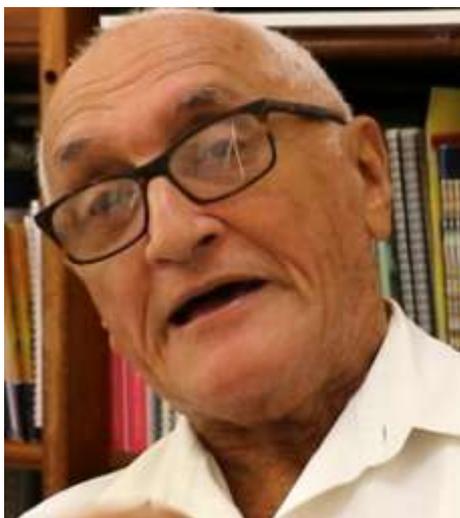


HISTORIA

La práctica de la salud pública cubana en el período 1980-1995. Testimonio del DrC. Daniel Rodríguez Milord

The practice of Cuban public health in the period 1980-1995. Testimonial interview of DrC. Daniel Rodríguez Milord

Daniel Rodríguez Milord. Doctor en Ciencias, Investigador, Profesor Titular y Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública. ORCID: Correo electrónico: milord@infomed.sld.cu



RESUMEN:

Transcripción de la entrevista testimonial sobre la práctica de la Salud Pública cubana durante el período 1980-1995 al DrC Daniel Rodríguez Milord.

Palabras clave: Historia de la Salud Pública cubana, salud pública, Sistema de Salud cubano.

ABSTRACT:

Transcript of the testimonial interview on the practice of Cuban Public Health during the period 1980-1995 of DrC Daniel Rodríguez Milord.

Key words: History of Cuban Public Health, public health, Cuban Health System, of DrC Daniel Rodríguez Milord.

TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA CON EL DR. DANIEL RODRÍGUEZ MILORD

25 febrero de 2019

Buenas tardes, soy el Dr. Daniel Rodríguez Milord, en este momento soy Profesor Consultante, Doctor en Ciencias medicas de la Escuela Nacional de Salud Pública y del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología, Máster en salud Pública y especialista 2do grado en Higiene y Administración de salud. 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 Ministerio de Salud Pública 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 nuestro país, 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 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 Jefe Fidel Castro Ruz, se precisaron un grupo de estrategias, que fueron coordinadas e implementadas por el área de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, 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 de que ella genera, establecida en consonancia con el conocimiento existente sobre la vigilancia a nivel internacional, en aras de 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.

Por indicación del Comandante en Jefe, el Ministro de Salud Pública, el Dr. Julio Teja Pérez, se 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 a 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, el ICA de Guatemala, 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, 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, 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 y la vigilancia de la opinión de la población y prestadores de salud y su grado de satisfacción. Estos cuatro elementos básicos que desarrollamos, que lo describimos en un capítulo, que va a aparecer en un próximo libro, que está 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.

Una cosa muy importante, que quiero recalcar aquí, 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: hablando de vigilancia de salud pública, no podemos dejar de revisar, todos los elementos de vigilancia de otros sectores como hidro economía, la meteorología, la veterinaria y otros sectores que influyen en la calidad de salud de las poblaciones-, de ellos también nos nutrimos y nos intercambiamos información para sirviera, tanto a ellos de la nuestra, como a nosotros de la que ellos nos ofrecían.

El sistema de vigilancia en salud se nutrió de fuentes del sector 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 Hidro economía, 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 Ministerio de Salud Pública 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, formándose 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 Ministerio.

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*, en el año 1993, que tenía tres componentes básicos, que no lo voy a explicar en detalle, pues está explicado perfectamente del 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, conformados por equipos multidisciplinarios, que, en el nivel central había 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 a su nivel.

Realmente el *talón de Aquiles* y el elemento más importante, era de cómo darle forma institucional a esa vigilancia en la salud pública, que debíamos construir a partir del concepto aceptado, como llevarla a cabo, en base a lo que teníamos desarrollado en Cuba, y toda la asesoría que les he explicado anteriormente para que el Ministerio de Salud Pública, fuera capaz de ir tomando las decisiones correspondientes. De inicio se estructuró el *Sistema Alerta-Acción*, que al presente se llama el *Sistema Alerta Temprana*, a nivel internacional, que era estar sistemáticamente identificando a 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. Elaboráramos 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, provinciales o municipales, 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, Bueno, 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 ejecutiva 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 Ministerio 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 de estas informaciones, 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 extra sectoriales, 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 la 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, el nivel provincial y los municipios y establecer una red de información con una ayuda muy importante de Infomed. Recuerdo al compañero ¿nombre? *Pedro Urra*, 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, como 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 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 tuvo las UATS, al desarrollo. perfeccionamiento y/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 salud de gran importancia en la concepción de la salud pública. a destacar entre otros 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 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, hacer estas salas de Análisis de la Situación de Salud y calidad de vida en municipios de salud importantes, Se reunían todos los elementos de salud pública y del gobierno y organismos de masas, a discutirla 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 finales y permítanmelo, si he sido un poco largo, pero bueno, es que son tantas cosas y uno lo que quiere es que nada importante no 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, de 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, que por aquí hay una compañera muy cercana a nosotros, la DraC. Maria Vidal, que sabe

que 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 en que por lo menos 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 que este desarrollo de la Vigilancia, que tuvo en un momento cerca de 600 compañeros trabajando en todo el país, todos estuvieran 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.

Muchas gracias.

No existen conflictos de intereses

Recibido: 10 de diciembre de 2019.

Aprobado: 20 de diciembre de 2019.

DrC. Daniel Rodríguez Milord. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana. Cuba

Correo electrónico: milord@infomed.sld.cu