

Contribución de los servicios de salud a la situación de salud en Cuba entre los años 1989 y 2000

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez ^I, Anai García Fariñas ^{II}, Armando Rodríguez Salvá ^{III}, Irma Sosa Lorenzo ^{III}, Mariano Bonet Gorbea ^{III}, Pol De Vos ^{IV}, Patrick Van der Stuyft ^{IV}.

I. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Cuba

II. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

III. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Cuba

IV. Instituto de Medicina Tropical. Amberes. Bélgica Dirección para la correspondencia: MSc. Adolfo Gerardo Álvarez Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta #1158, entre Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad Habana, Cuba. CP 1300. E-mail: adolfo@inhem.sld.cu; alvarez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: entre 1989 y 2000 se implementaron un grupo de estrategias sociales, económicas y sanitarias en Cuba encaminadas a preservar los niveles de salud de la población. No ha sido suficientemente estudiado la medida, en que los servicios de salud contribuyeron a preservar estos niveles.

Objetivos: describir el comportamiento de indicadores de las dimensiones: situación de salud, socio-económica, demográfica, y servicios de salud en el periodo entre 1989 y 2000. Evaluar la relación entre indicadores de situación de salud y el resto de las dimensiones.

Método: estudio ecológico a nivel nacional. Se consideraron para las cuatro dimensiones un total de 21 indicadores. Fueron descritas las variaciones relativas entre años para cada indicador, así como las asociaciones entre pares de variables de las diferentes dimensiones a través del coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

Resultados: el PIB y el salario medio mensual decrecieron entre 1989 y 1993 para luego recuperarse. La tasa de crecimiento poblacional descendió. Los indicadores de servicios de salud se mantuvieron. Se incrementó el gasto en salud por habitante, el número de médicos de familia, de enfermeros por habitante y de unidades del nivel primario de atención de salud. La esperanza de vida se incrementó y la mortalidad infantil decreció. Los incrementos en la incidencia de Tuberculosis y en el índice de bajo peso al nacer fueron mínimos.

Conclusiones: La política socio económica y en especial el fortalecimiento de los servicios de salud contribuyó a compensar y en algunos casos revertir los efectos negativos que podrían haberse experimentado en la situación de salud dada la situación económica.

Palabras clave: situación de salud, servicios de salud, determinantes, Cuba

INTRODUCCIÓN

En las últimas cuatro décadas, el tema de los campos y determinantes de la salud de las poblaciones se ha instalado de manera irreversible y con una gran fuerza en las agendas sanitarias de la mayoría de los países desarrollados. Desde que en 1974, el entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde presentara su modelo de campos de salud en el histórico "White Paper" o "Informe Lalonde", pocos salubristas y epidemiólogos se han sustraído de la idea de enseñar y/o explicar los niveles de salud de las poblaciones sin usar este modelo.

En los últimos años, el estudio de los determinantes de la salud ha estado matizado por la creación de grupos de trabajo nacionales que profundizan en las realidades concretas de cada país. Álvarez y colaboradores, en 2007 abordaron este tema de cara a la realidad cubana desde una propuesta conceptual propia (1,2,3,4,5). En esta, se defiende la concepción de la salud como producto social, determinada por: una coherente voluntad y acción política, una sólida acción intersectorial coordinada por el Estado, una fuerte inserción y cohesión social como eje de transformación del capital (desarrollo) humano en social y por el desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud.

Durante la década de los noventa, la desaparición del campo socialista y la desintegración del Consejo de ayuda mutua económica (CAME) y con ello su sistema de relaciones económicas internacionales, en el cual Cuba estaba insertada, la agudización del bloqueo económico por parte de la administración norteamericana (en 1992 fue promulgada la Ley Torricelli y en 1996 la Ley Helms Burton) unido a algunos errores e insuficiencias de la economía, hicieron transitar a Cuba hacia una situación extraordinariamente difícil, la más grave crisis que ha atravesado la Revolución Cubana en su historia y a la cual se denominó «período especial». Entre los años 1989 y 2000, dada la situación económica internacional y nacional fue necesario implementar estrategias estatales, sociales, económicas y sanitarias tales que se preservaran en lo máximo posible los niveles de salud de la población (6). En la actualidad, son insuficientes las evidencias que sustenten en qué medida las diferentes acciones estuvieron asociadas o no con las variaciones en los niveles de salud de la población cubana.

