

ARTÍCULOS ORIGINALES

Algunas evidencias cualitativas acerca de la determinación de la salud en Cuba (1989 a 2000)**Some qualitative evidences on health determination in Cuba (1989 to 2000)**

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez,^I Anai García Fariñas,^{II} Armando Rodríguez Salvá,^{III} Mariano Bonet Gorbea,^{IV} Pol de Vos,^V Patrick Van Der Stuyft^{VI}

^I Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{II} Asistente e Investigadora Agregada. Departamento de Salud Pública. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{III} Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{IV} Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^V Investigador. Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical. Antwerpen, Bélgica

^{VI} Profesor e Investigador. Instituto de Medicina Tropical. Antwerpen, Bélgica.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir cuáles fueron los factores de impacto en la determinación de la salud de los cubanos durante el período de 1989 a 2000. Se utilizó un diseño cualitativo emergente con tres técnicas básicas: la revisión de documentos, el desarrollo de entrevistas a expertos del sector salud y de otros sectores, incluida la población, y la realización de talleres de sistematización e integración de las evidencias recogidas. Entre los principales factores de impacto positivos se identificaron: las políticas estatales, el desarrollo permanente del Sistema Nacional de Salud, la reorganización de los servicios de salud, la formación de capital humano en salud y el posterior desempeño de este, y el papel de las redes de apoyo social. Entre los factores negativos se registraron el deterioro de las condiciones higiénico-ambientales, la disponibilidad de alimentos y el incremento del consumo de alcohol y productos derivados del tabaco. La voluntad política, la intersectorialidad promovida y controlada por el Estado, la cohesión social y una adecuada organización y perfeccionamiento de los servicios de salud constituyeron

las premisas básicas para mejorar o mantener los niveles de salud de la población cubana, especialmente en las condiciones existentes durante el período especial, lo que confirma el modelo teórico desarrollado previamente por los autores.

Palabras clave: Salud, determinantes de la salud, investigación cualitativa, voluntad política, acción intersectorial, cohesión social, servicios de salud.

ABSTRACT

The aim of present paper was to describe the impacting risks on the Cuban health determination during period from 1980 to 2000. We used an emergent qualitative design with three basic techniques: document review, development of interviews to health sector experts, and of other sectors, including the population, training of human beings in health, and the subsequent performance of it, and the role of social support networks. Among negative factors were the deterioration of health-environment conditions, availability of foods, and the increment of alcohol consumption and tobacco derivate products. Among the main factors of a positive impact are included: state policies, the permanent development of Health National System, reorganization of health services, training of health staff, and the subsequent performance of it, the role of social support networks. Among the negative ones are included: deterioration of hygienic-environmental conditions, foods availability, and the increase of alcohol consumption and of tobacco-derived products. Political will, inter-sectorial relations promoted and controlled by State, social cohesion, and a proper organization and improvement of Cuban health services, especially in conditions available during special period, confirming the theoretical model previously developed by authors.

Key words: Health, health determinants, qualitative research, political will, intersector action, social cohesion, health services.

INTRODUCCIÓN

Considerando que la salud pública "es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo",¹ el estudio y explicación de la salud de la población cubana, al igual que en otros países, deberá realizarse no sólo a partir del comportamiento de los tradicionales indicadores del cuadro de salud, sino que también deberá considerar el comportamiento de los factores que la determinan de acuerdo a las condiciones de cada espacio de análisis, y teniendo en cuenta las condiciones complejas en que se producen.²

Siguiendo esta lógica surge la necesidad de estudiar los determinantes de la salud de los cubanos durante la década de 1989 a 2000 (decenio de 1990), desde una perspectiva más centrada en la fenomenología y la subjetividad, y orientada a la explicación dinámica de los procesos y a la comprensión de los hechos que ocurrieron en ese período.

