoques y la temática surgida de los análisis de la situación de salud y los resultados de la información de vigilancia. Creo que es importante plantear esto, porque además, se fortaleció una actividad importante en la salud

pública que es la actividad de inteligencia epidemiológica, que en el orden táctico/estratégico es esencial para las actividades que realiza la vigilancia en la salud.

Al final, siguiendo un poco las prioridades y criterios que en aquel momento existían en nuestra salud pública, favorecimos que los Guardianes de la Salud de la población fueran mucho más efectivos y mucho más eficientes.

25 de febrero de 2019



Salvador Tamayo Muñiz

Director de Salud del Municipio Cruces,
Cienfuegos

...¡Del 91 al 95!, fueron los años en que tuvimos las experiencias más desgarradoras... la escasez de recursos, tanto en medicamentos, material médico, los detergentes, los desinfectantes, la ropa...había que contar las cosas que teníamos para garantizar la atención...contábamos casi a mano

los recursos...tocar las cosas con la mano...Esos cinco años...el Sistema Nacional de Salud pudo resistir, vencer y desarrollarse...porque había medicina familiar en Cuba... nunca serán suficientes los argumentos para explicarlo, sobre todo a los jóvenes.

En la época que estamos abordando estudié medicina, hice el Servicio Médico Rural en el contingente "Piti Fajardo", el 7mo. Contingente.

No olvido las palabras de Fidel, tenía 12 años de edad. Campamento de pioneros Ismaelillo, en la región central del país:

No, pero eso no... lo que tienes que estudiar es medicina, porque lo que vamos a hacer en la medicina es fundamental para lo que vamos a hacer en el país y todo el desarrollo que le vamos a dar al país a través de la medicina y nos hace falta muchos médicos. Lo que tienes que estudiar es medicina.

Yo siempre he recordado esa conversación con Fidel como algo que marcó mi vida, como un referente.

El Comandante casi me había dado una orden, me había dado una indicación, ¿tenía que estudiar medicina?... Estoy en la carrera de medicina por una vocación revolucionaria.

Me satisface recordar la inspiración y el compromiso que me llevó a enrolarme en el 7mo. Contingente del Destacamento Piti Fajardo. Irme a hacer el Servicio Médico Rural en San Blas, en el lomerío de Cumana-yagua, una inspiración surgida del ejemplo de los profesores, que siempre contaban sus experiencias en la Sierra, en el Escambray, en los lugares

más intrincados, al igual que contaban sus experiencias internacionalistas de aquel momento. No le quedaba más remedio a uno que tener cierta envidia, que uno estaba en el deber de darse esa oportunidad. De modo que se me dio esa oportunidad y me enrolé inmediatamente.

Traté de bajar lo menos posible de las lomas durante ese año que estuve en San Blas. Ese año, fue el año en que se abría la experiencia del Plan Turquino y recuerdo con mucha gratitud que todos los miércoles subía una comitiva de dirigentes de la provincia: el secretario del PCC, Humberto Miguel, el director de salud, Pedro Hernández, y era raro, aunque fuera tarde, que al terminar aquella reunión, Humberto no llegara al hospital, o Pedro no llegara al hospital y preguntara, se preocupara, por los detalles.

Tuvimos allí en San Blas, las mil experiencias que tiene un joven en la medicina rural, pero recuerdo una con especial influencia en mí, que fueron las lluvias intensas del 1988, si mal no recuerdo, el hospital quedó completamente aislado, se fracturaron los puentes, crecieron los ríos, hubo un deslave en la loma de La Ventana y casi quedé solo allí con los evacuados y los enfermos en el hospital y la única vía de comunicación era un equipito de radio que tenía el hospital.

El director provincial de Salud Pública se comunicaba conmigo a cada rato, ya como a la tercera vez que hablamos le dije: “no se preocupe, que aquí no hay problemas, debe haber muchos problemas por ahí, pero aquí no hay problemas” y eso sentó también una confianza que sentí que la otra llamada me la hizo hasta con pena, pero me la hizo de todos modos. Eso también fue para mí, un ejemplo de la relación con los jefes, esa idea que aprendimos todos de Fidel, de no dejar abandonado nunca a nadie en una tarea, sobre todo cuando había riesgo, cuando había dificultades. De modo que todas esas cosas, son las que han influido en uno para todas las cosas que me han tocado hacer después.

A los pocos días de graduado, el día 3, estaba muy preocupado, pues todos mis compañeros ya tenían la ubicación, el único que no tenía la ubicación era yo. Pero yo estaba seguro que iba para El Sopapo de médico de familia, a pasar mis tres años allí. Me llaman y me dice que tenía que presentarme en la dirección provincial y el director provincial y el PCC me dan la tarea de ir a dirigir el municipio de Cruces, a tres días de graduado.

La tarea de ir a dirigir la salud pública en el municipio de Cruces, era una tarea de mucha importancia, que yo no entendía por mi inexperiencia, porque se trataba no solo de ser el director del municipio, sino de ir a implantar allí el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, a ese municipio, del cual conocía lo que había dicho Fidel en sus discursos. Yo no conocía a profundidad ni el funcionamiento de un consultorio a derechas todavía.

¡Para allá fui!, y allí estuve tres años; en tres meses se construyeron 20 consultorios con la participación del pueblo, con los organismos, ¡fue mi primera experiencia como inversionista! Eran consultorios típicos, con consultorio, casa del médico, casa de la enfermera. A veces uno no se explica hoy como se podían hacer en tres meses 20 consultorios; con esa calidad y con el pueblo, sin una brigada especializada ni nada de eso. ¡Ahí están, resistiendo el paso del tiempo!

Las experiencias allí fueron de tres años de trabajo. Cruces es mi pueblo, además. Es el pueblo donde nací. Fui a Cruces, con esa tarea de la dirección municipal, es mi pueblo natal como dije; entonces la tarea tenía que ser un poco de profeta en mi tierra y también fue una experiencia maravillosa. Creo que pude desarrollarla con cierto éxito, vamos a decir, por una sola cosa, ¿no? Los médicos de familia, eran mis compañeros de aula, es decir, yo era el de los compañeros; era como si yo fuera de brigada o secretario del comité de base de la UJC, porque la tropa que mandaron para Cruces eran mis compañeros de seis años de estudio. Esto permitió que todo se pudiera cumplir. Había una relación muy fraternal, no se podía fallar.

No había una sola tarea que no se pudiera cumplir, no había una sola tarea que no saliera bien y fueron muchas las tareas, porque a pesar de que teníamos un objeto fundamental: la implantación del médico de la familia y que funcionara bien; el director provincial a cada rato me daba una tarea complementaria. Que si había que ayudar en Lajas, que si había que ayudar en Camarones, que si en Palmira, que si ... y todo esto, realmente, lo cumplíamos con rapidez y con la mayor precisión. Todo eso fue generando en mis compañeros y en mí una experiencia de trabajo fabulosa y un aprendizaje acelerado. Creo que el aprendizaje más grande que he tenido en mi vida.

Recuerdo haber tenido la oportunidad de conocer a casi toda la dirección del MINSAP porque era raro el mes que no venía algún funcionario o algún especialista de ese ministerio. La dirección provincial era habitual, de modo que uno sentía una especie de asistencia tutorial allí, que también uno agradecía, porque eran enseñanzas de gente con experiencia, que sin dar conferencias ni nada, impartían una enseñanza que bien atendida, servían para el objetivo que estábamos enfrentando.

Esos años fueron significativos para lograr las cosas que se logran con el plan del médico de familia: la reducción violenta, rápida y brutal de la mortalidad infantil en Cruces de un año para otro, del 88-89, para el 89-90 fue tremenda, los niveles de satisfacción que se generaron, muchas experiencias que teníamos de la facultad de medicina se trasladaron allí.

A poco de estar en aquellas tareas, ya era una disyuntiva prepararse para el período especial. Hay que recordar que en el año 1989, el Comandante en habla de la posibilidad de la desaparición de la Unión Soviética y de que lo dijo a que fue, lo que pasó fue un rato.

Todo eso fue un período de preparación intensa en la que paradójicamente, tuvimos que hacer cosas que no habíamos pensado nunca en la vida, como hacer un fogón de leña para cocinar en el policlínico; recuerdo que invité al director provincial, porque ¡aquello era una obra! Era una ocasión importante, era una obra que estábamos haciendo y ¡fue el director provincial!

También en paralelo, se le imprimió al trabajo de la salud pública en el municipio nuevos derroteros relacionados con la investigación, con la ciencia, la actividad científica, se fundó el consejo científico del municipio. En todas estas actividades, realmente tuvimos el acompañamiento del director provincial, de muchos compañeros, del decano de la facultad, de los profesores. Ese nivel de integración, a pesar de uno ser muy joven, no tener ningún tipo de distingo y de tener mucha confianza en los profesores y los profesores en uno, de encontrar apoyo, creo que fue un elemento de mucha valía, para que se logran cosas. Aquellos planes llegaron a contemplar la opción cero, que no sabes si llegó o no llegó, pero en muchos momentos, si no estuvimos en cero, estuvimos cerca de cero.

En abril del 91, yo estaba preocupado pensando que cuando terminara tres o cuatro años en Cruces, –pues ya hacía tres que estaba de director municipal–, podía hacer mi especialidad. Ya entonces, no solo estaba enamorado de la medicina interna, incluso descubrí, –bien temprano, realmente antes de ir a Cruces–, fue en el 87, con el profesor Dr. Espinosa Brito, que había regresado de Checoslovaquia y dentro de las cosas que traía, tenía en mente el inicio de un Servicio de Geriátría y Gerontología en el Hospital de Cienfuegos.

Recuerdo que estando en San Blas se dio un primer curso de posgrado en geriatría y gerontología que yo no pude ir. Fue un compañero que estaba con nosotros allá y después yo me leía las clases por la noche, cuando él venía del curso. De modo que ya, para el 91, cuando estoy terminando en Cruces, estaba convencido de que en vez de medicina interna, lo que iba a hacer era geriatría, porque seguía enamorado de la medicina interna, pero le había incorporado el componente gerontológico y toda la inquietud por la revolución demográfica, que se iba a producir progresivamente y que es hoy una realidad.

Estamos hablando de 30 años atrás, 31, 32 años atrás; de modo que me tocó asistir como pionero a la etapa fundacional del Servicio de geriatría y gerontología en la provincia, fue el segundo servicio de Geriátría que hubo en Cuba en aquel tiempo. ¡Nada! pensaba en el 91 que me iba a hacer la especialidad, que era lo que quería hacer. El Secretario del Partido, era en ese momento el compañero Nelson Torres, una tarde, me dio la tarea, sin yo tener la más remota idea que eso iba a suceder, de venir a dirigir en la dirección provincial, nada más y nada menos, la subdirección de asistencia médica y social, que para aquella etapa era muy compleja, porque era el sustituto del director provincial, atendía la asistencia médica, los medicamentos y otros.

Creo que había cuatro viceministros para un vicedirector en la provincia. Porque, si mal no recuerdo, fue la etapa en que hubo hasta el viceministerio de ciencia y técnica con el Dr. Julián Álvarez en el MINSAP, de modo que cuando yo iba a una reunión a La Habana, que iba todos los meses, tenía cuatro viceministros para mí y tenía 28 años, 27 o 28 años, no era especialista y, por supuesto, lo poco que sabía era a través del método ensayo-error, experiencia en la práctica y no lo voy a negar, tuve que estudiar mucho; siempre me ha gustado estudiar y además de

estudiar medicina y geriatría, empecé a estudiar epidemiología y salud pública. Se me convirtió en una necesidad y en casi un vicio, –que me dura hasta hoy–, de estudiar salud pública a diario, igual que medicina.

Ahí estuve en esa responsabilidad cuatro años, que fueron los cuatro años más duros del período especial. ¡Del 91 al 95!, fueron los años en que tuvimos las experiencias más desgarradoras en tantos sentidos! En el sentido de los servicios, en el sentido de la escasez de recursos, tanto en medicamentos, material médico, como de los recursos que intervienen en la asistencia médica, que garantizan los servicios hospitalarios, los detergentes, los desinfectantes, la ropa. Todo esto había que hacerlo realmente con mucha precisión.

Alguna vez nos hablaron de la obsesión de Fidel por la microadministración y yo creo que en el período especial, muchos de los cuadros que nos formamos en la escuela del trabajo cotidiano, nos formamos en la escuela de la microadministración. Porque había que contar las cosas que teníamos para garantizar la atención. Lo mismo en un quirófano, que en los medicamentos que iban a parar al asentamiento más remoto de la provincia y contábamos casi a mano los recursos.

Es una experiencia que tiene mucho que ver con la formación, el método de dirección, que se pueden traducir en frases como: “tocar las cosas con la mano”, “ir al detalle”, que no es que uno lo haga perfecto, ni la haya hecho nunca, pero realmente tuve oportunidad de aprenderla, no por mérito personal, sino por las circunstancias de la vida.

Esos cinco años, también fueron años que, a la par de las dificultades y de la capacidad de resistencia del pueblo y del país, el Sistema Nacional de Salud pudo resistir, vencer y desarrollarse, entre las cosas fundamentales, porque ya había medicina familiar en Cuba. Porque a Fidel le alcanzó el tiempo para desarrollar y ponerla al mayor nivel que se pudo para esa fecha. Eso es algo que, a veces, no se comprende de manera suficiente y nunca serán suficientes los argumentos para explicarlo, sobre todo a los jóvenes. El valor probado que tiene la medicina familiar, fue lo que nos permitió resistir el período especial en materia de salud pública y desarrollarnos.

El MINSAP en esa etapa lanzó la iniciativa o la estrategia, de los Objetivos, Propósitos y Directrices para el año 2000. Fíjense, estábamos en el 91, era casi una década lo que se pretendía gestionar en materia de un

proyecto de mediano-largo alcance, que apuntaba a problemas de salud, que en ese momento no eran comprendidos por muchos compañeros, en esa situación estaban las enfermedades no transmisibles, lo que hoy constituye una realidad flagrante de nuestro cuadro de salud; matizado en ese momento por los hechos y las condiciones que se establecieron por el período especial, donde empezamos a ver cosas en materia de enfermedades infectocontagiosas que no eran habituales.

Tuvimos la epidemia de neuropatía que fue una experiencia realmente extraordinaria, de abordar un problema complejo, un problema sanitario de una dimensión poblacional tan grande y que se haya logrado aquilatar una comprensión del asunto y establecer una respuesta a ese problema, con las limitaciones de recursos que teníamos. Creo que estas limitaciones nunca limitaron el pensamiento, nunca limitaron la voluntad, nunca limitaron la unidad y el ejemplo de tanta gente valiosa que hay en este país, tantos cuadros que se crecieron en aquel momento, en particular en la salud pública.

Esa, creo que fue una etapa fecunda, que mucha gente recuerda con dolor, pero recuerda también con gratitud, porque fue una época de crecimiento de la espiritualidad, de la solidaridad y de muchas cosas. Hay quien dice que no. Que ahí se empezaron a perder valores, yo creo que ahí se ganaron muchísimos valores, que tiene que ver con lo más sagrado que tiene este país, que es su gente; es la capacidad de resistir y la capacidad de vencer que tiene nuestro pueblo. El ejemplo de Fidel al frente, en esos años terribles, creo que es una inspiración que siempre tenemos que renovar para los jóvenes.

Esta etapa, particularmente en Cienfuegos, fue una etapa muy fecunda porque, nuestros maestros y profesores principales, habían estado trabajando durante la primera etapa de la década de los años 80, en un estudio muy profundo de la mortalidad en Cienfuegos y en Cuba. La tesis de doctorado del Dr. Espinosa Brito, se afincó en dos elementos: uno, el estudio de la mortalidad en Cienfuegos desde varias perspectivas; el otro fue, la comparación territorial de la mortalidad del adulto en Cuba, teniendo en cuenta la capital, las provincias de Cienfuegos y Las Tunas; tres provincias cubanas.

Ese estudio, cuando se presentó y cuando Espinosa Brito empezó a compartir con las autoridades, nosotros asistíamos como alumnos, y

ya para ese entonces teníamos una experiencia en Cruces. Era el trabajo de mucha gente, pero había una perspectiva y una claridad, que las autoridades de la provincia supieron aquilatar y convertir en un programa. Ya para el 91, cuando llegan los Objetivos, Propósitos y Directrices de la Salud Pública cubana hasta el año 2000; Cienfuegos tiene una propuesta de avanzar en un programa multilateral, en un programa multisectorial: el Proyecto Global de Cienfuegos.

Un programa que se convirtió en un programa con liderazgo del gobierno, que permitió avanzar en aquellos años del período especial, permitió mucho atenuar la situación tremenda de tanto impacto negativo. Pero a pesar de estas duras condiciones, se avanzó en el desarrollo de una cultura sanitaria, en el desarrollo de una cultura de la gestión de la salud pública, que hasta hoy nosotros tenemos como un valor, como una cosa ganada para Cienfuegos y para los cienfuegueros y que está realmente en el reservorio espiritual, en el reservorio de virtudes sociales, no podemos decir que es del sector de la salud, ni que es de tal sector y que ¡ahí están! Están para seguir desarrollando y están para seguir creciendo en esas posibilidades.

Contaba también el abordaje del envejecimiento, desde la clínica, desde la gerontología, desde la sociología, desde la respuesta social integrada a los problemas del envejecimiento, hay una plataforma de propuestas en Cienfuegos, a partir de la clínica, es cierto; pero de una clínica que trasciende y que trascendió siempre aquí las barreras del hospital, para traspasar, para llegar con facilidad a la atención primaria; porque de ahí veníamos todos y para llegar también a todos los sectores de la sociedad.

Recuerdo, un poco así, en resumen y valoro esta etapa que estamos abordando del país, de la Revolución, de la salud pública, de los cuadros de la salud pública y de los trabajadores de la salud pública, como ¡una etapa muy fecunda, muy fecunda!

Todas las etapas han tenido, por supuesto, la suerte de ser en la Revolución muy fecundas. Pero esta, considero tal vez a partir de mi experiencia, de mis posibilidades y de las oportunidades que tuve, creo que la mayor oportunidad que tuve es la que tengo: ¡servir!

Estar a la disposición de mi país, de mi pueblo y de mi Revolución. Pero dio la posibilidad de formar a mucha gente en valores que deben perdurar: en el valor del sacrificio, en el valor de la entrega; en la necesidad

de estudiar, de prepararse, de tener a la ciencia siempre como un aliado de la Revolución y de la medicina, la humildad extraordinaria que tiene que tener un trabajador de la salud, un médico y un cuadro de la salud pública, en el sentido de corresponder a todo lo que espera el pueblo.

Estas son cuestiones que un poco compensan, todo lo que tuvo de desgarrador esta etapa en lo material y en lo que no pudo el país crecer y en todo de lo que nos privamos. Es mi valoración de este asunto.

Las bases del desarrollo ulterior de la salud pública, conforme esa etapa pudo ser posible por lo que la Revolución había hecho en la salud pública, desde el Moncada para acá. Porque desde el Moncada hay una plataforma, un marco teórico y una plataforma referencial en los médicos guerrilleros. Pero en esta etapa, hay una plataforma referencial de resistencia y de victoria.

Hay una plataforma referencial que no podrá ser nunca olvidada, aunque mañana tengamos una situación de más prosperidad. Nosotros podemos llegar a tener prosperidad, sin embargo, vamos a seguir siendo un pueblo humilde y eso es algo que debemos preservar como una conquista muy sagrada de la Revolución.

En esa etapa creció significativamente o comenzó a crecer, ya un poco al final, la colaboración médica cubana y es una experiencia que, aunque no está en la etapa enmarcada del análisis que estamos haciendo, completó también el desarrollo de muchos compañeros y prácticamente de todo el ejército de la salud. También guiada, esas batallas colosales por el internacionalismo, por Fidel, que había sido el que tuvo la luz, cuando apenas teníamos médicos, cuando apenas teníamos algún recurso, inspirado en esa versión martiana de compartir. Él tuvo la visión de iniciar esa epopeya internacionalista de la medicina y la salud pública cubana.