La presente investigación aporta elementos alusivos al papel que jugaron los servicios de salud en Cuba en la determinación del estado de salud de la población entre los años 1989 y 2000. Para ello se tuvo como objetivos describir el comportamiento de indicadores de la situación de salud de la población cubana y de otros expresivos de áreas tales como la socio económica, la demográfica, y de servicios de salud y evaluar la relación existente entre los indicadores de situación de salud y el resto de las dimensiones.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo a nivel nacional para el periodo de entre 1989 y 2000 en el que fueron estudiadas cuatro dimensiones a través de 21 indicadores. Para la selección de los mismos se realizó una revisión documental y se realizaron varios talleres en los que se aplicó la técnica de grupo nominal para la identificación de indicadores en cada dimensión y luego proceder a la reducción del listado inicial, se consideró además la disponibilidad de la información en fuentes oficiales con vistas a garantizar la fiabilidad de las mismas. Finalmente se seleccionaron para el estudio los siguientes indicadores por dimensión.

Dimensión Situación de salud

Índice de bajo peso al nacer (porcentaje)

Incidencia de tuberculosis (Tasa por 105 habitantes)

Esperanza de vida al nacer (ambos sexos)

Mortalidad infantil (Tasa por 10 3 nacidos vivos)

Dimensión Socioeconómica

Producto Interno Bruto

Salario medio mensual (pesos cubanos)

Cobertura de alcantarillado (porcentaje)

Cobertura de agua potable (porcentaje)

Dimensión Demográfica

Porcentaje de población urbana.

Tasa media anual de crecimiento de la población (Tasa por 103 habitantes)

Dimensión Servicios de Salud

Estructura

Gasto por habitante en salud (pesos cubanos)

Número de hospitales

Número de policlínicos

Número de hogares maternos

Camas de asistencia médica por 103 habitantes

Recursos humanos

Médicos de familia por 104 habitantes

Enfermeros (as) por 104 habitantes

Servicios de salud

Número de consultas de urgencia por habitante

Número de consultas médicas por habitante

Ingresos hospitalarios (Tasa por 102 habitantes)

Porcentaje de embarazadas atendidas en hogares maternos

La información se obtuvo, en su mayoría, de los registros oficiales de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba y de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP. Además se incluyeron, datos, informaciones y precisiones cronológicas provenientes de diversas fuentes oficiales, disponibles en papel y/o electrónicamente (7,8,9,10,11,12,13). No se encontró contradicción entre las fuentes de información y no fue necesario resumir ni procesar los datos.

Se describió el comportamiento de cada indicador a través de las variaciones relativas entre años. La relación entre variables se abordó a través del Coeficiente de Correlación por Rangos. Para la realización de la investigación se contó con las correspondientes autorizaciones de las autoridades competentes.

RESULTADOS

Dimensión socio económica

La [Tabla 1](#) muestra el comportamiento de los indicadores de la dimensión socio económica empleados en este estudio.

Tabla 1. Comportamiento de los indicadores socio económicos y demográficos seleccionados, Cuba 1989-2000.

Años	PIB		Salario medio mensual		Población con abasto de agua potable (%)	Población con acceso a medios sanitarios de eliminación de excretas (%)	Porcentaje de población urbana.	Tasa de crecimiento
	(millones de pesos cubanos)*	% de variación respecto a 1989	(pesos cubanos)	% de variación respecto a 1989				
1989	19586	0,00	188	0,00	Nd	Nd	73,5	0,88
1990	19008	-2,95	187	-0,53	Nd	Nd	73,9	0,89
1991	16976	-13,33	185	-1,6	Nd	Nd	74,4	0,82
1992	15010	-23,36	182	-3,19	Nd	Nd	74,5	0,74
1993	12777	-34,76	182	-3,19	Nd	Nd	74,5	0,72
1994	12868	-34,3	185	-1,6	89	92	74,5	0,71
1995	13185	-32,68	194	+3,19	91	88	74,7	0,72
1996	14218	-27,41	202	+7,45	92	90	74,9	0,70
1997	14572	-25,6	206	+9,57	94	91	75,2	0,77
1998	14754	-24,67	207	+10,11	96	95	75,4	0,78
1999	15674	-19,97	222	+18,09	95	93	75,4	0,80
2000	16556	-15,47	238	+26,6	94	94	75,9	0,76

Fuente: Anuario de Salud. Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP 2000.*precios constantes de 1981, nd dato no disponible

