
CUBA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La situación nacional de Cuba desde 1989 se caracteriza sobre todo por una profunda crisis económica que afectó prácticamente a todas las esferas de la vida del país. Para tener una idea de la gravedad de la crisis, basta señalar que entre 1989 y 1993 el producto interno bruto (PIB) cubano cayó 35% y las exportaciones descendieron 75%. Los dos factores determinantes de la crisis son bien conocidos. Por una parte, la desaparición de la Unión Soviética y del campo socialista, con quienes Cuba había sostenido 85% de su intercambio comercial hasta 1989, y por otra el bloqueo económico impuesto por el Gobierno de los Estados Unidos de América a Cuba desde hace más de 30 años, recrudescido en 1996 con la aprobación de la denominada ley Helms-Burton, dirigida a impedir las inversiones extranjeras en Cuba y a limitar fuertemente el intercambio comercial con el exterior.

Ante esta nueva situación, el Gobierno ha tomado una serie de medidas de ajuste y reestructuración tendientes a frenar el deterioro y reanimar la economía. El proceso cubano se propone lograr sostenibilidad y eficiencia sin renunciar a las conquistas sociales de la Revolución, preservar lo más posible los niveles de equidad alcanzados y evitar el desamparo y el desempleo forzoso.

Entre las medidas dispuestas se destaca el fomento de la colaboración económica internacional y una mayor apertura a la inversión de capitales extranjeros; la creación de mercados libres, agropecuarios e industriales, que funcionen sobre la base de la oferta y la demanda; la expansión del trabajo por cuenta propia o iniciativa privada; el desarrollo de nuevas formas cooperativas de producción agropecuaria; la introducción de un amplio sistema impositivo que grava la actividad privada y estatal; la reducción progresiva de los subsidios a

empresas estatales; la consolidación del sistema de distribución racionada a precios subsidiados, con énfasis en los grupos más vulnerables; la reducción del aparato central del Estado y el fortalecimiento de la descentralización, y la reforma y modernización de los sistemas financiero, bancario y empresarial.

Por otra parte, al incremento de la producción y la capacidad exportadora de renglones tradicionales como el azúcar, el níquel, la pesca, el cemento y el tabaco, se ha unido el desarrollo de nuevos sectores con amplio potencial para generar divisas, como el turismo, la minería, la biotecnología y las industrias farmacéutica, electrónica y azucarera.

En 1994 se revertió la tendencia descendente de la economía registrándose un modesto crecimiento (0,7%) del PIB; en 1995 el crecimiento fue de 2,5%, y en 1996 se produjo un significativo crecimiento de 7,8%. En 1996, el PIB per cápita aumentó 7,5%, se elevaron el salario medio y los ingresos de la población y mejoró la distribución del ingreso. Entre otros indicadores positivos, cabe señalar que el déficit presupuestario disminuyó a 2,4% del PIB (33% en 1992 y 3,6% en 1995), las exportaciones totales crecieron 33%, la productividad laboral aumentó 8,5%, las inversiones ejecutadas crecieron 54%, el consumo personal subió 4%, y el consumo social y del Gobierno aumentaron 4% y 2% respectivamente. La cotización del peso frente al dólar estadounidense, que promedió los 60 pesos en 1994, y 32,1 pesos en 1995, llegó a 19,2 pesos en 1996, lo que habla de la revaluación paulatina de la moneda nacional. Aunque se considera que se ha revertido la tendencia negativa y se está en presencia de un crecimiento, la economía cubana se desempeña en condiciones difíciles por los términos desfavorables de los créditos externos, que fijan altas tasas de interés a corto plazo.

En lo político, se destacan las acciones dirigidas a profundizar la descentralización del Estado (incluido el Sistema Nacional de Salud) y de los sectores económicos; a promover y

desarrollar la participación popular en los procesos decisivos en todos los niveles mediante el desarrollo de las instancias de base de la estructura del Estado representadas por los consejos populares y los gobiernos municipales, y a fortalecer el Parlamento y sus comisiones, entre ellas las de salud, deporte y medio ambiente, en su calidad de órgano legislativo del Estado.

El país está enfrascado en el proceso de elecciones generales que se lleva a cabo desde junio de 1997 durante ocho meses y en el que la población elige mediante el voto libre y secreto a los delegados a las asambleas municipales y provinciales, y a los diputados a la Asamblea Nacional del Poder Popular.

Al 30 de junio de 1996 la población proyectada era de 11.005.866 habitantes y la densidad de población, 99,3 habitantes por km². La natalidad experimentó un descenso constante hasta alcanzar una tasa de 12,7 en 1996, con una reducción de alrededor de 30% en el decenio. En correspondencia, se mantuvo la disminución de los niveles de fecundidad. La tasa general de fecundidad se redujo de 66,1 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en 1985 a 46,7 en 1996. El grupo de población de 60 años de edad en adelante siguió aumentando en términos absolutos y proporcionales y en 1996 representaba 12,7% de la población. En 1992, los menores de 15 años constituían 22,4% de la población y en 1996, 22,0%. La tasa general de mortalidad era de 7,0 por 1.000 habitantes en 1992 (la más alta del período 1986–1992) y de 7,2 en 1996. La esperanza de vida al nacer proyectada para el quinquenio 1995–2000 es de 75,48 para ambos sexos, 73,56 para los hombres y 77,51 para las mujeres.

De una importante participación en la mortalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias hace 30 años, hay ahora un franco predominio de defunciones por enfermedades crónicas, degenerativas y accidentes. Las primeras causas de muerte para todas las edades fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes. Estas cuatro causas son responsables de 65% del total de las defunciones.

Desde el punto de vista político-administrativo, el país se organiza en 14 provincias y un municipio especial (Isla de la Juventud). El volumen de los asentamientos poblacionales en estos territorios varía de uno a otro entre medio millón y 1 millón de habitantes, excepto la ciudad de La Habana, donde viven algo más de 2 millones, e Isla de la Juventud, que cuenta con 77.429 habitantes. La población urbana ha aumentado de 69,0% en 1981 a 74,5 en 1995, según estimaciones intercensales de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba. La población menor de 15 años en las zonas rurales es proporcionalmente superior a la de las zonas urbanas (24,3% y 21,5% respectivamente). Lo inverso sucede con la población de 15 a 59 años (64,2% y 65,4% respectivamente) y de 60 años y más (11,5% y 13,2% respectivamente).

Mortalidad

El análisis de la estructura de la mortalidad por seis grandes grupos de causas según estratos urbanos y rurales en 1996 muestra las mayores tasas ajustadas de mortalidad en las zonas urbana, rural-urbana y rural, con tasas de 649,1, 617,4 y 490,6 por 100.000 habitantes respectivamente y una razón de mortalidad de 1,3 entre la tasa mayor y la menor. En general, este comportamiento se reproduce en todos los grupos, a excepción de las enfermedades originadas en el período perinatal y las muertes violentas, que presentan las mayores tasas en la zona rural-urbana. Datos provisionales de 1996 indican que las tasas de mortalidad por cinco grandes grupos de causas son las enfermedades del aparato circulatorio (311,4 por 100.000 habitantes); los tumores (141,0); las causas externas (79,3); las enfermedades infecciosas y parasitarias (51,4) y todas las demás causas (136,4).

La mortalidad general desde hace años se caracteriza por una amplia predominancia de las causas de muerte asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles. Siguieron aumentando en forma progresiva las tasas de mortalidad por diabetes: 9,9 en 1970, 11,1 en 1980 y 23,4 en 1996, con predominio en el sexo femenino.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La mortalidad perinatal ha experimentado un descenso significativo de 14,2 por 1.000 nacidos vivos en 1992 a 12,4 en 1996, con una disminución de 13% de la tasa en el período. La estructura causal del componente neonatal ha mostrado poca variación, manteniéndose la hipoxia, la asfixia y otras afecciones respiratorias entre los primeros lugares.

El bajo peso al nacer, luego de un descenso sostenido hasta 1989, año en que se logró un índice de 7,3%, inició un ascenso hasta 1993, cuando alcanzó un índice de 9,0. Después de la revisión y actualización del programa nacional de control y prevención del bajo peso al nacer, se logró nuevamente en 1996 un índice de 7,3%. Este comportamiento ha sido similar en todas las provincias del país.

La mortalidad infantil en 1992 representó 2,1% de las muertes para todas las edades y en 1996 se redujo a 1,4%. Las cinco primeras causas de mortalidad de los menores de 1 año agruparon en 1996 alrededor de 83% de las muertes infantiles. El mayor peso le correspondió a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, con una tasa de 3,2 por 1.000 nacidos vivos, seguidas de las anomalías congénitas, con una tasa de 2,1, y la sepsis, la influenza y neumonía, y los acciden-

tes, con tasas de 0,5, 0,3, y 0,3 respectivamente. Estas tres últimas causas muestran, además, una franca disminución.