El llamado *período especial cubano* tuvo su origen en una serie de acontecimientos iniciados en 1989 que provocaron un impacto muy fuerte en la estructura y desarrollo de la economía cubana, y por ende en la vida económica y social del país. Baste mencionar que el producto interno bruto (PIB) decreció en los primeros 5 años del período (1989-1994) en un 35 % y las importaciones, en un 70 %. Esta situación generó un deterioro económico solo comparable al que vivieron la mayoría de las antiguas repúblicas soviéticas.³ Sin embargo, a pesar de la situación vivida en Cuba durante ese período de crisis socioeconómica, la mayoría de los indicadores de salud continuaron exhibiendo resultados satisfactorios.⁴

Durante esos críticos años se llegó a tener un impacto negativo importante en los niveles socio-económicos, los cuales influyeron sin lugar a dudas en los patrones de comportamiento de la población con respecto a la percepción del riesgo por su salud.⁵ Es necesario comprender las interacciones que ocurrieron durante ese período entre los distintos factores que determinan salud, pues los conocimientos que en la actualidad se tienen de la experiencia cubana resultan aún insuficientes.⁶⁻

El presente trabajo pretende describir cuáles fueron los factores de impacto en la determinación de la salud de los cubanos durante el período de 1989 al 2000, para contribuir a la explicación de la determinación de la salud durante el llamado *período especial cubano*. Sólo comprendiendo cómo funciona este complejo proceso de determinación de la salud, se estará en condiciones de obtener y utilizar correctamente la información necesaria para mantener y mejorar los resultados de salud aún en las condiciones más difíciles.

MÉTODOS

El tipo de información que se necesita en un estudio es lo que determina en última instancia el enfoque o paradigma que se utiliza para desarrollarlo, aunque la combinación de métodos de investigación cuantitativa y cualitativa es lo que aumenta la capacidad de comprensión y explicación de un determinado fenómeno.¹⁰

Considerando que el paradigma científico interpretativo asume de manera directa el aspecto de la subjetividad, para el desarrollo de la investigación se decidió utilizar un diseño flexible, presto para adaptar la metodología a cambios de situación y a tomar nuevas líneas de trabajo cuando los datos así lo aconsejaron.¹¹

Para el desarrollo de este estudio se decidió utilizar un diseño cualitativo emergente.¹¹ El estudio se realizó entre los años 2006 y 2008 como parte de otro estudio más generalizador, en el marco de un proyecto internacional. Se seleccionó este diseño ya que se iba a realizar en un tiempo corto, los investigadores dominaban la literatura científica, estaban actualizados en el tema, y además tenían formulada una hipótesis que explicaba el problema de estudio. No obstante, existían interrogantes concretas que movieron a buscar nuevos argumentos que validaran las hipótesis formuladas.

Se partió de un algoritmo de trabajo general que se materializó mediante 3 técnicas básicas: la revisión de documentos, el desarrollo de entrevistas a actores/informantes clave y a expertos del sector salud y otros sectores de la sociedad cubana, incluida la población, y la realización de talleres de sistematización e integración de las evidencias recogidas.

Se realizó una revisión de los documentos oficiales, técnicos, históricos y estadísticos existentes en el país con relación a lo que ocurrió en ese período, aspecto que permitió sistematizar toda la información disponible. Es importante recordar que ya se contaba con información derivada de las etapas previas del estudio conceptual, se había formulado un modelo propio o alternativo de determinación de la salud,⁶⁻⁹ se tenía información metodológica (evidencias y propuestas de técnicas y herramientas para el estudio), cuantitativa (comportamiento de los indicadores básicos del cuadro de salud y sus determinantes en el período), y analítica (comportamiento diferencial y asociativo entre variables de determinación y del estado de salud).

La revisión de documentos oficiales, técnicos, históricos y estadísticos disponibles en el país con relación a lo que aconteció en ese período, estuvo dirigida a obtener informaciones que permitieran definir las posiciones, objetivos y estrategias relacionadas con el tema estudiado, advirtiendo dónde se encontraban las contradicciones y los conflictos para poder abordarlos, buscar conexiones entre temas sensibles e integrales y elaborar un esquema del proceso de análisis. Básicamente se recogió información acerca de las causas y condiciones que propiciaron la aparición de la crisis socioeconómica de 1990 en Cuba y cuáles fueron las principales características de esa situación socioeconómica, de las principales características organizativas de los organismos de la Administración Central del Estado Cubano, las políticas y estrategias adoptadas en el país para enfrentar y paliar la crisis, y del efecto de la situación socioeconómica en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de salud y el estado de salud de la población, las políticas y estrategias adoptadas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para mantener y mejorar los indicadores del Estado de salud de la población y el impacto de estas estrategias adoptadas en el país, y en especial en el SNS y en el estado de salud de la población. Estos aspectos permitieron sistematizar toda la información a) cuantitativa (comportamiento de los indicadores básicos del cuadro de salud y sus determinantes en el período) y b) cualitativa (vivencias, argumentos, justificaciones), necesaria para conocer el grado de actualización del tema de estudio).