El producto interno bruto decreció en un 34,7% entre 1989 y 1993. A partir del año 1994 se comenzó a observar una recuperación que se mantuvo durante el resto del período. En 1995 creció en 2,5 %, en 1996 alcanzó un 7,5 % y para el 2000 fue de 5,6%. No obstante, la tendencia al aumento, en el 2000 el valor alcanzado era el 84,5% respecto al valor en 1989. [Figura 1](#). El salario medio nominal mensual decreció ligeramente entre 1989 y 1993 para luego mostrar una tendencia al incremento de forma tal que en el año 2000 el salario medio nominal mensual se había incrementado en un 26,6% respecto al año 1989. En relación a lo que representó en la economía real este incremento debe señalarse que este incremento estuvo acompañado de una recuperación del valor de la moneda nacional en tanto la cotización del dolar norteamericano pasó de 1dólar igual a 120.00 pesos cubanos a principios del periodo a 1 dólar igual a 25,00pesos cubanos a finales del mismo. A este elemento debe unirse que durante todo el periodo y aún en la difícil situación económica, no fueron eliminados ninguno de los subsidios que brinda el Estado cubano como por ejemplo para la alimentación básica y la compra de medicamentos, además se mantuvieron los servicios educacionales y los servicios de salud con financiamiento ciento por ciento estatal. La información relativa al suministro de agua potable y el saneamiento (que incluye alcantarillado, fosas y letrinas), sólo pudo encontrarse a partir de 1994. El porcentaje de población con cobertura de agua potable se incrementó de un 89% en 1994 hasta 94% en el año 2000. En relación a la población con cobertura de alcantarillado en 1995 hubo una caída en el porcentaje de cobertura, a partir de 1996 se observó una tendencia al incremento.

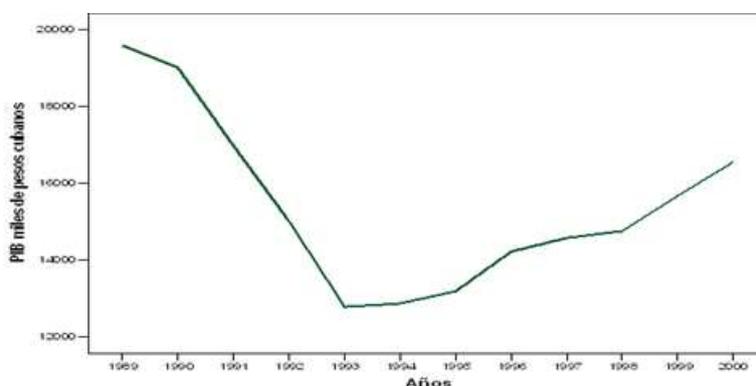


Figura 1A. Comportamiento del PIB, Cuba 1989-2000

Dimensión demográfica

El período se caracterizó por un descenso en la tasa de crecimiento poblacional, especialmente entre 1989 y 1994 que llegó hasta 0,71; a partir de entonces y hasta el año 2000 se encontró una tendencia ligera al incremento. En relación con la urbanización se observó un crecimiento continuo y gradual del porcentaje de la población ubicada en zonas urbanas, hasta llegar a casi el 76% de la población en el año 2000. ([Tabla 1](#))

Dimensión Servicios de salud

En relación a la financiación, estructura, recursos humanos y servicios que brindó el Sistema Nacional de Salud (SNS), los resultados encontrados se muestran en la

[Tabla 2.](#) A la vez que se enfrentaba la crisis económica se observó que el gasto público por habitantes en salud mostró una tendencia al incremento, incluso en el año de mayor disminución del PIB (1993) se observó un aumento del gasto en salud. Al final del periodo el gasto creció 1,72 veces. El número de policlínicos ascendió durante todo el período de 420 en 1989 a 440 en el 2000. El número de hogares maternos mostró tendencia al incremento incluso mayor que los policlínicos, pasaron de 148 en 1989 a 258 en 2000. Tabla 2. Comportamiento de los indicadores de servicios de salud seleccionados, Cuba 1989-2000.

Tabla 2. Comportamiento de los indicadores de servicios de salud seleccionados, Cuba 1989-2000.

Años	Indicadores de estructura					Indicadores de recursos humanos		Indicadores de servicios			
	gasto por habitante en salud (pesos cubanos)	policlínicos	hogares maternos	hospitales	camas de asistencia médica por 10 ³ habitante	médicos de familia por 10 ⁴ habitantes	enfermeros (as) por 10 ⁴ habitantes	consultas médicas por habitante	consultas de urgencia por habitante	tasa de ingreso hospitalarios por 100 habitantes	porcentaje de embarazadas atendidas en hogares maternos
1989	96,66	420	148	263	6,0	9,22	61,40	6,4	1,9	15,5	24,6
1990	98,56	418	152	266	6,0	11,18	65,10	6,4	1,9	15,2	24,0
1991	97,11	421	159	267	6,0	14,08	66,80	6,5	1,8	14,2	26,1
1992	95,99	423	164	270	6,1	17,09	68,30	6,3	1,7	13,5	27,9
1993	107,57	427	176	277	6,0	20,21	66,60	5,9	1,6	12,7	29,2
1994	106,42	435	183	278	6,0	22,96	65,00	6,2	1,6	12,9	32,0
1995	111,31	440	208	281	6,0	24,81	70,40	6,8	1,7	13,1	33,1
1996	119,03	442	209	281	6,0	25,81	69,10	7,0	1,8	12,9	34,9
1997	125,31	440	220	283	6,1	26,15	73,70	7,1	1,9	13,1	33,6
1998	132,44	440	231	283	6,0	27,02	74,20	7,0	1,8	12,5	34,6
1999	153,52	442	241	276	5,5	26,68	78,30	7,3	1,8	12,3	36,7
2000	165,99	440	258	270	5,2	27,03	74,30	7,2	1,8	11,9	40,3