Somos dichosos y tenemos que tener la capacidad de delegar esa dicha a nuestros jóvenes, a nuestros estudiantes, a nuestros hijos, a nuestros nietos. Porque en ello nos va el futuro. No para que repitan lo que se hizo, sino para que le den continuidad, a su manera, a su forma, pero basados en los mismos principios, basados en la misma inspiración noble, profunda y revolucionaria que nos ha traído hasta aquí, hasta este momento en que estamos.

Julio Teja Pérez

Ministro de Salud Pública 1985-1995



Esta apretada síntesis solo pretende transmitir la rica experiencia, los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos que requirió todo el tiempo, toda la inteligencia y sobre todo una gran pasión revolucionaria con que laboramos bajo la dirección de nuestro Comandante en Jefe y apoyado por un colectivo excepcional. Tenemos muchas anécdotas

de nuestro desempeño en el Ministerio de Salud Pública, de situaciones especiales que ocurrieron y de la participación del compañero Fidel que marcaron la historia, de forma sintetizada trataremos de contar algunas.

Todo empieza en 1953, cuando ingreso en la carrera de medicina. A partir de ese momento, ocupo siempre cargos de dirección y políticos en la universidad de La Habana y en las FAR, en el Comité Central del PCC y en el parlamento cubano.

Una mañana trabajando como asesor del vicepresidente del Consejo de Ministros Flavio Bravo, donde atendía entre otros, el sector de la salud, se me acerca el Dr. Núñez Jiménez y me invita para un recorrido con el compañero Fidel, yo no entendía mucho cual era mi papel allí, así transcurrieron dos días, y al regresar, cuando Fidel se disponía a abandonar el lugar se me acerca y me plantea que la dirección del país me había designado para trabajar en el MINSAP con el compañero Sergio del Valle, Ministro de Salud Pública en ese momento.

Así en 1980, me incorporo al MINSAP como viceministro primero de Salud Pública. El 17 de diciembre de 1985 me nombran Ministro de Salud Pública, cargo que ocupé por espacio de 10 años.

A continuación, voy a relatar algunos hechos, vivencias y situaciones que tuvieron un significado especial en el desarrollo de la salud pública cubana y para ello lo voy a dividir en dos momentos que marcaron mi permanencia en el MINSAP:

1. Entre 1980 y 1990: desarrollo de la potencia médica.
2. Entre 1990 y 1995: período especial en Cuba.

Entre 1980 y 1990: desarrollo de la potencia médica

Fidel en la historia me absolverá describe la trágica situación que vivía Cuba, hambre, miseria, abandono, falta de empleo, desigual distribución de la tierra, entre otros. Más adelante señaló, "...cuando tengamos estos y muchos problemas más que afectan a nuestro pueblo resueltos, entraremos a resolver la profilaxis y curación de todas las enfermedades..."

Se graduaban entonces 400 médicos cada año y la mitad emigraban. En 1962 Fidel planteó que la única fórmula para resolver el impacto del éxodo de médicos, era la formación masiva de estos; el 9 de diciembre de 1981, en la clausura del V Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, señaló que la salud pública ocupaba un lugar priorizado y sagrado de la Revolución y que el enemigo trató de golpearlos en este campo y nos golpeó de modo sensible, cuando nos arrebató la mitad de los 6 mil médicos que había al triunfo de la Revolución. Ese mismo día Fidel habló de hacer de Cuba una potencia médica, crear un centro mundial de desarrollo de la salud; habían transcurrido solo 2 meses de haberse erradicado la epidemia de dengue hemorrágico, que apareció de manera extraña por las inmediaciones de Rancho Boyeros.

Ante los dramáticos efectos de esta epidemia el compañero Fidel plantea la urgente necesidad de perfeccionar el sistema de formación en salud y nombra al vicepresidente del comité ejecutivo que atendía la educación, la cultura y la ciencia junto a un grupo de pedagogos para que hicieran un análisis de la formación médica y determinar los factores que podían contribuir a mejorarla.

El Comandante plantea crear un destacamento y le pone el nombre de Carlos Juan Finlay, estaría constituido por una selección de los mejores estudiantes, que al graduarse harían juramento de fidelidad a la Patria y expresarían su disposición a trabajar en cualquier lugar que se les asignara, y dijo: "...para poder lograr esto necesitamos un nuevo plan de estudio". El destacamento comienza en 1982 y se decide hacer un estudio para conocer los mejores planes de formación médica en el mundo; para ello se crean 7 comisiones integradas por profesores destacados y cuadros de dirección de los principales hospitales que visitan 7 países: EE. UU., Canadá, Suecia, Francia, URSS, Inglaterra, Checoslovaquia. Allí se interesaron por la relación hospital-universidad, la

relación con los sistemas de salud y la bibliografía que utilizaban en la formación de los médicos. A su regreso se crea una comisión nacional del plan de estudio, donde se invitan a una gran cantidad de profesores y se redacta el nuevo plan de estudio de la carrera de medicina.

Al unísono, se orienta revisar la situación del plan de construcción de las facultades de medicina del país y terminarlo, y además, se decide construir nuevas facultades en las provincias que aún no tenían. Se revisa la situación en cada provincia en relación con las instituciones hospitalarias, hospitales rurales, hospitales pediátricos y politécnicos de la salud.

Se terminan 33 salas de terapia Intensiva pediátricas en solo un año, de tres que había en el país con poco equipamiento.

Es entonces cuando Fidel analizando la situación de la atención primaria de los servicios de salud, plantea la necesidad de formar un médico integral con elevados conocimientos y se hace un plan inicial con tres médicos en los municipios de Fomento, Vertientes, Guane y un policlínico en La Habana. Se empieza a trabajar en el plan de estudio para la formación de ese médico con la experiencia de profesores del policlínico de Alamar.

En noviembre de 1983, está listo lo que sería el médico de la familia, para esto fueron elegidos diez médicos residentes, de destacada trayectoria académica que recibieron un curso introductorio por espacio de 15 días en el policlínico Lawton. Así, comenzaron a familiarizarse con la comunidad, con ellos igual número de enfermeras, con las cuales organizaron su futuro universo de trabajo. Fidel dirigió personalmente este trabajo.

Es a partir de este momento que se trabajó en el desarrollo acelerado del Programa de Formación del Médico y la Enfermera de la Familia, basta revisar las cifras de la cobertura de la población:

- En 1985 fue de 14,4 %.
- En 1990 era de 56,7 %.
- En 1995 se llegó a 96,2 % de la población con un médico de la familia.

La construcción de consultorios para el médico y la enfermera de la familia llenó ciudades, pueblos y hasta las montañas cambiaron su paisaje.

Para responder a este espectacular crecimiento el MINSAP desarrolló un grupo de acciones estratégicas, se crearon normas de

plantilla y nomenclatura por tipo y categoría de la red de unidades asistenciales.

Se planteó la necesidad de formación de especialistas hasta el año 2000, el plan de desarrollo de las especialidades con la opinión de los grupos nacionales, sociedades científicas y profesores destacados de las provincias que nos permitieran llegar a un nivel científico equiparado con el de los países más desarrollados.

Se decide por la dirección del país desarrollar la investigación científica y de la producción de tecnología. Comienzan las obras del Polo Científico del Oeste de La Habana, a las cuales le dedico una buena parte de mi trabajo en ese momento.

En 1986, nos sorprende la epidemia de meningitis meningocócica, por su impacto es atendida por la máxima dirección del país; se priorizan los trabajos de búsqueda de una vacuna para proteger a la población, participan la Dra. Campa, el Dr. Sierra y otros destacados científicos cubanos, que logran después de intensos trabajos la vacuna contra la meningitis meningocócica tipo B. En aquellos momentos recuerdo que tuvimos que trasladar una planta eléctrica hasta el local donde ellos realizaban las investigaciones, todavía no existía el centro de vacunas que hoy tenemos.

Con la detección de los primeros casos de sida en Cuba, Fidel orienta que había que trabajar intensamente para evitar que esta enfermedad se convirtiera en un problema de salud, se situaron fondos para obtener las técnicas de detección en el diagnóstico de seropositivos tempranamente, se compran las técnicas de diagnóstico a Organón Técnica de Holanda y a la Fundación Pasteur de Francia; aún no se conocía la técnica Western Blot, la que más tarde es desarrollada en Cuba por un grupo de científicos destacados. Se hizo un muestreo masivo de sangre y sus derivados.

Fidel haciendo realidad su idea de que Cuba, "... tiene que ser un país de hombres de ciencia", ante todos estos sucesos convoca a todas las partes implicadas a concentrar los esfuerzos en la terminación de centros de investigación como el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Suma, Vacuna, Anticuerpos Monoclonales, Biopreparados. Se construyó el IPK (Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí) y el Centro de Histoterapia Placentaria.

En 1982 se inaugura el Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras, Centro de referencia que garantiza asistencia médica de alta especialización mediante protocolos de atención e integración transdisciplinaria en todas las especialidades médicas, quirúrgicas y el uso de tecnologías de avanzada.

Son múltiples las obras que en el decenio de los años 80 se inauguran a favor de la salud del pueblo, se crean centros de alta tecnología como los cardiocentros de Santiago de Cuba y Santa Clara, el del hospital William Soler, el centro de microcirugía ocular en serie para el tratamiento de afecciones oftalmológicas, que nos llevó a desarrollar posteriormente la Operación Milagro por toda Latinoamérica, se amplía el hospital Frank País y se introducen los fijadores externos y la cirugía de mínimo acceso en ortopedia. Se inaugura el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN).

Entre 1990 y1995: período especial en Cuba

Estos cinco años fueron sin lugar a dudas los más duros y traumáticos para el país, y para el desarrollo de los programas de salud pública, con el esfuerzo y la consagración del personal de la salud se logró que el objetivo estratégico trazado por la dirección de la Revolución de mantener los logros de la salud del pueblo como una de las más hermosas conquistas de nuestro socialismo, en lo esencial fuera cumplido.

Todo esto fue posible en medio de las serias afectaciones en la disponibilidad de medicamentos, material gastable de uso médico, material de aseo y limpieza, y con el mínimo de recursos para mantenimiento y reparación de los equipos tecnológicos imprescindibles.

Tuvimos que crear mecanismos que nos permitieran garantizar las conquistas que en materia de salud teníamos, así dirigimos los esfuerzos a optimar los recursos.

Se le brindo especial dedicación a los programas de atención a los ancianos, impedidos y desvalidos.

Elaboramos e instrumentamos un nuevo sistema de índices de consumo acorde a las pocas disponibilidades de materiales existentes.

Nos enfocamos en mejorar los indicadores de salud respecto a las enfermedades infecciosas y parasitarias. Se logró mantener la condición de territorio sin poliomielitis, difteria, tétano neonatal, el

sarampión, la meningoencefalitis posparotídea y el síndrome de rubeola congénita. Se cumplieron los planes de inmunización a toda la población y se logró cobertura con niveles superiores al 95 % de las vacunas incluidas en el esquema nacional de vacunación.

Se elabora e implementa el programa nacional dirigido a perfeccionar la atención materno infantil, en respuesta a los acuerdos de la cumbre mundial a favor de la infancia.

Como han expresado los especialistas y responsables directos de esta actividad, se estableció el programa de medicamentos y surge la tarjeta de adquisición de medicamentos controlados, para las personas con enfermedades crónicas, que llega hasta la actualidad, como única forma para garantizarles la medicación a los enfermos crónicos.

Nos enorgullece poder mostrar que se logró bajar la mortalidad infantil a pesar de todas las carencias que enfrentamos, basta analizar su comportamiento, y esto gracias a la consagración y nivel de compromiso de todos los trabajadores de la salud:

- 1985, la tasa de mortalidad fue de 16,5/1000 nacidos vivos.
- 1990, de 010,7/1000 nacidos vivos.
- 1995, logramos reducirla a 9,4/1000 nacidos vivos.

Con el esfuerzo de los trabajadores y directivos del sector se logró preservar el funcionamiento de todas las unidades del sistema de salud (hospitales, policlínicos, consultorios del médico de la familia).

Otro aspecto que queremos destacar es que la formación de médicos se incrementó en este período, llegamos a graduar entre 1991-95 alrededor de 22 000 médicos, superior al número que teníamos entre 1985-90 que era de unos 17 000, y lo más importante es que todos los graduados fueron asimilados por el sistema de salud y se mantuvieron las condiciones docentes para su especialización.

Es difícil enumerar todo lo que se logró en un momento con tantas carencias y escasos recursos, pero pudimos mantener estabilidad en la tasa de mortalidad materna, en ese momento se trabajó con la UNICEF en la introducción del programa de "Hospitales amigos del niño y de la madre".

Se fortaleció el sistema de vigilancia en salud en todo el país, y se crearon las unidades de análisis y tendencias de salud (UATS).

Pudimos preservar el Programa Nacional de Sangre, se mantuvieron las cifras de donaciones de sangre con algunos incrementos en coordinación con los Comités de Defensa de la Revolución (CDR).

El sistema de información de ciencias médicas se fortaleció gracias a la aplicación de la informática en toda su gestión. Se crea la Red Telemática de la Salud INFOMED.

Se hizo un reordenamiento de objetivos y se concentra el potencial científico, tecnológico y humano en direcciones estratégicas del Programa de Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana hasta el año 2000, conocido como OPD 2000, ya que se estaba produciendo un incremento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles, se realizan encuestas a la población y se detecta un incremento de los factores de riesgo, lo que constituía la causa principal del incremento de este indicador, se comienza a tomar medidas concretas para la atención de estas enfermedades.

Tenemos muchas anécdotas de nuestro desempeño en el MINSAP, de situaciones especiales que ocurrieron y de la participación del compañero Fidel que marcaron la historia, de forma sintetizada trataremos de contar algunas.

Un momento muy sensible fue la epidemia de neuropatía, se informaron los primeros casos en 1991, se registraron más de 5 000 casos, estábamos en el momento más crítico del período especial, había casos en todo el país, se creó un grupo operativo para el enfrentamiento de esta situación, el cual fue dirigido personalmente por Fidel e integrado por los ministros de salud, de ciencia y técnica, jefe del estado mayor de la Defensa Civil, científicos destacados y directores de los centros de investigación del polo científico, fue una etapa de trabajo arduo, trabajamos día y noche, buscando el origen de la enfermedad desconocida para todos, Fidel pidió que invitáramos a científicos destacados y así nos visitaron eminentes científicos del mundo incluyendo Premios Nobel, y finalmente se logró controlar la epidemia en el año 1994, gracias a la integración de todos los factores convocados y a la comunidad científica.

El 4 de septiembre de 1989, ocurre el trágico accidente aéreo del Il-62 en Rancho Boyeros, era un vuelo con destino a Italia que cayó al despegar, recuerdo que cuando llegué al lugar ya Fidel estaba allí, el agua le sobrepasaba las rodillas, él personalmente organizaba el traslado de todos

los heridos, personas que estaban en tierra y fueron afectadas cuando el avión se desplomó, la mayoría eran quemados, se enviaron para el hospital Calixto García, él preguntó qué era bueno para el tratamiento de estas personas y cuando supo que el factor de crecimiento epidérmico que se producía en biotecnología era ideal para estos pacientes, llamó al director del CIGB y pidió que enviaran una rastra refrigerada con todo el producto que tuvieran en existencia.

Muy sensible, fue el accidente que ocurrió al chocar 2 lanchas Cometas en el trayecto Batabano-Gerona; en cuanto tuve conocimiento de lo ocurrido fui para el embarcadero de Batabano, al llegar ya Fidel se encontraba allí dirigiendo las labores de salvamento personalmente, al verme se me acerca y me dice que había que resolver una situación que lo angustiaba.

Entre los lesionados había una madre con su niño y al evacuarlos los habían trasladado a dos hospitales diferentes y era necesario unirlos, me preguntó en qué hospital había los dos servicios y podíamos ingresarlos juntos. Yo le digo que podíamos trasladarlos para el hospital Naval Luis Díaz Soto, al niño fue fácil localizarlo, pero la tarea difícil fue localizar a la madre, tuvimos que movilizar a la dirección provincial de Salud y compañeros del MINSAP hasta que encontramos a la madre; ella estaba desesperada, la trasladamos entonces al hospital Naval y Fidel va para allá y la recibe, le dice que allí va a estar con su niño, Fidel no se va del hospital hasta que deja todo esto resuelto, encarga a la dirección del hospital de mantenerlo informado de la evolución de ambos y me dio instrucciones de resolver todo lo que se necesitara para garantizar la asistencia.

Esto es una muestra de la sensibilidad y humanismo que caracterizaba a nuestro Comandante en Jefe.

Entre otros hechos relevantes que merecen ser conocidos, está la encomienda muy significativa que me dio Fidel de entrevistarme con su santidad Juan Pablo II.

Nosotros habíamos establecido relaciones con el Vaticano en la persona del cardenal Angelini, su cargo era el equivalente a un ministro de Salud. Nos había visitado en varias ocasiones, participó en La Habana en el seminario internacional sobre atención primaria de salud, a los pocos días yo viajo a Roma para asistir a la conferencia sobre Longevidad y Nivel de Vida, Fidel me da la encomienda de entrevistarme con el papa Juan

Pablo II y transmitirle un mensaje personal verbalmente. Soy recibido por su santidad en audiencia privada, intercambiamos saludos y al terminar me plantea invitar al resto de la delegación que me acompañaba, entre ellos los tres embajadores cubanos que radican en Roma, para saludos y fotos.

Esta reunión formó parte de las acciones que llevaron a la posterior visita de su santidad Juan Pablo II a Cuba.

En 1992 Cuba ocupa un cargo en la directiva de la Asociación Americana de Salud Pública para Latinoamérica (APHA, por sus siglas en inglés), única vez que Cuba ha ocupado un cargo, soy electo vicepresidente en mi condición de ministro.

Tuvimos el honor en la década de los años 80 de inaugurar la primera edición de la Expo Salud para Todos en Pabexpo, con la presencia del Comandante Fidel Castro, este evento que se mantiene en el tiempo, permitió el intercambio con las firmas más reconocidas internacionalmente en el campo de la salud, a la vez que pudimos mostrar nuestros logros, lo que amplió el reconocimiento internacional del sistema de salud cubano.

La actitud solidaria y el compromiso con la salud como derecho de la humanidad que siempre expresara Fidel se vio materializado en la decisión que tomó Cuba con los afectados por el accidente de la central nuclear de Chernóbil, se recibieron vuelos humanitarios con miles de niños afectados, recuerdo que acompañamos a Fidel al recibimiento de los primeros vuelos en la pista del aeropuerto, ya se había tomado la decisión de acondicionar el campamentos de pioneros de Tarará por sus excelentes condiciones y se estableció un protocolo de tratamiento que garantizara la asistencia médica y de recuperación a los afectados; se lograron los resultados increíblemente satisfactorios.

Esta apretada síntesis solo pretende transmitir la rica experiencia, los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos que requirió todo el tiempo, toda la inteligencia y sobre todo una gran pasión revolucionaria con que laboramos bajo la dirección de nuestro Comandante en Jefe y apoyado por un colectivo excepcional.

En las entrevistas realizadas a otros protagonistas, se podrán conocer los detalles de una manera más minuciosa, sobre el trabajo que caracterizó este período en las diferentes esferas y áreas del Sistema de Salud cubano en el período comprendido entre 1980 y 1995.



Héctor Terry Molinert

Viceministro a cargo de la Higiene y la Epidemiología 1980-1993

...cuando estaba en Oriente Sur, no teníamos prácticamente fuerza para atender la higiene y la epidemiología. La estrategia del Dr. Azcuy Enríquez... director provincial en aquel momento de Oriente Sur de entregarnos todos los años jóvenes recién graduados, dirigentes de la Unión de Jóvenes Comunis-

tas y de la Federación Estudiantil Universitaria de Medicina, para que hicieran su servicio médico rural, dio buenos resultados...los íbamos ubicando en el trabajo de higiene y epidemiología en las regiones y a partir de ahí se fue creando un sistema de formación de cuadros.