Posteriormente y con una serie de interrogantes y perspectivas concretas se procedió al desarrollo de las entrevistas a informantes clave. Se incluyeron en este componente a 13 líderes o expertos del sector salud y a 11 líderes de otros sectores de la sociedad, incluida la población. Esto se realizó con vistas a conocer las percepciones de estos sobre la situación vivida, las estrategias asumidas por el estado y el SNS y el impacto de estas sobre el estado de salud de la población cubana. Se trató de abarcar la gama más amplia posible de opiniones y puntos de vista, buscando conocer la realidad vivida desde diferentes posicionamientos, intereses y discursos.

Las formas de contactar con las personas para entrevistar variaron en cada caso; inicialmente, se partió de bases de datos de entidades y de contactos directos, y progresivamente se incluyeron personas recomendadas por los mismos entrevistados. El número de entrevistas se determinó por el "principio de saturación",¹¹ cuando la información fue reiterativa.

Se elaboró una guía previa con los objetivos perseguidos y temas para cubrirse en la entrevista, mediante un guión de posibles preguntas orientadoras y abiertas. Los temas fueron introducidos de la forma menos dirigida posible, para ir guiándolos progresivamente si no emergían de forma espontánea, y se dejaron para el final de la entrevista las preguntas referidas a redes sociales (relaciones entre sectores, entidades y grupos, etc.).

Finalmente se realizaron 9 talleres de sistematización e integración de las evidencias recogidas, para discutir colectivamente y de manera participativa, con expertos de todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Estos fueron médicos y enfermeros de la familia, psicólogos, economistas, salubristas, geriatras, epidemiólogos, bioestadísticos, docentes y directivos actuales y de esa época. Se utilizó como técnica principal para el análisis estratégico del comportamiento de las fuerzas y actores durante el período una técnica grupal nominal que combinó la técnica de "lluvia de ideas", para la generación y recogida de percepciones, criterios y argumentos, con la técnica de "reducción de listado" para ordenar y jerarquizar las valoraciones y propuestas derivadas de la dinámica o de la sistematización de los resultados obtenidos mediante la aplicación de las técnicas anteriores.

Mediante esta técnica el moderador solicitaba al grupo de alrededor de 20 expertos, analizar, debatir y sistematizar el comportamiento de esas variables (fuerzas y actores) en un cuadrante, y posteriormente, simplificar las problemáticas y generar consensos, evitando que se ocultaran las paradojas, contradicciones o conflictos de intereses presentes en el período. Los principales factores de determinación o impacto negativo sobre la salud de los cubanos fueron inicialmente recogidos en una gran lista, que posteriormente fue sometida a una reducción mediante la técnica de grupo nominal, y por tanto se agruparon en dos grandes grupos: a) los que se encontraban asociados al sector y servicios de salud y b) los que se encontraban asociados a otros campos o esferas de la sociedad

RESULTADOS

El impacto de la situación socioeconómica vivida durante el período de estudio sobre la población cubana fue evidente.¹² Como resultado de toda la información derivada de los talleres de sistematización e integración realizados, se pudo lograr una caracterización de los principales sucesos acontecidos en el período dentro y fuera del sector y por ende de su impacto en la salud y sus principales determinantes (factores de impacto positivo y negativo).

Los principales factores de determinación o impacto negativo sobre la salud de los cubanos que se encontraban asociados al sector o a los servicios de salud durante el período de estudio fueron:

- a) la disminución drástica de la capacidad de importación de insumos en moneda libremente convertible para el sector salud,
- b) el déficit de medicamentos y reactivos para medios diagnósticos,
- c) el deterioro de los consultorios e instituciones,
- d) la poca disponibilidad de transporte sanitario,
- e) el incremento de la lista de espera quirúrgica,
- f) la limitación del acceso a algunos servicios de salud, y
- g) la inestabilidad gerencial.