Fuente: Anuario de Salud. Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP 2000

Años Indicadores de estructura Indicadores de recursos humanos Indicadores de servicios gasto por habitante en salud(pesos cubanos) policlínicos hogares maternos hospitales camas de asistencia médica por 10³habitante médicos de familia por 10⁴ habitantes enfermeros (as) por 10⁴ habitantes consultas médicaspor habitante consultas de urgenciapor habitante tasa de ingreso hospitalarios por 100 habitantes porcentaje de embarazadas atendidas en hogares maternos

El número de hospitales pasó de 263 que existían en 1989 a 276 en el 2000 a consecuencia del cambio en el objeto social para algunas entidades las cuales pasaron a ser centros de atención ambulatoria o entidades especializadas del tercer nivel. En el periodo las camas de asistencia médica se mantuvieron sin variación hasta 1999 año a partir del cual se observó una disminución de 6 a 5,2 camas por 103 habitantes. En relación a los recursos humanos se observó que el número de médicos de familia por 104 habitantes creció de 9,22 en 1989 a 27,03 en 2000. El personal de enfermería mostró también una tendencia al incremento pero no menor magnitud.

El número de consultas médicas totales por habitantes se mantuvo alrededor de 6,4 entre 1989 y 1992. El menor valor (5,9) se observó en el año 1993. A partir de 1994 el número de consultas se incrementó y en el año 2000 ya había alcanzado el valor de 7,2. Las consultas de urgencia disminuyeron de 1,9 a 1,6 entre 1990 y 1994. A partir de 1995 el número de consultas de urgencia por habitante se ubicó entre 1,7 y 1,9. El número de ingresos hospitalarios por 100 habitantes mostró una tendencia al decremento en todo el período, de 16 en 1989 pasó a 12 en 2000. El porcentaje de embarazadas que fueron ingresadas en hogares maternos se

incrementó gradualmente de aproximadamente 24% a más del 40% a lo largo del período.

Dimensión Situación de salud

El índice de bajo peso al nacer (Tabla 3), creció entre 1989 (7,3%) y 1993 (9,0%) para luego decrecer, hasta alcanzar valores por debajo de los del inicio de período (6,1% en el año 2000). La incidencia de Tuberculosis se incrementó a partir de 1991 y alcanzó el mayor valor en 1995 (14,2 por 105 hab). A partir de 1997 comenzó a disminuir, pero sin lograr alcanzar los valores de inicio de período. Debe señalarse que en relación a la tasa de incidencia de Tuberculosis en el año 1994 hubo un cambio en la conformación del indicador pues se comenzaron a incluir los casos con baciloscopia y cultivo negativo pero que dada las características clínicas fueron considerados por un comité de expertos como casos de Tuberculosis. La tasa de mortalidad infantil decreció gradualmente de 11,1 por cada 1000 nv en 1989 a 7,2 por cada 1000 nv en 2000. La esperanza de vida al nacer, durante los años de peor situación económica, se mantuvo estable con un valor aproximado de 75 años y a partir de 1995 se observó un discreto incremento hasta llegar a los 76 años en el año 2000. Tabla 3. Comportamiento de los indicadores de situación de salud seleccionados, Cuba 1989-200.

Año Incidencia de TB(Tasa por 10⁵ habitantes) Índice de bajo peso al nacer(porcentaje) Tasa de mortalidad infantil(Tasa por 10³ nacidos vivos) Esperanza de vida al nacer(ambos sexos)

Tabla 3. Comportamiento de los indicadores de situación de salud seleccionados, Cuba 1989-2000.