La mortalidad infantil continúa descendiendo: de una tasa de 10,2 por 1.000 nacidos vivos en 1992 pasó a una de 7,9 en 1996. En 1996 las tasas se movieron entre 9,7 y 6,0 en las provincias occidentales, mientras que en las orientales pasaron de 9,2 a 7,6. De las cinco provincias del centro-este del país (Villa Clara, Cienfuegos, Sancti Spiritus, Ciego de Ávila y Camagüey) Camagüey y Villa Clara tuvieron las tasas más bajas, con 5,4 y 5,9 respectivamente. Las tasas provinciales mayores y menores registradas en 1990 fueron de 13,6 y 7,6 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en 1996 fueron de 10,3 y 5,1, lo que confirma la tendencia descendente de las tasas en el país.

La mortalidad por todas las causas en el grupo de 1 a 4 años se ha mantenido en el último quinquenio entre 0,6 y 0,7 muertes por 1.000 habitantes de esa edad. Las principales cinco causas de muerte para este grupo de edad son en primer lugar los accidentes, con tasas de 1,9 por 10.000 habitantes en 1996; en segundo y tercer lugar los tumores malignos y las anomalías congénitas, con tasas de 0,6 y 0,8 respectivamente. La neumonía, que a comienzos de los años ochenta constituía la segunda causa de muerte en la edad preescolar, en 1996 fue desplazada al cuarto lugar. El quinto lugar corresponde a las meningitis, con una tasa de 0,2 por 10.000 habitantes.

La tasa bruta de mortalidad por todas las causas en el grupo de 5 a 14 años, que es el de más baja mortalidad nacional, se mantuvo desde 1987 en 0,4 defunciones por 1.000 habitantes de esa edad, y en 1996 fue de 0,3. La principal causa de muerte fueron los accidentes, con tasas de 14,7 en 1992, 17,0 en 1994 y 14,8 en 1996. En este último año, los accidentes ocasionaron 14,8 defunciones por 100.000 niños de ese grupo de edad (242 defunciones), lo que representa aproximadamente 44,8% de todas las muertes ocurridas en este grupo de edad y más del doble (60%) de las que produjeron las cuatro causas que le siguieron en conjunto: tumores malignos 4,9 (80 defunciones), anomalías congénitas 2,8 (45 defunciones), influenza y neumonía 1,0 (16 defunciones) y enfermedades del corazón 0,9 (15 defunciones). Los accidentes constituyeron la primera causa de muerte en el grupo de 5 a 14 años y representaron 38,8% de las defunciones en esa franja de edad, cifra superior a la alcanzada en 1992, que fue de 34,5%. Dentro de esta causa, las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP) por accidentes del transporte alcanzan cifras de 73,4 y 36,7 por 100.000 habitantes para los grupos de edad de 1 a 4 y de 5 a 14 años, con predominio del sexo masculino.

La salud del adolescente y del adulto

Los accidentes se mantienen como la primera causa de muerte hasta los 49 años de edad, con una tasa de 38,9 por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 49 años en 1996, algo

superior a la de 1992, que fue de 37,9, y constituyen uno de los principales problemas de salud en los adolescentes y adultos jóvenes. Otros problemas importantes en estos dos grupos fueron la elevada incidencia de enfermedades de transmisión sexual y el incremento de la hepatitis viral tipo A, cuya tasa varió de 161,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 217,0 en 1996.

La tasa bruta de mortalidad por todas las causas en el grupo de 15 a 49 años fue de 1,7 por 1.000 habitantes en 1996. La primera causa de muerte en 1996 fueron los accidentes, que ocasionaron 20,4% de las defunciones de este grupo de edad; los tumores malignos se mantuvieron en segundo lugar, igual que en 1992, con una tasa de 28,8 por 100.000 habitantes; las enfermedades del corazón ocuparon el tercer lugar, con una tasa de 20,4, y el suicidio y lesiones autoinfligidas y el homicidio constituyeron la cuarta y quinta causa, con tasas de 18,2 y 10,2 respectivamente.

La salud de la mujer

La presencia femenina en la fuerza laboral estatal creció de 669.100 mujeres en 1975 a 1.429.900 en 1990, cifra esta última que representa 40% de los trabajadores del país de ese año. La atención de la salud de la mujer y del niño constituye una alta prioridad para la salud pública, que enmarca sus acciones en el Programa de Atención Materno Infantil.

El promedio de consultas durante el embarazo aumentó de 17,2 en 1992 a 23,6 en 1996. Las consultas de puericultura aumentaron de 13,4 por niño menor de 1 año en 1992 a 23,5 en 1996, las que, unidas a las de pediatría elevan a 35,0 las consultas promedio en 1996 por menor de 1 año.

El aborto inducido descendió de 70,0 por 100 partos en 1992 a 59,4 en 1996. El Programa de Planificación Familiar busca incrementar el uso de anticonceptivos en calidad y variedad. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se estima en 79%. La mortalidad de la mujer como consecuencia del embarazo, el parto y el puerperio fue de 3,3 por 10.000 nacidos vivos en 1992 y disminuyó a 2,4 en 1996.

La mortalidad por todas las causas en el grupo de 50 a 64 años fue de 8,4 por 1.000 habitantes en 1996. Las cinco primeras causas de muerte fueron los tumores malignos, con una tasa de 236,8 por 100.000 habitantes, las enfermedades del corazón, con 222,3, y las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y la diabetes mellitus, con tasas de 79,2; 42,2 y 38,9 respectivamente.

La salud del adulto mayor

En 1996, 84,7% de las defunciones ocurrieron en personas de 50 años y más. Las defunciones en mayores de 60 años re-

presentan 76,3% del total de muertes, y en adultos de 65 años y más, 68,9%. Las caídas accidentales en la población de 60 años y más muestran una tendencia creciente en ambos sexos, y son más frecuentes entre las mujeres.

La mortalidad por todas las causas en el grupo de 65 años y más fue de 54,9 por 1.000 habitantes en 1996. Las cinco principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, con una tasa de 1.803,9 por 100.000 habitantes, los tumores malignos (968,0), las enfermedades cerebrovasculares (631,3), la influenza y neumonía (378,6) y las enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares (330,2).

En 1996, y en comparación con el año anterior, la morbilidad por enfermedades transmisibles en los adultos mayores se redujo y las enfermedades diarreicas agudas disminuyeron 6%; solo aumentaron las atenciones médicas por infecciones respiratorias agudas, que presentaron una tasa de 2.821,7 por 100.000 habitantes. En 1996, la incidencia de tuberculosis también disminuyó comparada con la de 1995, aunque este grupo aún presenta proporcionalmente la mayor incidencia.

La salud de los trabajadores

La situación socioeconómica del país influyó en la actividad de los trabajadores. En una primera fase, disminuyeron algunos riesgos por la paralización de algunas labores, lo que produjo la disminución de los accidentes, sobre todo de los mortales, y el aumento de otros riesgos motivados por cambios de labor, reinserción y redefinición de tareas en fábricas y otros centros laborales. La reorientación de muchas actividades hacia la agricultura y el aumento del trabajo por cuenta propia son situaciones nuevas que deberá enfrentar la Salud Pública en términos de protección de la salud de los trabajadores. Las principales enfermedades profesionales vinculadas con elementos urbanísticos e industriales son la hipoacusia por exceso de ruido y las dermatosis.

La tendencia de los accidentes laborales es descendente. Su incidencia disminuyó comparativamente en los años 1992 y 1995 de 8,2 a 5,3 por 1.000 trabajadores. Durante 1995 se produjeron 20.805 lesiones incapacitantes, 33.000 menos que en 1992, y los accidentes mortales se redujeron en 72 defunciones. De las defunciones, 70% se produjeron en hombres y las edades más frecuentes fueron las comprendidas entre los 21 y los 40 años.

Para la atención de los trabajadores, se unen a la red Nacional de Higiene y Epidemiología 2.217 médicos especialistas de medicina general integral ubicados en industrias y otros centros laborales, lo que contribuye a consolidar la atención primaria de la salud de los trabajadores con un enfoque preventivo promocional en el que la evaluación de riesgos constituye un elemento central.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

La incidencia de las enfermedades infecciosas intestinales se ha incrementado en los últimos años debido a la influencia de las condiciones ambientales y de la situación higiénico-sanitaria. Entre 1989 y 1996, la morbilidad por hepatitis A se incrementó de 24,5 a 189,0 por 100.000 habitantes. En 1996 se notificaron 90,9 atenciones médicas por enfermedad diarreica aguda por 1.000 habitantes. La fiebre tifoidea presentó un incremento de la morbilidad en el período 1989–1996, pasando de 0,5 a 0,7 por 100.000 habitantes a nivel nacional. La tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, una parte de las cuales son de origen infeccioso, experimentó un incremento de 4,2 por 100.000 habitantes en 1992 a 5,0 en 1996, lo que representa 0,7% del total de las defunciones.

Se han tomado las medidas necesarias para controlar esta situación, tarea a la que se asigna una alta prioridad en el sistema de salud. Se sigue realizando un exigente trabajo de fortalecimiento del sistema de vigilancia ante la amenaza permanente de la aparición del cólera, para evitar su diseminación y la creación de eventuales condiciones epidémicas. Hasta el momento, no se ha informado ningún caso de cólera en el país.