Los principales factores de determinación o impacto negativo sobre la salud de los cubanos asociados a otros sectores de la sociedad durante el período de estudio fueron:

- a) el deterioro de las condiciones higiénico ambientales,
- b) la baja cobertura de servicios eléctricos,
- c) la cobertura y calidad del agua y saneamiento,
- d) la cantidad, calidad y precios de alimentos,
- e) el acceso a jabón y sustancias detergentes,

- f) el déficit nutricional poblacional,
- g) el incremento del bajo peso al nacer,
- h) el estrés sostenido,
- i) el uso de la bicicleta como medio de transporte masivo y su asociación a accidentes de tránsito,
- j) los cambios en el régimen dietético,
- k) el incremento del consumo de alcohol y tabaco (aunque no en todas las provincias),
- l) el uso de alimentos alternativos producto del ingenio y creatividad de la mujer cubana,
- m) el empleo de preparados caseros para higiene y
- n) la cría de animales en ambientes urbanos.

Si consideramos que el análisis situacional desde una perspectiva estratégica se hace a través de planos que permiten recorrer las posibles explicaciones de los problemas en diferentes niveles de profundidad, y a través de diferentes niveles de extensión (espacios), que posibilitan analizar los problemas y sus explicaciones de acuerdo con la extensión de estos, se puede referir que los principales factores de éxito en la determinación de la salud de los cubanos durante el período de estudio se encontraron ubicados en el espacio general, abarcaron los tres planos de análisis¹³ y se manifestaron a través de una permanente voluntad y acción política, que a su vez favoreció la toma de decisiones de mantener el porcentaje del PIB y de aumentar anualmente el presupuesto nacional destinado a salud, y de la búsqueda de mecanismos y espacios que propiciaran un incremento de la intersectorialidad y de la cohesión social, aspectos que ya habían sido identificados en nuestro modelo conceptual como premisas para la determinación de la salud.

Los principales factores de éxito en la determinación de la salud de los cubanos asociados al sector o a los servicios de salud durante el período de estudio fueron: contar con un acceso universal a la salud y una cobertura de un 99,1 % de la población cubana con el Programa de la Medicina Familiar; haber descentralizado el SNS, en especial la docencia; haber realizado un ejercicio estratégico como OPD2000; los diagnósticos sectoriales realizados de conjunto con varios organismos internacionales en los sectores de salud y de agua y saneamiento; el diseño de un programa estratégico conformado por 5 estrategias (perfeccionamiento de la atención primaria, revitalización hospitalaria, desarrollo del programa nacional de medicamentos y de medicina natural y tradicional, desarrollo de la tecnología de punta y la investigación, y otras), y de 4 programas priorizados (materno infantil, adulto mayor, enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles); un fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud basado en reuniones anuales y la implementación de un documento normativo (carpeta metodológica) estuvo dirigido a la reorganización y programación operacional organizacional; la movilización de recursos para suplir el déficit presupuestario en divisas del SNS y contrarrestar el deterioro de las unidades y servicios de salud; y el desempeño esforzado y estoico del personal de la salud, fundamentalmente en la base.

Sintetizando las evidencias recogidas en este período, el proceso de reforma del sistema de salud cubano actual se desarrolló en el decenio de 1990 a partir de 3 acciones básicas:

- a) la consolidación de los logros alcanzados en la salud pública,
- b) las reformas requeridas para potencializar lo anterior y
- c) la modernización necesaria del Sistema Nacional de Salud.

Los principales factores de éxito en la determinación de la salud de los cubanos asociados a otros sectores de la sociedad durante el período de estudio fueron: contar con una experiencia de casi 30 años de participación social; el rol de las organizaciones de masas en pos de la salud; la existencia de los consejos de salud; el papel de las redes de apoyo local; el trabajo intersectorial de las comisiones gubernamentales; la adaptación a los cambios (resiliencia); la resultante en la biología humana de los cubanos de casi 40 años de programas sociales de la revolución dirigidos al fomento de la salud y el bienestar; la existencia previa de un programa de racionamiento de alimentos y productos de primera necesidad; el nivel de educación e instrucción de la población, y la priorización a mujeres, niños y ancianos.