Año	Incidencia de TB (Tasa por 10 ⁵ habitantes)	Índice de bajo peso al nacer (porcentaje)	Tasa de mortalidad infantil (Tasa por 10 ³ nacidos vivos)	Esperanza de vida al nacer (ambos sexos)
1989	5,5	7,3	11,1	74,75
1990	5,1	7,6	10,7	74,70
1991	4,7	7,8	10,7	
1992	5,8	8,6	10,2	nd
1993	7,2	9,0	9,4	nd
1994	12,0	8,9	9,9	74,83
1995	14,2	7,9	9,4	
1996	13,5	7,3	7,9	nd
1997	12,2	6,9	7,2	nd
1998	11,1	6,7	7,1	76,15
1999	10,0	6,5	6,4	
2000	10,1	6,1	7,2	

Fuente: Anuario de Salud. Dirección Nacional de Estadísticas 2007

Relaciones encontradas

El grado de asociación entre las variables de las dimensiones socio económicas, demográficas, de servicios de salud y de situación de salud se muestra en la Tabla 4. Se observó que al menos uno de los indicadores relativos a la situación de salud mostraron coeficientes de correlación altos y estadísticamente significativos con la menos una de las variables consideradas en la dimensión socio económica. La tasa de mortalidad infantil y el índice de bajo peso al nacer se relacionaron inversamente con el salario medio y con la cobertura de agua potable mientras la tasa de incidencia de tuberculosis se asoció inversamente con el PIB y con la cobertura de alcantarillado.

En relación a las variables demográficas exploradas sólo se encontraron asociaciones significativas con el porcentaje de población urbana la cual se relación directamente con la tasa de incidencia de tuberculosis e inversamente con la tasa de mortalidad infantil y con el índice de bajo peso al nacer.

Por otra parte, el índice de bajo peso al nacer se asoció con intensidad moderada, significación estadística y de manera negativa, con la mayoría de los indicadores de servicios de salud, en particular con el porcentaje de mujeres embarazadas atendidas en hogares maternos y con el gasto en salud por habitante. Le siguieron en importancia, en base a la intensidad, la asociación con el número de hogares maternos, de médicos de familia y de personal de enfermería.

La tasa de mortalidad infantil se asoció fuertemente (valores mayores de 0,9) e inversamente con el gasto en salud por habitantes, número de hogares maternos, número de médicos de familia por 104 habitantes, y con el porcentaje de mujeres embarazadas atendidas en hogares maternos. La esperanza de vida al nacer se relacionó positiva e intensamente con el gasto en salud, el número de enfermeros por 104 habitantes, y con el número de consultas médicas por habitante. Tabla 4. Coeficiente de correlación de rangos de Spearman entre variables de las dimensiones situación de salud, socio económicas, demografía y de servicios de salud.

Tabla 4. Coeficiente de correlación de rangos de Spearman entre variables de las dimensiones situación de salud, socio económicas, demografía y de servicios de salud

Variables	Dimensión situación de salud		
	Incidencia de TB	Índice de bajo peso al nacer	Tasa de mortalidad infantil
Dimensión socio económica			
PIB	-0,692 *	-0,48	0,36
Salario medio mensual	0,43	-0,931 **	-0,737 **
Cobertura de agua potable	-0,68	-0,86*	-0,96**
Cobertura de alcantarillado	-0,86*	-0,68	-0,63
Dimensión demografía			
Porcentaje de población urbana	0,63*	-0,64*	-0,96**
Tasa media anual de crecimiento de la población	-0,47	0,23	0,16
Dimensión servicios de salud			
Gasto por habitante en salud	0,57	-0,70 *	-0,92**
Número de hospitales	0,85**	-0,08	-0,69 *
Número de policlínicos	0,77*	-0,49	-0,89 **
Número de hogares maternos	0,63*	-0,63*	-0,96 **
Médicos de familia por 10 000 hab	0,64*	-0,63 *	-0,95 **
Enfermeros (as) por 10 000 hab	0,31	-0,77**	-0,71**
Embarazadas atendidas en hogares maternos	0,66*	-0,62*	-0,91 **
Consultas de urgencia por 10 000 hab	0,23	-0,65*	0,07
Consultas por 10 000 hab	0,32	-0,91 **	-0,71**

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

DISCUSIÓN

Los resultados aportados constituyen un acercamiento en el estudio de la efectividad de la estrategia social, económica y de servicios de salud que se implementó en el país ante la crisis económica y que mantuvo como principios la preservación de las conquistas sociales, entre ellas los niveles de salud, a la vez que se sentaban las bases para el proceso de recuperación económica con la inserción en el mercado internacional.

Entre las fortalezas de este estudio está el haber empleado información proveniente de los sistemas de información oficial del país los cuales han sido reconocidos por su calidad a nivel internacional. No obstante debe señalarse que el haber trabajado en este estudio con valores agregados a nivel nacional pudo traer como consecuencia el enmascaramiento de afectaciones específicas expresadas en determinados grupos sociales, debido a ello para lograr una mayor profundización será necesario en un futuro el abordaje de este tema según grupos poblaciones o áreas geográficas específicas. Otra de las limitaciones del estudio es no haber contado con información relativa a la nutrición, variable de importancia en la interpretación del comportamiento de los indicadores sanitarios. Si bien el diseño de investigación no permitió establecer una relación causa-efecto, los resultados encontrados son coherentes desde el punto de vista de la cadena causal descrita para la mayoría de varios de los indicadores de salud estudiados.

