

## SISTEMA DE SALUD CUBANO\*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 33-43

Dr. Reinaldo Bustos D.\*\*

La Sinopsis del Modelo Cubano se desarrolla en cuatro aspectos generales:

- I. Antecedentes generales del país, en una perspectiva comparativa con nuestro país.
- II. Definiciones generales de política, donde se indican los principales hitos de su desarrollo desde el comienzo de la Revolución hasta la actualidad.

III. La anatomía del sistema de salud cubano propiamente tal; donde se describen más o menos en detalle la estructura de los problemas de salud cubanos y su manera de enfrentarlos (estrategias), más cuadros comparativos en relación a la situación de Chile.

IV. Conclusiones; donde se destacan los méritos y las dificultades actuales.

## SISTEMA DE SALUD CUBANO

### I. ANTECEDENTES GENERALES DEL PAIS

Cuadro comparativo de indicadores sociodemográficos entre los sistemas de salud de Chile y Cuba / 1995

Indicadores	Año	Cuba	Chile
Población total en miles	1995	10.978.000	14.210.429
Tasa de crecimiento anual promedio anual de la población %	1990-1995	2,10%	1,6%
Tasa bruta anual de natalidad por 1.000 habitantes	1990-1995	14,8	19,7 por mil hab.
Número anual promedio de nacimientos (miles)	1990-1995	160,8	-
Tasa bruta anual de mortalidad por 1.000 habitantes	1990-1995	7,0	5,5
Número anual promedio de defunciones (miles)	1990-1995	75,7	78,531*
Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Ultimo año disponible entre 1987 y 1995	27	3,2
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Ultimo dato disponible entre 1984 y 1995	10	11,1
Tasa global de fecundidad	1990-1995	1,50	2,5**
% de población urbana	1995	74%	84,5%
Esperanza de vida al nacer para ambos sexos	Quinquenio 1990-1995	76,1	72,0
Hombres	Quinquenio 1990-1995	74,30	68,5
Mujeres	Quinquenio 1990-1995	78,4	75,6

Fuente: Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 1996. OPS/OMS.

(-) = Dato no disponible

(\*) = Dato para el caso de Chile, correspondiente a defunciones totales anuales. 1995.

(\*\*) = Para el caso de Chile, dato correspondiente al año 1995.

\* Curso de Anatomía Comparada de Sistemas de Salud del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, 22 de abril-6 de agosto de 1998.

\*\* Psiquiatra, Master en Sociología, Doctor en Salud Pública (Universidad Católica de Lovaina).

Desde el punto de vista político-administrativo, el país está dividido en 14 provincias y un municipio especial (Isla de la Juventud). El número de habitantes varía de una provincia a otra entre medio millón y un millón de habitantes, excepto la ciudad de La Habana, que tiene algo más de dos millones.

## II. CUBA: DEFINICIONES GENERALES DE POLITICAS DE SALUD

### 2.1. La revolución cubana y las transformaciones fundamentales del sistema de salud

En la etapa prerrevolucionaria la mayoría de los cubanos no disponían de un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de salud más imperiosas en lo asistencial.

1960 Reestructuración del antiguo Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. Cambió su denominación y recibió el nombre de Ministerio de Salud Pública más consecuente con sus verdaderos propósitos. Creación del Servicio Médico Rural.

1962 Nueva reestructuración del Ministerio de Salud Pública.

1970 Primer Congreso de Educación y Cultura. Se crean las Cátedras de Educación para la Salud en las Escuelas Pedagógicas.

1979 Seminario "La Educación para la Salud en Niños, Adolescentes y Jóvenes".

1984 El Plan del Médico y la Enfermera de la Familia.

1992 Los Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana 1992-2000.

La existencia del médico y la enfermera de la familia con una cobertura superior al 90% de la población es sin dudas la piedra angular del programa.

Consejos populares de Salud

1993 Celebración en Cuba de la Primera Conferencia Latinoamericana de Educación para la Salud auspiciada por UIPES/ORLA

### 2.2. Marco ideológico y filosófico

La creación del Ministerio de Salud Pública contempló el desarrollo y perfeccionamiento de los siguientes principios:

- Funcionamiento de un sistema único para la atención de la salud de toda la población.
- La salud constituye un derecho de todos los ciudadanos y una responsabilidad del Estado.
- Los servicios de salud deben ser accesibles a toda la población.
- Las acciones de salud deben ser de carácter integral, con especial acento preventivo.
- Las acciones de salud deben ser planificadas.
- Las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada.