DISCUSIÓN

Para entender el por qué de cada uno de los resultados de este estudio cualitativo, es necesario ubicarse en primer lugar en el contexto de estudio; se debe analizar qué ocurrió y cómo fue ocurriendo, qué impacto tuvo cada contingencia y cuáles acciones gubernamentales se previeron para mitigar o minimizar el impacto de cada una de las contingencias.

Durante su intervención en el acto por el 26 de julio de 1989 en Camagüey, Fidel explicó a la población y a la opinión pública internacional, las acciones que se vería obligada a asumir la Revolución ante la debacle del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo estadounidense.¹⁴

Unos meses más tarde, en marzo del 1990, Fidel¹⁵ menciona por vez primera la posibilidad de aplicar el concepto de "período especial" como alternativa para la supervivencia de la Revolución y del país, y alerta sobre la necesidad de estar preparados para lo peor. Explicó cómo incidía directamente la situación de la URSS en la economía cubana y cómo las dificultades derivadas de esa situación obligarían a declarar la etapa de excepción. Respecto al desarrollo económico agregaba que, aún en las circunstancias más difíciles, se trataría de mantener lo alcanzado y continuar con las tareas priorizadas, entre las cuales enumeró las siguientes: la salud pública, el programa alimentario, el desarrollo de las ciencias y la agricultura, entre otras.

Cuba mantuvo el principio del financiamiento totalmente público del sector salud y otros programas sociales a través del presupuesto estatal, garantizando la gratuidad de la prestación de los servicios como garantía de la cobertura y accesibilidad total. Se defendió además la concepción de que los servicios sociales son un derecho de los ciudadanos y que no se deben utilizar para redistribuir el ingreso, pues ello es función del sistema tributario. Conscientes de que el triunfo revolucionario cubano marcó el verdadero inicio de la reforma del sistema de salud como un proceso de continuo perfeccionamiento, se decidió a finales de 1995 iniciar una nueva etapa sustentada en los principios de un SNS único, equitativo, con acceso universal, gratuito y con financiamiento estatal.¹⁶⁻²⁰ Todo esto permitió que a pesar de la reducción en un 35 % del PIB en 1994 con relación a 1989, se mantuvieran los gastos del Estado cubano en salud con relación al PIB alrededor de un 7 %, lo cual no sucedió así en el resto de la América.

El programa de reajuste económico que aplicó el gobierno cubano se hizo de forma gradual, no cruenta, y con la participación de la población, por lo que no se observó una masa de desempleados y se subsidiaron a los que quedaron sin empleo, hecho sin precedentes en la economía política contemporánea, matizada por la

globalización neoliberal. Hoy Cuba puede mostrar al mundo que es posible ajustar una economía con la participación activa del Estado, sin someterse a los dictados del libre mercado y sin traicionar los intereses populares.

Sin embargo, a pesar de que esa situación socioeconómica vivida en el país llegó a tener un impacto importante en los niveles de vida de la población, y por ende en la demografía nacional, en la incorporación de patrones de comportamiento y en la percepción del riesgo a la salud por parte de la población, al analizar el comportamiento histórico de la mayoría de los indicadores de salud durante ese "período especial" se observa que no muestran un impacto negativo. Lejos de eso, algunos muestran, "paradójicamente" al decir de algunos entendidos, resultados positivos no logrados hasta ese momento en el país, o un comportamiento descendente en la serie construida para este estudio.^{21,22}

Al logro de todos estos resultados de salud, a pesar de la situación socioeconómica que imperó en el país, algunos autores lo han llamado "la paradoja de la salud en Cuba", lo cual no es otra cosa que el resultado de una adecuada organización social bajo una real voluntad política y del "decisivo papel del Estado de convertir la salud en una política de Estado y en un derecho humano de todos los ciudadanos", aspectos que sin lugar a dudas influyen decisiva y positivamente en los niveles de salud.¹²