Enfermedades inmunoprevenibles. Se registraron cinco casos de tétanos en 1992 y cuatro en 1996. El efecto del sistema de cobertura inmunitaria cubano se refleja en la eliminación de tres enfermedades: la poliomielitis, la difteria y el sarampión, la supresión de dos formas graves: la meningitis tuberculosa y el tétanos neonatal, y la desaparición de dos complicaciones graves: la meningitis posparotiditis y el síndrome de la rubéola congénita. El sarampión, con 15 casos en 1992, no registra ninguno desde 1994. No se han presentado casos de rubéola y parotiditis en 1996. El nivel de cobertura para casi todas las afecciones inmunoprevenibles es satisfactorio, con más de 95% a nivel nacional. El país se ha propuesto inmunizar a toda la población menor de 20 años contra la hepatitis B para el año 2000.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias, en particular las agudas y de curso corto, constituyen por amplio margen las primeras causas de morbilidad en el país. Relativamente benignas y de muy baja letalidad, su elevada incidencia se refleja, sin embargo, en ausencias laborales y en una elevada cantidad de consultas médicas. Alrededor de 60% de las consultas se brindan a menores de 15 años, y de estos, 41,7% al grupo de 1 a 4 años. En 1996 el número total de consultas por esta causa fue de aproximadamente 5 millones. En los últimos tres años ha aumentado el número de lac-

tantes y preescolares afectados, así como el de mayores de 60 años.

Tuberculosis. La tuberculosis constituía la primera causa de muerte en el país a principios de siglo. En 1961 se encontraba entre las primeras 10 causas de muerte. La disminución de la mortalidad y morbilidad por esta enfermedad experimentada en todo el país en el decenio de 1980 hizo descender la tasa de incidencia a 5,1 por 100.000 habitantes en 1990. Sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento del número de casos, con tasas de incidencia de 12,0, 14,2 y 13,3 en 1994, 1995 y 1996 respectivamente. Se observa el predominio de la enfermedad en las personas de 65 años y más y en la localización pulmonar, con una tasa total para este grupo de edad de 38,9 por 100.000 habitantes, 35,0 para la localización pulmonar y 3,9 para la extrapulmonar en 1996. En 1994 se revitalizaron las acciones del Programa de Prevención y Control. Actualmente se observa una mejoría en la detección y el diagnóstico en la mayoría de las provincias, que presentan una ligera disminución de la incidencia.

Lepra. Desde 1989 se produjo una reducción mantenida de la tasa de prevalencia de lepra, que en 1993 alcanzó valores inferiores a 1 por 10.000 habitantes. Durante 1994, la tasa de prevalencia fue de 0,7 y en 1995 descendió a 0,62 por 10.000 habitantes. En 1996 fue de 0,57, y puede considerarse que comienza a producirse una estabilización entre los casos nuevos detectados y los que concluyen el tratamiento. No obstante, al cierre de 1996, cuatro provincias, tres de ellas pertenecientes a la región oriental del país, presentan tasas superiores a 1 por 10.000 habitantes. Los indicadores para medir el nivel de transmisión muestran elementos que hablan de su lenta disminución; por sus niveles actuales, se puede pensar que la enfermedad ya no constituye un problema de salud pública.

Enfermedades transmitidas por vectores. No se han informado casos autóctonos de malaria en el período 1992–1996. En cuanto al dengue, no hubo transmisión autóctona entre octubre de 1981 y diciembre de 1996. Desde enero de 1997 se comunicaron casos de dengue en la región más oriental del país, en el municipio de Santiago de Cuba. Se confirmaron mediante pruebas serológicas 2.946 casos, de los que 205 presentaban el dengue hemorrágico. La morbilidad en niños fue muy baja y solo se registró un caso de dengue en su forma hemorrágica. Hubo 12 defunciones, todas en adultos. El serotipo 2 genotipo Jamaica se identificó como agente etiológico del brote. La transmisión se produjo con índices de infestación inferiores a 2%.

Zoonosis. La leptospirosis, que presentaba una tendencia ascendente desde 1986, alcanzó su incidencia más alta en 1994 (25,8 por 100.000 habitantes), año epidémico a partir

del cual se produjo un marcado descenso, producto de acciones de control y prevención de la enfermedad realizadas en todo el país. Las acciones emprendidas, dirigidas sobre todo a la protección de los grupos de riesgo, incluyeron la vacunación y la quimioprofilaxis, el saneamiento ambiental, el mejoramiento de la calidad del diagnóstico y la lucha antivectorial contra roedores. En 1996 se redujo la incidencia a 12,9 por 100.000 habitantes. Estas actividades se mantienen en la actualidad.

Después de un silencio epidemiológico de 10 años, sin casos de rabia humana, en 1988 se notificó la enfermedad. Desde esa fecha hasta 1995 se registraron seis casos mortales de rabia humana. En 1996 no se informó ningún caso. De los casos comunicados, cinco fueron transmitidos por murciélagos no hematófagos y uno, por gato salvaje. No hubo en el período brotes importantes de rabia canina. En 1996 se notificaron 30.202 personas mordidas por animales, fundamentalmente por perros.

Pediculosis y escabiosis. Desde mediados de 1994 se detectó un inusitado aumento de atenciones médicas por pediculosis y escabiosis. Esta situación se hizo más evidente en 1995, por lo que se estableció un Plan de Acción Emergente que comenzó a aplicarse en 1996. La estrategia básica estuvo dirigida al diagnóstico rápido y tratamiento adecuado, control de focos, búsqueda activa de casos, educación permanente y participación de la comunidad, así como al aseguramiento de una adecuada disponibilidad de medicamentos. En esta labor participaron varias instituciones y organismos, pero resultó decisivo el trabajo conjunto de los Ministerios de Educación y Salud Pública. Como resultado de este esfuerzo, y a pesar de un mejor sistema de diagnóstico y búsqueda activa, se logró reducir en más de 5% las atenciones médicas y en 23% los brotes por estas afecciones. La disminución fue más marcada en instituciones educacionales, donde se presentaba la mayor proporción de casos.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde los inicios del programa de detección seroepidemiológica en 1986 hasta el cierre del año 1996 se han detectado 1.468 personas infectadas por el VIH, de las cuales han enfermado 534 y han muerto 381. La distribución por sexo muestra un predominio en los hombres y, dentro de ellos, se observa una mayor proporción entre los que tienen una conducta homo-bisexual (65%). El grupo de edad de 15 a 19 años es el que presenta la mayor incidencia, seguido por el de 20 a 24 años. La mayoría de los casos adquirieron la infección en Cuba y poco más de 15% en el extranjero. En la detección activa según los grupos de estudio se destacan en primer lugar los contactos de seropositivos al VIH (33,7%), los enfermos de enfermedades de transmisión sexual (15%) y los reclusos (14,1%). La estrategia cubana de atención a este problema de salud abarca el estudio

de los grupos de mayor riesgo, el estudio epidemiológico de 100% de los casos, el análisis del ingreso hospitalario (al que se incorpora el sistema de atención ambulatoria desde 1993) y un amplio programa de educación para la salud a la población general.

Las tasas de notificación de las enfermedades de transmisión sexual presentan una tendencia ascendente, fundamentalmente la sífilis y la blenorragia, que en 1996 mostraron tasas de 143,7 y 368,7 por 100.000 habitantes respectivamente. En la actualidad se trabaja en el perfeccionamiento del programa de prevención y control, dirigido a mejorar las actividades de diagnóstico y notificación de casos, así como a realizar acciones educativas y de promoción de conductas sexuales sanas.

Síndromes neurológicos infecciosos. La enfermedad meningocócica continúa disminuyendo después del inicio de la vacunación en el país en 1986. En 1989 la tasa de incidencia fue de 3,8 por 100.000 habitantes, y en 1996 descendió a 0,5 por 100.000 habitantes. Otras meningoencefalitis bacterianas presentan niveles endémicos de morbilidad en el país. Las meningoencefalitis virales mostraron un aumento epidémico en 1995, que se extendió hasta los primeros meses de 1996. En las muestras estudiadas se identificaron tres tipos de enterovirus: Coxsackie A9, Echo 30 y Coxsackie B5.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

En los últimos 20 años se destaca la importancia relativa de las denominadas enfermedades no transmisibles y de las lesiones por violencia, que aportan las primeras causas de muerte para todas las edades. La mayor proporción de años potenciales de vida perdidos (APVP), en los grupos de 1 a 64 años, depende sobre todo de tres problemas: accidentes, tumores malignos y enfermedades del corazón, con tasas de 10,3, 7,3 y 5,5 por 1.000 habitantes respectivamente.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el país, con una tasa bruta de 205,9 por 100.000 habitantes en 1996, y aunque representa un incremento en comparación con 1989 (189,3 por 100.000 habitantes), la tendencia según tasas ajustadas por edad es descendente. El principal componente es el infarto agudo del miocardio, con una tasa de 112,7 (más de 50% del total de muertes por esta causa). El mayor riesgo de morir por enfermedades del corazón correspondió al sexo masculino, con una tasa de 222,2 en 1996, mientras que la tasa en el sexo femenino fue de 189,4 por 100.000 habitantes. Cuando se calcula la mortalidad por los seis grandes grupos de causas, estas enfermedades quedan incluidas en el

grupo de las del aparato circulatorio, cuyas mayores tasas se observan en el grupo de población de 65 años y más y en el de 40 a 64 años de edad, con tasas de 2.776,6 y 205,5 por 100.000 habitantes respectivamente.