### 2.3. Legislación y política pública

La Constitución de la República plantea en su Artículo 50:

"Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:

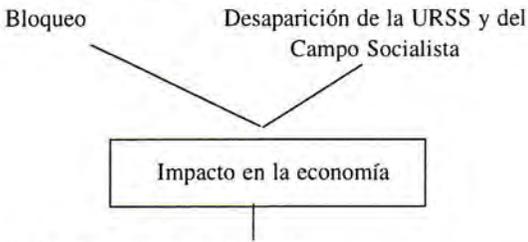
- Con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado;
- Con la prestación de asistencia estomatológica gratuita;
- Con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales".

La educación para la salud para poderla aplicar concretamente requiere de la participación social. El artículo 104 de la propia Constitución expresa:

- Los Consejos Populares se constituyen en ciudades, pueblos, barrios, poblados y zonas rurales, están investidos de la más alta autoridad para el desempeño de sus funciones, representan a la demarcación donde actúan y a la vez son representantes de los órganos del Poder Popular municipal, provincia y nacional.

### III. ANATOMIA DEL SISTEMA DE SALUD CUBANO

#### III.1. La salud y las condiciones actuales de vida en Cuba



- \* *Consecuencias económicas:*
  - Caída del intercambio comercial del 85% al 7%.
  - Caída de capacidad de importación: < de 60% de importación de petróleo.
  - Caída del precio de productos de exportación
  - Pérdida bruta de divisas
- \* *Impacto sobre las condiciones de vida:*
  - Reducción del transporte público
  - Cortes programados de energía eléctrica
  - ↓ alimentos
  - ↓ medicamentos
- \* *Impacto sobre la salud de la población y política social del gobierno:*
  - Hasta 1992, los indicadores de morbimortalidad seguían mejorando.
  - Las razones de este hecho son:
    - \* alta capacidad resolutoria del SNS
    - \* elevado nivel cultural de la población

- \* activa participación en los programas sociales y de salud
- \* mantención de la prioridad política para los temas sociales y de salud

- \* *Así el Gobierno garantiza:*
  - una canasta básica de alimentos para toda la población.
  - el acceso a la educación y la atención médica gratuita.
  - un empleo provisorio para los trabajadores o subsidio de 60% de su salario para aquellos que han quedado cesantes.
  - protección a los grupos vulnerables: niños, viejos, mujeres y enfermos.
- \* *Las diferencias de salud de los cubanos: un problema de distribución geográfico-climática:* Cuba es un país de gran homogeneidad en cuanto a condiciones de vida y de salud.
  - Todos tienen derecho a un trabajo remunerado.
  - Todos tienen derecho a la educación y a la atención gratuita en salud.
  - No hay analfabetos.
  - Prácticamente el 100% de las viviendas está conectado en la red de energía eléctrica.
  - No existen minorías nacionales.
  - Existe un control riguroso de toda forma de discriminación.
  - Existe un solo idioma.

Por lo tanto, las diferencias en salud deben buscarse en los diferenciales entre territorios y provincias y entre áreas rurales y urbanas.

Cuadro comparativo de indicadores demográficos y de morbilidad entre las provincias occidentales y orientales de Cuba

Indicadores	Año	Total nacional	Provincias occidentales	Provincias orientales
Población de 65 años o más	1991	8,5	9,8	6,9
Diabetes Mellitus por 1.000 hab.	1992	16,7	18,6	13,1
Hipertensión arterial por 1.000 hab.	1992	55,4	64,9	45,9
Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	1992	10,2	10,0	10,6

Fuente Las Condiciones de Salud en las Américas, Vol 2, 1994 OPS/OMS

Tasa y razón de mortalidad por edad y estratos urbano y rural, 1991.  
Tasa por 1.000 nacidos vivos en menores de 1 año y por 100.000 habitantes de esas edades en el resto

Edad	Urbano	Rural	Razón de tasas rurales sobre tasas urbanas
Total	769,2	510,6	0,7
= 1 año	9,1	14,5	1,6
1-4	62,4	69,8	1,1
5-14	21,1	39,0	1,8
15-49	179,5	167,4	0,9
50-64	934,1	732,2	0,8
65-74	3.172,5	2.109,5	0,7
75 y más	9.700,9	7.456,0	0,8

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Principales causas de muerte, todas las edades, 1992.  
Tasas ajustadas por 100.000 habitantes

Causas	1992
Enfermedades del corazón	173,4
Tumores malignos	115,5
Enfermedades cerebrovasculares	60,9
Accidentes	45,8
Influenza y neumonía	22,7
Diabetes mellitus	19,3
Bronquitis, enfisema y asma	8,3
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7,7

Fuente: Ministerio de Salud Pública de Cuba.