Para entender esa llamada "paradoja sanitaria cubana" se deben considerar las premisas que sustentan el modelo cubano de determinación de la salud,⁵⁻⁷ donde se plantea que:

- La salud de la población cubana es un producto social perfectamente explicado desde un enfoque de salud y ecosistema humano y se encuentra determinado en primer lugar por la voluntad política, una sólida acción intersectorial controlada por el Estado y una fuerte cohesión social como eje de transformación del capital (desarrollo) humano en social.
- Está determinada por interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos, y por la responsabilidad que sobre ella asumen el individuo, el sector y el Estado en ese orden.
- Se encuentra asociada a la distribución del presupuesto nacional (riqueza) en la población y a los niveles de eficiencia que desarrollen los organismos en la utilización de esos recursos en pos de la salud.
- Se encuentra en estrecha relación con el grado de organización de los servicios de salud, los niveles de cobertura, oportunidad de utilización, y el manejo adecuado de la información estadística de salud y su determinación, en la formulación, implementación y evaluación de las políticas, estrategias y programas de salud.
- Las estrategias para mejorar la salud de la población cubana deben abordar un amplio rango de factores que determinan la salud, concentrando las intervenciones en la salud de toda la población en lugar de los individuos y teniendo claro que esto es una responsabilidad compartida que requiere el desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.

Para responder a esta situación se establecieron programas especiales sectoriales, intersectoriales y gubernamentales que permitieron por ejemplo que ya en 1995 se hubiese controlado el déficit nutricional de las madres y que la tasa de mortalidad infantil continuara su curva descendente. Se privilegiaron los servicios o acciones de promoción y prevención realizadas en el nivel primario de atención, incluida la

dispensarización, las visitas de terreno y la inmunización por grupos de edades, y el control sanitario internacional.

Esto fue posible gracias a una permanente voluntad política de privilegiar la inversión social, en especial la inversión en salud dirigida a una formación constante y en ascenso del capital humano y a la organización priorizada de los servicios de salud,^{4,5} lo cual se tradujo en la disponibilidad de un número siempre creciente de médicos y recursos humanos en el SNS. En los años más difíciles del período especial se multiplicó la cobertura poblacional en más de 20 000 consultorios a lo largo y ancho del país, y también en escuelas, centros de trabajo y círculos infantiles. En 1989, al comienzo del período especial, Cuba tenía el 49,6 % de su población cubierta con médicos de familia, y ya en el año 1993, uno de los más críticos de este período, la cobertura poblacional con médicos de familia alcanzaba el impresionante valor de 90,1 %. Al cierre del año 2000 esta cobertura era ya del 99,2 %.^{12,23}

Sin lugar a dudas el proceso revolucionario cubano con todas las transformaciones sociales y sanitarias realizadas en los últimos 50 años ha logrado demostrar cómo es posible obtener excelentes resultados de salud, a pesar de no tener un gran desarrollo económico, cuando existe una voluntad y una acción política consecuente con ese fin.^{24,25}

El tema de los principales factores determinantes de la salud de los cubanos en su doble dimensión nacional e internacional y en especial el rol de la voluntad política como premisa de esta relación de determinación fue retomado por un equipo multidisciplinario de científicos norteamericanos cuando señalan que "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. Aún así, el embargo de EE.UU. sobre los alimentos y el embargo de facto sobre los suministros médicos ha causado estragos en el sistema de atención primaria de la Isla. La crisis ha sido agravada por los recursos económicos generalmente escasos y por la pérdida del comercio con el Campo Socialista".²⁶

Al finalizar el período especial, como parte de una iniciativa regional de la OPS,¹ se evaluaron las funciones o servicios esenciales de la salud pública en el país, y se obtuvo como resultado que de las 11 funciones o servicios evaluados solo 1 se encuentra ligeramente (0,89) por debajo de 0,90, en una escala de 0 a 1. Las restantes 10 funciones fueron evaluadas por el grupo multidisciplinario y participativo, con una puntuación superior a 0,90 y 6 de ellas tuvieron puntuación superior a 0,96.^{12,27} Otro elemento que se debe señalar es el relacionado con la mejora observada a finales del período de estudio en casi todos los componentes del programa de enfermedades crónicas no transmisibles; salvo para la mortalidad por tumores, se cumplieron todas las metas definidas en el ejercicio estratégico OPD-2000.