Me gradué en la promoción médica del Turquino, que durante cinco días estuvimos ascendiendo conjuntamente con el Comandante en Jefe Fidel Castro.

Una generación médica que ha sido muy fecunda en proveer de especialistas a nuestro país, compañeros muy competentes, compañeros muy revolucionarios, con mucha historia, que componen ese tipo de promoción. A partir de eso, tuve diferentes funciones en el Sistema Nacional de Salud, hasta que ocupé el cargo de viceministro de Salud Pública en el año 1980 hasta 1993.

El mayor fenómeno que ocurre en este período es la epidemia de dengue hemorrágico, que genera una conmoción nacional, en tal medida, que toda la dirección del país, encabezada por el compañero Fidel tiene que dedicarse a enfrentarla y además pronostica que esa epidemia nos puede crear y dar más muertos que la invasión mercenaria de Playa Girón en el año de 1961.

Así fue, y toda la dirección del MINSAP, estaba cuando aquello el compañero Sergio, el compañero Teja era viceministro de Asistencia Médica, estaba inmersa en aquél problema tan triste, tan agobiante, que generó tanto luto en nuestro país, pero sembró todas las posibilidades para dar un salto cualitativo superior. Porque no cabe dudas, en que

es el momento en que la Dirección de la Revolución prioriza en gran medida todo el Sistema Nacional de Salud y se empieza a dar pasos conceptuales y a fortalecer un grupo de cosas.

Se crea nuevamente el Viceministerio de Higiene y Epidemiología, pero no es que se cree, sino que se le da posibilidades, se le da autoridad sanitaria, se le da posibilidades de recursos para enfrentar los problemas de salud y los resultados que se dieron en toda esa etapa del año 1980 al 1995 y los que han venido, demuestran cómo se fue fortaleciendo el cuadro de salud. ¿Por qué?

Porque se tomaron decisiones trascendentales. Todo lo que pudiera resolverse mediante el sistema de inmunizaciones, el país hizo los esfuerzos y se compraron y se ampliaron los centros científicos para desarrollar todo tipo de vacunas y los resultados se empezaron a ver porque un grupo de enfermedades que estaban erosionando la salud de la población se eliminaron.

¡Ah! por supuesto, todo eso nos lleva en aquel momento, porque la vida es una proyección dialéctica, a un eslabón fundamental del Sistema Nacional de Salud, que es el médico de la familia. Fidel, expresa su concepción acerca del número de médicos porque había contradicciones internas dentro del país en relación con el número de médicos en los aparatos del gobierno, en los costos, en la economía, entonces el Comandante dice: “el médico nunca sobra” y explica por qué no sobran y como él concebía todo aquello.

Fue muy interesante en aquellos momentos, ya en la entrada del año 1985 se está produciendo el II Congreso de Higiene y Epidemiología donde se tiene la experiencia de 16 meses del médico en la comunidad de Lawton en el municipio 10 de Octubre y se prepara una mesa redonda: La Higiene y la Epidemiología y el Médico de la Familia, asisten todos los médicos de Lawton en aquel momento como ponentes en aquella reunión, que fue en Octubre del año 1985 y a esa plenaria llegó el compañero Fidel, interviene activamente el congreso donde hay 300 delegados extranjeros. Era un congreso de 1300 delegados que teníamos, 300 de ellos eran extranjeros de todas partes del mundo.

Ahí el Comandante en Jefe conceptualiza como él concebía el trabajo del médico de la familia. Estamos hablando de eso hoy, a los 35 años de

creada esa institución. Él va desarrollando y tiene dudas; porque va diciendo: “bueno esto tenemos que verlo” y se produce una retroalimentación dentro de aquel congreso por las cosas que van planteando los delegados extranjeros, pero va diciendo: “hasta aquí podemos llegar”, “hasta aquí tenemos que ver”, “hasta aquí tenemos que seguir trabajando”.

Por esa razón y a partir ya de esta concepción del médico de la familia en el año 1985, se dan los elementos de la especialidad de medicina general integral. ¿Cómo fue? Primero como especialidad, después como primera especialidad, porque surgían las dudas: “yo quiero hacer esta”, “yo quiero hacer otra” y se abrió el camino para que se tuviera una continuidad en buscar una segunda especialidad a los que lo desearan, pero había que trabajar fundamentalmente en especializar la fuerza aquella con el médico especialista en medicina general integral, hemos visto en los noticieros en estos días como compañeros y compañeras han estado ahí permanentemente y muy seguros y satisfechos de su labor como médico en esos 35, 20, 25 años en que han estado ejerciendo la profesión. ¡Yo creo que eso fue un paso trascendental! Y junto a esta política que hablé del programa de inmunización, está el trabajo con las organizaciones de masas, –sumamente importante– porque esto no lo puede hacer salud pública sino hay participación activa de las masas. En toda esa etapa había compañeros de la dirección de las organizaciones de masas, fundamentalmente la compañera Vilma Espín, no cabe dudas que el papel que desempeñó la Federación de Mujeres Cubanas fue vital para el Sistema Nacional de Salud en todas estas cuestiones, en las pruebas citológicas, en la detección del cáncer de mama, en los programas de inmunización tanto de la mujer como del niño, en la integración y la incorporación de la mujer a trabajos de la salud pública en aquel momento.

Debemos recordar, que en aquella fusión que teníamos con la Federación en la epidemia de dengue, se creó lo que fue la encuestadora de vectores, la encuestadora controladora de vectores y todas eran mujeres que provenían de la Federación de Mujeres Cubanas y fue una fuerza muy organizada que desarrolló la organización, la educación, la promoción de salud en cada vivienda para enfrentar el problema del mosquito *Aedes aegypti*; no debemos olvidar esto.

Los CDR, que en aquel momento encabezaba Armando Acosta y la compañera María Teresa Malmierca como segunda vicecoordinadora

de los CDR, fueron trascendentales por el apoyo a todo lo normado por el ministerio de salud pública para el control de la epidemia.

La Asociación de los campesinos que la estaba dirigiendo Pepe Ramírez con toda esa fuerza nos ayudó mucho. En todas las áreas rurales se pudo establecer una organización ligada al hospital rural y a los consultorios médicos.

Es decir, aquello fue muy importante y posibilitó ese gran salto en los índices de salud que se produjeron. Porque en esa etapa se produjeron índices de salud muy favorables.

Con estas experiencias corríamos el peligro de estancarnos. ¿Por qué? porque ya venía apareciendo con mayor frecuencia las enfermedades crónicas degenerativas. Teníamos que enfrentar el problema de la hipertensión, de los accidentes vasculares encefálicos, del cáncer, que ya eran nuestros principales problemas de salud y otras enfermedades, por supuesto, ligadas a aquella etapa. Vamos cogiendo conciencia en ese momento de lo que necesitábamos y queríamos.

El compañero Más Bermejo, era el director del Instituto Nacional de Higiene y se le da la responsabilidad de aglutinar todo un programa de investigaciones, para enfrentar estas enfermedades con todos los centros de investigación de salud pública. ¡Yo diría que fue una época de oro! porque, con la coordinación del Instituto Nacional de Higiene todos los institutos de investigación que tenían ya sus epidemiólogos ubicados, con sus cuadros de dirección, comenzaron a trabajar en conjunto.

De ahí salen las investigaciones que se hacen sobre el infarto del miocardio y cómo podíamos enfrentarlos para disminuir sus cifras. De ahí salen las investigaciones que se hacen sobre el suicidio y cómo podíamos enfrentarlo y ¡que resultado nos dio aquello! De ahí salieron también las investigaciones ligadas a la diabetes, a los accidentes.

Por ese trabajo, recuerdo, que en aquella reunión intersectorial que la dirigía –por la alta incidencia de los accidentes del tránsito y otros– el ministro de transporte, General de División Zenén Casas Regueiro, se decidió enfrentar el problema del casco en el motociclista y del cinto en el conductor del vehículo y se logró consenso, llegamos a establecer su uso obligatorio y hoy vemos como se han salvado miles de personas de la muerte por el uso del casco y del cinturón de seguridad.

Fue un momento de mucha integración y además diría que se produjo la mayor integración en el sistema de salud para enfrentar los problemas de salud. ¿Por qué lo digo? porque en aquellas reuniones del Instituto de Higiene participaban las direcciones de asistencia médica, los decanos de las facultades, participaba el profesor Ilizástigui, que fue uno de los mentores, de las personas que más estudió, que más preconizó todo el desarrollo y todo el estudio de hasta dónde podía llegar un médico de la familia; Ilizástigui era parte de aquel conglomerado, una parte protagónica, porque todos lo recordamos, con su método de polémica; participaba también el profesor Rojas Ochoa.

Esas brillantes figuras, asistían a aquellas reuniones de coordinación de las investigaciones, en aquellos momentos. En ellas se reforzó mi amistad con Hernández Cañero, cuando discutíamos el problema del infarto y le mostramos con la experiencia de Guantánamo y de Pinar del Río, cómo con determinadas medidas que se habían tomado en la investigación, se podía disminuir el infarto en su letalidad.

Se fue creando el principio de intersectorialidad, porque ya las enfermedades crónicas degenerativas jugaban con otros sectores de la economía que era necesario integrarlo.

Llega el momento más difícil, o uno de los momentos más difíciles, se avecinaba el período especial. El consejo de dirección del MINSAP, que presidía el compañero Teja, empieza a discutir qué va a pasar con la salud, qué afectaciones se iban a producir por el período especial. ¡Yo creo que nadie se las imaginaba! nadie se las imaginaba!

Ya se avizoraba esa situación, muy difícil, muy extraña para el país y teníamos que buscar hacer una política inteligente, para que no se perdiera lo que habíamos alcanzado, o se perdiera lo menos posible, porque teníamos que enfrentarnos a estos nuevos problemas, que podían agudizarse y podían inclusive ayudarnos, si trabajábamos inteligentemente considerando la situación por la que iba a atravesar la economía. No queda más remedio que enfrentar aquella política de desarrollo de las OPD (Objetivos, Propósitos y Directrices), es decir, las directrices de las OPD, donde todas las áreas del MINSAP trabajaban aceleradamente para generar un documento que fundamentalmente posicionaba su acción en la atención primaria y en el médico de la familia para enfrentar el período especial.

En ese documento trabajaron todas las áreas del MINSAP, no se ha concebido un documento más sólido, yo no sé si eso se evaluaba o no se evaluaba, pues inclusive en su elaboración trabajó el profesor Milton Terris, que vino de los Estados Unidos a analizar con nosotros aquel documento, a criticarlo, a dar conferencias; vino el Dr. Luis Castellanos, funcionario de la OPS, vinieron especialistas del Hospital Carlos III de Madrid, participaron también en el análisis de aquellos documentos y recordemos las dos primeras reuniones que se da en el Instituto con todos estos factores, con todos estos compañeros que vinieron a discutir; cómo íbamos a enfrentar el problema del período especial y en qué cosas teníamos que hacer énfasis.

Recordemos lo que aquel documento significaba, era un documento planteando resultados que tenían que obtenerse, a pesar de lo que podría acercarse con el período especial. Volvemos a insistir, en aquel momento teníamos un arma nueva, aquella arma nueva es el médico y la enfermera de la familia, lo cual era la base fundamental para aquel trabajo.

– **El Dr. Más Bermejo recuerda el taller que hicieron en el Instituto, fundamentalmente el de 1992. Hubo dos, pero este fue el dramático, pues era para enfrentarnos al período especial. Todo eso está grabado y es un crimen que no se vuelva a exponer, a debatir porque se van a sacar muchas experiencias de aquellos momentos, sobre todo, en relación con la atención primaria.**

Hablamos ahora mucho de referéndum, pero recordemos que ese documento, una vez que estuvo listo, se fue a discutir por todo el país –íbamos en una guagua– a discutirlo con los buroes del PCC, con todos los primeros secretarios, presidentes de los gobiernos en las provincias. Recuerdo que estaba la novela mexicana llamada El Carruaje y la gente le puso al ómnibus aquel El Carruaje, por el recorrido que se estaba haciendo por el país.

Recuerdo cuando fuimos a Santiago de Cuba, el secretario del partido provincial era el compañero Lazo y me dijo: “Ven acá, ya esto es una cosa distinta, esto tiene una envergadura y a esto tenemos que ponerle...” no se me olvida aquella expresión, que hizo el compañero Lazo, hoy presidente de la Asamblea, sobre aquel documento de las OPD.

Son las vivencias que tengo, he hablado nada más de estrategias que creo que tienen que servir de experiencia, para poder seguir avanzando

en momentos que también van a ser difíciles. ¡Porque es más! creo que los fenómenos –no nos dejemos engañar, tenemos que oír a nuestros dirigentes– tenemos que ver la situación internacional que nos está rodeando, cómo va a repercutir en nosotros, pero creo que tenemos todas las posibilidades, porque tenemos todas las experiencias de aquel período, del período especial, para enfrentar lo que haya que enfrentar en el país.

- **El Dr. Más Bermejo, apunta que hay tres cosas que considera que fueron elementos también estratégicos: la formación de recursos humanos, la participación de los organismos internacionales en todo lo mencionado y el fortalecimiento de la Sociedad Cubana de Higiene y Epidemiología, estos aspectos sería útil precisarlos.**

Cuando estaba en Oriente Sur, que no teníamos prácticamente fuerza para atender la higiene y la epidemiología. El Dr. Azcuy Enríquez, era el Director Provincial en aquel momento de Oriente Sur y fue promovido a viceministro de Asistencia Médica cuando el compañero Dr. Gutiérrez Muñiz pasó a ministro y yo me quedé de Director Provincial en Oriente Sur. La situación de cuadros que teníamos en aquellos momentos era compleja, Azcuy Enríquez, tuvo la idea, de aportarnos todos los años jóvenes recién graduados, dirigentes de la Unión de Jóvenes Comunistas y de la FEU de medicina, para que hicieran su servicio médico rural, primero empezando por higiene y epidemiología. Esa estrategia dio buenos resultados, de ahí surgió Emigdio León, el Cro. Struch, ellos salieron de aquella experiencia. El compañero Luis Valdés, que considero que está dentro de los primeros epidemiólogos de Cuba.

Ese grupo que nos iba entregando Azcuy Enríquez, acabados de graduarse, lo íbamos ubicando en el trabajo de higiene y epidemiología en las regiones y a partir de ahí se fue creando un sistema de formación de cuadros en combate. Llegado ya determinado período, enviamos médicos a estudiar al extranjero nunca nos cerramos, y puedo decir que cuando llegamos a la dirección del MINSAP, se nos dio también esa misma posibilidad, pues ya no era un problema de una provincia, era un problema del país y todas las provincias anualmente nos aportaban igualmente recién graduados, dirigentes de la FEU y prácticamente íbamos teniendo una cifra de 50 o 60 compañeros que cada año iban integrando el sistema de salud. Más Bermejo decía: “De ahí salen los mejores cuadros

para dirigir la asistencia médica, para los medicamentos, etc.” y era cierto, después se fue creando el régimen de residencia acá y empezamos a buscar la posibilidad de desarrollo de la residencia en las provincias de Santiago de Cuba y Holguín. La residencia en higiene y Epidemiología.

No cabe dudas de que buscamos la posibilidad. Primero con los países socialistas, porque en aquellos momentos teníamos un fuerte reconocimiento y una fuerte ayuda que nos dieron todos estos países encabezados por la Unión Soviética, con su viceministro de Salud Pública, el General del Ejército Rojo Ptiór Nicolaekv Burgasov, que dirigía en aquel momento la higiene y epidemiología. El compañero Efremov, guerrillero en la II Guerra Mundial en Bulgaria, el compañero Mecklinger, como ministro de Salud Pública, que se encariñó con Cuba y con nosotros y nos dio la posibilidad de que le mandáramos un grupo de compañeros, para que hicieran allí sus candidaturas y sus doctorados en la República Democrática Alemana con mucha fuerza, los húngaros, los polacos, es decir, tuvimos el concurso de todos estos compañeros.

Indiscutiblemente también, yo diría que hubo una época muy buena, porque tuvimos excelentes representantes aquí de la OPS, ¡excelentes! Desde Luis Ernesto Giraldo, que falleció en unos años después, de cáncer y todos los que le siguieron, hasta llegar a Miguel Márquez, que ya lo habíamos conocido en Nicaragua y nos dio todas las posibilidades, porque nosotros le habíamos dado también todas las posibilidades, a pesar de nuestro poco desarrollo, a Nicaragua cuando se produce el triunfo de la Revolución Sandinista. Recuerda que hicimos la casa de visita del Instituto Nacional de Higiene, para nuestra residencia y para nuestros posgrados y cuando el triunfo de la revolución sandinista tomamos la decisión y le pusimos a aquel lugar La casa de Nicaragua. Le pusimos así, con aquellas 17 camas para formar los especialistas en laboratorio y en las tareas de higiene y epidemiología y aquello se quedó con el rótulo de La casa de Nicaragua. Por esa vía le formamos a Nicaragua más de 70 especialistas, en los laboratorios y en higiene y epidemiología. Todos los años venían con concurso de la OPS a estudiar aquí, cursos de posgrado, los compañeros. Todo se hacía en La casa de Nicaragua, por supuesto a muy bajo costo y gran parte de todos los dirigentes de salud en Nicaragua son los que se formaron aquí en aquella etapa. Pero bueno,

primero la OPS, la gente del Programa de Naciones Unidas, la gente del PMA, que ha apoyado toda la vida, la UNICEF y otros.

En esa etapa se va fortaleciendo también el problema de la inserción de muchos especialistas nuestros en organismos internacionales, pero no porque nosotros hayamos querido, sino porque fueron solicitados, porque la gente que viene al país se da cuenta que se ha desarrollado una inteligencia, una formación y una educación de estos especialistas. No es porque salga de Cuba, no, no, no; son los que vienen los que nos lo piden y van solicitando por esta vía –la OPS, las Naciones Unidas, la FAO, la UNICEF– es decir, todas estas instituciones nos van solicitando compañeros y compañeras para esta actividad muy importante.

Pero vuelvo a repetir, cada vez que podíamos y nos daban la posibilidad, enviábamos a la gente a estudiar fuera. Siempre he recomendado a los compañeros que me han sustituido: “no te pelees con los norteamericanos, no te vayas a creer que ellos están con fulano, ni con Bush, ni nada eso. Los científicos norteamericanos están con la ciencia norteamericana y sus intereses como persona y quieren ayudar, por lo tanto, no te despegues”. Hay dos instituciones muy importantes que tienen los norteamericanos que son el INH (Instituto Nacional de Salud) y el CDC de Atlanta que es como vamos a decir, la policía sanitaria, la policía sanitaria junto con la FDA de los norteamericanos para prevenir todas las epidemias y todos sus problemas. Tuvimos siempre muy buenas relaciones con las direcciones de esas instituciones y por esa vía pudimos llegar hasta Harvard, por las relaciones que se fueron creando con Milton Terris y otro.

Surgieron compañeros que hasta se fueron del país y quisieron acercarse a Cuba nuevamente, compañeros cubanos, que tenían posibilidades, tenían posiciones y ayudaron en todas estas contingencias, y por lo tanto, se fue desarrollando una interrelación grande y profunda que permitió que nuestros especialistas estuvieran en diferentes lugares en las Américas, en Europa, en África y en Asia; eso es verdaderamente importante.

Ahora retomo aquella etapa, surgieron fenómenos muy importantes. Vamos a decir entidades contra la que tuvimos que luchar. Una de ellas fue, llegando nosotros a La Habana, la meningitis meningocócica, que durante años era tema de la Asamblea Nacional y era un dolor de cabeza

muy grande el que teníamos que enfrentar con aquella enfermedad. ¡Ahí se empezó a trabajar! Como era una inquietud del propio compañero Fidel, se fueron creando todos los mecanismos, se fueron buscando grupos de investigadores, fuimos estudiando, porque teníamos la convicción de que se podría lograr una vacuna frente al serogrupo B.