### Problemas específicos de salud en Cuba por grupos de población

a) *Salud perinatal y del niño:*

- Mortalidad perinatal 14,2 x 1.000 nacidos vivos en 1992  
10,0 en 1996
- Bajo peso al nacer 8,1%  
< 2.500 gr.
- Las enfermedades prevenibles por vacunas NO forman parte de la morbilidad de los menores de 5 años.
- El principal problema en relación con la salud de los niños entre 1 y 14 años son los accidentes, primera causa de muerte en esas edades.

b) *Salud de los adolescentes, adultos y ancianos:*

- Accidentes, primera causa de muerte hasta los 50 años (37,5 x 100.000 habts.)
- Enfermedades de transmisión sexual, en adolescentes y adultos.
- En adultos: - Enfermedades cardiovasculares
  - Cáncer
  - Violencias (accidentes)
  - En ancianos se suma diabetes, hipertensión, procesos crónicos en insuficiencias renales y hepáticas.

c) *Salud de la mujer:*

- Programas eficientes de detección del cáncer cervicouterino y del cáncer de mamas

- Control del embarazo: consultas llegan hasta 17,2 en promedio.
- Consultas por menor de 1 año, 22 consultas promedio
- La mortalidad de la mujer como consecuencia del embarazo, parto y puerperio ha descendido a 3,2 x 10.000 nacidos vivos (1992). Chile 3,4.

d) *Salud de los trabajadores:*

- Accidentes
- Algunas enfermedades profesionales en bajas cifras
- Existen programas de vigilancia para:
  - \* saturnismo
  - \* inhalación de gases de mercurio
  - \* leptospirosis
  - \* intoxicaciones

e) *Problemas específicos de salud:*

- *Por tipo de enfermedad o daño:*
  - \* Neuropatía epidémica
  - \* Enfermedades transmitidas por vectores
  - \* Tétanos
  - \* Sarampión
  - \* Rubéola
  - \* Parotiditis
  - \* TBC
  - \* Cólera
  - \* Enfermedades diarreicas agudas
  - \* Enfermedades respiratorias
  - \* SIDA

- \* Diabetes
- \* Enfermedades cardiovasculares
- \* Tumores malignos
- \* Accidentes
- \* Suicidios y lesiones autoinfligidas

– *Por factores de riesgo:*

- \* Compuestos inorgánicos indeseables en aguas de consumo
- \* Desechos tóxicos
- \* Riesgo por uso de plaguicidas
- \* Desastres naturales.

### III. LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD: UNA RESPUESTA INTEGRADA

#### 1. La nueva estratégica de salud (OPD: 2000)

– *Bases de sustentación*

El marco de referencia conceptual del Plan Médico de Familia se sustenta fuertemente en los enfoques que en el campo de la salud pública se fijan a partir de 1970, los cuales constituyeron un marco de definiciones que conducirían paulatinamente a establecer los actuales parámetros de la política de salud, cuya piedra angular hoy está representada precisamente por el médico de la familia. Es a partir de esa década que el enfoque de la salud se orienta sostenidamente hacia el desarrollo de la atención primaria, estableciéndose el equipo de salud como el eje fundamental de las acciones de salud y las tareas de promoción y prevención como verdaderos nortes de las acciones.

El modelo de atención primaria iniciado a mitad de los 70 fijó cuatro especialidades básicas como elementos de soporte de las acciones de salud: la medicina interna, la pediatría, la obstetricia y ginecología y la estomatología. Sobre el trabajo de estas especialidades pivotes se llevan a cabo las acciones inscritas en un marco de integralidad, sectorización, regionalización, continuidad de las acciones, dispensarización, sustentada en el trabajo de equipo y con la participación activa de las personas y las familias situadas en el entorno de los equipos de salud.

– *Los elementos claves*

Durante la década de los 70 el cuadro de morbilidad de Cuba inició el viraje hacia las enfermedades crónicas. En este desplazamiento del patrón salud-enfermedad, que paulatinamente fue colocando a Cuba en un perfil epidemiológico que

caracteriza a las poblaciones de los países de mayor desarrollo, el papel desempeñado por el policlínico en la etapa de 1959 a 1970 puede considerarse como relevante. El policlínico, como entidad ejecutora básica de las acciones de salud, sustentó en dicho período, a través de los programas básicos de salud, todas las campañas preventivas y de educación para salud.