Dado el importante descenso del PIB experimentado en el país habría cabido esperar graves afectaciones del cuadro de salud. En relación con esto Silva-Ayçaguer (14) y Romero (15) han demostrado la relación entre situación socio económica, desarrollo humano y la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil es considerada universalmente como un buen indicador del estado de salud, no sólo de los niños menores de un año sino de la población en su conjunto y de las condiciones socio-económicas en las que se desarrollan. Dada la compleja situación social vivida en Cuba entre 1989 y 2000 era esperable un incremento de este indicador, lo cual no ocurrió. Leal (16) por su parte describió incrementos en el índice de bajo peso al nacer y Álvarez Gordillo (17) en la incidencia de tuberculosis en situaciones socio económicas similares a las que vivió la población cubana en el periodo estudiado. En Cuba, si bien se observaron algunos efectos negativos, esperables dados el resquebrajamiento de las condiciones de vida, las variaciones encontradas pueden considerarse como mínimas. La Tuberculosis, enfermedad que dado el incremento en el número de casos a nivel mundial fue declarada por la OMS como enfermedad reemergente (18), en los peores momentos mostró un incremento en la incidencia pero sólo alcanzó el valor de 14 por cada 105 habitantes. El índice de bajo peso nacer mostró un comportamiento similar que aunque aumentó, siempre se mantuvo por debajo de 10%. En general, los principales indicadores de salud se mantuvieron o mejoraron, incluidos los relacionados con la meta "Salud para Todos en el año 2000", por lo cuál Cuba recibió un reconocimiento a nivel internacional.

Estos resultados de salud fueron posibles gracias a la estrategia de afrontamiento de la crisis económica seguida por el gobierno. A pesar de las enormes dificultades, el Estado desarrolló acciones para neutralizar los efectos negativos de la crisis. Generalizó el racionamiento de todos los productos de consumo con el propósito de garantizar un suministro lo más equitativo posible (una política de escasez compartida). A partir de 1993 se desarrolló una política de medidas activas que fueron desde la instauración de un doble sistema monetario, con la circulación legal del dólar, la ampliación del trabajo por cuenta propia, la cooperativización en gran escala de la agricultura, la creación de mercados complementarios, una política controlada de apertura al capital extranjero hasta el impulso al sector turístico en

función de captar divisas liquidas a corto plazo. Unido a ello se contó con la voluntad y acción política para mantener las conquistas y realizaciones en el terreno de la educación y la salud, lo cual se tradujo entre otras acciones, en el incremento del porcentaje de del presupuesto nacional dedicado al gasto social. (19) El haber realizado un reajuste gradual, con la participación de la población, y bajo el principio de mantener el financiamiento totalmente público, así como la no restricción económica en el acceso a los servicios de educación y de salud permitió evitar las consecuencias sufridas por otros países que en condiciones similares aplicaron formulas de tipo neoliberal (20,21,22,23,24).

En particular, la preservación de la salud de los cubanos en estas condiciones económicas también fue el resultado de haber concebido, desde el triunfo revolucionario, la salud como un derecho de todos los ciudadanos, así como el haber establecido desde principios de la Revolución que su aseguramiento es responsabilidad del Estado. El haber contado con un Sistema Nacional de Salud, así como con un Ministerio de Salud Pública cuya función prioritaria es proteger la salud, actividad que realiza con el apoyo de diversos organismos y organizaciones significó una fortaleza para el país.

La estrategia seguida en el sector de la salud se basó en el fortalecimiento del primer nivel de atención, cuya medida fundamental fue la formación de médicos de familia y el incremento de unidades en el nivel primario como los policlínicos lo cual permitió multiplicar la cobertura poblacional elemento que facilitó la solución oportuna y eficiente de los problemas de salud. En 1989 Cuba tenía el 49,6% de su población cubierta con médicos de familia, ya en el año 1993, uno de los más críticos de este período la cobertura poblacional con médicos de familia alcanzó el 90,1%, y al cierre del año 2000 esta cobertura ya era de 99,2%. Además, se realizaron acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de la atención médica, en hacer cada vez más eficiente el sistema sanitario, en que la población recibiera los servicios con la máxima satisfacción, y en perfeccionar la atención al hombre.

