

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

ANALISIS DEL SECTOR SALUD EN CUBA

Con la colaboración de la OPS/OMS

Ciudad de La Habana
Abril de 1996

INDICE

	Pág.
PRESENTACION	1
REFERENCIAS	3
1. INTRODUCCION	5
1.1. LA SALUD PUBLICA EN LOS 90 Y MAS ALLA DEL 2000	5
1.2. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	8
1.3. CUBA Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	14
REFERENCIAS	19
2. ENTORNO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL	22
2.1 CONTEXTO POLITICO	22
2.2 CONTEXTO ECONOMICO	23
2.2.1 La economía cubana desde los 60 hasta los 80	23
2.2.2 El "Período Especial"	27
2.3 CONTEXTO SOCIAL	33
2.3.1 La contracción económica y sus consecuencias	33
2.3.2 Impacto de las transformaciones económicas	36
2.4 PERSPECTIVAS	37
REFERENCIAS	40
3. ANALISIS EPIDEMIOLOGICO	45
3.1 ANALISIS DE ALGUNAS CONDICIONANTES DEMOGRAFICAS	45
3.1.1 Estructura y dinámica poblacional	45
3.1.2. Envejecimiento de la población	51
3.2. ALGUNAS CONDICIONANTES HIGIENICO AMBIENTALES	53
3.2.1 Agua	53
3.2.2 Residuales líquidos	53
3.2.3 Desechos sólidos	54
3.2.4 Desechos peligrosos	54
3.2.5 Contaminación atmosférica	54
3.2.6 Ambiente laboral y protección radiológica	55
3.2.7 Ambiente escolar	55
3.2.8 Riesgos por alimentos	56
3.2.9 Riesgos por vectores	56
3.2.10 Consecuencias de la situación higiénico ambiental	57
3.2.11 Plan integral de higienización ambiental	57
3.3 CONDICIONANTES DEL ESTILO DE VIDA	58
3.3.1 Tabaquismo	58
3.3.2 Alcoholismo	59
3.3.3 Nutrición	59
3.4 PERFILES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD	59
3.5 SALUD MATERNO-INFANTIL	64
3.6 PROBLEMAS ESPECIFICOS	67
3.6.1 Enfermedades no trasmisibles	67
3.6.2 Lesiones y muertes accidentales	73

3.6.3	Enfermedades trasmisibles	78
3.6.4	SIDA	82
3.7	OTROS PROBLEMAS DE SALUD	86
3.7.1	Infección intrahospitalaria	86
3.7.2.	Salud bucal	88
	REFERENCIAS	89
4.	PROMOCION, PREVENCION Y REGULACION SANITARIA	91
4.1	PROMOCION	91
4.1.1	Introducción	91
4.1.2	Identificación de logros	92
4.1.3	Areas problemas	95
4.1.4	Estrategias	95
4.2	PREVENCION	96
4.3	REGULACION SANITARIA	101
4.3.1.	Regulación ambiental	101
4.3.2	Regulaciones sanitarias en medicamentos	103
4.3.3	Control de drogas estupefacientes y sustancias psicotrópicas	106
4.3.4	Regulación y control de los Equipos Médicos	108
	REFERENCIAS	109
5.	MARCO INSTITUCIONAL	110
5.1	EVOLUCION HISTORICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	110
5.1.1	Antecedentes del Sistema Nacional de Salud	110
5.1.2	Creación del Sistema Nacional de Salud	110
5.1.3	Consolidación del Sistema Nacional de Salud	111
5.1.4	Madurez del Sistema Nacional de Salud	112
5.2	BASES JURIDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DERECHO A LA SALUD	112
5.3	ESTRUCTURA	116
5.4	ESTRATEGIAS	118
5.4.1	Estrategias principales	118
5.4.2	Instrumentos de la estrategia	119
	REFERENCIAS	123
6.	RECURSOS HUMANOS Y TECNOLOGICOS	124
6.1	FORMACION DE RECURSOS HUMANOS	124
6.1.1	Educación de pregrado	124
6.1.2	Educación de postgrado	128
6.1.3	Acreditación docente	131
6.1.4	Problemas	132
6.1.5	Estrategias	133
6.2	ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS	134
6.2.1	Evolución de la disponibilidad de los recursos humanos de salud	134
6.2.2.	Planificación de los recursos humanos de salud	137
6.2.3.	Análisis de la última década y estudios de organización en hospitales	139
6.2.4	Niveles de atención y recursos humanos	141