Como otro elemento clave a mencionar, se encuentra el contingente médico con que cuenta Cuba, que a fines de 1990 era de 11.900 médicos de familia, contingente que atendía al 57% de la población del país.

Cerca de 8.550 médicos orientan su trabajo directamente a la atención de las comunidades locales, en tanto que el resto se distribuye en centros de trabajo, hogares de ancianos, círculos infantiles, centros de recreación y establecimientos educacionales.

– *El plan del Médico de familia en Cuba*

(Este plan desempeña un rol protagónico en la estrategia de salud de acuerdo a los OPS-2000)

Con el Plan de Médico de Familia se inicia una manera de trabajar en el campo de la salud pública fundada en una nueva comprensión de las relaciones que pueden existir entre el conocimiento altamente especializado, la actividad académico-científica y las acciones de salud centradas en la prevención y la promoción de salud de la población. El modelo está basado en el enfoque clínico, epidemiológico y social de los problemas de salud de la familia y en él los parámetros instaurados desde 1974 adquirieron mayor relevancia. Los lineamientos que orientan el Plan Médico de Familia son:

- a) La planificación y el desarrollo de actividades de programación y control
- b) La sustentación en un enfoque sistémico, expresado de manera práctica en una clara interrelación entre los diversos niveles de atención.
- c) La regionalización de los servicios orientados a garantizar la accesibilidad a todos los niveles de atención por parte de la población.
- d) Combinación de centralización normativa y descentralización ejecutiva, como condición para un desarrollo armónico y proporcional de todo el sistema de salud.
- e) Participación activa de las familias y de sus organizaciones, existentes en el entorno de los consultorios de los médicos de la familia.

- f) La generación de una respuesta institucional específica, que pasa a constituirse en prioridad política, para la formación de personal médico, la instauración de la medicina familiar como materia de especialización y el establecimiento de un sistema continuo de perfeccionamiento.
- i) Los objetivos educativos se fundamentan en el cuadro de salud de la población y en el programa de trabajo del médico y la enfermera.
- ii) En la formación de los trabajadores de la salud la integración entre el trabajo asistencia y la docencia constituye un principio básico de la articulación de todo el sistema.
- iii) La docencia busca permanentemente integrar la perspectiva científica y el rigor propios del trabajo en el campo de las disciplinas de la salud, y las destrezas y sensibilidades para comprender y manejar competentemente la dimensión social, la psicológica y la comunitaria, condición esencial para trabajar con las familias y las comunidades locales.

## 2. Estrategias y objetivos

El Plan del Médico de la Familia asigna un médico y un enfermero a cada 120-140 familias (600-700 personas)

Su trabajo se caracteriza por buscar la atención integral a la población, tomando a la familia como foco de la atención.

Los médicos de la familia también atienden los problemas de salud de centros laborales, establecimientos educativos y otras organizaciones.

La educación para la salud, la promoción de la misma y la prevención, el diagnóstico precoz, la referencia oportuna y el seguimiento de los pacientes con problemas crónicos, son las áreas fundamentales de la actividad de la medicina familiar cubana.

El policlínico –instancia que existía desde mucho antes del Plan– ha debido transformar su modalidad de organización, orientándose hacia la coordinación de los servicios, la docencia y la investigación y la interconsulta con los especialistas en apoyo de la tarea del Plan.

Adicionalmente, el policlínico aporta los medios y servicios auxiliares de diagnóstico, convir-

tiéndose en el verdadero centro de formación y perfeccionamiento del médico de familia.

Este trabaja en estrecha relación con el hospital y otras instituciones de salud secundarias y terciarias que brindan servicios a la población.

Los médicos de familia cumplen funciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, atención médica y rehabilitación, al mismo tiempo que cursan un programa de especialización en una nueva disciplina denominada medicina general integral.

La salud de la reproducción y el conjunto de problemas relacionados con la educación para la sexualidad, constituye un área de actividad permanente del médico de familia.

El objetivo general del Plan del Médico de Familia es mejorar el estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas a las personas, a la familia, la comunidad y el ambiente, a través de la vinculación con los poblaciones. Formalmente, los documentos normativos del Plan fijan, por su parte, los siguientes objetivos específicos:

- I. Promover la salud a través de cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de la población.
- II. Prevenir la aparición de enfermedades y daños a la salud de la población.
- III. Garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral, ambulatoria y hospitalaria oportuna y continua a la comunidad.
- IV. Desarrollar la rehabilitación con base comunitaria (RBC), dirigida a la población incapacitada física y psíquicamente.