Si bien la introducción de tecnología de punta en las instituciones sanitarias fue prácticamente imposible de asumir por el Estado, este se concentró en garantizar el funcionamiento de las existentes, en perfeccionar los exámenes médicos y en desarrollar políticas de promoción y prevención. Entre las acciones acometidas vale señalar el desarrollo de los hogares maternos, resultado de una voluntad gubernamental de continuar desarrollando el Programa de atención a la madre y el niño que devino en solución intersectorial ante las deficiencias nutricionales y de otro tipo que podrían enfrentar las embarazadas durante ese período. Otras medidas tomadas con las gestantes durante el período fueron; atención especializada, incorporación a programas de alimentación como vinculo a comedores comunitarios y suplementación con sales de hierro (prenatal). [Figura 1B](#). En cuanto a la Tuberculosis debe señalarse que el tratamiento estrictamente controlado a través de la estrategia DOTS/TAES se potencializó en esa época y para ello el centro organizacional principal fueron los policlínicos. En este periodo también se destacó el impulso dado al ingreso en el hogar (25,26,27), servicio que contribuyó a la disminución de la tasa de ingresos hospitalarios en el periodo, en unión al desarrollo alcanzado, en esa etapa, en los servicios de urgencia del primer nivel de atención de salud (28,29,30).

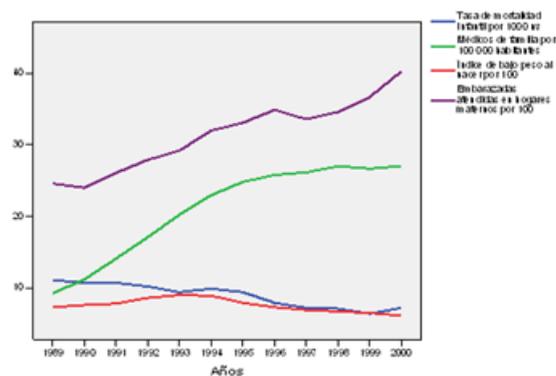


Figura 1.B Comportamiento de la tasa de mortalidad infantil, el número de médicos de familia por 100 000 habitantes, el índice de bajo peso al nacer y el índice de embarazadas em hogares maternos, Cuba 1989-2000

Debe señalarse, además, el papel que jugaron todos los trabajadores del sector de la salud, en especial los médicos y medicas y enfermeras y enfermeros de familia. Relacionado con esto el entonces presidente cubano Fidel Castro refirió (12) "Bien saben ustedes, que están allí trabajando en la base, cuán duros son estos días, meses, años que estamos viviendo; cuán duras son las circunstancias. Nadie lo sabe mejor que ustedes, que están allí librando esa batalla por la salud de la gente, por la vida de la gente. ¿Cómo habría sido posible mantener, en general, los índices de salud sin el trabajo del médico y la enfermera de la familia?" Esta posición gubernamental fue meritoria del reconocimiento no sólo nacional sino internacional cuando un equipo multidisciplinario de científicos norteamericanos señalaron (13) "una catástrofe humana ha sido evitada sólo por la decisión del Gobierno cubano de mantener un alto nivel de apoyo presupuestario a un sistema nacional de salud que garantiza la atención médica primaria y preventiva a toda la población... de hecho, la tasa de mortalidad infantil en Cuba es la mitad de la que reporta la ciudad de Washington D.C..."