Todas las instancias internacionales decían que por las estructuras bioquímicas del meningococo serogrupo B no podía obtenerse una vacuna y ahí se decidió realizar la primera investigación frente a la meningitis meningocócica, en una casita allá modesta por el reparto Siboney, a la cual prácticamente todas las noches iba el compañero Fidel a entrevistarse con los investigadores, a preguntarles cómo iba esto, preguntarle lo otro. Ahí estaban los doctores Campa y Sierra, ese pequeño grupo, que después llegó a aquella magnificencia, que se llama el CIGB, salió de aquella casita, donde tenían un mulo, para inyectarlo y ver si levantaba o no levantaba anticuerpos, así se fue cumpliendo todo aquel propósito.

Se trajeron al país las mentes más brillantes que habían trabajado el meningococo, desde la Unión Soviética con la profesora Diomina, el grupo de Islandia, los norteamericanos; vino Karl Frash, el hombre que había hecho la vacuna en Sur África, a quién el compañero Fidel le dio atención directa durante los 4 o 5 días que estuvo en La Habana, también Peltola de Finlandia. Las figuras más relevantes vinieron a Cuba. Se fue trabajando y nuestros especialistas lograron lo que no había logrado nadie para enfrentar el problema del meningococo.

Empezaron a cuestionar la vacuna, porque ya empezaban los celos con la vacuna. Ya Cuba empezaba a dar resultados y de pronto cae la historia famosa de allá de Chile. Dijeron que por la parte del desierto que está entre Chile y Perú habían logrado la vacuna del meningococo. Teja tiene que recordar aquello porque ya Teja era ministro de Salud Pública en aquel momento. Tuvimos que dar aquí una conferencia de prensa, con toda la prensa cubana e internacional –tenemos esa conferencia completa grabada– con el problema de la meningitis meningocócica. Ya querían volver a repetir la historia de Carlos J. Finlay en relación con el mosquito *Aedes aegypti*, pero esa historia no se iba a repetir en el momento que estábamos viviendo.

En Brasil, trataron de bloquear la entrada de la vacuna, a pesar de que en aquella etapa tenían alta mortalidad por el meningococo B y hubo una fuerte oposición, menos mal que aquí estaba de representante de la OPS Joao Junes, que era un funcionario que simpatizaba con la Revolución cubana y con su influencia, se logró con los gobernadores de algunos estados incorporar la vacuna. Así es como entra a Brasil la vacuna del meningococo B y posibilitó que los doctores Campa y Sierra fueran a Brasil a dar conferencias sobre la vacuna y se fue abriendo el camino para que esta vacuna penetrara en Brasil, frente a la oposición que existía en algunos círculos.

El sida, ¿qué vamos a decir del sida? El sida consumió 90 % de nuestro trabajo, porque hubo una orientación muy precisa de Fidel: “el sida no se nos puede convertir en un problema de salud”, y nosotros sabíamos, porque los primeros que visitamos o que vieron pacientes en los Estados Unidos, fuimos el profesor Ballester y yo, cuando fuimos a la reunión aquella en el año 1983, que todavía no se conocía por qué vía se trasmitía el virus, qué se había descubierto casi nada del virus. Pero desde aquel momento empiezan a surgir los ataques. Sale Marolyn Macleod, profesora de la Universidad de Miami, enemiga de la Revolución cubana, quien maneja la hipótesis de que el sida lo habían traído a las Américas los internacionalistas cubanos que estaban en Angola. Cuando aquello teníamos nuestras tropas y estaba la guerra en Angola andando, no debemos olvidar eso.

El compañero Pepín Naranjo nos llama y nos dice: “Oye tú estás viendo en los cables lo que están diciendo”; ahí se empieza a crear todo el fenómeno para enfrentar el sida y a los pocos días se crea lo que es GOPEL (grupo operativo para la eliminación y erradicación del sida), presidido por el General de División Casas Regueiro, pero ahí estaban la Dra. Simeón Negrín, Teja como ministro, los compañeros del grupo de apoyo; es decir, estaba la élite del gobierno y del PCC. Por supuesto, monitoreando permanentemente la situación del sida porque el propio compañero Fidel asistía a algunas reuniones, para saber cómo iban cada una de las situaciones.

Cuando se examina la posibilidad cierta de disponer de la prueba del sida para el diagnóstico, con los ojos cerrados, se le plantea al Comandante y se toma la decisión e inmediatamente se ubican 2 000 000 de dólares,

en Holanda, para comprarle toda la tecnología a la casa Organón Técnica y 500 000 dólares en París para la casa Pasteur, que tenía otra prueba, pues queríamos hacer pruebas confirmatorias, no era el *Western Blood* todavía, porque cuando aquello, pero enviamos un grupo de casos para ver si confirmaba por la técnica del Organón y por la técnica de Pasteur.

Los buenos resultados alcanzados permiten desarrollar toda una estrategia de trabajo, donde empiezan a examinarse desde el punto de vista médico todas las personas que habían estado en el continente africano, en la guerra o en la paz y se empiezan a hacer las pruebas a todos los internacionalistas que habían estado allí. Entonces nos fuimos dando cuenta que el país estaba en muy buena posición epidemiológica. Bueno, ahí también empiezan a salir algunos diagnósticos, se toman decisiones. Del sida ahora se habla mucho, pero en aquella etapa un paciente a los seis meses que tenía el virus, ya era cadáver. Se toma la decisión de abrir los sanatorios para poder ofrecerle un tratamiento adecuado, una alimentación reforzada a aquellas personas.

Pero aquella Marolyn MacLeod, que dijo que el sida lo habían traído los soldados cubanos, es la misma Marolyn MacLeod que en la epidemia de dengue del 1981 cuando el diagnóstico lo habían hecho aquí nuestros especialistas del serotipo 2 del dengue, dijo que no, que estábamos equivocados, que aquí no había ningún serotipo 2. Diagnóstico que se hizo en el Instituto de Higiene por el Dr. Más Lago y en el Instituto de Medicina Tropical por la profesora Guzmán y ambos llegaron al diagnóstico el mismo día y esas pruebas se llevaron al CDC de Atlanta y se corroboró, que los especialistas cubanos tenían la razón.

Marolyn MacLeod, es la que se aparece ahora, tratando de desprestigiar a Cuba, diciendo que éramos los que habíamos traído el sida a las Américas. Ya el sida, más que una enfermedad se convierte en un problema político de primera magnitud inmediatamente, porque empieza el tema de los derechos humanos, tema que se coge para cualquier cosa, tiras un papel en la calle y tienes el derecho humano de hacer eso y que no hay policía que lo pueda reprimir, porque tiene el derecho humano de tirar la basura donde le de la gana, es decir, es un tema que se ha desprestigiado mundialmente, el tema de los derechos humanos.

Pero Cuba tuvo que soportar todo ese bombardeo, meses y año, después empezaron a acusarnos de que era una persecución contra los

homosexuales. ¡Mentira, mentira total!, que aquí los sanatorios eran para los homosexuales y que para eso se crearon los sanatorios; es decir, las mayores indecencias, las mayores inmundicias que se puedan haber hablado en este campo científico, entre comillas, sobre el sida, todas tocaban a Cuba. En todos los continentes se hablaba del programa del sida en Cuba, venían todos los periodistas aquí a hablar de ese programa.

En los Estados Unidos, Ronald Regan, que era Presidente en aquel momento, dijo: “Que a los pacientes de sida había que meterlos en un congelador, para que se murieran congelados”. Cuba anualmente, iba teniendo menos casos, pocos seropositivos.

Mejorábamos notablemente la mortalidad, porque no cabe dudas que nosotros teníamos en los sanatorios pacientes muy bien alimentados, sin ningún tipo de stress, ni nada por el estilo. Fíjate si es así, que en el período especial no hubo pacientes de sida afectados por la epidemia de neuropatía. La dieta que tenían era de 4500 calorías y no les faltó. Son elementos que se desconocen.

Se hizo un folleto con estos asuntos del sida, solo pudimos hacer 300 o 400 folletos. Una anécdota al respecto y es que en el tiempo en que se estaba proyectando la película del acompañante del enfermo con sida, se está produciendo una reunión en el Palacio de la Revolución, era vicepresidente el compañero Díaz-Canel, allí él toca el tema que había visto esa película y no le había gustado, porque lo que planteaban no era así, pues él tenía la experiencia del sanatorio de Las Villas. Rolando Álvarez del ICRT le dice: “mire hay un folleto, que hizo Terry hace poco” y le respondió: “dile a Terry que me mande ese folleto” y me llamó el jefe de despacho de Díaz-Canel a la casa, me quedan cinco folletos y se los mandé a Díaz-Canel para que hiciera con ellos lo que quisiera, y le mandé alrededor de 60 fotografías que se habían tomado del sanatorio de Las Villas, cuando él estaba allí en Las Villas y que muestran como era la vida de los pacientes en ese sanatorio. Todo eso se le mandó a Díaz-Canel en un CD para su conocimiento.

Entonces, surgen estos problemas y empiezan a decir que si ideológicamente nos podían cuestionar. Nosotros estamos diciendo la verdad, nosotros tenemos que proteger aquí la lucha ideológica. Porque la ingenuidad política, lo demuestra la vida y la historia, que el que cae en ingenuidad política le pasan la cuenta y parece en un proceso como el

que estamos nosotros. ¡En ese tipo de boberías no va a caer este que está hablando aquí! ¿Se dan cuenta? Siempre he peleado de frente.

Venir con eso de qué va a decir fulano, qué va a decir mengano ¡a mí que me importa! ¡es mi testimonio!, ¡que me digan a mí, que no es verdad!

Ahora saqué otra conclusión, este problema me ayudó, porque aquel era un folletico de 42 páginas. Bueno mira, a ese folletico, ahora voy a buscar una editorial, fuera de aquí o de aquí, porque le voy a agregar 222 páginas de documentos de todos los países del mundo, cuestionando para bien o para mal el problema del sida en Cuba. Sería un crimen que eso no salga así, está desde la primera revista *News Week* donde aparece la declaración de Marolyn MacLeod. Desde ahí, día por día, desde Japón, África, Asia, Túnez, toda la América Latina, de Estados Unidos, Canadá, La Unión Europea, toda la prensa internacional tenía que ver con el programa de Cuba. ¿Por qué querían saber del programa de Cuba? porque el programa estaba dando resultados y ellos se estaban desprestigiando, ¡se estaban desprestigiando! No tenían nada que ofertarles a sus pueblos.

Cuando voy a Nueva York y me entrevisto con la directora de salud en esa época, es decir, la jefa de salud del estado de Nueva York y con el gobernador y empezamos a hablar del sida y les decía: ¿Ustedes qué le han ofertado a los norteamericanos? El tipo se tuvo que reír y decir: "verdaderamente no hemos hecho nada, ni estamos haciendo nada". Ahí se acabó la polémica en este plano.

A nosotros nos invitaron a Harvard, a hablar como panelista acerca del sida y los derechos humanos, en inglés, así que estaba en una situación difícil, a polemizar en inglés, con abogados que eran fieras en Estados Unidos. En ese evento que se da en noviembre del año 1992, yo estaba sobrecogido, pero me di cuenta que la población femenina en el auditorio era mayor que la de los hombres y entonces cuando empecé mi intervención, comencé a hablar de un estomatólogo que en Inglaterra había contagiado a siete mujeres por la vía de la sangre, y no se sabía que él tenía sida, comenté de otro caso de alguien que había tenido siete u ocho mujeres y las había contagiado y dije: "bueno, si esos son los derechos humanos que ustedes tienen aquí en su país, esos no son los derechos humanos que nosotros tenemos en Cuba. En Cuba, nadie puede hacer esto". Con solo esos ejemplos los abogados

tuvieron bajar el tono de las agresiones, nos ganamos el auditorio con esas intervenciones, era la palabra de Cuba.

El país ponía cantidad de dinero todos los años en esos sanatorios, con todas las dificultades que teníamos, no faltó nunca ni carne de res, ni carne de puerco, ni helado Coppelia, ¿qué país podía hacer eso? teníamos una tasa muy baja, y eso había que defenderlo a ultranza. Si alguien quería que nosotros nos llenáramos desde Maisí hasta el Cabo de San Antonio de casos de sida, ¡no!, la estrategia de la Revolución fue que eso no se podía convertir en un problema de salud para nuestro país.

Ahí están los resultados, porque no ha habido trasmisión, que se constata hoy, ¿esa trasmisión de madre a niño?, ¡eso no surgió ahora, por obra y gracia del Espíritu Santo!, eso surgió de aquella política que se generó desde aquellos momentos. Hay que ver la cosa dialéctica, como he dicho, esa famosa trasmisión de la sífilis, ¡Ah! eso hay que verlo, porque es el mismo programa, por el programa del sida, entraba también el programa de la sífilis.

Todas aquellas cosas, los consejos, el papel que desempeñó nuevamente la Federación de Mujeres Cubanas y la compañera Vilma, fue vital. Vilma iba también a las reuniones de GOPEL. El papel que Vilma desempeñó en la educación de las mujeres y en todo, la precaución por la vía del condón, ahí tuvo un papel muy grande la Federación y sobre todo la compañera Vilma que era una abanderada de estos problemas como todos sabemos.

El país estaba en guerra contra el sida, y eso es lo que tiene que quedar grabado porque aquí el que quiera autohomenajearse, está equivocado, es como dijo Martí y Fidel, toda la gloria del mundo cabe en un grano de maíz. No sean tontos, ni sean bobos, la vida es como es y tiene que seguir siendo.

Por lo tanto, puedo decirte que, con esas experiencias en esa etapa, hasta el año 1993 que estuve activo en este problema, hemos jugado nuestro papel. No puedo negar el papel que jugamos con la neuropatía epidémica, la vida está poniendo las cosas en su lugar, ahí está todo. Pero uno no puede resentirse, porque la obra de la Revolución está por arriba de todos nosotros.

Cuando uno llega ahora al 60 aniversario de la Revolución, ayer mismo, participamos en la actividad de la Asociación de Historiadores donde

nos convocaron para hablar de la entrada de Fidel en La Habana el 8 de enero, entonces uno se pone a revisar y a ver cosas y fíjate tú lo que son las casualidades que un día como el de ayer, 9 de enero en horas de la mañana, momento en que se dio esta actividad ayer, un día como ayer fue que yo por primera vez pude conocer a Fidel, darle la mano. Porque Fidel después del discurso del 8 de enero en horas de la noche, que fue fuerte, ¡que fue fuerte! y que nos molestó y nos disgustó, al otro día se apareció en el rectorado de la universidad y fue recibido, estábamos un grupo de gente con el compañero Faure y esa es la primera vez que nosotros coincidimos con Fidel.

Todas esas cosas las recordé en aquella actividad de 60 años y dije: “mira lo que es la vida, un día como hoy nosotros conocimos al compañero Fidel” y en aquel 9 de enero en que se discutieron las desavenencias, la desconfianza que podía haber, entre otros, de ahí salió la unidad revolucionaria de las fuerzas revolucionarias que no eran oportunistas ni nada por el estilo. Aquella primera entrevista en el Rectorado de la Universidad de La Habana, y yo tengo la foto con Fidel de ese día. No estoy hablando por gusto, la foto del periódico yo la tengo, al lado de Fidel y 2 o 3 compañeros más.

Entonces, ya a la edad que se tiene, los años no perdonan, pero yo diría si me preguntan. Esa etapa del 85, esa fue la etapa de Oro del Sistema Nacional de Salud, no por mí, por lo que había allí.

Se trabajaba con los grupos nacionales, se trabajaba con las sociedades científicas, yo no veo que se trabaje con los grupos nacionales ahora, no veo las sociedades científicas, que tienen que jugar un papel. Este mismo tipo de cosas que estamos revisando, ese es el papel que tenemos que incentivar para retroalimentarnos, porque se estanca el desarrollo si no hay debate.

Por eso digo, fue la etapa de oro, Hay que recordar aquella etapa las discusiones, especialidad por especialidad, todos los martes, hoy medicina, después pediatría, después cirugía, pasaba para la otra, así... y todos los cerebros de las especialidades, los mejores cerebros de todo el país discutiendo y aportando. ¿Qué puede ser mejor que eso? Quien puede decir que haya algo mejor que eso. Que un colectivo como ese dando opiniones, de ahí salió ¡imagínate tú! un desarrollo brutal de todo y un respeto a las decisiones que venían, pues detrás está un balance

científico de todas esas inteligencias que estaban convocadas allí. De la reunión aquella del 24 de diciembre del 1991 a la que yo hacía referencia, que la presidió Teja con todos los viceministros, con todos los directores provinciales y más de 500 médicos ya especialistas en medicina general integral. De ahí surgió una fuerza grande, de ahí surgió y se creó la sociedad de medicina general integral, que fue un elemento muy importante para darle poder ejecutivo a ese grupo que ya desempeñaba un papel enorme. Ahí surgieron ya decisiones para fortalecer toda la institución del médico de familia en el país y para que pudiera darse más respeto por las instituciones del segundo y del tercer nivel, al papel que tiene de la institución del médico de la familia.

Por eso digo que fue la época de oro, porque habrá detallitos y cosas, pero el sistema de salud se consolidó y se proyectó con miras a muchos años.

Por eso pudieron surgir las OPD, estábamos en el año 1992 y estábamos ya proyectándonos para el año 2000, a cuáles cifras teníamos que llegar en la hipertensión, la diabetes, de dientes salvados, porque era con detalle y con porcentajes, no que vamos a ... ¡no, no, no! detalles y porcentaje, hay que llegar a esta cifra. Si no, esto no tiene sentido, si no se expresa el plan con metas y resultados. Digo que es muy triste que un documento como este, no ha sido parte del trabajo en este tiempo, para ver cómo hemos llegado hasta aquí, como se llegó hasta aquí, ¿Se dan cuenta? Porque eso es lo científico, si usted no hace eso, usted no es científico.

10 de enero de 2019



Pedro Urra González

Director de INFOMED 1992-1995

...INFOMED fue el hito más importante del desarrollo del sistema de información científica técnica en el período de 1985 a 1995 pues produjo una transformación de las formas tradicionales de gestionar la información hacia una dinámica de incorporación de las nuevas tecnologías...Siempre tendrá que perfeccionarse, pero tiene su

génesis ahí... INFOMED no se limita al Centro Nacional o a un nodo, sino a una red de personas e instituciones que usan las tecnologías de la información y las comunicaciones para lograr sus metas de salud, su desarrollo.

A partir del año 1991, por suerte articulé mi vida con el sistema de salud pública, como trabajador y ahí es donde me inserto en este período histórico que se está presentando o analizando.

Dediqué mi vida al tema de la información, llega el momento en que siento la necesidad de ir a trabajar a tiempo completo en algo que fuera de eso y ahí es que conozco el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. En el año 1991 llego al centro y ahí estaba de director el Dr. Hernández Ojito y de subdirector el Dr. Oramas. Ambos habían sido decanos del sistema universitario de la salud y vinieron para trabajar en el sistema de información científica de forma tal que respaldara todo el proyecto que se venía haciendo desde el año 1985 para la integración a todos los niveles, de la salud, de la educación, la información, la formación continuada y el apoyo a esta formación a partir de la información científica.

Me encuentro con un sistema que tenía una rica historia. El Sistema Nacional de Información de Salud, se comenzó a desarrollar desde el año 1965 con la creación del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Para el año 1985 ya era un sistema maduro, tenía una red de centros de información en diferentes provincias, que se fue completando hasta extenderse incluso a nivel de los municipios durante los años 1990. En ese proceso de extensión y maduración la creación de la red

INFOMED constituyó un hito que transformó al sistema dándole un peso fundamental al uso intensivo de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Mi vinculación al sistema fue precisamente en la etapa de creación y desarrollo de INFOMED.

Respecto a los inicios del proyecto recuerdo que Tejas era ministro de Salud Pública en ese momento. En el año 1992 se crea el primer nodo. Todo fue bastante rápido, ocurrió al inicio del período especial. La disyuntiva era que existía todo un sistema de publicaciones científicas y de acceso a la literatura científica que abarcaba a todo el país, anualmente se gastaba más de un millón de dólares para importar revistas científicas y todo eso, súbitamente, se interrumpió. Había que buscar alternativas y no había muchas.