### • Modelo de funcionamiento

El Plan del Médico de la Familia busca la atención integral de un número de familias que forman parte del área jurisdiccional de cada Policlínico y Hospital Rural.

Para cumplir sus tareas recibe el apoyo de los especialistas médicos y del resto del personal del Policlínico u Hospital Rural

La incorporación de los médicos de la familia ha ampliado las funciones de los Policlínicos. Estos son responsables de la dirección y control de la labor de aquellos y deben garantizar el apoyo científico-técnico, de abastecimiento y docente.

En cada Policlínico se constituyen Grupos Básicos de Trabajo, conformados por 15 a 20 médi-

cos y un número igual de personal de enfermería, los profesores de medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría y psicología, la supervisora de enfermería y la trabajadora social.

El Policlínico asegura además la presencia de especialistas provenientes del Hospital de Base en, por lo menos, Dermatología, Psiquiatría, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía, Angiología y Alergia.

Es importante destacar el vínculo existente entre la acción del médico de la familia y las especialidades. El médico de la familia se considera como el eslabón básico en la prevención de las enfermedades, con énfasis en el diagnóstico temprano de los enfermos, su registro, control, seguimiento, así como en la detección de factores de riesgo que pueden influir en la aparición y progresión de las enfermedades crónicas.

### 3. La organización del sistema de salud

#### a) Descripción del sistema de salud cubano

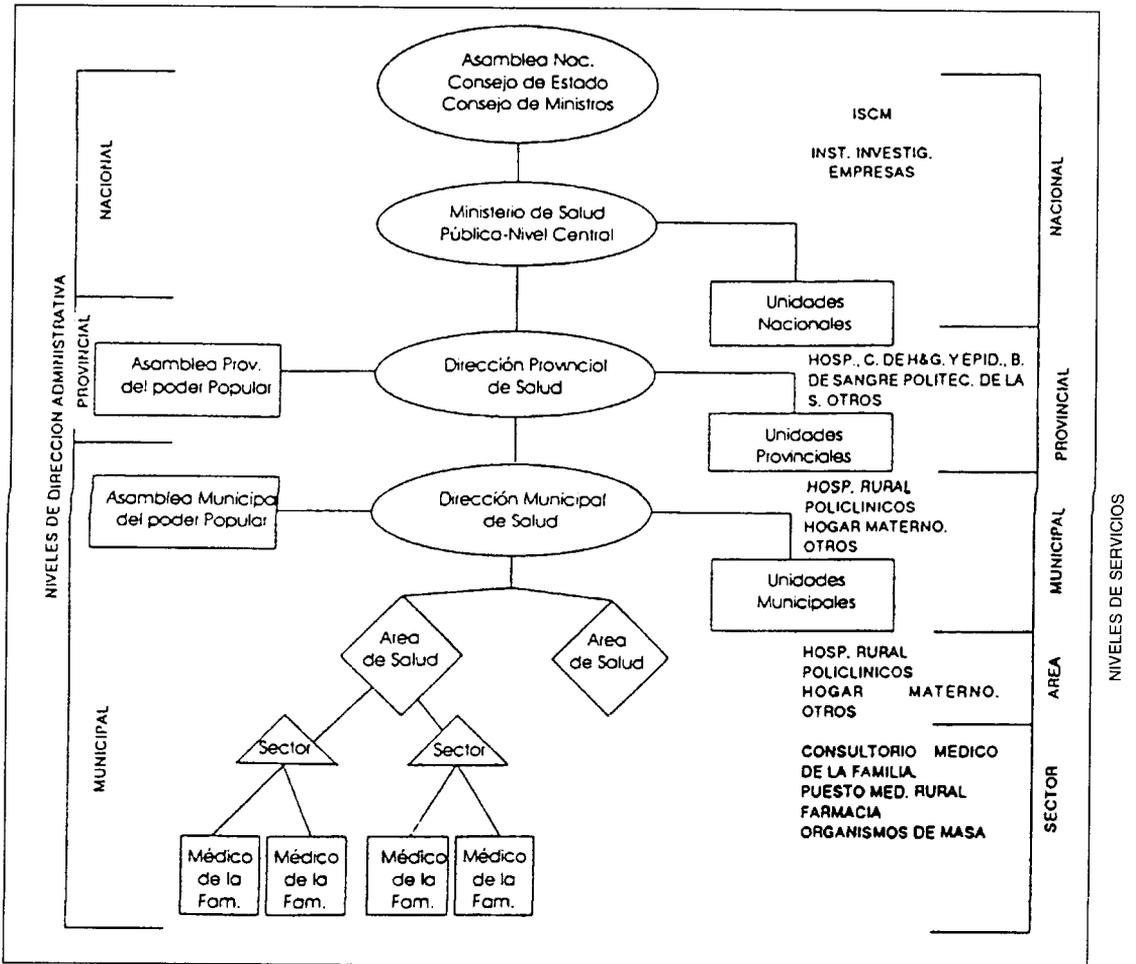
Tres niveles administrativos y cuatro de servicios:

El Ministerio de Salud Pública es el órgano rector y cumple funciones normativas, de coordinación y de control.

Las Direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Técnicamente, las direcciones provinciales y municipales están subordinadas al Ministerio de Salud Pública.

Cada provincia conforma sistemas locales de salud (SILOS) en sus municipios.

Estructura administrativo-territorial del Sistema Nacional de Salud y niveles de atención médica



b) *Organización de los servicios*

– *Servicios de atención a las personas*

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una red de instituciones de fácil acceso que brinda cobertura al 100% de la población.

La asistencia médica se brinda a través de una red que cuenta con 270 hospitales, 11 institutos de investigación, 423 policlínicos y el contingente de médicos de familia ubicados en la comunidad, centros laborales y centros educacionales.

Además 175 puestos médicos, 164 hogares maternos, 24 bancos de sangre y 3 balnearios minero-medicinales. Se brinda en 166 clínicas estomatológicas, 169 hogares de ancianos y 25 hogares de impedidos para diferentes situaciones y edades.

En 1992 hubo 1.463.179 ingresos hospitalarios, con 13,5 egresos por 100 habitantes. Se realizaron 68.395.504 consultas médicas, para 6,3 consultas por habitante.

El indicador de consultas médicas por habitante prácticamente se duplicó entre 1970 y 1986, pasando de 3,4 a 6,3 respectivamente, cifra en la que se ha estabilizado a partir de ese año.

– *Servicios de atención al medio ambiente*

La Constitución de la República de Cuba define la obligación y necesidad de los cubanos de preservar el medio ambiente.

La cobertura del servicio de agua potable alcanza al 81,6% de la población.

Los programas de control de calidad del agua son ejecutados por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos y las entidades locales encargadas de la operación de acueductos.

La disposición sanitaria de excretas alcanza al 96% de la población urbana y al 68,2% de la rural.

El manejo ecológicamente racional de desechos sólidos cubre en el área urbana más el 98% de la población.

Existen en el país 25 instalaciones y 378 vertederos con tratamiento sistemático y limpieza periódica que cumplen con los requisitos mínimos indispensables.

Se cuenta con un sistema de vigilancia sistemática de la atmósfera que se desarrolla desde hace más de dos décadas por el Instituto de Meteorología y una red de monitoría del aire en asentamientos humanos a cargo del Ministerio de Salud Pública.

– *Promoción de la salud*

La atención de las autoridades nacionales de llegar al año 2000 con una mejor situación de salud implica reducir la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y los problemas de salud asociados a la violencia de cualquier tipo, así como los factores que los condicionan.

Investigaciones

Para el quinquenio 1991-95 se han mantenido las cuatro áreas prioritarias de investigación en el campo de la salud.

- Conocimiento y promoción de nivel de salud de la población.
- Protección de grupos poblacionales con riesgo.
- Disminución de la morbilidad y mortalidad por las entidades específicas que más afectan a la población.
- Introducción de nuevos métodos y medios diagnósticos y terapéuticos.

Se han creado polos científico-técnicos donde se trabaja conjuntamente en la investigación y la aplicación de los resultados. Uno de los primeros polos organizados es el de biomedicina (biotecnología e ingeniería genética, producción de medicamentos, producción de equipos médicos, así como los insumos necesarios para estas actividades).

– *Participación social y comunitaria*

Participación activa de la comunidad. Esta se traduce en la determinación de las necesidades. En la ejecución de las acciones. Y el control de la gestión.

Se canaliza fundamentalmente a través las organizaciones sociales y comunitarias, que se estructuran territorialmente y tienen una relación estrecha con las diversas instancias del Sistema de Salud en sus diferentes niveles.