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de los determinantes de la salud de la población, las evidencias señalan que el fortalecimiento de los servicios de salud, en especial los del nivel primario, tuvo un efecto importante sobre los niveles de salud de la población cubana en el periodo 1989 y 2000, en tanto logró compensar y en algunos casos revertir los efectos negativos que podrían haberse experimentado dada la situación económica de esos años. Finalmente puede aseverarse que la voluntad política del gobierno cubano de invertir de manera sostenida en la organización y desarrollo de su sistema de salud, con especial énfasis en el desarrollo de su capital humano, permitió que en el "periodo especial" se mantuvieran y mejoraran los indicadores de salud estudiados.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren dejar constancia de su agradecimiento a todos los compañeros que sistemáticamente apoyaron, autorizaron, aportaron y/o trabajaron las bases de datos e informaciones oficiales necesarias para el desarrollo de esta entrega. En especial nos referimos a los compañeros Juan Carlos Alfonso Fraga y Alina Alfonso León, ambos del Centro de Estudios de Población y Demografía de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba (CEPDE/ONE), a las compañeras Libia M. López Nistal y Gisele Coutin Marie, quienes desde la Dirección Nacional de Estadísticas (DNE/MINSAP); y de la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud (UATS/MINSAP); aportaron su sabiduría y datos oficiales de salud. Finalmente un agradecimiento especial a la compañera Anacelia Pérez Torres, quien desde el interior de nuestro proyecto hizo posible con su dedicación y esmero este sueño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2007;33(2): <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu13207.pdf>
2. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol 2007;45(3): http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_3_07/hiesu307.htm
3. Romero Placeres M, Álvarez Tosté M, Álvarez Pérez A. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. (Editorial) Rev Cubana Hig Epidemiol 2007;45(2): <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v45n2/hie01207.pdf>
4. Álvarez Pérez A, García Fariñas A, Romero Placeres M, Álvarez Tosté M. Los determinantes internacionales del estado de salud de la población: Su abordaje a la luz de la Batalla de Ideas. (Editorial) Rev Cubana Hig Epidemiol 2007;45(3): <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v45n3/hie01307.pdf>
5. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea MH, De Vos P, Van der Stuyft P La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. Rev Cubana Hig Epidemiol 2008;46(1) http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol46_1_08/hiesu7108.htm
6. Centro Información para la Prensa: Cuba: Período Especial. Libro electrónico situado en el sitio www.cip.cu
7. Ministerio de Salud Pública. Infomed. Discursos del Ministro de Salud Pública de Cuba. 1995-2000. disponible en www.infomed.sld.cu Ciudad de la Habana, 2006.
8. Ministerio de Salud Pública/OPS. Análisis del Sector Salud en Cuba. Ciudad de la Habana, 1996.

9. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. Políticas, Estrategias y Programas. Ciudad de la Habana, Cuba, 1998.
10. ¹. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica del MINSAP. La Habana. Cuba. 1996.
11. Castro F. Intervención en la Clausura del Primer Congreso de Medicina Familiar. Palacio de las Convenciones. La Habana. Cuba. 30 de junio de 1994
12. American Association for World Health. Impact of the US Embargo on Health and Nutrition in Cuba. 1997.
13. Lobe J. Learn from Cuba, says World Bank. Third World Network Service. April 30. September, 10, 2005.
14. Silva-Ayçaguer LC, Duran-Macho E. Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación. Rev Saúde Púb (S. Paulo) 1990; 24(6):473-80
15. Romero DE, Landmann-Szwarcwald C. Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. Cad Saúde Pública (Río de Janeiro) 2000; 16(3):799-814
16. Leal- Soliguera MC. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. Rev Cubana Salud Pública. [online]. jan.-mar. 2008, vol.34, no.1 [citado 15 Abril 2008], p.0-0. Disponible World Wide Web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100016&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0864-3466.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100016&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0864-3466)
17. Álvarez-Gordillo GC, Dorantes-Jiménez JE, Molina-Rosales D. La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. Rev Panamericana de la Salud. 2001; 9 (5):22-30
18. Herman DL (Ed). El control de las enfermedades transmisibles. 18a edición. Washington DC. OPS.2005. (Publicación Científica y Técnica No 613)
19. CEPAL "La economía cubana: reformas estructurales y desempeño en los noventa"1997.
20. Berman P, Bossert T. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? Paper prepared for the DDM Symposium: Appraising a Decade of Health Sector Reform in Developing Countries'. Washington DC. 2000.
21. Gwatkin D. La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2002;11(5/6):310-315
22. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad Saúde Pública 2002;18(4):905-925.
23. López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín J, Zeballos L. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2000; 8 (1/2): 147-150

24. Sáinz P. Equity in Latin America Since the 1990s. DESA Working Paper No. 22. June 2006
25. García Fariñas A, Barroso Utrá I, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Van der Stuyft P, Bonet Gorbea M. Costos directos del ingreso en el hogar en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2008; 34(1):
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 - 34662008000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Barroso Utrá IM, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Bonet Gorbea M, Van der Stuyft P. El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba. Rev Panamericana Salud Pública 2007;21(2/3):85-95
27. De Vos P, Barroso Utrá I, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, Van der Stuyft P. The functioning of the Cuban home hospitalization programme: a descriptive analysis. BMC Health Services Research 2007;76(7):
28. De Vos P, Vanlerberghe V, Rodríguez A, Garcia R, Bonet M, Van der Stuyft P. Uses or first line emergency services in Cuba. Health Policy. Available online 20 August 2007
29. García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Jova Morell R, Bonet Gorbea M, García Roche R, Van der Stuyft P. Costos del subsistema de urgencias en la atención primaria de salud en Cuba, 1999 - 2000. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(1): http://bvs.sld.cu/revistas/spu/Vol32_1_06/spusu106.htm
30. De Vos P, Murla Alonso P, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, Mas Bermejo P, Van der Stuyft P. Shifting the demand for emergency care in Cuba's health system. Social Science & Medicine 2005;60:60916