Yo creo que eso es lo interesante de esta parte, es decir, por una parte, la idea o el concepto de un sistema de salud que se acompañaba de un sistema de información que era natural a su estructura territorial nacional, que incorporaba y daba servicios, lo mismo a un médico que estaba en Guantánamo que a uno que estuviera en La Habana, lo cual era gran desafío con las oportunidades que en ese momento anunciaban las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.

Cuando se empezaron a desplegar en las facultades de medicina las computadoras personales iniciales, una decisión particular del sistema de salud pública, fue dedicar una de esas computadoras, a la información científico-técnica, y ubicarlas en los centros de información territoriales que estaban vinculados a esas facultades. A la computadora personal se le adicionó un lector de CD-ROM para poder consultar bases de datos bibliográficas y de textos completos de información científica en salud. De esas bases de datos la más demandada era la versión de MEDLINE que se distribuía en discos compactos. Eso fue a finales de los años 1980.

La introducción de las computadoras personales en los centros de información fue en cierta medida, el antecedente de INFOMED porque cuando se produce toda la crisis de finales de los años 80 e inicio de los años 90, que después se identificaría como período especial, lo que se ve es que no es posible mantener ese flujo de información en la forma tradicional, es decir, las suscripciones a las publicaciones impresas internacionales se acaban, las revistas nacionales incluso, llega un momento en que se dejan de imprimir y la opción electrónica apareció con

una visión de futuro, pero al mismo tiempo como una opción práctica, porque no había otra cosa que hacer. Creo que esa fue una cosa buena del MINSAP, que se dio cuenta de que a pesar de las limitaciones, había que apostar por una opción de desarrollo. De esa forma todas las revistas médicas y de ciencias de la salud que se editaban por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas continuaron publicándose, aunque a partir de ese momento en formato electrónico. Esas revistas comenzaron entonces a publicarse en INFOMED y en cuanto se tuvo conexión en línea a Internet toda esa colección estuvo disponible por esa vía. De tal forma, esta fue posiblemente la primera colección completa de revistas de ciencias de la salud que se pusieron con acceso abierto en Internet.

La idea de INFOMED, por supuesto, está vinculada también al proceso de desarrollo del polo científico y los centros regulatorios, que el MINSAP tuvo que institucionalizar para dar respaldo a las investigaciones biomédicas. ¿Por qué? Porque, aunque era una situación muy difícil en términos económicos y políticos, se estaba desarrollando ya desde finales de los 80 y principios de los 90 el denominado frente biológico, que apuntaba al desarrollo de la biotecnología. El sistema de salud tenía una vinculación directa con ese programa, sobre todo por la vía de los centros regulatorios, de control, entre otros. El desafío era entonces, garantizar información para esas instituciones también. Ahí es donde se da la coyuntura, que el país apostó por la conexión a las redes globales y después a Internet con el liderazgo entonces de la Academia de Ciencias y el Ministerio de Tecnología y Medio Ambiente y el sistema de salud se articuló en ese movimiento.

El sistema de salud tenía antecedentes relacionados con la informatización y el desarrollo de tecnologías de automatización de determinados procesos y ese es el contexto en el cual surge esta idea de INFOMED. Lo particular que tuvo fue, digamos, reconocer que sería viable el sistema si se hacía con la participación de los profesionales de la salud, desde todos los niveles de atención desde el primer momento, es decir, sin abandonar la idea de que tenía que ser un sistema que llegara a todos, territorialmente. Para eso, el correo electrónico y los accesos a la información por esa vía, las revistas científicas, entre otros, empezaron a desarrollarse incluso antes de estar conectados a Internet de forma permanente, pero se hizo con la visión de que estuvieran alineados con Internet; es decir,

que usara las tecnologías más avanzadas y que se adaptara a nuestras realidades y a nuestras limitaciones y ahí se desarrolló un equipo para hacer realidad esa visión.

La red, desde sus inicios se proyectó a nivel tecnológico y organizativo como una red abierta y compatible con los protocolos de Internet, aunque demoraría varios años en tener una conexión en línea las 24 horas. Se comenzó intercambiando mensajería electrónica usando el protocolo uucp pero las redes locales y la red que se fue conformando entre las instituciones de salud usaron tcp-ip para sus comunicaciones de manera que se fue conformando lo que después se denominaría como intranets y extranets en la terminología de Internet. Incluso, los servicios de información que comenzaron a ofrecerse por esta vía se alinearon a modelos propios de Internet usando listas de discusión y distribución de contenidos y publicando contenidos en forma de hipertextos usando el muy novedoso WWW que comenzaba a mostrar sus posibilidades en aquellos años.

Una anécdota que recordaba de Teja, entonces ministro de Salud Pública, era que cuando, se logra un financiamiento para poder comprar los primeros servidores, se pone un equipamiento, en una casa que estaba toda desbaratada, porque era la casa que tenía el Centro donde no se iba la electricidad. Es decir, el Centro de Información tenía su sede principal en la calle E, en El Vedado en una zona donde se iba la luz constantemente y tenía la otra sede allá en la calle 27, que había sido un centro de salud anteriormente y en ese momento era un almacén de libros; pero ese era el lugar donde no se iba la electricidad por ser una zona muy céntrica cerca el Hotel Habana Libre.

Entonces, se toma la decisión de poner el nodo en la casa de 27 a la que llamábamos la casa de los misterios, porque sus condiciones no eran buenas. El ministro se apareció allí, pues Ojito, que era el director del Centro le había hablado del proyecto y lo que eso significaba, María Vidal estaba también vinculada a ese proyecto y ya íbamos a tener el nodo de salud pública y todo eso. Cuando él llegó, nunca se me olvida, dijo algo como que muy bonito todo, pero pregunta: “¿bueno y ustedes como van a proteger esto? A esto hay que ponerle una reja o algo”, ahí se dio un primer apoyo oficial ya directo en el sentido de darle la relevancia que tenía el proyecto.

Así comenzó a funcionar INFOMED a finales de 1992, prestando servicios de correo electrónico y de diseminación de información científica por esa vía.

Una particularidad también es que en el principio, en aquellas instituciones y aquellos individuos que eran profesionales de la salud, que tenían posibilidad de conectarse con una computadora y un módem, empezaron a hacerlo, incluso desde sus casas y desde las instituciones.

Se tuvo esa visión de que el profesional de la salud donde quiera que estuviera tenía que mantenerse informado y, después, una historia que se conoce, se fueron desarrollando soluciones muy adaptadas a nuestra realidad pero con un uso intenso de las tecnologías y con una visión de que las tecnologías tenían un sentido, que era poder facilitar la comunicación entre los profesionales y los trabajadores de la salud; esa era una de las ideas porque estábamos entrando en el período especial y tu decías: "bueno ahora no se pueden mantener las suscripciones a la revistas, pero si tienes un correo internacional y le escribes a tus colegas que están en un lugar del mundo con comunicación de este tipo, pues ellos te van a mandar información, se van a comunicar"; es decir, la comunicación y el intercambio producía una dinámica de enfrentarse a una situación que era imprevisible, incluso nacionalmente.

Se podía compartir información, se podía dinamizar el papel activo de los profesionales y de los trabajadores de la salud en la gestión de sus necesidades de información. Al propio tiempo, se trataba de desarrollar los recursos de información y la educación continuada utilizando también estas variantes.

Bueno, INFOMED por supuesto, siguió avanzando como proceso posterior al año 95, pero ya en el año 95 era un proyecto que básicamente estaba consolidado en cuanto a lo que iba a hacer y a lo que pretendía hacer. Como se conoce, viene ya la conexión a Internet en el año 1996 que multiplica todas esas posibilidades, viene un apoyo desde el país estratégicamente con más recursos.

Una particularidad interesante que también fue muy buena en ese período de dificultades, fue una visión abierta de la colaboración internacional, que creo ayudó mucho al proyecto. Se fue valiente en ese sentido, en una situación difícil, incluso el grupo más activo que tuvimos de solidaridad con el proyecto INFOMED fue el proyecto INFOMED-USA;

que era un grupo de personas militantes, amigos de la Revolución cubana, amigos de la salud cubana, que generaron un movimiento y fue lo que nos permitió tener los primeros equipamientos, que en aquel momento no podíamos tener masivamente.

En ese contexto fue crucial el apoyo del ICAP para facilitar el envío de las donaciones y su canalización institucional. Los amigos de ese grupo solidario enviaron cientos de computadoras recicladas, modems y otros equipos para la interconexión de las redes, que fueron instalados en los nodos de la red y entregados a muchos profesionales de la salud, para que empezaran a usar los servicios de INFOMED desde una institución o desde sus casas. Eso lógicamente, combinado con algunas inversiones, solidaridad, algunos recursos del MINSAP y del país que después en años posteriores fueron creciendo y ayudaron al crecimiento de la red.

Creo que en ese sentido INFOMED fue el hito más importante del desarrollo del sistema de información científica técnica en el período de 1985 a 1995 pues produjo una transformación de las formas tradicionales de gestionar la información hacia una dinámica de incorporación de las nuevas tecnologías, con una visión bastante adaptada a nuestra realidad, pero alineada al impacto que tendrían estas tecnologías en general en lo que es la información, la investigación, la educación. De ahí surgieron entonces, las iniciativas posteriores de la Biblioteca Virtual de en Salud, la Universidad Virtual de la Salud y todo el sistema de información y de la red tal como existe hasta nuestros días y que ojalá exista siempre. Siempre tendrá que perfeccionarse, pero tiene su génesis ahí.

Para cerrar esta idea, creo que la experiencia de esos años, como elemento interesante, es que se combinó siempre la visión de futuro con la respuesta a las necesidades y problemas inmediatos, la optimización de los recursos limitados, pero conscientes de que eso en algún momento iba a cambiar y que no era legítimo abandonar las aspiraciones de desarrollo por muy difícil que fuera la situación. Creo que eso fue una cosa importante, es decir, que se entendió que, a pesar de las limitaciones, no era irracional invertir en las tecnologías de la información y las comunicaciones a pesar de todas las dificultades y a pesar de la escasez, porque fue un momento de escasez y de muchas dificultades. Después

continuó y ya hoy día es un elemento distintivo, natural y constitutivo del sistema de salud. Dicho sistema tiene un sistema de información y tiene una visión de este sistema.

Este sistema es INFOMED que no se limita al Centro Nacional o a un nodo, sino a una red de personas e instituciones que usan las tecnologías de la información y las comunicaciones para lograr sus metas de salud, su desarrollo, su educación continuada, su prestación de servicios.

Hay mucho por hacer todavía, por supuesto, sobre todo en la automatización y la informatización de los procesos, en la incorporación de las tecnologías a los servicios de salud, pero hay esa visión, esa concepción de trabajo en red y de priorizar la comunicación entre los actores de salud, que superó la idea inicial de respaldar el acceso a la información científico-técnica que fue lo que inicialmente se había concebido.

Hay un elemento interesante, incluso se han escrito artículos, se ha investigado sobre eso, que creo está muy vinculado a la particularidad del sistema de salud. Este sistema por su propia esencia es descentralizado, es territorial, lo que hizo que la tecnología de internet apareciera como perfecta para eso; es decir, en lugar de una visión centralizada, de un MINSAP donde estaba todo concentrado; el desafío era conectar a toda a esa serie de sus instituciones. Se trataba de aprovechar la propia infraestructura del sistema de salud en aquel momento para que se pudiera desplegar la red.

En esos años ya existían las facultades de ciencias médicas en todas las provincias, eso nos dio territorialidad. Entonces, los primeros nodos, se establecieron en esas facultades de medicina. Un elemento que ilustra esa visión de integración es que el proyecto inicial con el cual se financiaron esos nodos en las facultades, se hizo con la colaboración del Centro de Inmunología Molecular (CIM), institución del polo científico, que había creado laboratorios de monoclonales en cada una de las facultades. Eso podría parecer una locura, ¿no? Tú dices, ¿centros de monoclonales en las provincias?, pero esa era una visión que reconocía la importancia del territorio y la visión de sistema.

El CIM ya no podía tener más proyectos del PNUD de la misma categoría, el Dr. Lage, que era su director, con esa visión de cooperación e integración de la salud también cooperó con el Centro Nacional de Información y con el MINSAP y dijo: "vamos a hacer un proyecto en el

cual podamos compartir esos recursos, entonces ustedes conectan a los laboratorios de monoclonales y conectan a las facultades”. La facultad se conectó a los territorios y a los municipios y se desplegó una red de alcance nacional, que no existía en otros ministerios.

Desde el primer momento, incluso antes de haberse concluido la primera etapa del proyecto de extensión a las provincias, se incorporaron otras redes como la de Vigilancia Epidemiológica, que estaba en ese momento desarrollándose. Diferentes proyectos decían: “nosotros necesitamos utilizar eso”, entonces los centros de información se combinaron con los centros de epidemiología y se fue dando el efecto de red. Creo que es un elemento distintivo y muy interesante. Era imposible avanzar en una red de salud sin que se generara una dinámica abierta y de cooperación interinstitucional e intersectorial.

Si se fuera a entender hoy día el fenómeno de cómo INFOMED creció, no es que a nadie se le ocurrió esa idea genial, ¡no, no! es que se daba una oportunidad en cuanto a una tecnología que era emergente y que era abierta, que no era centralizada, ya hemos visto lo que era internet como tecnología, con todos sus pros y sus contras, cuyas ventajas de territorialidad, descentralización y modularidad, hicieron sinergia con un sistema que por sus propias características necesitaba algo de ese tipo. Incluso la decisión de darle servicios de correo electrónico a los profesionales de la salud desde sus casas, cosa que algunas personas no entendían al principio, fue fundamental en la fuerza que tomó la red. Prevalció la visión de que entre más conectados estuvieran era mejor para ellos, para el sistema y para el país, con todas las dificultades que había y las limitaciones que eran sabidas, entre más profesionales de la salud estuvieran conectados, más capacidades tendrían de articularse entre ellos y darle continuidad al trabajo. Creo que eso fue muy bueno para todos.

Recuerdo, que hacíamos reuniones en las facultades promoviendo el uso de la red y a veces algunos compañeros estaban preocupados por lo del correo internacional. Nosotros le decíamos: “¡no, no!, todo lo contrario, nosotros queremos que ustedes analicen cuando no se estén utilizando esas posibilidades en todo su potencial. Ustedes lo que tienen que lograr es que la gente lo utilice”. Entonces se cambió esa perspectiva. Eso fue un desafío, pero se masificó el uso del servicio del correo electrónico y

de recursos de la información en el sistema de salud desde épocas muy tempranas y a pesar de las limitaciones materiales.

Lo anterior fue un antecedente, porque originalmente incluso, lo que estaba establecido, era que el correo electrónico se usara para comunicaciones nacionales y sin embargo en el sistema de salud, cuando se comenzó a prestar este servicio, no se hizo una distinción entre el correo nacional e internacional, porque era la forma en que la gente podía acceder a la información del Current Contents, que permitía a los investigadores pedir artículos a los autores e intercambiar con otros investigadores del mundo.

Ese mismo servicio, años después, también fue muy útil para comunicarse con los profesionales que estaban en el exterior en misiones internacionalistas prestando sus servicios en otros países. Cuando creció el acceso a internet de manera global, se multiplicaron las ventajas de estar comunicados por esta vía. Incluso se fomentó que los familiares se comunicaran con los internacionalistas a través de INFOMED. Eso propició también un vínculo afectivo con lo que representaba la red. Esa visión abierta, participativa, no esquemática y articulada, definió la estrategia de INFOMED.

12 de diciembre de 2019



Juan Vela Valdés

Rector de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

estudié varios discursos del compañero Fidel, 62 discursos. Quiero leerles las ideas que eran realmente ideas rectoras... resumiendo estas ideas, primero él insistía en la formación ética, humanista, patriótica e internacionalista; la calidad en el proceso docente; la educación médica extensiva; la

integración docente-asistencial-investigativa, formación médica para Cuba y el mundo; selección de los estudiantes; integración del estudio, trabajo y la teoría práctica y la formación en los servicios de salud...en el período especial con todas las adversidades el país no se desarticuló por el liderazgo de Fidel.

He tenido diferentes cargos en el Sistema Nacional de Salud, desde director de hospital rural hasta Rector de la Universidad de La Habana. Después en el período 2009 al 2011, volví de nuevo al Sistema Nacional de Salud como Director Nacional de Docencia Médica.

Una de las primeras tareas que nos dio el ministro Balaguer fue unificar el plan de estudios de medicina, en aquel momento había cinco planes de estudio distintos: 1) el plan de estudios del policlínico universitario, 2) el llamado plan tradicional, 3) el plan de estudios de la ELAM, 4) el plan de estudios del nuevo programa de formación de médicos latinoamericanos y 5) el plan de los médicos militares. La unificación de esos planes fue lo que se hizo en esos dos años que estuve ahí.

Para el perfeccionamiento del plan de estudios de medicina, que se aprobó finalmente en el consejo de dirección del MINSAP en junio del 2010, contamos con el empeño de la Universidad de Ciencia Médica de La Habana (UCMH), su rector de entonces, Jorge González, y su grupo de desarrollo presidido por los profesores Juan Manuel Diego Cobelo, José Fernández Sacasas y Eva Miralles. Se realizaron talleres en todos los centros de enseñanza médica superior (CEMS) y se recogieron las opiniones de todos los profesores y estudiantes. Después, tres talleres

regionales en Oriente, Centro y Occidente y al final un taller nacional con todos los rectores, vicerrectores, decanos y profesores destacados de cada universidad médica. junto con todos los jefes de grupos nacionales de asistencia médica.

Creo que realmente el período del que estamos hablando tuvo sus orígenes en el triunfo de la Revolución y desde antes del triunfo de la Revolución, en las ideas del Moncada; Fidel tenía la idea de cómo hacerlo; en fin, planteaba las seis leyes y dentro de las seis leyes, había dos: la de educación y la de salud, que más o menos coincidían con lo que hemos hecho después.

Después él las fue madurando y madurando, durante todo el tiempo. Esta primera etapa, hay que recordar que, al triunfo de la Revolución, solo existían dos hospitales universitarios, el Calixto García con la mayor cantidad de las cátedras y muy pocas en Nuestra Señora de las Mercedes, lo que es hoy el Hospital Fajardo, en otra locación que tenía. La matrícula, para estudiar medicina o estomatología, había que venir a La Habana, solo en la Universidad de La Habana, aunque había tres universidades en el país, solo se estudiaba medicina y estomatología en La Habana, todo el país tenía que venir acá.

Era un plan de estudio de siete años, muy escolástico, muy memorístico, con muy poca práctica, era una o dos veces por semana, la práctica se tenía que buscar por los estudiantes en clínicas particulares, en mutualismo, en consultas de médicos amigos, solo se daban 20 plazas de internos en el Hospital Calixto y 7 en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, 27 plazas para los 400 médicos que se graduaban anualmente, de los cuales, la mitad emigraba para Estados Unidos porque no tenían plazas laborales aquí.

Desde el principio él vio toda esa situación, lo primero que se habló fue dejar que todos los estudiantes hicieran internado, que no se graduara un solo estudiante sin hacerlo. En eso hubo una lucha de la Federación Estudiantil Universitaria (FEU) muy grande, fue una de las banderas de lucha de la FEU de aquel entonces, en la que participaron varios compañeros de los que están vivos todavía hoy y están trabajando. En fin, en 1959 al reabrir la universidad, la lucha era que todos los estudiantes de medicina realizaran el internado de un año de duración. Que no solo fueran 27 estudiantes, sino todos. Después surgieron otras luchas.