– *Colaboración intersectorial*

La subordinación de los subsistemas de salud provinciales y municipales a los órganos locales del Poder Popular permite el desarrollo de las actividades de salud en estrecha coordinación con el resto de las direcciones y los organismos de su territorio con un enfoque intersectorial y con un control por parte de la comunidad.

El nivel local es el escenario más propicio para el desarrollo de la acción intersectorial en salud.

A nivel nacional existe también una interrelación operativa entre el Ministerio de Salud Pública y otros sectores, como el Instituto Nacional de Deportes y Recreación, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Transporte, el Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Cultura, la Comisión Nacional de Prevención Social, la Academia de Ciencias y otras, lo cual facilita el enfoque y ejecución de decisiones al más alto nivel.

### c) Recursos disponibles

#### – Recursos humanos

En 1992 había 46.860 médicos registrados, o sea 43,3 por 10.000 habitantes. Existían 18.503 médicos de familia (17,1 por 10.000 habitantes), 20.771 especialistas y 13.994 médicos en régimen de especialización. Entre los médicos de familia hay algunos en régimen de especialización y otros que ya son especialistas. En 1992 había un total de 8.057 estomatólogos, o sea 7,4 por 10.000 habitantes; 5.474 tienen nivel universitario.

Hay más de 20 especialidades de técnicos en salud. En 1990 existían 51.830 técnicos, para un índice de 48,9 por 10.000 habitantes.

Cuba cuenta además con una red nacional de electromedicina integrada por más de 280 espe-

cialistas universitarios y 1.300 técnicos y obreros calificados.

#### – Recursos financieros

La única fuente de financiamiento del Sistema de Salud es el presupuesto estatal. Los gastos del Sistema Estatal de Salud Pública en el período 1975-1990 presentaron una tendencia ascendente –que está en relación con el crecimiento en extensión y complejidad de la red de unidades, de la introducción de la técnica médica más avanzada y del incremento de los recursos humanos calificados a lo largo del período– y pasaron de 32,73 pesos por habitante en 1975 a 98,56 pesos en 1990, disminuyendo a 97,11 pesos en 1992.

#### – Recursos extrasectoriales

Como la salud ha sido una prioridad del Gobierno en las últimas tres décadas, ello ha determinado en gran medida que el resto de los sectores sociales, especialmente los más vinculados con la salud, como son los de educación, alimentación, trabajo y seguridad social, etc., hayan contribuido de forma importante con recursos propios a beneficiar la salud de la población. La necesidad de movilizar recursos externos, lo que constituye un aspecto relevante a ser atendido en la cooperación del OPS/OMS y de otros organismos internacionales dentro y fuera del Sistema de Naciones Unidas.

Indicadores de mortalidad y morbilidad.  
Sistema de Salud en Cuba y Chile

Indicadores	Año	Cuba	Chile
Incidencia anual de casos de sida (por millón de habitantes)	1994	9,2	16,8
Razón hombre : mujer de los casos notificados de sida	1994	3,0	10,8
Defunciones registradas por suicidios y lesiones autoinfligidas (último año disponible entre 1988 y 1995)	1988-1995	2.374	658
Defunciones registradas por accidentes vehículos de motor (último año disponible entre 1988 y 1995)	1988-1995	1.823	1.528
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, ajustadas por edad : hombres-mujeres por 100.000 habitantes	1990-1992	54 (M) / 50 (F)	78 (M) / 67 (F)
Tasa de mortalidad por tumores malignos, ajustada por edad: hombres-mujeres (por 100.000 habitantes)	1990-1992	107 (M) / 88 (F)	144 (M) / 136 (F)
Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, ajustada por edad: hombres- mujeres (por 100.000 habitantes)	1990-1992	211 (M) / 223 (F)	201 (M) / 199 (F)
Tasa de mortalidad por causas externas ajustadas por edad: hombres-mujeres (por 100.000 habitantes)	1990-1992	94 (M) / 46 (F)	131 (M) / 33 (F)

Fuente: Situación de Salud en las Américas: Indicadores básicos 1996. OPS/OMS.

- (M) : Masculino.
- (F) : Femenino.