Se observa una ligera sobremortalidad masculina, más evidente para la cardiopatía isquémica aguda, en la que el riesgo de morir por infarto agudo del miocardio es más alto para los hombres que para las mujeres (razón hombre/mujer: 1,3). La mayor cantidad de defunciones se produjo entre los mayores de 65 años, que aportan alrededor de 85% de las muertes por estas enfermedades.

La enfermedad cerebrovascular constituye la tercera causa de muerte desde hace varios años y en 1996 presentó una tasa bruta de 72,7 por 100.000 habitantes, superior a la registrada en 1989 (64,3 por 100.000). No obstante, la tendencia según tasas estandarizadas es descendente. En 1989 los hombres superaban a las mujeres según las tasas de mortalidad para ambos sexos, pero en 1996 la razón hombre/mujer fue de 0,9. El 79,5% de los muertos sobrepasan los 65 años de edad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la tensión arterial media de la población de Cuba, comparada con la de otros países, está en valores medios a bajos. De mantenerse o reducirse estos niveles, podría producirse una influencia benéfica en la población en el mediano y largo plazo, al disminuir las enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. La prevalencia de hipertensión arterial es similar a la de otros países, pero con cifras altas: 30,6%, es decir que uno de cada tres cubanos de 15 años o más es hipertenso. En la encuesta nacional de factores de riesgo realizada en 1995 se detectó 12% de nuevos hipertensos. Del total de enfermos conocidos solo se mantenían controlados 45,2% de los entrevistados.

Tumores malignos. En los últimos 26 años los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte para todos los grupos de edad. La tasa bruta se incrementó de 128,8 por 100.000 habitantes en 1990 a 137,3 por 100.000 habitantes en 1996; sin embargo, en la tasa ajustada se observa una reducción de 116,6 a 111,0 por 100.000 habitantes en los mismos años. Las defunciones por esta causa varían según el sexo; las tasas por 100.000 habitantes son de 156,1 para los varones y 118,3 para las mujeres. Los grupos de edades de 50 a 64 años y de 65 años y más presentan las mayores tasas. Las tasas de mortalidad ajustadas por estratos muestran predominio en la zona urbana, con tasas por 100.000 habitantes de 121,5, seguida por la zona rural-urbana (117,3) y la rural (94,5). Los APVP por 1.000 habitantes de 1 a 64 años mantienen límites entre 6,7 y 7,6 desde 1980 hasta 1996.

La incidencia de cáncer en todas las localizaciones disminuyó en el trienio 1992-1994, tanto en la tasa bruta como en la ajustada. Esta última varió de 176,8 en 1992 a 159,2 por 100.000 habitantes en 1994. La incidencia por sexo dismi-

nuyó, más marcadamente en las mujeres que presentaron tasas de 164,7 y 142,2 por 100.000 habitantes para 1992 y 1994. En los hombres las tasas variaron de 189,8 a 177,9 por 100.000 habitantes en los mismos años.

En el período 1985–1983, las cinco localizaciones más frecuentes fueron el pulmón, la próstata, la piel, la vejiga y el colon para los hombres, y la mama, la piel, el cuello del útero, el pulmón y el colon para las mujeres. Comparativamente, en los trienios 1988–1990 y 1991–1993 solo aumentaron las tasas ajustadas, el cáncer de colon entre los hombres (9,3 a 9,9 por 100.000 habitantes) y el cáncer de mama entre las mujeres (29,8 a 31,7 por 100.000 habitantes). Las tasas disminuyeron en las demás localizaciones.

En 1996, como parte del Programa de Atención Precoz del Cáncer Cervicouterino, se examinó a 1.023.913 mujeres de 20 años y más, es decir, una tasa de mujeres examinadas de 26,0%. El 88% de los casos positivos se detectaron en estadio 0 y 11% en estadio 1. La tasa de mortalidad aumentó de 6,2 por 100.000 habitantes en 1995 a 6,8 por 100.000 habitantes en 1996. La tasa de incidencia en el trienio 1991–1993 fue de 4,9 por 100.000 habitantes, similar a la del trienio anterior. El programa no ha producido los resultados esperados.

Las actividades preventivas evaluadas en la encuesta nacional de factores de riesgo efectuada en 1995 (la prueba citológica, el examen y el autoexamen mamario en la mujer y otros) reflejan un moderado nivel de realización. Entre las mujeres mayores de 30 años encuestadas, 26,6% había realizado un examen de mama en los últimos 12 meses. El 53,5% había practicado autoexamen mamario al menos en alguna ocasión.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial. Estas afecciones se ubican entre las principales causas de muerte en todas las edades. Afectan en forma similar a ambos sexos y fundamentalmente a los mayores de 55 años. En 1995 la tasa bruta de mortalidad por esas enfermedades fue de 22,4 por 100.000 habitantes, superior a la alcanzada en 1989 (16,7). El asma bronquial presenta una tendencia ascendente. En 1996 la tasa bruta de mortalidad por asma fue de 5,3 por 100.000 habitantes, superior a la de 4,4 de 1989 y similar a la de 5,4 de 1995. Se observa una sobremortalidad femenina por esta enfermedad, más pronunciada en los últimos tres años. En 1996, la tasa en el sexo masculino fue de 4,4 por 100.000 habitantes y en el femenino, de 6,1. Según los especialistas, en este comportamiento ha influido la mayor exposición de la mujer a factores ambientales nocivos (combustible doméstico), lo que agrava las crisis, unido a las dificultades para la atención médica y el control ambulatorio del paciente asmático en general. Actualmente se aplica un plan para revertir esa tendencia, previsto en el nuevo programa de atención y control de la enfermedad.

Accidentes. Los accidentes se mantienen como cuarta causa de muerte en todas las edades y primera en el grupo de 1 a 49 años, así como la principal causa de muerte prematura según APVP (10,0 por 100.000 habitantes de 1 a 64 años). La mortalidad por accidentes muestra una tendencia ligeramente ascendente de acuerdo con el análisis de las tasas ajustadas. El mayor peso corresponde a los accidentes de tráfico de vehículos de motor, con tasas de 19,7 por 10.000 habitantes en 1996. En este grupo, las muertes de ciclistas se han incrementado progresivamente entre 1990 y 1995. Se observa una marcada diferenciación por sexo, ya que los accidentes son mucho más frecuentes entre los hombres. Los más afectados son los varones de 40 años y más. En las mujeres la mortalidad por esta causa es mucho menor y las más afectadas son las de 20 a 29 años con 9,1 y de 70 años y más con 13,2. Las caídas accidentales son la causa de muerte más frecuente entre las mujeres, con tasas de 17,9 por 100.000 mujeres en 1992 y 19,9 en 1996, cifras muy por encima de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico (8,0).

Diabetes mellitus. La diabetes mellitus constituyó la séptima causa de muerte para todas las edades en 1996, con una tasa de 23,4 por 100.000 habitantes. Es más frecuente entre las mujeres (tasa de 31,4 por 100.000 habitantes). En los hombres la tasa fue de 15,5 por 100.000 habitantes. Existe también diferencia por estrato urbano o rural, con tasas ajustadas de 22,2 y 13,4 por 100.000 habitantes respectivamente. Según el registro de atención de los médicos de familia, se calcula una prevalencia de 19,3 por 1.000 habitantes para el año 1996.

Suicidio. Las muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas disminuyeron de 21,1 por 100.000 habitantes en 1992 a 18,2 en 1996. En el período 1981–1996, la mortalidad por suicidio fue mayor entre los hombres en todas las edades, excepto en el grupo de 10 a 19 años, en el que fue superior entre las mujeres.

Neuropatía epidémica. Un brote de neuropatía epidémica se ha registrado en Cuba desde mediados de 1992. La epidemia comenzó en la región occidental y se extendió por todo el país desde principios de 1993. De 1994 a 1996 la enfermedad mantuvo un comportamiento endémico, con un total acumulado de 54.640 casos al concluir el año 1996, y una tasa de 496,5 por 100.000 habitantes de los cuales 41,3% correspondieron a la forma óptica de la enfermedad. El patrón epidemiológico de edad, sexo y gravedad del daño según formas clínicas se mantiene sin variación. Predomina la forma clínica óptica en los hombres del grupo de 45 a 64 años de edad y la periférica en mujeres del grupo de 25 a 44 años. En el seguimiento del total de casos acumulados desde 1992, se evaluaron 47.994 pacientes (88,4% del total), y se dio el alta

clínica a 39.754 (82,8%); 8.729 pacientes presentaron secuelas (18,8% del total de los evaluados). Los pacientes con secuelas de la forma periférica han sido incorporados al Programa de Rehabilitación Comunitario, y los pacientes con secuelas de la forma óptica (baja visión) reciben servicios de rehabilitación en tres centros especialmente equipados y ubicados en las ciudades de Santiago de Cuba, Pinar del Río y La Habana. Se mantiene la respuesta de la enfermedad al tratamiento con vitaminas del complejo B, A y E y se está trabajando actualmente en una campaña nacional de promoción de dos complementos vitamínicos.