Ahora, en esta etapa, de 1980 a 1995, se produjo un cambio grande, un giro, cuando ocurre la epidemia de dengue en el año 1981, todos recordamos, ocasionó en total 158 fallecidos, 101 niños y 57 adultos, entonces eso impactó mucho a la Revolución, a todos los dirigentes revolucionarios, en específico al compañero Fidel, ¡le impactó mucho! Recuerdo en el discurso que el pronunció en Camagüey, yo en aquel momento estaba allá en Camagüey, cuando él plantea por primera vez la idea de que Cuba se convierta en un centro mundial de la medicina, un centro de excelencia de la medicina. Eso fue el 9 de diciembre del año 1981, en un congreso del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Salud, un día 9 de diciembre del año 1981 en el Teatro Principal de la Ciudad de Camagüey, ahí fue la clausura del congreso y él lo clausuró.

Habló, dijo que nos había costado mucho, la epidemia de dengue comenzó en mayo, cercano al aeropuerto de Boyeros y que ya en junio estaba en todo el país; en un día hubo 57 000 casos de dengue, fue en un día pico del mes de julio y que, sin embargo, ya el último caso fue el 9 de octubre del año 1981 y en diciembre cuando él habla ya hacía dos meses que se había controlado la epidemia. Entonces, él ya lanza la idea de convertir a Cuba en un centro mundial de la medicina.

A partir de ahí ya, empiezan todos los programas. Lo primero que hay que hacer es formar buenos médicos; entonces para formar buenos médicos, primero hay que hacer la selección de los médicos, o sea, no cualquiera, porque tenemos el caso de que, entraban a estudiar medicina, personas que no tenían el interés en estudiar medicina, que cogían la carrera, pues había 10 opciones para llenar en el último año del preuniversitario (Pre), entonces ponían la carrera en séptima opción, en octava opción, o sea, había que seleccionar.

Entonces él crea, el 12 de marzo del 82, el primer contingente del destacamento de ciencias médicas Carlos J. Finlay, venía trabajando desde enero y febrero, creando comisiones, seleccionando los muchachos en todos los Pre del campo y los Pre urbanos. El 12 de marzo los reúne en el teatro Carlos Marx, yo estaba ahí ese día representando al MES en aquel momento, donde él plantea que, para hacerse médico, para hacerse estomatólogo, para hacerse enfermera, hay que ser inexorablemente de buena calidad científica, de buena calidad técnica, de buena calidad política, de buena moral, de buena preparación ideológica; o

sea, que necesitábamos un médico que reúna todas esas cualidades y que sea incondicional. A partir de ahí, se empieza la selección de los muchachos de medicina, de estomatología y del resto de las carreras de la salud.

Después él hace en el mismo año 82, pero ya no en febrero, ya no en marzo que fue la constitución del destacamento, sino en junio, hace el claustro extraordinario del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, donde se aprovechó ese momento para presentarme a mí como Rector; me presentó el Dr. Julio Teja, en aquel momento viceministro primero del organismo, el Dr Sergio del Valle Jiménez era el ministro de Salud Pública y Fidel habla, conversa con todos los profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana sus ideas, sobre convertir a Cuba en una potencia médica, que no solamente partía de crear el destacamento, de seleccionar buenos estudiantes, sino de perfeccionar la docencia y perfeccionar todos los servicios. O sea, era la educación de pregrado, era la asistencia médica, era la investigación y era la educación de posgrado, era todo junto.

Después de ese paso, se comienza a trabajar. Él mandó al compañero Fernández, José Ramón Fernández, recientemente fallecido, en aquel momento ministro de educación y lo mandó a que estudiara cómo se formaba el médico en Cuba. Fidel dijo en aquel Congreso del Sindicato de la Salud en diciembre de 1981 lo siguiente:

Les decía que estamos desarrollando una facultad de medicina en cada provincia, que nos hace falta un análisis de cómo está la formación médica. No le pedimos esa tarea al MINSAP, se lo pedimos al sector de la educación. Cómo se están formando nuestros médicos, cuál es la calidad de formación de nuestros médicos y qué hay que hacer para superar cualquier deficiencia de las que existen. Se ha conversado con cientos de profesores, médicos y tendremos que estudiar muchas cosas; si es bueno o no el rotatorio, si es bueno o no el internado vertical; si debemos formar un médico excesivamente especializado; y hasta qué punto debemos especializar o tener conocimientos generales.

Fernández creó una comisión, le llamaban la comisión de los notables, que recorrió todo el país, él la presidía y la integraban va-

rios profesores muy destacados de casi todas las universidades, casi todas las facultades de medicina del país, que empezaron a recorrer todo el país y le presentaron un diagnóstico a Fidel en agosto de ese año 82 donde señalaban los principales problemas que ellos habían encontrado.

Había problemas con la calidad de los estudiantes, por eso surgió el destacamento, había problema con la metodología de la enseñanza, había problemas con los planes de estudio, había problemas con la integración docente-asistencial-investigativa, había problemas con la infraestructura de las facultades, había problemas con el fondo de tiempo en las áreas clínicas para dedicárselos a la educación médica, en fin, había un grupo de problemas. Ahí Fidel toma la decisión de comenzar a crear el nuevo plan de estudios de medicina. Después, retomaré esto más adelante, porque cronológicamente se empieza a hacer ese plan de estudios, que se llamó el Plan Ilizástigui por Fidel Ilizástigui Dupuy, ya que él fue quien presidió esa comisión, en mi etapa ya como Rector de Ciencias Médicas de La Habana y nos demoramos tres años en diseñar ese nuevo plan. En ese nuevo plan de estudios de medicina participaron los mejores profesores de todas las facultades de ciencias médicas del país.

Al siguiente año, en el año 1983, hace el claustro nacional de profesores de ciencias médicas. Ya no lo hace en el Palacio de las Convenciones como fue el claustro extraordinario del instituto, en aquel momento llamado Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, que fue en el salón plenario del Palacio de las Convenciones; ahora este claustro nacional fue en el Teatro Carlos Marx, 5000 personas y reunió ahí a los mejores representantes de todas las facultades de ciencias médicas en el país y también para hablarle de las ideas de la nueva especialidad que él quería crear del médico de familia, médico general integral (MGI), explicó que el médico de familia era crear una especialidad de lo general, que antes se le llamaba médico general al médico que no pasaba por la etapa de residencia, pero lo que él quiere hacer, es a ese médico darle estudios superiores de posgrado, después que se gradúe y convertirlo en un especialista de médico de familia. También se toma la decisión de crear la avanzada estudiantil Mario Muñoz Monroy, con los estudiantes de ciencias médicas que ya estaban estudiando las

carreras de la salud, antes de constituirse el destacamento de ciencias médicas Carlos J. Finlay.

Además, en el estudio de Fernández también apareció que había dificultad con los libros y toma la decisión de crear la Editorial de Ciencias Médicas que no se había creado; o sea, el MINSAP no tenía una editorial y él da la orientación de crear la Editorial de Ciencias Médicas en aquel momento, en 1983. Además, orienta que a todos los estudiantes de ciencias médicas se les dé un juego completo de libros. Se les venda a precios muy módicos, fuertemente subsidiados por el Estado y que se puedan quedar con ellos al terminar sus carreras.

En ese claustro nacional, Fidel logra que todo el mundo apoye la idea de la especialidad de MGI, pero también lanza otras nuevas ideas, que es la de universalizar toda la educación médica, ya se habían construido facultades en las seis provincias, en la vieja dirección político-administrativa del país, que tenía seis provincias. Ya tenía Pinar del Río, Matanzas, Villa Clara, Camagüey y dos en Oriente, Santiago y Holguín. Pero entonces, él plantea construir facultades en las nuevas provincias y se empiezan a construir facultades en Cienfuegos, en Sancti Spiritus, en Ciego de Ávila, en Las Tunas, en Granma, –en Granma en dos lugares, en Bayamo y en Manzanillo– y en Guantánamo; o sea, se crea una red en todo el país en las, primero catorce, después quince provincias, de facultades de ciencias médicas, o sea, él la universaliza. Además, se amplían las facultades ya existentes y se construyeron nuevos locales para ellas en Pinar del Río, Matanzas, Villa Clara, Camagüey y en Holguín. Se construyeron 18 facultades de ciencias médicas en menos de 15 años.

Junto con eso, ya en el claustro del año 1983, lanza la idea de hacer internado en los hospitales rurales, hacer internados en los hospitales municipales y hacer internados internacionalistas. Tomando la experiencia del año 1982, cuando él mandó el primer grupo de médicos a Nicaragua, que también fuimos en ese momento a Nicaragua, a la primera graduación con Daniel Ortega de ese primer grupo de estudiantes internos. Tomando esa experiencia, en que los maestros fueron los miembros de la brigada médica, por qué no podemos mandar, primero, a otros países –después se mandaron a otros países, a África– y por qué no lo podemos hacer aquí en Cuba, en los hospitales rurales y municipales.

Se celebra el Encuentro Nacional de Estudiantes de Ciencias Médicas en el teatro Carlos Marx, con el Comandante en Jefe el 5 de mayo de 1984. En esta reunión, donde asistieron todos los dirigentes de la FEU hasta los jefes de brigadas, alumnos ayudantes, internos, Fidel logró la reflexión de los estudiantes y el apoyo y convencimiento total a las ideas del médico de la familia y el desarrollo de la especialidad de medicina general integral, y las demás ideas que revolucionaron el sector de la salud.

Se empezó a descentralizar el último año de la carrera, no solamente en los hospitales provinciales y universitarios que están en las capitales de las provincias, sino, por qué no hacer también el internado en los hospitales de las provincias del interior, o sea, de los municipios y en los hospitales rurales. Ahí salió el destacamento rural Piti Fajardo, para hacer el internado en los hospitales rurales y con un estipendio estudiantil superior.

Junto con todo esto del estudio de Fernández, también se planteó que realmente el salario era muy bajo, del médico especialista, del médico residente y de los internos. Entonces él crea una nueva escala salarial, para el médico especialista de primer grado, para el médico especialista de segundo grado, para los residentes de primero, de segundo y tercer año y se empieza a pagar por primera vez la docencia, como un plus; la categoría docente, se empieza a pagar por iniciativa de él, Fidel fue el que puso las cifras –yo tengo una fotocopia del papel ese– al instructor \$40.00, a los asistentes \$60.00, a los profesores auxiliares \$80.00 y al profesor titular \$100.00, además de su salario como médico. Eso también ayudó mucho al desarrollo de la docencia; sí, él insistía mucho, que eso no era un salario, sino que eso era un gesto de aprecio que tenía la Revolución con los médicos, con los estomatólogos, con los enfermeros, es decir, con los profesores, que aparte de hacer su trabajo asistencial participaban en la educación de los alumnos, era un gesto para reconocerlos, que ellos merecían mucho más, pero en ese momento la Revolución no podía darles mucho más.

En La Habana, aparte de construir las facultades, las universidades en Camagüey, se construyó en Holguín un instituto grandísimo, cuyo primer rector fue el Dr Alberto Hatim Ricardo, una facultad nueva en Las Tunas, una facultad nueva en Santa Clara, el instituto de ciencias médicas que lleva el nombre del difunto Serafín Ruíz de Zárate, destacado combatiente

revolucionario, profesor y dermatólogo, que fue su segundo rector y el que más tiempo estuvo, su primer rector fue el Dr. Juan Manuel Diego Cobelo, revolucionario integral, profesor destacado. Aquí en La Habana, se construyeron las facultades de ciencias médicas Salvador Allende en el Cerro, la facultad Julio Trigo en Arroyo Naranjo, la facultad Enrique Cabrera en Boyeros, en los núcleos hospitalarios. En esto quiero decir la anécdota, que en una ocasión, nos citan a Diego Cobelo y a mí, recién nombrado Diego Cobelo en su cargo de viceministro para la Educación Médica en el Sistema Nacional de Salud y yo, recién estrenado como Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, nos cita el compañero Fidel y la noche antes nos reunimos Diego y yo: “vamos a plantearle hacer esto y ...bam, bam, bam...”, cómo íbamos a hacer la distribución en las nuevas facultades en La Habana y preparamos un mapa de la ciudad con la distribución de las facultades de ciencias médicas en la ciudad por sus municipios, ya cuando llegamos allí, Fidel tenía ya hecho su mapita, ya él tenía la idea de cómo quería que se construyeran las instituciones de ciencias médicas aquí en la capital de la República.

También en La Habana, a sugerencia del compañero Fidel se construyeron lo que llamó módulos docentes en diferentes hospitales. Ellos estaban constituidos por varias aulas, algunos laboratorios de idiomas y locales para los profesores de áreas clínicas y para las direcciones de las facultades. Se construyeron en los hospitales Miguel Enríquez, Joaquín Abarrán, Carlos Finlay, Manuel Fajardo, Salvador Allende y se adaptaron locales en Calixto García y 10 de octubre. También en La Habana se adaptó el local de la antigua escuela de medicina veterinaria de la Universidad de La Habana, sita en la Avenida de Salvador Allende e Infanta, para local de ciencias básicas de la facultad de estomatología del ISCMH.

Otra de las ideas fundamentales que empezaron en los años 1984 y 1985, fue la del médico de la familia. Creo que la concepción del médico de la familia de Fidel y de esa etapa, la concepción cubana del médico de la familia es única. El Comandante expresó al respecto en abril de 1983:

Nosotros tenemos que analizar la experiencia internacional completa... tanto en el campo de la docencia como en el campo de la asistencia. Y pensando en que tenemos que recoger las mejores

experiencias en todas partes... después del claustro, a fines del pasado año, organizamos siete delegaciones de profesores para visitar las mejores universidades de los siete países que considerábamos más avanzados en el campo de la medicina... Y vamos a tratar de asimilar de todas estas exploraciones lo que sea y consideremos útil para nosotros, y aplicarlo. Ellos hacen incluso algunas recomendaciones, ya tendrán que trabajar duro ahora, cuando llegue la hora de elaborar los programas.

En aquel momento nos mandaron a estudiar, en aquel momento tomamos la mejor experiencia internacional de cómo se estaban formando los médicos. Se crearon siete comisiones para ir a siete países o varias comisiones para ir a siete países. Yo participé en una, que la presidía el Dr. Raúl Gómez Cabrera, recién estrenado Director del hospital Hermanos Ameijeiras que se inauguró un día del médico, 3 de diciembre del año 1982 y el día 4, al otro día de la inauguración del Ameijeiras, salimos en esa comisión, que la presidía él, la integraban los doctores Galego Pimentel, Rodríguez Silva del hospital Hermanos Ameijeiras y la componíamos el doctor Rodríguez Rivera, O'Farril Mons y yo, por ciencias médicas de La Habana. Esta Comisión visitó Estados Unidos y Canadá, empezamos por Canadá, vimos dos escuelas de medicina en Canadá, vimos las facultades de medicina de Mc Gill en Montreal y la de Mac Master en Hamilton, Toronto y vimos tres escuelas de medicina en los Estados Unidos: la Mount Sinaí en Nueva York, la George Washington, en Washington y la Universidad de Temple en Filadelfia.

Otro grupo de profesores, por ejemplo, los doctores Ilizástigui, de la Torre, García Gutiérrez, González Valdés, Oropesa, y otros más fueron a Francia, Inglaterra, Suecia, Unión Soviética y Checoslovaquia. De los siete países, dos eran países del extinto campo socialista: Unión Soviética y Checoslovaquia y cinco eran países capitalistas; dos de América: Canadá y Estados Unidos y tres de Europa: Francia, Suecia e Inglaterra. Con toda esa experiencia, en esos países vimos los planes de estudio, vimos los libros, vimos la relación con los hospitales, hospital docente con hospital universitario. Vimos la relación con el sistema de salud, vimos cuánto ganaba la gente, compramos los libros y los trajimos para

acá. Después hubo que hacer un informe, país por país, en presencia del compañero Fidel. Después un informe general.

Con esta experiencia, más la situación cubana, se hizo el nuevo plan de estudios de medicina que se empezó a ejecutar en el año 1985. Ese plan de estudios es un “parte agua”, es un antes y un después en la formación de los médicos. Yo me gradué con la Revolución, me gradué en el año 1968, diciembre del 1968 y Fidel nos graduó en enero del 1969, en un trabajo voluntario en un plan Plátano de Artemisa; yo no roté por ningún policlínico, yo no sabía lo que era la atención primaria y me gradué con la Revolución, o sea, todos mis estudios eran hospitales, hospitales, hospitales. Después empezó un plan de estudio-trabajo y se iba a todos los hospitales y también a los policlínicos, con el modelo de atención primaria del policlínico comunitario. Yo estudié los planes de estudios, ha habido 6 planes de estudios con la Revolución, pero el que “parte agua”, el que fija un “antes y un después” es el del 1985, porque ya estaba la concepción del médico de familia, se empieza a estudiar medicina en la comunidad, está centrado en el estudiante, cambia el papel del profesor, tiene como objetivo principal el estudio-trabajo; o sea, la educación en el trabajo, el estudiante aprende trabajando y aprende trabajando en la comunidad. Se crean los departamentos de MGI (medicina general integral) en las facultades, se crea la especialidad de MGI, que tanto quería el compañero Fidel y se aumentan las horas docentes en los escenarios de la atención primaria. ¡Eso no lo tiene nadie en el mundo! La cantidad de horas que tienen los planes de estudio en la atención primaria, ¡no lo tiene nadie en el mundo!

Para hacer el plan de estudios nuevo se estudió por primera vez, de qué se enferma el cubano, de qué se muere, se analizaron los principales problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Se definieron más de 200 problemas de salud que debía tratar el médico. Se definieron las habilidades. Se formaron comités verticales y horizontales para cada problema de salud. Hubo mucho trabajo profesoral y se contó con el criterio del alumnado. Todas las estancias clínico-epidemiológicas tienen examen práctico antes del teórico y es imprescindible aprobar el práctico para ir al teórico.

Desde el año 1978, se dice que Alma Ata, la Conferencia Internacional: Salud para Todos en el año 2000. Llegó el año 2000 y no hay salud para

todos y que la atención primaria es la estrategia para llegar a la salud para todos en el año 2000; pero aquí en Cuba se concretó en la formación de los médicos de familia y el especialista en MGI.

Pero como él quería y quiso convertir a Cuba en una potencia médica y Cuba se ha convertido realmente en una potencia médica, no es solo el plan de estudio y la residencia de MGI, sino se hizo un plan de estudio para todas las especialidades y el plan de desarrollo de las especialidades para el año 2000. Estamos hablando del año 1985, eso lo llevó Teja, lo llevó Alberto Céspedes, o sea, cada especialidad se proyectó en los recursos materiales que hacían falta y los recursos humanos desde el año 1985, lo que hacía falta para el 2000.

Después llegó la debacle, se derrumbó el campo socialista, se “desmenregó”, como él mismo dijo y hubo que parar ese plan, pero ya se había concebido qué cantidad de especialistas había que formar en las 52 especialidades médicas, en las 4 estomatológicas, en la enfermería; en fin, en todas las especialidades una proyección para 15, 20 años hacia adelante. Creo que esa fue otra idea magistral de Fidel y otro plan, porque no era solamente el médico de familia, era desarrollarlo como parte de la atención de la medicina familiar; crear los mejores oftalmólogos del país, se creó el plan de oftalmología, los mejores centros de cirugía cardiovascular, se crearon los mejores centros de neonatología, se crearon las mejores terapias intensivas del país, o sea, todas las especialidades tuvieron un gran desarrollo.

No solo en la atención primaria, sino en la atención secundaria. Esa fue otra etapa, otro plan que él llevaba al dedillo.

Yo estudié varios discursos del compañero Fidel, 62 discursos. Quiero leerles las ideas que eran realmente ideas rectoras, que se repiten en casi todos ellos y que, a mi entender, son las que han marcado todo este proceso. Porque junto con todo esto, él crea el Polo Científico del Oeste de La Habana, o sea, no solo era la atención a los servicios médicos, es que crea el Centro de Inmunología Molecular, crea el Centro de Ingeniería Genética en el año 1982 –primero el centro más chiquito: el Centro de Investigaciones Biológicas, después en el año 1985 el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología– hace partícipe de todo eso a Victoria de Girón y a ciencias médicas de La Habana; de ahí que participaba en muchas reuniones del polo del oeste, que presidía Fidel

en muchas ocasiones, otras el Dr. Julián Álvarez, coordinador del polo; después todos los centros del polo, el centro de ensayos clínicos, el sistema ultramicroanalítico (SUMA), pero en función de la salud humana, salud animal también, pero salud humana.