Indicadores de recursos, acceso y cobertura.  
Sistema de Salud en Cuba y Chile

Indicadores	Año	Cuba	Chile
Médicos por 10.000 habitantes	Ultimo año disponible entre 1990 y 1995	51.8	10.8
Enfermedades profesionales por 10.000 habitantes	Ultimo año disponible entre 1990 y 1995	75.2	4.2
Odontólogos por 10.000 habitantes	Ultimo año disponible entre 1990 y 1995	8.3	4.4
Camas hospitalarias por 10.000 habitantes	Ultimo año disponible entre 1992 y 1995	6.0	2.9
Gasto nacional en salud per cápita (US\$ de 1988)	1990	...	156
Gasto total en salud como % del producto interno bruto (PIB)	1990	...	6.2
Porcentaje de DPT con niños menores de 1 año	1995	100	98
Porcentaje de cobertura con antipoliomelítica oral (OPV) en niños menores de 1 año	1995	95	98%
Porcentaje de cobertura con BCG en niños menores de 1 año	1995	99	96
Porcentaje de cobertura con vacuna antisarampionosa (AS) en niños menores de 1 año	1995	100	95
Porcentaje de atención prenatal por personal capacitado	Alrededor de 1990	100	91
Porcentaje de atención al parto por personal capacitado	Ultimo año disponible entre 1990 y 1995	100	100
Porcentaje uso de anticonceptivos (mujeres, todos los medios)	Ultimo dato entre 1990 y 1994	70	20

Fuente. Situación de Salud en las Américas Indicadores básicos 1996 OPS/OMS.

- ( . ) Datos no disponibles.
- (-). Magnitud cero.

Indicadores demográficos. Cuba y Chile

Indicadores	Año	Cuba	Chile
Población total (miles)	1995	10.978	14.262
Tasa bruta anual de natalidad (por 1.000 habitantes)	1990-1995	14.8	21.9
Número anual promedio de nacimientos (miles)	1990-1995	160.8	298.0
Tasa bruta anual de mortalidad (por 1.000 habitantes)	1990-1995	7.0	5.7
Número anual promedio de defunciones (miles)	1990-1995	75.7	76.0
Tasa de crecimiento anual promedio de la población %	1990-1995	2.10	1.62
Tasa global de fecundidad	1990-1995	1.5	2.5
Porcentaje de población urbana	1995	74	84
Esperanza de vida al nacer (años): total hombres-mujeres	1990-1995	(T) 75.3 / (M) 73.5 (F) 77.3	(T) 72.0 / (M) 68.5 (F) 75.6

Fuente. Situación de Salud en las Américas Indicadores básicos 1996. OPS/OMS

- (T). Total / (M) Masculino / (F). Femenino

## Indicadores socioeconómicos en Cuba y Chile

Indicadores	Año	Cuba	Chile
Porcentaje de alfabetismo: masculino-femenino	Ultimo año disponible entre 1992 y 1994	%M 96 / %F 95	% M 95 / % F 95
Disponibilidad de calorías diarias per cápita	1992	3.192	2 582
Porcentaje de población con servicios de abastecimiento de agua potable: urbano-rural	Ultimo año disponible entre 1992 y 1995	% urbano 100 / % rural 91	% urbano 95 / % rural 73
Porcentaje de población con servicios de alcantarillado y evacuación de excretas: urbano- rural	Ultimo año disponible entre 1992 y 1995	% urbano 100 / % rural 68	% urbano 73 / % rural 13
Producto Nacional Bruto (PNB) (US\$)	1994	..	3 560
Porcentaje de crecimiento acumulado del Producto Interno Bruto (PIB)	Período 1990-1994	-41.9	27.8
Porcentaje de hogares en situación de pobreza	Ultimo año disponible entre 1990 y 1994	...	29
Razón de ingreso 20% superior / 20% inferior	Alrededor de 1990	...	10

Fuente: Situación de Salud en las Américas: Indicadores básicos 1996 OPS/OMS

• ( ). Datos no disponibles

## IV. CONCLUSIONES

## 1. Méritos

- El gran mérito de S.N.S. cubano es ser un proyecto social en sí mismo, que garantiza equidad, accesibilidad y universalidad en salud para todos los ciudadanos.
- Mostrar indicadores de salud más allá de un país subdesarrollado.
- *Concebir la salud como política de Estado*, reforzada con participación social y voluntad política.

## 2. Problemas

- El más importante es el derivado de las dificultades económicas que presenta el país en la

actualidad y su impacto en el Sistema de Atención en Salud.

## 3. Perspectivas: Difíciles

- A la situación económica social del país, deben agregarse otros propios del Sistema mismo:
- La salud tiene múltiples determinantes, las cuales no responden a la medicalización extrema del Sistema
- No hay control de la demografía médica
- La perspectiva del médico de familia es cuestionable
- La reorientación estratégica del Sistema Nacional de Salud en el nuevo momento de Reforma Sectorial del país es muy dependiente de un adecuado financiamiento.