Según criterios del Banco Mundial, muchos tendrían que aprender de esta voluntad política gubernamental de invertir en salud y desarrollo humano y de preservar los logros de salud, y se cómo en las condiciones socioeconómicas más difíciles, esa voluntad política se mantuvo y el SNS se continuó desarrollando para seguir haciendo realidad el sueño de "salud para todos".²⁸

A partir de los resultados obtenidos en estos talleres de sistematización e integración se obtuvieron argumentos que permiten inferir que, desde la perspectiva de los determinantes de la salud de la población en el caso cubano, la

organización social y el desarrollo permanente del sistema y los servicios de salud son los factores que parecen ejercer una mayor contribución relativa sobre los niveles de salud de la población, muy superiores que cualesquiera de los restantes factores que los determinan.^{12,29}

Conclusiones

A partir de los resultados anteriores es posible referir que durante el período estudiado la salud de la población cubana, como producto social, estuvo determinada positivamente de manera primaria por 4 pilares o premisas básicas de determinación de la salud: a) una coherente voluntad y acción política, b) un desarrollo continuo del sistema y los servicios de salud y la formación de capital humano y social, c) una sólida acción intersectorial controlada por el estado, d) la existencia de redes que propician la inserción, participación y cohesión social como eje de transformación del capital (desarrollo) humano en social, y e) el papel de la sociedad, la familia y el individuo.

Por otra parte, estuvo determinada negativamente de manera primaria por otras 3 premisas básicas: a) la desintegración de la URSS, b) la desaparición del campo socialista y por ende de sus mecanismos económicos, c) el recrudecimiento del bloqueo norteamericano contra la población cubana.

Durante el período estudiado la salud de la población cubana estuvo determinada de forma secundaria por un grupo de factores derivados o no de los 4 pilares o premisas básicas de determinación de la salud:

- el grado de organización de los servicios de salud, los niveles de cobertura (oportunidad de utilización), resolutivez y satisfacción (calidad de los servicios, y el manejo adecuado de la información estadística de salud y su determinación, en la formulación, implementación y evaluación de las políticas, estrategias y programas de salud;
- la cantidad y calidad de los recursos humanos en salud (competentes) que brindan sus servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a esa población;
- los servicios o acciones de promoción y prevención realizadas en el nivel primario de atención, incluida la dispensarización, las visitas de terreno y la inmunización por grupos de edades, y
- el control sanitario internacional sobre las nuevas y reemergentes amenazas externas que asechan a la salud.

No por gusto Fidel expresó con relación al rol de los recursos humanos del sector en esa etapa en el logro de los resultados de salud: "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?"³⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de la Salud Pública en Iniciativa de Salud en Las Américas. OPS: Washington, DC; 2002

2. Rojas Ochoa FR, López Pardo CM, Silva Ayzaguer LC. Indicadores de salud y bienestar en municipios saludables. Vicerrectoría de Investigaciones, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1994.
3. Centro Información para la Prensa. Cuba: Período Especial. [monografía en Internet]. Disponible en: http://www.cip.cu/webcip/libros/p_especial/p_especial.html
4. Ministerio de Salud Pública. Discursos del Ministro de Salud Pública de Cuba. 1995-2000. [monografía en Internet]. Ciudad de la Habana, 2006. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/discursos/indice.html>
5. Álvarez AG, García A. Los servicios de salud como factor determinante de la salud de la población cubana en los años noventa. Mesa redonda presentada en el Congreso Higiene y Epidemiología. Octubre de 2007. La Habana, Cuba.
6. Álvarez AG. La determinación de la salud en Cuba. Algunas lecciones aprendidas. Conferencia en el taller "Intersectorialidad en la producción social de salud: intercambio de perspectivas y experiencias para la orientación de un programa de investigación Cuba-Canada". 17 al 19 de febrero de 2008. La Habana, Cuba.
7. Álvarez AG, García A, Bonet MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev. Cubana de Salud Pública. [serie en Internet]. 2007; 33(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu13207.htm
8. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet MH. Voluntad política y acción intersectorial; Premisas claves para la determinación social de la salud en Cuba. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología. [serie en línea]. 2007; 45(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hiesu207.html
9. Romero M, Álvarez M, Álvarez AG. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. Rev. Cubana de Higiene y Epidemiología. [serie en línea]. 2007; 45(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hiesu207.html
10. Álvarez A. Investigación Cualitativa. ECIMED: La Habana; 2007
11. Universitas/Cuba-PNUD/PDHL. Antología preparada para el primer curso diplomado en desarrollo humano local, género, infancia, población y salud. La Habana, Universidad de La Habana-Universitas/Cuba- PNUD/PDHL, 2006.
12. Álvarez AG, García A. Los servicios de salud como factor determinante de la salud de la población cubana en los años noventa". [Mesa redonda presentada en el Congreso Higiene y Epidemiología]. Octubre de 2007; La Habana, Cuba.
13. Álvarez AS, Álvarez AG. Planificación Estratégica de Intervenciones en Salud. ENSAP. ECIMED: La Habana; 1998.
14. Castro F. Discurso por el XXXVI Aniversario del Asalto al Cuartel Moncada. Socialismo, Ciencia del Ejemplo. Editora Política: La Habana; 1989, p. 2.
15. _____. Discurso en la clausura del V Congreso de la FMC. 7 de marzo 1990. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>