Era todo el desarrollo de la educación de pregrado con el nuevo plan de estudios de medicina, estomatología, enfermería, y la creación de las tecnologías de la salud como carreras universitarias de posgrado con los programas nuevos de las especialidades hasta el año 2000 de los servicios y con las tecnologías más modernas en cada una de las especialidades; además, la proyección internacional. Junto con esto la solidaridad, en el año 1999 inaugura la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), que ya cumplió sus primeros 20 años, ha formado miles de estudiantes graduados, desde su discurso inaugural la siguió hasta el último día de su vida.

Entonces, resumiendo estas ideas, primero él insistía en la formación ética, humanista, patriótica e internacionalista. tenemos múltiples ejemplos de cómo se logró una formación con estos valores en el personal de la salud, el médico que se contagió con ébola en África y cuando se recuperó regreso a continuar su misión allí. La brigada que fue a Pakistán con hospitales de campaña a tratar a los afectados por el terremoto y sabían que podía repetirse, o los que fueron para Haití a pesar del peligro que representa el cólera.

Lo segundo, no lo voy a poner en orden, sino como yo estudié estas ideas: la calidad en el proceso docente. No hacer nunca una concesión. Cuando Cuba se quedó con poco más de 3000 médicos se le presentaron varios planes al compañero Fidel, parecidos al Sistema de medicos decalzos en China el feltcher soviético, para formar en 3 o 4 años, nunca aceptó, insistió diciendo que el médico tiene que ser de buena calidad, o sea, no hacer concesión nunca en la calidad del médico. Él decía siempre, en los planes, hacer énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, riesgo y daño, o sea, formar un médico que tuviera una formación integral, que no sea un curador, que tenga conocimientos en las cuatro fases de atención en la salud, que es la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el daño, la curación y la rehabilitación. Sobre todo, la rehabilitación con base comunitaria.

Otra de las ideas de Fidel, que están en esos 62 discursos, que trata sobre educación médica, era la educación médica extensiva para todo el país. El no concebía, como todo en la Revolución, que se produjera un cambio aquí en La Habana, que no se pudiera extender para todos los cubanos, por lo tanto, creó las facultades de medicina en todas las provincias del país y en muchos municipios del país con alto grado de desarrollo en la parte de docencia médica, también se creó la formación con calidad. Por lo tanto, el médico que nacía en Guantánamo, no tenía que salir de Guantánamo para hacerse médico. Eso da mucha facilidad y eso da una gran garantía para la familia cubana.

La integración docente-asistencial-investigativa es una idea que él generalizó que es que “donde existe un buen servicio médico, se puede formar un estudiante de medicina y ese médico que está ahí se puede convertir en un profesor”.

En esa etapa también se crea la revista de Educación Médica Superior. Esta revista, realmente es una de las mejores del país en ese campo y muy citada internacionalmente, contiene trabajos de muy buena calidad, además, él logra que la revista 16 de abril, creada en 1961 y que es una publicación de los estudiantes de medicina, de contenido político, a los pocos años pasó a ser una revista científico-estudiantil, se convirtió en una revista nacional. No solo de los estudiantes de ciencias médicas de la Ciudad de La Habana, sino en una revista de todos los estudiantes de ciencias médicas. La convirtió en una revista nacional, eso fue en el claustro nacional del año 1983, donde se pararon varios estudiantes diciendo “por qué nosotros que estamos en Oriente no podemos publicar en la revista 16 de abril”. Él dijo: “pero por qué no?” y se convirtió en una revista nacional.

Otra de las ideas de él es la formación médica, para Cuba y el mundo. Cuba en estos momentos tiene 92 000 médicos según el anuario del 2017 del MINSAP, una relación de 122 habitantes por médico, 89 médicos por 10 000 habitantes, ¡es la más alta del mundo!, ¡del mundo! No hay país que se nos acerque ni nada. Con la idea de que en Cuba nunca van a sobrar médicos, porque hacen falta muchos médicos en el mundo y donde único se están formando esa cantidad de médicos es aquí en Cuba. De ahí que puedan hacer la labor internacionalista, que hemos hablado. En principio la docencia para la asistencia médica, en muchos países del

mundo, la docencia médica va por un lado y la asistencia médica va por el otro; los decanos y las facultades de medicina, a veces no conocen al ministro de salud, ni el ministro a los decanos. Los planes de estudio de esas carreras de medicina son copiados de los países desarrollados, pero no tienen nada que ver con la realidad sanitaria de su pueblo. Aquí los planes de estudio están hechos sobre la base de los principales problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente.

Entonces, esa formación de la docencia para la asistencia médica, es lo que ha permitido también un gran avance y él insistía mucho en eso, en sus discursos.

Lo otro es la selección de los estudiantes, ya hablé de esto también, cuando él crea el destacamento de ciencias médicas Carlos J. Finlay. Para ser médico hay que tener altísimos requisitos académicos, políticos, morales.

También insistía en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, ya hemos hablado de ello.

La integración del estudio, trabajo y la teoría práctica, él en todos sus discursos insiste en el especialista de medicina general integral; el especialista de medicina general integral como lo concibe Cuba, no lo concibe nadie. El especialista del médico de familia como lo tiene Cuba, no lo tiene nadie. En muchos países hay medicina familiar, en muchos países hay una residencia en medicina familiar, pero, en primer lugar, ese médico no está responsabilizado con una zona –yo, que soy el padre de la familia, puedo estar con el médico familiar A, mi hijo puede estar con el médico familiar B y mi sobrino puede estar por el médico familiar C, aunque vivimos en la misma casa y formamos parte del mismo núcleo primario familiar–. La concepción del médico cubano es tratar al individuo y a la familia en su conjunto, pero además, tratar el medio ambiente, es decir, el médico de la familia en la zona que atiende y a partir de los análisis de la situación de salud de esa zona, los problemas del medio ambiente que la afectan, los vertederos, las aguas albañales, los mosquitos, la situación de salud, los problemas sociales, los determinantes sociales de la salud, en una familia, donde hay un alcohólico, donde hay una prostituta, donde hay un fumador inveterado, donde hay asmático, la gente que fuma al lado; o sea, todos los problemas sociales que pueden influir en el estado de salud de la población.

Por eso Fidel insistía tanto en que el médico nuestro, yo tengo varias anécdotas de eso, como él trataba de decir, pero no es el caso nuestro, el caso nuestro es que tenemos que tratar que el médico de la familia atienda estas cosas.

Otro de los principios es el estudio, trabajo y la teoría práctica, que es un principio de la pedagogía cubana, que viene de Martí y la formación en los servicios de salud. Fidel decía que realmente donde hay un servicio de salud bueno, hay posibilidades de formar un estudiante, lo que hay que hacer es entrenar a ese médico para que sea profesor, que son dos cosas distintas. Usted cuando se gradúa en la universidad, uno se gradúa de ingeniero, otro se gradúa de periodista, otro se gradúa de médico, otro se gradúa de sociólogo y el otro de historiador, pero nadie se gradúa de profesor. Los profesores se gradúan en los pedagógicos, pero el profesor universitario de medicina tiene que, aparte de ser un buen médico, aprender las técnicas de enseñanza de la medicina. Los profesores de ingeniería, de periodismo y de todas las carreras universitarias, tienen que tener dos carreras: aprender a ser profesor y ser un buen especialista en los contenidos de su especialidad. Entonces él insistía mucho a los rectores y a los profesores en que enseñáramos a los médicos, a los estomatólogos, a las enfermeras, los tecnólogos de la salud y el personal de la salud que se dedicaban a la docencia a entrenarlos como profesores. Que pasaran cursos de superación pedagógica, cursos de superación profesional. De ahí es que se crea la maestría en educación médica. Esa maestría se crea también en este período y después se crea el doctorado en educación médica.

En junio de 1982 se firmó la resolución conjunta de los ministros de salud pública y de la educación superior que estableció las normas del trabajo docente y metodológico en las carreras de la educación médica superior y orientó las actividades docentes y metodológicas a realizar por los profesores en todas las instituciones docentes-asistenciales del MINSAP y le otorgó a los profesores el tiempo necesario para que realizaran con calidad la docencia.

El personal de la salud, tiene ahora tres formas para hacerse Doctor (como categoría científica), Doctor en Ciencias Médicas, Doctor en Ciencias de la Salud y Doctor en Ciencias de la Educación Médica. Claro,

hay también otros doctores, en pedagogía, en otras ramas. Pero este de educación médica es reciente, desde hace pocos años.

Me preguntabas por algunas anécdotas, algunas anécdotas:

En una de las graduaciones, donde se graduaban muchachas, se decía: “se gradúa el doctor Lourdes..., él decía hay que decir doctora”. Se rectificaba, empezó a firmar títulos a los 10 primeros y después se los firmó a los mil que se graduaron ese año aquí. Siendo yo rector de ciencias médicas en los 12 años que estuve allí, fue a nueve graduaciones nuestras, en el Carlos Marx, siempre estaba muy emocionado con los muchachos. Él atendía mucho a los muchachos.

Yo fui a varios congresos de la FEU, igual que tú, igual que muchos de los compañeros que estábamos en esa etapa, siempre los oía, los escuchaba. Fidel era un hombre de una extraordinaria capacidad de escuchar, de atender, de hablar con mucha suavidad cuando quería convencer, cuando convencía, no cuando quería, sino cuando convencía con sus argumentos. Porque, además, con una argumentación muy sólida. No convencía con imposición, sino con argumentación, muchas razones.

Entonces, en los congresos de la FEU, me acuerdo en la etapa dura del período especial, que cayó el campo socialista, que todos íbamos en bicicleta a la escuela. Yo como rector de ciencias médicas, iba en bicicleta desde mi casa en Altahabana, hasta Victoria de Girón, día tras día, íbamos y regresábamos en bicicleta. Pero lo hacíamos todos los profesores, en los hospitales, los mejores médicos iban en su bicicleta al hospital y regresaban. Él nos decía: “no vamos a cerrar ninguna escuela, no vamos a cerrar nada, que todos los estudiantes sigan yendo a su universidad. No vamos a sacar ningún profesor, que nadie se quede fuera del trabajo”, o sea, en el período más difícil –económicamente duro para Cuba– cuando íbamos a comer hamburguesa por CDR una vez al mes, las universidades no se cerraron, las universidades no dejaron de tener libros, las becas no se cerraron, se daba comida mala a los muchachos, pero se le daba y se decidió dejarle el litro de leche al niño de menos de siete años. Esa es una de las anécdotas, él insistía mucho en eso, en escuchar, en hablar, en explicar. Inclusive en aquel momento los estudiantes donaron su estipendio, su estipendio estudiantil, lo donaron para ayudar a la Revolución.

Muchas de las cosas de él, en el trato con los estudiantes, insistía mucho, era en la capacidad, en los libros, en la labor internacionalista. Realmente fue una etapa de él, de mucha incidencia en todos los planes de la salud, de los planes de introducción de las tecnologías más modernas, los planes de la educación de pre- y de posgrado y de técnicos medios. No he hablado de los técnicos medios, pero él fue el creador de la red de más de 40 politécnicos de la salud en este país. Más de 40 politécnicos se construyeron, salieron del estudio ese de Fernández, ya se habían empezado a construir antes, pero ese estudio los profundizó más. Se creó una red de enseñanza politécnica, ¡la mejor de América Latina!, enseñanza politécnica para las especialidades de salud. Todas las provincias tenían al menos dos o tres politécnicos de la salud construidos por la Revolución. Eso nos fortaleció, había facultades de medicina, había politécnicos de la salud, había programas de residencias actualizados.

Él decía que “para hacer de Cuba una potencia médica, tenía que ser una potencia en la docencia médica”. Fidel convirtió a Cuba en una potencia médica, con nuestras dificultades actuales, con la agresividad del imperio, con las sanciones económicas, con todo lo que están haciendo para tratar de destruir la obra revolucionaria, no lo han podido y no podrán, porque es una obra de mucha trascendencia y lo logró, ¡lo logró! A Cuba la miran con respeto donde quiera en salud y en el médico que se forma en Cuba. El único país que puede mandar 200 médicos, un país chiquito, a combatir el ébola y que tenga gente con disposición para ir, es Cuba. Por eso el antiguo secretario de la ONU llamó a Raúl Castro, por eso la antigua directora de la OMS llamó a Raúl Castro, Jefe de gobierno y jefe de la revolución en esos momentos, para pedirle su solidaridad en el combate contra el ébola, porque no es solo tener gente, sino tener gente que tenga la disposición, las cualidades morales y éticas, que era lo primero en que insistía Fidel; formar a las personas con esos valores, en un mundo que cada vez tiene menos valores.

- **El Dr. Julio Teja, coincide en que estas ideas del Comandante y los hechos narrados, permitieron hacer frente en el período especial a las adversidades.**

Efectivamente, todos íbamos en bicicleta, no había un litro de petróleo, no había un litro de gasolina, estaban los apagones, vivíamos casi ocho horas de luz y ocho horas sin luz.

El sistema de salud, como ya estaba diversificado, el sistema de salud como ya estaba a nivel de circunscripción, a nivel de consejo popular, los médicos y las enfermeras estaban a nivel de barrio, había mucha accesibilidad, o sea, accesibilidad no solo financiera, no solo que uno no tenga que pagar, es el único país del mundo que tiene un sistema de salud totalmente gratuito, sino la accesibilidad también geográfica, que el servicio esté cerca. Porque está bien, yo a lo mejor no pago el servicio, pero me queda a 100 kilómetros y yo no puedo ir; entonces, cuando hay accesibilidad geográfica y accesibilidad económica, bueno; no podré ir a un servicio de mayor calificación que está muy lejos, pero tengo un médico de familia y como en el primer nivel de atención se resuelven casi el 80 % de los problemas de salud de la población, se pudieron resolver muchos problemas de salud. ¡No se deterioraron los indicadores de salud! Fue una cosa increíble en los momentos de mayor penuria económica del país, de mayor desabastecimiento alimenticio.

Primero, porque había una seguridad alimentaria; miren, yo creo que el tener la libreta nos ha hecho un país de mucha seguridad alimentaria, que no tiene nadie en el mundo, ¡no lo tiene nadie en el mundo! Ese arroz que da a todas las personas, ese azúcar, esos frijoles, ese aceite, esa leche a los niños de menos de siete años, después yogurt cuando es más de siete años, ese Cerelac para los ancianos, esas cosas, que nos dan para comer 10, 15 días, ojalá lo tuvieran todos los que no comen nada en millones de lugares en muchos países del mundo. Es verdad que no alcanza para todo el mes, es verdad que alcanza para 10 o 15 días, pero es una seguridad alimentaria que uno tiene, desde San Antonio a Maisí, con una dieta mínima. Eso ayuda, ayuda a que sigamos teniendo escuelas, entre otros. Así que el país no se desarticuló por el liderazgo de Fidel. Yo creo que en eso también el hombre, tiene una participación extraordinaria y el liderazgo de Fidel, como dice Raúl, Fidel es insustituible, lo sustituye nuestro Partido, nadie puede sustituir una personalidad como esa.

Ese liderazgo de él, hablando todos los días, convenciendo todos los días, recorriendo todos los días, caminando todos los días, yendo a los lugares, dando ánimos, dando fe y el sistema de salud nos dio esa posibilidad. He terminado.



Oscar Vera Cabezas †

Director Provincial de Salud de Villa Clara

En el período 85-95... la provincia tuvo varios objetivos de trabajo fuertes. La primera tarea fue el control de los recursos...era una provincia con las más bajas tasas de mortalidad infantil, empezamos a medir los indicadores de las enfermedades crónicas no trasmisibles. Este fue un indicador nuevo. Tuvimos el médico de la familia...en zona agrícola y

de protección alimentaria...Se puso en marcha el hospital Arnaldo Milián y se amplió el cardiocentro. En ese período, lo que más brilló fue la organización, la compenetración y la actitud de equipo que siempre mantuvimos.

En el período 85-95 me tocó la responsabilidad de ser Director de la Provincia de Villa Clara, una provincia grande, con recursos. En ese período también del 85-95 estuve de jefe de la misión cubana médica en Nicaragua, dos años, del 86 al 88.

Dentro del período que estamos analizando quizás la estrategia fundamental dentro del equipo de dirección de la provincia, debo mencionar que fueron siempre excelentes compañeros, capaces, dedicados, sacrificados. La estrategia fundamental fue un símil de la Guerra de todo el Pueblo; es decir, usted tiene una provincia, usted tiene unos recursos, usted tiene una responsabilidad, usted tiene que tratar de sacar adelante todas las tareas. A veces se lograba, a veces no con tanto éxito. Nosotros tuvimos también una fortaleza, donde tuvimos un apoyo de la dirección del PCC, de las decisiones que tomábamos en total. No hablo de tutelaje, no hablo de acompañamiento, de control, ¡no!, no!, hablo de un respaldo a lo que estábamos haciendo, lo que nos permitía tomar decisiones con valentía en muchas ocasiones.

En este período, la provincia tuvo varios objetivos de trabajo fuertes. La primera tarea fue el control de los recursos, antes que todo había que controlar lo que tenías, como lo tenías, como lo usabas. Recuerdo que teníamos un despacho todos los días a las cinco de la tarde a ver con que contábamos nosotros y nosotros planificábamos en base

a eso. Repito, con un apoyo increíble de los compañeros que trabajaban con nosotros.

Fue época difícil en el abastecimiento de todo tipo, desde lencería hasta medicamentos, sueros y otros. Sin embargo, ese sistema permitía que usted priorizara y no permitiera que un cáncer no se operara en tiempo, no permitía que no hubiera una cobertura para un accidente. Recordamos un accidente de tren que hubo en Santa Clara, que nada más en la vía había 64 fallecidos y ciento y tantos heridos y no estaba el hospital Arnaldo Milián abierto; sin embargo, eso se enfrentó con lo que tenía la provincia y al otro día se siguió trabajando. Tuvimos la satisfacción que el ministro Teja estuvo ahí. Estuvo el Comandante en Jefe, entrevistó a cada uno de los heridos y tuvimos la satisfacción que todo el mundo manifestaba la buena atención que habían recibido y la rapidez. Creo que eso fue lo más satisfactorio que tuvimos nosotros en este período.

La provincia tenía una responsabilidad tremenda con sus resultados, era una provincia con las más bajas tasas de mortalidad infantil, empezamos a medir los indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles. Este fue un indicador nuevo. La primera visita, la primera reunión fue con el consejo de dirección del ministro en pleno. Se hizo una presentación de la provincia, después se siguió en esa secuencia; es decir, ya no solo era el Programa Materno-Infantil, no solo era la mortalidad cardiovascular, cerebrovascular, las enfermedades crónicas, la diabetes. Creo que en medio de las dificultades, eso fue una mayor ampliación de los servicios.

Tuvimos el médico de la familia, por una petición del PCC, la provincia comenzó en los lugares más complicados. En Santa Clara, en el reparto El Condado, en Corralillo y en Santo Domingo, por ser las zona agrícola y de protección alimentaria. Recuerdo que buscábamos mobiliario donde hubiera; en los hospitales había dos camillas, se quedaba con una, había tres sillas, una. Así se fueron abriendo todos los consultorios. También ahí tuvimos un tremendo apoyo de la dirección del MINSAP, porque respetó siempre las decisiones de la provincia hacia donde se ubicaron los médicos de familia. Se decía que primero había que cubrir la capital, teníamos otro criterio. Fuimos llevando las dos tareas, la capital y los municipios priorizados.