Salud oral. En 1996 se realizaron en el país más de 17 millones de consultas de estomatología, lo que representa un índice de 1,6 consultas por habitante. De ellas, más de 85% correspondió a estomatología general en la atención primaria. En el año, se examinó a 3.361.122 personas, 51,7% tenía menos de 15 años. Del total de examinados, 28,4% eran personas sanas; de los menores de 15 años estaban sanos 31,8%. El programa preventivo continúa desarrollándose a nivel nacional y en el año se realizaron 24.103.414 enjuagatorios de flúor a niños de 5 a 14 años y 1.324.971 aplicaciones de laca flúor a menores de 4 años. De los pacientes examinados, 1.922 resultaron positivos para cáncer oral.

Según los resultados de la Encuesta de Salud Bucal realizada en 1995, 43,6% de los niños de 5 y 6 años se encontraban libre de caries dental, mientras que en niños de 12 años el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) es 1,86 superior a la meta propuesta para el año 2000.

Desastres naturales. El desastre natural más reciente ocurrió el 17 de octubre de 1996 y fue causado por el huracán Lili, que ocasionó graves daños económicos a viviendas y a la agricultura. Sin embargo, la preparación de la población y la evacuación preventiva de unas 200.000 personas logró evitar la pérdida de vidas humanas. Con el fin de perfeccionar el manejo de este tipo de situaciones, en junio de 1996 se creó un centro de medicina de desastres.

Trastornos del comportamiento. En 1995, el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, con la colaboración de la Oficina Nacional de Estadísticas, realizó la primera encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Se trata de una encuesta de hogares representativa de cada provincia del país y el municipio especial Isla de la Juventud. Se aplicó a la población urbana (75% de la población cubana) y a mayores de 15 años.

El trabajo sistemático de prevención y control del tabaquismo realizado desde 1985 logró detener la tendencia alista de la prevalencia y el consumo. En el quinquenio 1990-1995 el consumo de tabaco disminuyó. La prevalencia

actual de tabaquismo es de 36%. El porcentaje de hombres de 15 años y más que fuman regularmente es de 48,1% y el de mujeres, 26,3%.

La ingestión de bebidas alcohólicas se evaluó utilizando criterios de frecuencia y cantidad. Los resultados pueden considerarse aceptables en términos de población, puesto que 55% notificó no haber ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses o haberlo hecho menos de cinco veces. No obstante, los hombres de 20 a 29 y 40 a 59 años constituyen grupos de mayor riesgo.

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. La situación nutricional evaluada mediante el índice de masa corporal resultó favorable comparada con la del año 1982, lo que se relaciona con los niveles de consumo per cápita aparente en el período 1992-1995, según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas. Se detectó una mayor proporción de personas con deficiencia energética crónica y bajo peso entre los 20 y los 59 años, más pronunciada entre los mayores de 60 años. Existen niveles diferentes según las regiones del país. El exceso de peso y la obesidad son mayores en mujeres y tienden a aumentar con la edad.

El estado nutricional de los menores de 1 año y de los niños de 1 a 4 años según el indicador de peso para la talla se mantiene estable y similar al de años anteriores. En 1996, 1,8% de los niños menores de 1 año se ubicaron por debajo del tercer percentil. En el grupo de 1 a 4 años esa proporción fue de 0,8%. Desde 1996 se ha incorporado la evaluación de talla para la edad por medio de sitios centinelas, por considerarse necesario medir el efecto de la situación nutricional sobre el crecimiento lineal en estos grupos de edad.

La anemia por deficiencia de hierro es el problema nutricional más frecuente en Cuba. Afecta a más de 40% de las embarazadas en el tercer trimestre de la gestación, a alrededor de 50% de los lactantes entre los 6 y los 11 meses de edad, entre 40% y 50% de los niños de 1 a 3 años y entre 25% y 30% de las mujeres en edad fértil. Se trabaja en un proyecto para la fortificación de harina de trigo con hierro.

En 1995, el Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) realizó un estudio nacional sobre los niveles de ingesta de yodo por medio del análisis de excreción de yodo en orina en la población escolar. Los resultados demuestran deficiencias leves y moderadas en las zonas estudiadas, sobre todo en los municipios de relieve montañoso. De acuerdo con los criterios del Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo (CILTICY), del UNICEF y de la OMS sobre deficiencia de yodo, las poblaciones de las regiones identificadas están expuestas a manifestaciones de deficiencias del micronutriente. Por esta razón, el Ministerio de la Industria Básica, en coordinación con el INHA, otras instituciones del Ministerio de Salud Pública y otros organismos del Estado, ha comenzado la producción de

sal yodada para garantizar los niveles de consumo necesarios.

En relación con la vitamina A, el consumo, detectado por medio del análisis de los datos de consumo aparente y de vigilancia alimentaria, resulta bajo. No se dispone de estudios nacionales sobre niveles séricos de ese nutriente, pero se trabaja en la fortificación de alimentos como medida preventiva. Los niveles de satisfacción de vitamina B y de niacina continúan siendo bajos.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1991, el Ministerio de Salud Pública elaboró el documento "Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000", en el que se definen metas y objetivos de salud hasta el año 2000 y en 1996 se identificaron cinco estrategias y cuatro programas prioritarios. Las estrategias son la reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de familia; la revitalización de la atención hospitalaria; la reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e institutos de investigación; el desarrollo del programa de medicamentos y medicina natural y tradicional, y la atención con énfasis en objetivos del sistema tales como estomatología, servicios de óptica y transporte sanitario. Los programas considerados prioritarios son el maternoinfantil, el de enfermedades crónicas no transmisibles, el de enfermedades transmisibles y el de atención del adulto mayor.

Como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario, el Gobierno ha venido realizando importantes reformas en su sistema de salud desde los años sesenta. Se puede afirmar que en Cuba la reforma sectorial más que un hecho eventual ha sido un proceso permanente. Los efectos sobre la situación de salud y sobre los servicios sanitarios causados por la crisis económica de los últimos años, los cambios en el contexto nacional y las transformaciones que lleva adelante el país desde 1989, el proceso de perfeccionamiento del Estado y las contradicciones propias del desarrollo del sistema de salud, son las razones fundamentales que justifican actualmente un nuevo momento de reforma del sector salud en Cuba.

El Ministerio de Salud Pública ha trazado una estrategia para dar respuesta a los problemas acumulados, emergentes y reemergentes. Se persigue incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros y, aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad en salud, seguir estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y en la utilización de los

servicios entre regiones y grupos de población. La estrategia privilegia las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el marco del perfeccionamiento de la atención primaria y la medicina familiar, la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria, así como el mejoramiento de los servicios en el segundo y tercer nivel de atención.

El proceso de descentralización y la constitución de una estructura de gobierno hasta la base (Consejo Popular) han propiciado la participación activa de los sectores sociales en la gestión de salud en el nivel local. En 1995, y como producto de la política integradora para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, surgieron los Consejos de Salud a nivel nacional, provincial, municipal y de consejo popular, integrados por los diferentes sectores sociales y las organizaciones populares y dirigidos por un representante del Gobierno en cada nivel. Estos consejos han permitido concretar el trabajo intersectorial y aumentar la capacidad de participación social en la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad. El país, dentro del proceso de la "iniciativa de salud" dirigida a movilizar recursos nacionales e internacionales en apoyo a la reforma y modernización del sector, conformó el Plan Maestro de Inversiones, que resume por un lado los problemas fundamentales y las estrategias y acciones para afrontarlos y a la vez formula una serie de proyectos de inversión para resolverlos o mitigarlos.

Actualmente está en estudio el redimensionamiento del Sistema Nacional de Salud con el fin de lograr un mejor aprovechamiento de los recursos y las inversiones realizadas. Entre otros aspectos, se valora la reducción del número de camas hospitalarias y de instituciones docentes, así como de algunos productos de la industria farmacéutica.

Organización del sector salud

Características del Sistema Nacional de Salud

En Cuba el Estado asume totalmente la responsabilidad de la atención de la salud de sus ciudadanos. La salud se considera un componente principal de la calidad de vida y un objetivo estratégico en el desarrollo de la sociedad.