16. Ministerio de Salud Pública. Discursos del Ministro de Salud Pública de Cuba. 1995-2000. [monografía en Internet]. Ciudad de la Habana, 2006. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/discursos/indice.html>
17. Ministerio de Salud Pública/OPS. Análisis del Sector Salud en Cuba. MINSAP: Ciudad de la Habana; 1996.
18. Ministerio de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud. Políticas, Estrategias y Programas. MINSAP: Ciudad de la Habana; 1998.
19. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica del MINSAP. MINSAP: La Habana; 1996.
20. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica del MINSAP para la Atención Primaria de Salud. MINSAP: La Habana; 1996.
21. De Vos P. No one left abandoned: Cuba's national health system since the 1959 revolution. *International Journal of Health Services*. 2005;35(1):189-207.
22. De Vos P, Murlá P, Rodríguez A, Bonet M, Mas P, Van der Stuyft P. Shifting the demand for emergency care in Cuba's health system. *Social Science & Medicine*. 2004;60:609-16.
23. De la Torre Montejo E. Salud para todos sí es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública: La Habana; 2005.
24. Evans RG. Thomas McKeown, meet Fidel Castro: Physicians, Population Health and the Cuban Paradox. *Health Care Policy*. 2008;3(4).
25. Evans RG. The Determinants of the Health of Populations: Very Preliminary Impressions of the Cuban Experience. Conference in the Workshop "Intersectorality in the Social Production of Health: Sharing perspectives and experiences to orient a Cuba-Canada Research Program". February 17-19, 2008. Havana, Cuba.
26. American Association for World Health. Impact of the US Embargo on Health and Nutrition in Cuba. USA: AAWH; 1997.
27. Álvarez AG, Pagliccia N. La experiencia de Cuba en los logros en salud pública y equidad. Mesa Redonda presentada en el panel: Building alternative health models in the Americas: The significance of Cuba's achievements and emerging new initiatives. CALACS, 4-7 June 2008. At the Crossroads of Empire. Vancouver, BC.
28. Lobe J. Learn from Cuba, says World Bank. *Third World Network Service*. 2001;April 30.
29. Álvarez AG. La determinación de la salud en Cuba. Algunas lecciones aprendidas. Conference in the Workshop "Intersectorality in the Social Production of Health: Sharing perspectives and experiences to orient a Cuba-Canada Research Program". February 17-19, 2008. Havana, Cuba.
30. Castro F. Intervención en la Clausura del Primer Congreso de Medicina Familiar. Palacio de las Convenciones. La Habana. Cuba. 30 de junio de 1994. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/>

Adolfo Gerardo Álvarez Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta núm. 1158, entre Llinás y Clavel, Centro Habana. La Habana, Cuba. CP 1300.
Correos electrónicos: adolfo@nhem.sld.cu y alvareza@infomed.sld.cu