La tercera tarea grande en la provincia fue las inversiones, se hizo frente a la apertura del hospital Arnaldo Milián. El compañero Rivero mencionaba que los equipamientos se entregaban. Nosotros tuvimos un equipamiento guardado por 15 años y cuando se abrieron estaba en perfectas condiciones, por el cuidado que se tuvo con todo ese equipamiento. El hospital Milián no perdió un equipo de aquellos que tenía, pero también tuvo otra dificultad, que es que el hospital, como estuvo tantos años construyéndose las tecnologías cambiaron. Por ejemplo, se nos anunció que se nos asignaba un mamógrafo; el hospital Milián en su concepción no tenía mamografía, hubo que ir con los constructores y el apoyo del PCC para que hicieran un local para mamografía. El Milián tenía seis riñones artificiales previstos y de pronto se nos dijo que eran 14, porque fue el Plan de Insuficiencia Renal; otra vez con los constructores y otra vez cambiaron aquello.

En el período especial se puso en marcha el Milián y se puso en marcha y se amplió el cardiocentro y fueron servicios importantes, que casi duplicaban la capacidad hospitalaria de la provincia. En ese período lo que más brilló fue la organización, la compenetración y la actitud de equipo que siempre mantuvimos. Después con el compañero Díaz-Canel cuando entró, se mantuvo la misma cohesión de trabajo. Ya habíamos abierto el Milián, ya el Milián llevaba un año abierto. En el cardiocentro todavía no se había podido habilitar la sala de abajo porque la presión asistencial era mucha. Después con el médico de familia fue bajando la presión que tenían nuestros cuerpos de guardia.

En fin, creo que esas fueron las tareas más complejas, tuvimos muchas visitas del grupo de coordinación y apoyo. Muchas visitas para evaluar el programa del médico de familia en los lugares más intrincados y realmente siempre con el equipo de la provincia, porque no es tarea de uno ni de 10, es de todos. Se mantuvo la provincia con buenos indicadores durante todo el período especial.

– **El Dr. Teja pregunta si tiene alguna anécdota sobre el Comandante en Jefe.**

La visita del Comandante, ya la dije, la visita cuando el accidente del tren, que fue, recorrió y visitó paciente por paciente, conmigo al lado.



Libia Victoria Cerezo

Viuda del Dr. Miguel Márquez,
representante de la Oficina Panamericana
de la Salud en La Habana

...muy importante para ustedes, el conocer un organismo internacional que se volcó en su totalidad, que no se limitó ni en economía, ni en un gasto... Cuba reconoció la neuropatía como un problema de índole nutricional, un problema que involucraba a una sociedad...yo nunca vi la participación de un cuerpo científico de Estados Unidos, que se haya volcado sobre un problema concreto y específico; ¡en una epidemia desconocida! ...Márquez era un tipo de puertas abiertas... aprendí de él que en la vida hay que dar oportunidades y esas oportunidades son las que nos dan esa capacidad de desarrollar. Esa oportunidad nos la dio Fidel.

Soy colombiana. No es hablar tanto de mí, creo que lo más importante es conocer que voy a hablar de una persona que para mí fue muy importante en la vida, incluso me pueden salir un poco las lágrimas, porque volver a recordar a Miguel dentro de esa filosofía de vida que él tenía que era la solidaridad, que era el compartir, que era el de dar las oportunidades de vida. Eso, también quiero agradecerle a usted Dr. Teja, porque esto que vamos a hacer hoy para recordar a Miguel, lo hago por usted. Sinceramente por usted, que es una persona que cumplió con él una tarea muy básica.

Nosotros estábamos recién llegados de Nicaragua, después de un proceso extremadamente interesante, que fue la Revolución Popular Sandinista, donde el trabajo de un funcionario internacional como le tocó a Miguel Márquez no era, tal vez, el que él hubiese querido. Él lo que quiso ser es un ciudadano más de Nicaragua y trabajar con ese pueblo. Logró muchas cosas, inclusive a Miguel se le recuerda muchísimo en Nicaragua.

Con ese idealismo de Miguel, que también fue lo que le caracterizó toda la vida y con ese creer en el ser humano vinimos a Cuba.

Cuba para Miguel fue como el postre de su vida, fue regresar a una revolución en la cual él también se hizo revolucionario, por toda su historia profesional, toda su historia estudiantil, ya que también fue una generación que marcó a esa generación de los años 1960. Entonces, venir a Cuba fue para nosotros algo maravilloso, ¡maravilloso, innovador!, temeroso también, teníamos muchas dudas, teníamos mucho miedo, teníamos mucho conocimiento de lo que era el valor científico de este país y la inversión que se había hecho en la ciencia.

¡Pero por supuesto!, el trabajo en salud de Miguel, empezó con usted Dr. Teja. Usted fue un hombre que le dio la oportunidad de que él desarrollara todas sus capacidades.

Lo que yo tengo para recordar siempre, fue el trabajo que se hizo con la epidemia de neuropatía. Nosotros llegamos en el 1989 y estamos hablando del año 1992, donde yo quiero insistir en que la epidemia no era un fenómeno nuevo en nuestra región. Nosotros hemos tenido neuropatía en nuestros países, lo que pasa es que Cuba la reconoció como un problema de índole nutricional, un problema que involucraba a una sociedad. ¡Ese fue el valor de la neuropatía, para mí! Dentro del organismo internacional fue la posibilidad que tuvo, de que un organismo se inmiscuyera en forma total en lo que fue el trabajo de la neuropatía. Hay que insistir que teníamos una coyuntura muy especial y fue el Comandante Fidel Castro de quien muchas veces escuché que era el “mejor ministro de salud que tenía Cuba”.

Fue un momento básico en la vida de nosotros y creo que también fue muy importante para ustedes, el conocer un organismo internacional que se volcó en su totalidad, que no se limitó ni en economía, ni en un gasto –porque era más o porque era menos–. En casa, yo escuché una conversación de Fidel con Miguel. Miguel le dijo: “Comandante, vienen dos premios Nobel”, yo que soy más realista, ¡yo me asusté!, cuando Miguel terminó le dije: ¿Márquez, tu estas seguro que eso es así? ¡porque fíjate, a este hombre no se le puede dar una expectativa que no se vaya a cumplir! Eso sí me dejó extremadamente preocupada.

Así fue como empezó un trabajo muy interesante para la Revolución cubana, que fue la participación de Fidel, para el mundo entero, en esa epidemia. Que fueron ustedes los que la hicieron prácticamente tan conocida, que fueron ustedes los que la llevaron a un nivel científico social y no

la dejaron pasar solamente con una vitamina, sino que implicó cambios sustanciales en lo que fue la nutrición del pueblo cubano. Porque los que vivimos aquí en ese período, ¡no nos podemos olvidar de lo que es un bloqueo, más una epidemia! y lo que es un pueblo que está acostumbrado a consumir grasas, que se acabó en la despensa y no teníamos ni una. Esos son hechos que no los podemos dejar de recordar, los tenemos que poner en el punto focal que nos da la historia y ¡a la historia hay que recordarla como fue, hay que profundizarla como es!

Por ese reconocimiento que hoy, Dr. Teja, le quiere hacer a Miguel, creo que yo en nombre de Miguel quiero decirle a usted que muchas gracias por las oportunidades que nos dieron.

– **El Dr. Teja pregunta sus recuerdos de esos contactos de Fidel con Márquez en su casa...**

Así fue, ¡Fidel... era Fidel! Fidel nunca nos dijo que iba a llegar. Yo también estaba muy nueva en Cuba, porque prácticamente nosotros veníamos de Nicaragua, con un proceso muy eufórico, pero no estábamos acostumbrados a recibir esa personalidad. Pero Márquez era un tipo de puertas abiertas. Márquez, para mí se caracterizó y aprendí de él que en la vida hay que dar oportunidades y esas oportunidades son las que nos dan esa capacidad de desarrollar. Esa oportunidad nos la dio Fidel. Eso hizo que, también lo recibiéramos en la casa, con una gran naturalidad, sin protocolos.

Pero esa es la historia. Cuba es así, a Cuba la quieren golpear muy fuerte, pero ella es fuerte.

– **El Dr. Teja le pide que recuerde alguna otra anécdota sobre la actividad de la representación que tuvo Márquez aquí con la salud, en el período 80-96.**

Fue el que enseñó a los ministros a como ser ministros... (bueno, con algunos perdió su tiempo, comenta el Dr. Teja de manera jocosa, refiriéndose a él) ... ¡Ah!, pero no fue con usted!

Quisiera enfatizar lo que fue para mí la organización. La Oficina Sanitaria Panamericana, yo la conozco desde el año 1972. Trabajé en varios países y terminé en Washington nunca vi la participación de un cuerpo científico de Estados Unidos, que se haya volcado sobre un problema

concreto y específico; ¡en una epidemia desconocida! Eso yo no lo había visto. Eso se discutió mucho a *posteriori* con Carlile Guerra De Macedo, con el mismo gobierno de aquí; ustedes conocen ya mucho más que yo internamente. Pero la OPS aprendió también y yo creo que, en las Naciones Unidas, fue la primera vez que de un país tuvieron la visibilidad, como la que se tuvo en ese período de Cuba. No sé si eso ha seguido o no así. Fue una Representación donde hubo un gran liderazgo de Miguel en relación con cumplir los objetivos, pero también a mantener la identidad de organismo internacional.

Ese fue un aprendizaje también que yo le decía a la gente, ser representante, no puede ser temeroso. En la representación siempre tuvo un tipo de liderazgo, indiscutiblemente, pero también se hacía respetar dentro del país, que también se sentía orgulloso de su representante. Yo pienso que Márquez cumplió esa tarea.

– **El Dr. Teja, los presentes, si tienen algo que preguntar o comentar.**

El Dr. Armando Guerra, plantea que ha dicho cosas interesantísimas. Comenta anécdotas de cuando él fue director provincial de Santiago de Cuba, rememora sobre Fidel, Márquez y los periodistas. Márquez siempre aportó su sabiduría y trabajó, no solo en la epidemia, sino en los programas de las especialidades; una persona digna de admirar, por su dedicación y todo lo que hizo por la salud pública cubana.

También con esa epidemia, Miguel tuvo la visión de que había profesiones muy importantes dentro de la salud, como eran los periodistas. Tuve muy buenas amigas periodistas. Márquez hacía aquí los talleres de capacitación de los periodistas sobre lo que era la salud. Recuerdo que muchas de ellas iban a la casa y almorzando me decían: “es que nunca hemos tenido esta oportunidad”, o sea, los periodistas también tuvieron papeles importantes. Es que Márquez era multidisciplinario e interprofesional. Él no le tenía miedo a eso, yo diría que supo llevar de una manera genial, esos aspectos de la visualización de un proceso complejo como es en Cuba. Estar en Cuba no es fácil, eso lo sabemos, pues todos ustedes lo conocen muy bien, pero dejar de hacer por temor, es un mal que nunca conoció.

Mira, Márquez cuando hizo ese cambio de casa, de lo que era esta oficina frente al Habana Libre, usted la conoció Dr. Teja y ustedes

la conocieron; eso era prácticamente un apartamento y cuando él logró para la oficina de la OPS, esta casa estaba bastante deteriorada, lo tenemos que recordar todos. Estos son los sueños de Márquez, esta restauración, la belleza, era un tipo que mantenía la estética, también se preocupaba. En esta oficina hay muchos muebles que Márquez los obtuvo por regalos que le hicieron las provincias, ¿sí o no, Liliana? Aquí hay muchos muebles que él... Yo le decía: "pero están trayendo vejestorios" pero él trajo restauradores de la Oficina del Historiador, todos estos muebles –bueno estos ya están un poquitico deteriorados– pero estos muebles él no los compraba, sino que él iba y los conseguía, pues tenía la capacidad de convencer y reflejaba la obra que vamos a hacer, así convencía.

En síntesis, yo quisiera decir para concluir, que el que no sueña, no logra. Márquez fue un gran soñador, pero yo diría que Fidel fue el soñador mayor, no; él fue el soñador de sueños que se podían realizar.

26 de marzo de 2019



María Josefina Vidal Ledo

Jefe de Departamento de Sistemas de Información en Salud. Jefe de Despacho del Ministro

...esa etapa ya corresponde al período especial,..comienza a tener dificultades la obtención de la información científica para los profesionales de la salud...surgió Infomed en 1992 y la informatización de la red de bibliotecas...Desde el punto de vista de la informa-

tización de los servicios, el momento era muy difícil dado al bloqueo... no teníamos salida a internet...y se obtuvieron los medios de acceso por vía personal ... fue una forma de romper el bloqueo y que Cuba fuera visible desde la red de redes.

El empleo de la informática en salud se aprecia a punto de partida del primer plan quinquenal (1981-1985) de introducción de los sistemas automatizados de dirección en la salud, por la importancia de la formación de profesionales y técnicos en estos aspectos. La informática se incluye en los planes de estudio de posgrado con cursos de Análisis de Sistemas aplicado al sector de la salud, impartidos por el Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS), posteriormente, esta materia se inserta en el perfeccionamiento de los planes de estudio de pregrado.

En agosto de 1981 se incluye en la estructura del MINSAP la Dirección Nacional de Sistemas Automatizados de Dirección (SAD), adscripta al área de economía, con la misión de diseñar e implantar la política para el desarrollo de la informática médica. Esta dirección, en el ejercicio de sus funciones, crea el grupo de trabajo temporal de computación aplicada y da origen al desarrollo de núcleos de trabajo en el nivel central, en el IDS, en el Centro de Enseñanza en Computación aplicado a la Medicina (CECAM), el Instituto de Oncología y Radiobiología, la Empresa de Suministros Médicos, el Centro de Diseño Informático de Salud Pública (CEDISAP) y otros; de esta manera comienza la actividad de informática médica en el Sistema Nacional de Salud. Ya se había introducido a prueba la minicomputadora CID 201-B para el Registro Nacional de Cáncer

y posteriormente se instala la CID-300 en las provincias de La Habana y Santiago de Cuba, así como en el IDS, con la finalidad de procesar en ellas la información acerca de la mortalidad y morbilidad del país.

Se trabaja en una primera etapa en siete campos de aplicación: SAD ramal de la salud, SAD de hospitales, SAD de empresas abastecedoras, SAD de proyectos tecnológicos de la industria farmacéutica, sistemas automatizados de información de registros médicos y seguimiento de pacientes, sistemas automatizados de clasificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de pacientes y procesamiento automatizado de señales biológicas mediante microprocesadores. Es en la segunda mitad de la década del 1980, que se compra por el MINSAP el primer lote de 88 microcomputadoras, para cuya introducción se imparten cursos para técnicos y profesionales a los que se destinaron estos equipos, lo que permitió un procesamiento más intensivo de la información y la generalización de estos medios a las instituciones de salud.

En 1985, en el Departamento de Estadísticas y Registros Médicos de la Ciudad de La Habana, desarrollamos la aplicación de todo el sistema de información en salud en la Capital, a punto de partida de los programas de salud que existían en ese momento. A partir de ahí, y ya en el MINSAP, se crea el Sistema de Información Estadístico Nacional (SIE-N) y el Sistema de Información Estadístico Complementario (SIE-C). Salud pública tiene uno de los sistemas complementarios más grandes del país y ya a finales de 1989 teníamos informatizado prácticamente el 70 %. En aquel momento el flujo informativo era a través de disquetes y después se fueron incrementando otras formas de entrega del Sistema de Información a través de la red telemática de la salud.

Después de la misión internacionalista en Angola, la oficina del ministro solicita que pase a esas oficinas para llevar la esfera de informática.

Un elemento importante; esa etapa ya corresponde al período especial, era la informatización de los registros médicos y las estadísticas sanitarias y de los procesos sustantivos de los sistemas y servicios de salud, pero también comienza a tener dificultades la obtención de la información científica para los profesionales de la salud.

En primeros años de la década del 90 fue difícil garantizar la información requerida por las bibliotecas para satisfacer las necesidades

desde la docencia de pregrado, así como la preparación continuada de médicos y especialistas.

Recuerdo, ya el compañero Urra lo mencionó, pero previo al surgimiento de INFOMED, hubo toda una serie de aspectos que se venían sucediendo con la información científico técnica en el sistema y de los profesionales de la salud y de esa manera se constituyó la red telemática de la salud. A partir de la solidaridad de los primeros viajes de Pastores por la Paz que entregaron un parque de tecnología que permitió montar los nodos de la red telemática de la salud en todas las facultades; así surgió INFOMED en 1992 y la informatización de la red de bibliotecas. Al mismo tiempo, se continuó con la informatización de los contenidos y los requerimientos de la información para la toma de decisiones en el sistema de salud, a punto de partida de los sistemas de información, en los procesos, programas y planes de salud.

Desde el punto de vista de la informatización de los servicios, el momento era muy difícil para el sistema de salud, dado el enfrentamiento y bloqueo a que estaba sometido el país por Estados Unidos; aunque la informatización de los registros médicos, como fuente de información para la dirección de los sistemas y servicios de salud, así como la información científica para los profesionales, siempre fue una de las primeras prioridades del sistema.

También estaba el auge de Internet, yo representaba al MINSAP en el Ministerio de Tecnología y Medio Ambiente, en la esfera de informatización y recuerdo que no teníamos salida a Internet, en primer lugar, porque debido al bloqueo, el cable que rodeaba al país, no entraba a Cuba. Hacía falta un módem específico cuya adquisición estaba bloqueada para Cuba y montamos una operación para lograrlo y se obtuvieron los medios de acceso por vía personal. En esto el Dr. Teja nos ayudó; ya que autorizó a una persona y los fondos requeridos, capaz de ir a Estados Unidos y comprarlo como propio; así llegó el primer módem que fue entregado al Ministerio de Tecnología y Medio Ambiente y nos conectó a Internet. Creo que fue una forma de romper el bloqueo y que Cuba fuera visible desde la red de redes (Internet).

A partir de esto, ya creada la red telemática de la salud, comenzó a incrementar sus servicios. Desde este punto de vista, creo que nosotros tenemos la mejor red de salud del mundo, puesto que es

una red integrada al sistema de salud, con numerosas aplicaciones que garantiza toda la información científico técnica para el desarrollo de los profesionales del sistema de salud y permite el flujo de la información requerida por los diferentes niveles para la dirección de los servicios, la docencia e investigación de salud.

Volviendo a finales del 89 cuando paso al despacho del ministro a trabajar con el Dr. Julio Teja y a finales de esa etapa (período especial) nos relacionamos con todos los sectores desde el punto de vista de los organismos centrales del estado y el intercambio intersectorial para el desarrollo de la salud del país.

Todavía no se hablaba de la informatización de la sociedad; eso surge a partir del 96-97, pero sí se conformó una estructura grupal de trabajo donde estaban el CEDISAP, que era el encargado de la informatización de los servicios, los institutos nacionales, las direcciones provinciales e instituciones de importancia del sistema de salud, que unido a INFOMED, nuestra red telemática, diseñaron los planes de desarrollo de informatización y conectividad de los servicios como embrión de lo que viene a ser después, la Primera Estrategia de Informatización del Sector de la Salud, que fue entregada a finales del 96 y principios del 97 y posteriormente fue felicitada por el comité ejecutivo del Consejo de Ministros como ejemplo de integración tecnológica sectorial del país.

25 de febrero de 2019

La práctica de la salud pública en Cuba (1980-1995)

La salud pública en Cuba durante el período de 1980 a 1995 transitó por dos etapas marcadas por momentos históricos diferentes. En ambas el papel protagónico del Comandante en Jefe Fidel Castro, su pensamiento, su visión, su acción directa nos llevó a materializar los logros que se narran en este libro. Aparecen en él los valiosos testimonios de compañeros que participaron activamente en algunos de los momentos trascendentales que marcaron la historia de la salud pública cubana entre 1980 y 1995, relatados tal y como ellos los sintieron.

Esperamos que este valioso material que hoy ponemos en sus manos sirva de incentivo a las nuevas generaciones para mantener los principios de la salud pública cubana.

“La medicina es una ciencia que se revoluciona incesantemente, de las que más requiere tal vez estar al tanto de todo lo que ocurre, de las que más requiere la capacidad de análisis y de observación del hombre, de la que menos puede soportar la rutina.”

- Fidel Castro Ruz -

(La Habana, febrero de 1966. Discurso pronunciado en la clausura del VII Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional)



www.ecimed.sld.cu