En 1983 el Parlamento aprobó la Ley de Salud Pública. En ella se establecen de manera general las acciones que debe desarrollar el Estado para la protección de los ciudadanos. La ley establece la forma de organización del sector y los servicios que le corresponde prestar al Estado por medio del Ministerio de Salud Pública como organismo rector, y fija las atribuciones de las direcciones de salud en las estructuras provinciales del Poder Popular. En ella se regula la garantía de la atención, el carácter social del ejercicio de la medicina, la orientación profiláctica en la prestación de los servicios, la

aplicación adecuada de la ciencia y la técnica, la prioridad de la atención maternoinfantil, la atención ambulatoria y hospitalaria, la práctica de trasplantes de órganos y tejidos, la lucha antiepidémica, la inspección sanitaria estatal, la profilaxis higiénico-epidemiológica y la educación para la salud. La Ley de Salud Pública se complementa con otros cuerpos legislativos tales como la ley del medio ambiente, el decreto ley sobre las disposiciones sanitarias básicas, el decreto ley que reglamenta el control sanitario internacional y la ley de protección e higiene del trabajo y su reglamento.

No obstante el desarrollo alcanzado por el sector en los últimos años, la Ley de Salud Pública debe adecuarse a los nuevos factores y condicionantes que han modificado el entorno de la salud pública tanto en el plano interno como en el externo. Entre ellos se destacan la nueva estrategia de salud enfocada hacia la atención primaria que se concreta en el Programa del Médico y la Enfermera de Familia, el desarrollo de nuevos programas de incorporación de alta tecnología al sector y la necesidad de ajustar el Sistema Nacional de Salud a los cambios económicos que ocurren en el país, sin comprometer sus principios básicos.

Todo esto ha rebasado los límites de la Ley de Salud Pública y ha determinado la conveniencia de adoptar un nuevo marco jurídico más acorde con una concepción intersectorial y de participación comunitaria. La Comisión de Salud del Parlamento Cubano, juntamente con el Ministerio de Salud Pública, han iniciado desde 1995 el proceso de revisión de la legislación vigente.

Organización del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se organiza en tres niveles: nacional, provincial y municipal, que se corresponden con la estructura administrativa del país. La Asamblea Nacional del Poder Popular (Parlamento) y las Asambleas Provinciales y Municipales cuentan para su funcionamiento con comisiones permanentes de trabajo. La Comisión Nacional de Salud comprende además las esferas de deporte y medio ambiente y asesora en estas materias a la dirección de la Asamblea Nacional y el Consejo de Estado. Los órganos de gobiernos locales en provincias y municipios tienen una comisión que aborda los aspectos de salud en ese nivel. En el Parlamento cubano, la Comisión de Salud, Deporte y Medio Ambiente es la encargada de ejercer el control y la más alta fiscalización sobre las instituciones de gobierno a cargo de estos sectores.

El nivel nacional del sector salud está representado por el Ministerio de Salud Pública, como órgano rector que cumple funciones metodológicas, normativas, de coordinación y de control. A él se adscriben los centros universitarios, los institutos de investigación y asistencia médica altamente especializados, la Unión de la Industria Médico-Farmacéutica y sus

laboratorios, las empresas distribuidoras y comercializadoras de equipos médicos, así como una empresa de comercio exterior importadora y exportadora de medicamentos y equipos tecnológicos médicos.

El nivel provincial está representado por las Direcciones Provinciales de Salud Pública, subordinadas administrativa y financieramente a los Consejos de la Administración Provincial del Poder Popular. Las principales unidades dependientes de los gobiernos provinciales son los hospitales provinciales e intermunicipales, los bancos de sangre, los centros provinciales de higiene y epidemiología, los centros formadores de profesionales y técnicos del nivel medio, y la red de farmacia y ópticas de venta a la población.

El nivel municipal está constituido por las Direcciones Municipales de Salud Pública, dependientes en el orden administrativo y financiero de los Consejos de la Administración Municipal del Poder Popular. Las unidades subordinadas son los policlínicos, los hospitales municipales, locales y rurales, las unidades y centros municipales de higiene y epidemiología, las clínicas estomatológicas y las instituciones de asistencia social a ancianos, a impedidos físicos y mentales y a hogares maternos entre otros. El eje central de la actividad municipal son los Consejos Populares, conjunto de pequeñas comunidades que forman un órgano de coordinación con determinadas facultades ejecutivas, concretando así la política en relación con la descentralización administrativa y la participación de la población en la toma de decisiones y en el Gobierno de la nación. Este eslabón trabaja en estrecha coordinación con el sistema municipal de salud.

Organización de las actividades de regulaciones sanitaria

Desde 1993 se comenzó a desarrollar en el país un sistema integrador de la vigilancia. Se crearon las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud desde el nivel nacional hasta el municipal. Estas unidades tienen el objetivo de integrar toda la información sobre control y vigilancia recogida en el contexto de cada programa, departamento, servicio o estrategia del sistema de salud. Al mismo tiempo, realizan estudios rápidos e investigaciones epidemiológicas relacionadas con los principales problemas de salud, llevan a cabo un análisis trimestral del cuadro de salud en cada nivel, y elaboran las tendencias y pronósticos a corto y mediano plazo. En el último año se ha incorporado el componente evaluativo.

El Buró Regulatorio para la Protección de la Salud, creado en 1996, es la institución oficial de máximo nivel en el país. Su misión es garantizar, junto con otras dependencias, el cumplimiento de los objetivos, funciones y atribuciones específicos aprobados en la legislación sobre el control y vigilancia sanitaria de todos los productos que puedan afectar a la salud humana; regular y controlar la aprobación, ejecución y evalua-

ción de las investigaciones biomédicas o de cualquier tipo que se realicen directamente en seres humanos, y ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos médicos, material descartable y otros productos de uso médico.

En 1991 se estableció el Programa Nacional de Medicamentos, con objeto de lograr una utilización más racional de estos y mejorar la calidad de la asistencia. Este programa fue necesario por la escasez de medicamentos, producto de la caída de las importaciones derivada de las limitaciones económicas, y por la falta de control sobre las prescripciones, dispensación y circulación de fármacos, así como por la persistencia de automedicación y práctica de la "polifarmacia". En 1994 se reformuló el programa y se tomaron medidas para suministrar los medicamentos previa emisión de receta médica (algunas excepciones son los antipiréticos y analgésicos comunes y los anticonceptivos orales); controlar las prescripciones por médico según su especialidad; vincular la población a las unidades de distribución de su zona de residencia; fortalecer el trabajo de los comités farmacoterapéuticos y mantener las regulaciones de la distribución de productos de consumo prolongados o permanentes.

Especial atención ha recibido la revisión de la lista básica de medicamentos, que logró reducir a 343 los principios activos distribuidos en 29 grupos farmacológicos con 439 formas farmacéuticas. A ella se añaden los productos de la medicina tradicional y natural. El Centro de Control Estatal de Medicamentos se ocupa de asegurar la calidad de la producción de acuerdo con los requerimientos internacionales vigentes. Internacionalmente se reconoce su autoridad para evaluar y registrar medicamentos, recibir información, realizar inspecciones, analizar y divulgar productos del mercado, otorgar y quitar licencias de producción, así como suspender la circulación y venta de medicamentos cuando las circunstancias lo requieran.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. La estrategia de promoción de la salud en Cuba pone el acento en la planificación y ejecución de proyectos locales, la organización de la comunidad, la participación de todos los sectores productivos y no productivos y la voluntad política para su consecución y desarrollo.

La instrumentación de esta estrategia tiene su máxima expresión en el Movimiento de Municipios por la Salud, que intenta aunar los recursos locales para trabajar en pro de la salud, partiendo de un pronunciamiento político y articulando la participación de los diferentes sectores sociales y

comunidad de un territorio dado, lo que permite la coordinación de la voluntad política, técnica y comunitaria.

En 1989 se puso en marcha el "Proyecto Global de Promoción de Salud de Cienfuegos", que contó con la participación del gobierno de esa ciudad. El proyecto fue considerado por la Oficina Panamericana de la Salud como una experiencia innovadora en la Región. En diciembre de 1994 se creó la Red Nacional, con 28 municipios incorporados. A dos años de su creación la red comprendía 51 municipios. El Ministerio de Salud Pública y el Parlamento Cubano consideran que constituye un objetivo prioritario. El proyecto cuenta asimismo con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Otro aspecto destacado de la promoción de la salud es el de la comunicación social, para la cual se cuenta con espacios especializados en la televisión y en la radio, tanto en la cadena nacional como en las emisoras locales. Se ha fortalecido la alianza con los profesionales de estos medios y se ha logrado que en cada uno de ellos existan comunicadores especializados. Todos los programas de salud tienen incorporado el componente de educación para la salud y para garantizar su efectividad se capacita sistemáticamente en metodología educativa a los profesionales de salud, y fundamentalmente a los de atención primaria. Se ha incrementado la producción de material educativo, si bien persisten dificultades que tienen que ver con la situación económica del país.

Agua potable. El potencial hidráulico del país, aunque no homogéneo en densidad en el territorio nacional, permite que los recursos aprovechables por regiones brinden cobertura de abastecimiento a la actividad doméstica, agropecuaria e industrial. Se cuenta con 1.200 m³ de agua por habitante por año para todos los usos. El 72% del agua suministrada a la población es de origen subterráneo y 28% proviene de fuentes superficiales. El 68,3% de la población (7,5 millones) se beneficia con servicio de acueducto, 89,3% en la zona urbana y 10,7% en la rural. El resto de la población es abastecida por otros medios (carros cisternas y otros), sobre todo en la zona rural. Sin embargo, la cantidad y calidad del abastecimiento de agua se han visto afectadas sustancialmente. En cuanto a la cantidad, el tiempo medio de servicio de agua a la población osciló en unas 13 horas, con diferencias importantes entre provincias, lo que incide negativamente en el saneamiento y en el control de vectores. La calidad se vio afectada por la falta de tratamiento debido a la insuficiente disponibilidad de cloro en sus diversas formas y sulfato de alúmina, así como a las frecuentes roturas de los equipos de cloración. Para restablecer la situación, desde 1994 se han tomado medidas tales como clorar alrededor de 50% de las instalaciones existentes y en los lugares de mayor riesgo se decidió que el médico familiar sería el encargado de proporcionar cloro en polvo a las familias. Por directiva del Gobierno central, en 1997 se beneficiará a 371 comunidades rurales con un total

de 119.838 habitantes, de las cuales 300 se abastecen actualmente por medio de carros cisternas, 63 requieren la potabilización del agua y las 8 restantes necesitan ampliación de los servicios.

Residuos líquidos. El control de residuos líquidos tiene una cobertura de 91% en el país y 34,2% de la población total se beneficia de alcantarillado; no obstante, todas las viviendas situadas en sectores sin alcantarillado que se concentran en las zonas rurales cuentan con sistemas individuales de recolección y tratamiento a través de fosas y letrinas. El control sanitario de excretas y residuos líquidos aún presenta problemas, las redes colectoras están sobrecargadas y en mal estado técnico, y siguen siendo frecuentes las obstrucciones y roturas en los sistemas, con el consiguiente desbordamiento. Todo ello aumenta el riesgo de contaminación de las redes de abastecimiento de agua potable. Las direcciones provinciales de acueducto y alcantarillado han adoptado medidas organizativas y de optimización de los recursos, pero los resultados obtenidos han sido insuficientes para resolver el problema.

Residuos sólidos. La situación de los desechos sólidos es similar a la de los líquidos. En este caso, se han visto afectadas la recolección y la disposición final debido a los problemas de transporte y de combustible ocurridos de 1992 en adelante. Esta situación ha traído como consecuencia la aparición de microvertederos, fundamentalmente en las ciudades. Se han buscado otras soluciones, tales como los carros de basura con tracción animal, la recolección de los vertederos y el control sanitario, pero resultaron insuficientes.

Para mejorar la situación higiénico-sanitaria, en 1994 se puso en marcha el plan integral de higienización, de alcance nacional, en el que participa la defensa civil. Se crearon equipos de trabajo de supervisión y control dirigidos a lograr un abastecimiento de agua suficiente en calidad y cantidad, correcto tratamiento y disposición final de residuos sólidos y líquidos, adecuada aplicación de las medidas de control de vectores e higienización de locales.

Prevención y control de la contaminación del aire. La contaminación atmosférica no constituye un problema de gran magnitud en Cuba. Algunas zonas, localizadas en ciudad de La Habana y otras, se ven afectadas por la actividad industrial: fábricas de cemento, termoeléctricas y químicas, y en menor medida por la utilización de combustibles domésticos. En los últimos años se ha producido un incremento de crudos y derivados del petróleo con altos contenidos de azufre, lo que ocasiona un aumento del potencial contaminante, con el consiguiente riesgo para la salud y otros efectos ecológicos y económicos. Como parte del sistema de vigilancia, la red nacional de monitoreo se ha visto seriamente afectada por la falta de recursos, ya que de 18 estacio-

nes solo operan 6, con irregularidades en la información. Los principales elementos del programa nacional de vigilancia de la contaminación atmosférica se dirigen a la identificación y control de los problemas de cada fuente emisora mediante la actualización de inventarios y la inspección e identificación de las zonas de mayor riesgo atmosférico, perfeccionando el sistema desde el nivel de atención primaria de salud, para la detección, evaluación y control de los factores ambientales.

Protección y control de los alimentos. Se ha trabajado para disminuir la cantidad y frecuencia de las enfermedades atribuibles al consumo de alimentos contaminados con gérmenes dañinos para la salud. Los estudios biológicos, químicos y toxicológicos, así como el fortalecimiento técnico y la eficacia de la inspección sanitaria estatal, fueron elementos trazados en los objetivos del programa. Se incorporó el análisis de riesgo y de puntos críticos de control, que matiza los enfoques científicos para la correlación de los problemas higiénico-epidemiológicos en los que se ha venido trabajando.

La red de laboratorio para la vigilancia de los alimentos cuenta con 14 centros provinciales de higiene y epidemiología y 33 centros municipales, los cuales se nutren con el muestreo que realizan las 136 unidades de higiene y las 470 áreas de salud, todas en función del sistema. El plan de muestreo se confeccionó teniendo en cuenta el riesgo que presentan los alimentos y los recursos existentes en cada provincia, y se realizaron actividades sanitarias en los centros con alimentos contaminados.

Programas de ayuda alimentaria. En 1993, el consumo de alimentos en Cuba experimentó una contracción de 30% con respecto a 1989. La disponibilidad de alimentos se situó en niveles por debajo de los requerimientos nutricionales de la canasta básica. En 1994 creció el consumo alimentario de los hogares en cerca de 6%, en especial por la mayor disponibilidad existente en el mercado agropecuario, la oferta de trabajadores por cuenta propia, las ventas en divisas en determinadas tiendas y la producción de alimentos en centros de trabajo y estudio para el autoconsumo. Todo ello, junto con el crecimiento de diferentes producciones agropecuarias, permitió el mejoramiento de la situación alimentaria en comparación con 1993, aunque persisten niveles de insatisfacción al respecto.

Los programas nacionales de inocuidad de los alimentos presentan tres direcciones básicas: 1) los que tienen como propósito esencial el seguimiento y evaluación del estado nutricional y de alimentación de la población y la adopción de medidas de salud preventivas o curativas acordes con las situaciones que se detectan, 2) los que pretenden incrementar la producción de alimentos, tanto en cantidad como en calidad y 3) los de política social, dirigidos a toda la población, a

los productos disponibles y a atender en especial a los grupos vulnerables en materia de alimentación y nutrición.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una red de instituciones de fácil acceso que brinda cobertura a 100% de la población. En 1996 había un total de 66.263 camas de asistencia médica (6,0 por 1.000 habitantes) y 14.265 camas de asistencia social (1,3 camas por 1.000 habitantes). La asistencia médica se brinda a través de una red de 281 hospitales, 11 institutos de investigación, 442 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en la comunidad en centros laborales y educacionales. Existen, además, 164 puestos médicos, 209 hogares maternos, 26 bancos de sangre y 4 balnearios minero-medicinales. La atención estomatológica se brinda en 168 clínicas. La asistencia social dispone de 190 hogares de ancianos y 27 hogares de impedidos físicos para diferentes situaciones y edades. El 97% de la población cubana recibe los beneficios del Programa del Médico y la Enfermera de Familia.

La tendencia del ingreso hospitalario ha sido descendente en los últimos años, alcanzándose en 1996 la cifra de 1.419.895 ingresos (12,9 por 100.000 habitantes). Se realizaron 77.499.250 consultas médicas (7,0 consultas por habitante), de las cuales 57.563.213 (5,23 consultas por habitante) se ofrecieron en servicios de consulta externa y 19.936.037 (1,8 consultas por habitante) en servicios de urgencia. La relación consultas externas/urgencia fue de 2,9.

Los médicos de familia, cuyo número llegó a 28.350, lo que representa una cobertura nacional de 97%, realizaron 74% de las consultas externas. Se ampliaron los servicios de medicina tradicional y natural y de cirugía ambulatoria, y en 1996 aumentó el cuidado domiciliario, lo que refleja la creciente participación del nuevo modelo de atención ambulatoria.

Se reactivaron y pusieron en funcionamiento más de 100 salas de operaciones que estaban cerradas por causas materiales y se recuperó paulatinamente el nivel de operaciones quirúrgicas: el número de intervenciones, que había descendido de 777.737 en 1990 a 598.329 en 1995, alcanzó en 1996 las 811.895.

Se perfeccionó el sistema integrado de urgencias en todas las provincias del país. En los servicios de atención primaria funcionan ya 33 subsistemas de urgencia y 18 están en fase de implantación. Se busca reducir así la letalidad en estos servicios y la mortalidad hospitalaria en los servicios de cuidados mínimos, de manera que los servicios de atención al enfermo grave brinden la cobertura adecuada. Además, se puso en marcha el sistema de emergencia médica en todas las provincias y en el municipio especial Isla de la Juventud. De acuerdo con las evaluaciones, este sistema demostró su eficacia al reducir en

40% como promedio la morbilidad en el nivel de los cuerpos de guardia de los hospitales.

El índice de consultas estomatológicas por habitante de 1996 (1,6) fue superior al obtenido en los años precedentes de la década del noventa. Ello indica una recuperación de este indicador en cuanto a la utilización de los servicios estomatológicos por la población.

El Programa Nacional de Prevención, Atención y Rehabilitación tiene por objeto disminuir la frecuencia de discapacidades o minusvalías mediante la creación de una estructura de rehabilitación de base comunitaria cuyos ejes son el médico y la enfermera de familia, que detectan los riesgos o enfermedades discapacitantes. Para este trabajo, cuentan con el apoyo de un grupo multidisciplinario del que forman parte fisiatras, psicólogos, trabajadores sociales y técnicos en fisioterapia y cultura física.

Los servicios de salud mental se orientan no solo hacia los aspectos biomédicos, sino hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades mentales y la rehabilitación social. Los hospitales pediátricos prestan servicios de psiquiatría infantil. La atención ambulatoria del adulto se ofrece en todos los policlínicos del país. Para atender esta red, hay 981 psiquiatras, 173 de los cuales se han especializado en psiquiatría infantil. También se cuenta con unos 800 psicólogos. Entre los objetivos inmediatos figura aumentar la resolutivez del nivel primario de salud y disminuir la hospitalización del paciente psiquiátrico, facilitando la reinserción social de los de larga evolución.

Cuba se encuentra entre los cuatro países con población más envejecida de América Latina y el Caribe (12,7% de población tiene 60 años o más), y las proyecciones para los años 2000 y 2025 son de 14% y 21% respectivamente. Esto obliga a aumentar y adecuar la capacidad operativa del sistema de atención del adulto mayor, con el objeto de mantener el mayor tiempo posible la vitalidad de este importante grupo, evitando las hospitalizaciones y enfermedades. Con este fin, en 1996 se reestructuró el Programa de Atención al Adulto Mayor, que tiene tres subprogramas: el comunitario, el de instituciones sociales (hogares de ancianos) y el hospitalario. Estos programas buscan elevar el nivel de salud disminuyendo así la morbilidad, las complicaciones y las secuelas.

Recursos humanos

En 1996 había 60.129 médicos registrados, es decir 54,6 por 10.000 habitantes, 9.600 estomatólogos (8,7 por 10.000 habitantes) y el número total del personal de enfermería era 76.013 (69,1 por 10.000 habitantes), 12.716 (16,7%) con nivel universitario. Desde 1990 disminuyó el ingreso de personal de nivel medio, aunque continuarán graduándose en todo el período para satisfacer los planes de desarrollo, en especial las

crecientes demandas de la atención primaria. En el período 1992–1994 las adversidades económicas se reflejaron en los recursos humanos, y a fines de 1993 se observó la disminución de los técnicos medios, en especial de enfermería. Desde 1995, la recuperación económica ha permitido que este personal tenga mayor estabilidad. En cuanto a la formación de especialistas de nivel superior para la salud pública, se continuó aplicando la política diseñada en los años noventa, que apunta a mantener la reducción de las carreras de medicina y estomatología y estabilizar los ingresos a la licenciatura en enfermería. El total de técnicos medios en 1996 fue de 192.781. La matrícula para la formación de este personal ha experimentado una reducción paulatina en los últimos años debido a la satisfacción alcanzada en la red de instituciones del país.

Insumos para la salud

Cuba se vio afectada por una profunda crisis económica en momentos en que realizaba un importante programa de inversiones para el desarrollo de su industria médico-farmacéutica. No obstante, después de 1993, año en que la crisis alcanzó su punto máximo, comenzó un período de recuperación sobre todo en la producción de medicamentos para el consumo nacional. La producción total de medicamentos mantuvo niveles similares en el período, excepto en el año 1993, cuando descendió considerablemente. El consumo nacional se incrementó en 13,2%. La producción de inmunológicos y reactivos tuvo un crecimiento importante en el período. La comercialización se orientó hacia la satisfacción de las necesidades de la población a través del apoyo a los programas prioritarios del Ministerio de Salud Pública.

Financiamiento del Sistema Nacional de Salud

El sistema de salud de Cuba se financia con el presupuesto estatal, cuyo propósito es garantizar, por una parte, los objetivos de desarrollo previsto, y por otra, una mayor eficiencia en la provisión de los recursos necesarios. La población cuenta con servicios gratuitos de prevención, curación y rehabilitación que abarcan desde la atención primaria, médica y estomatológica hasta la asistencia hospitalaria que requiere las más complejas tecnologías médicas. También son gratuitas las investigaciones diagnósticas y los medicamentos para las embarazadas y para los pacientes ambulatorios comprendidos en ciertos programas.

Los gastos que absorbe la economía familiar son los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas, las sillas de rueda, muletas y artículos similares, además de lentes. En todos los casos, los precios son bajos y están subsidiados por el Estado.

Las personas de bajos ingresos reciben ayuda monetaria y artículos, incluidos prótesis y medicamentos.

A pesar de la difícil situación económica del país en los últimos años, los gastos en salud pública se han incrementado sostenidamente como reflejo de la voluntad política de mantener los logros alcanzados en esta esfera. En 1994 este gasto, que incluye los gastos corrientes en salud de todos los organismos del país, ascendió a 1.061,1 millones de pesos, 17% superior al de 1989. Este incremento absoluto va acompañado de un aumento relativo del gasto en salud pública como parte del PIB, del gasto total y del gasto público. En 1994, el gasto en salud pública representó 7,8% del PIB, 7,5% del gasto total y 14,6% del gasto público.

En el período 1992–1996 se produjo, sin embargo, una sensible disminución del gasto en inversiones, que en 1994 representó solo 3,1% del gasto total. Pero esta situación no produjo serios daños al sistema de salud debido a que en el decenio de 1980 se habían realizado fuertes inversiones en el sector.

En cuanto a la estructura del gasto corriente, alrededor de 60% se asigna al pago de salarios, cifra que en su magnitud absoluta tiende a crecer como consecuencia de la incorporación de nuevos profesionales y técnicos al sector.

A inicios del decenio de 1990 se gastaban 141,1 millones de pesos en medicamentos, cantidad que descendió a 123,8 millones en 1994. La cantidad mencionada en 1994 no considera unos 60 millones de pesos empleados en complementos vitamínicos proporcionados en forma gratuita a la población para controlar la epidemia de neuropatía que afectó al país en el período 1992–1996. En 1995 se manifestó una recuperación de los gastos en medicamentos (135,3 millones de pesos), cifra aún precaria considerando las necesidades del sistema.

Por otro lado, entre 1990 y 1994 se manifiesta una reducción de los gastos de atención hospitalaria y un incremento de los destinados a la atención primaria. En 1994, 36% de los gastos corrientes correspondió a atención primaria y 45% a atención hospitalaria, en comparación con 32% y 52,7%, respectivamente, en 1990.

El factor decisivo para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es el financiamiento en divisas al sector. Desde 1993, toda importación de suministros que realiza el Ministerio de Salud Pública debe hacerse con el presupuesto en divisas que el Estado le asigna.

En 1989 el gasto en divisas del sector salud fue de US\$ 227,3 millones, en 1994 solo se contó con US\$ 90,1 millones y en 1996, si bien se elevó a US\$ 126,5 millones, resultó insuficiente para cubrir las necesidades. Esta grave reducción del financiamiento en divisas afectó seriamente los suministros. Por ejemplo, la producción de medicamentos por parte de la industria farmacéutica nacional tuvo una reducción de más de una tercera parte entre 1990 y 1993. Se han visto afectados, entre otros rubros, el material médico descartable utili-

zado en las unidades asistenciales y en procedimientos diagnósticos, así como los servicios de ópticas y estomatológicos.

Cuba ha recibido escasa contribución externa para mantener la vitalidad de su sistema de salud debido a que el acceso a las fuentes tradicionales de financiamiento es severamente bloqueado por los Estados Unidos de América. La ayuda humanitaria que ha recibido el país asciende a unos US\$ 20 millones anuales. En los últimos años se han identificado y desarrollado diferentes modalidades de captación de divisas directamente por y para el sector.

Cooperación técnica

En términos de cooperación multilateral, Cuba ha concertado acuerdos con organismos de Naciones Unidas especializados en salud: OPS/OMS, Fondo de las Naciones Unidas para

la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), PNUAP y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desde 1989, esta colaboración ha cumplido un papel muy importante ya que además de obtener los beneficios de país miembro, Cuba ha fortalecido sus relaciones con instituciones de excelencia y ha podido divulgar logros y tecnologías. Asimismo, se han podido incorporar expertos cubanos al trabajo en estos organismos. La colaboración se ha orientado hacia el desarrollo de recursos humanos, la planificación familiar, el desarrollo de la industria farmacéutica, las investigaciones sobre diversos problemas de salud, la obtención de vacunas y las actividades educativas.

Cuba ha contado con la colaboración de Canadá, Chile, España, Francia, Italia, México y Suecia en proyectos de formación de recursos humanos e investigación y en el suministro de insumos.