6.2.5	Sistema de salario del médico	143
6.2.6	Situación actual del empleo	144
6.2.7	Registro de profesionales y acreditación para el ejercicio de la medicina	144
6.2.8	Problemas	145
6.2.9	Estrategia	146
6.3	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO	146
6.3.1.	Transporte sanitario	148
6.3.2	Áreas problema	149
6.3.3.	Estrategias	150
6.4	MEDICAMENTOS	150
6.4.1	Lista básica de medicamentos. Metodología para su confección y caracterización	156
6.4.2	Desarrollo actual y perspectivas de la Industria Médico-Farmacéutica	151
6.4.3	Áreas problema	153
6.4.4	Estrategias	153
6.4.5	Gestión de la Distribución	154
6.4.6	Característica de la dispensación de los medicamentos	156
6.4.7	Categorización de las Empresas	156
6.4.8	Consumo de medicamentos	157
6.4.9	Información Médica	160
6.4.10	Reacciones adversas	160
6.5.	TECNOLOGIA SANITARIA	162
6.5.1.	Política sobre Tecnología Sanitaria	162
6.5.2.	Tecnologías Sanitarias utilizadas en el SNS	164
6.5.3.	Estado de los Equipos Médicos	164
6.5.4.	Remanufactura y Mantenimiento	168
6.5.5.	Factores que influyen sobre el funcionamiento de las tecnologías sanitarias	168
	REFERENCIAS	172
7.	FINANCIAMIENTO Y GASTO DEL SECTOR SALUD	174
7.1	HACIA UNA MAYOR EFICIENCIA DEL SECTOR SALUD	174
7.2	GASTOS DEL SECTOR SALUD	174
7.3	ORGANIZACION FINANCIERA DEL SECTOR SALUD	178
7.3.1	Características fundamentales	178
7.3.2	Organización territorial de las responsabilidades financieras	180
7.4	INGRESOS Y GASTOS DEL PRESUPUESTO DEL ESTADO	182
7.5	CONSIDERACION ESPECIAL DE LA FINANCIACION EN DIVISAS	184
7.6	PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES PARA EL FUTURO	187
	REFERENCIAS	189
8.	SERVICIOS DE SALUD	190
8.1	ATENCION PRIMARIA DE SALUD	190
8.1.1	Antecedentes	190
8.1.2	Estructura y funcionamiento del modelo de la APS	192

8.1.3	Recursos y Producción	194
8.1.4	Areas problema en la APS	198
8.1.5.	Estrategias	199
8.2	LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA SECUNDARIA Y TERCIARIA	202
8.2.1	Antecedentes y situación actual	202
8.2.2	Producción de servicios	206
8.2.3	Utilización de servicios	212
8.2.4	Areas Problemas en Atención Secundaria y Terciaria	215
8.2.5	Estrategias	216
8.3	ESTOMATOLOGIA	217
8.3.1	Producción de Servicios	218
8.3.2	Problemas en la atención estomatológica	220
8.3.3	Estrategias	221
8.4	ATENCION A LA TERCERA EDAD	221
8.4.1	Situación actual	221
8.4.2	Problemas en la atención a las personas de la tercera edad	223
8.4.3	Estrategia	223
8.5	SALUD MENTAL	224
8.5.1	Recursos	225
8.5.2	Producción de Servicios	225
8.5.3	Areas problemas	226
8.5.4	Estrategia	227
8.6	ATENCION AL IMPEDIDO FISICO Y MENTAL	228
8.6.1	Problemas en la atención a los impedidos físicos y mentales	228
8.7	HOGARES MATERNOS	230
8.7.1	Areas problema	230
8.7.2	Proyecciones	231
8.8	OPTICA	231
8.9	SANGRE Y HEMODERIVADOS	233
8.9.1	Infraestructura	235
8.9.2	Insumos	236
8.9.3	Recursos Humanos	236
8.9.4	Areas Problemas	236
8.9.5	Estrategias	237
8.10	ACTIVIDAD DE FARMACIAS	238
8.10.1	Areas problema	241
8.11	MEDIOS DIAGNOSTICOS	241
8.11.1	Areas problema	242
8.11.2.	Estrategias	243
8.11.3	Inversiones y recursos para el desarrollo de las estrategias	243
	REFERENCIAS	243
9.	POTENCIAL CIENTIFICO TECNICO	247
9.1	ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA CIENCIA Y LA TECNICA	248

9.1.1	Organización nacional	248
9.1.2	CARACTERIZACION DE CENTROS SELECCIONADOS	250
9.1.3	Organización en el Ministerio de Salud Pública	267
9.1.4	Problemas	275
9.1.5	Estrategias	276
	REFERENCIAS	277
10.	MEDICINA TRADICIONAL Y NATURAL	278
10.1	ANTECEDENTES	278
10.2	EL PROGRAMA	280
10.2.1	Objetivos	280
10.2.2	Caracterización general	281
10.2.3	Acciones y normas	282
10.3	PROBLEMAS	285
10.4	ESTRATEGIAS	286
11.	COOPERACION INTERNACIONAL	288
11.1	COOPERACION MULTILATERAL	289
11.2	COOPERACION BILATERAL	291
11.3	PROYECCION DEL TRABAJO INTERNACIONAL	294
11.4	AREAS PROBLEMA	295
11.5	ESTRATEGIAS	296
12.	PROBLEMAS PRIORITARIOS Y ESTRATEGIAS DE REFORMA PARA EL SECTOR SALUD DE CUBA	297
ANEXOS		
ANEXO No. 1	GRUPO TECNICO DE EXPERTOS	301
ANEXO No. 2	INSTITUCIONES PARTICIPANTES	306
ANEXO No. 3	ESPACIO GEOGRAFICO	307
ANEXO No. 4	REGULACION SANITARIA	320
ANEXO No. 5	CARTA DE LA HABANA	322
ANEXO No. 6	SIGLAS	324

PRESENTACION

En los 30 años que median entre 1960 y 1990, Cuba alcanzó un notable desarrollo en el nivel de salud de su población y de su sistema de salud. Esto fue consecuencia en primer lugar del desarrollo económico y social que en esos mismos años se alcanzaba, todo esto al impulso de la voluntad política de su Gobierno, surgido de un movimiento revolucionario popular que alcanzó el poder en 1959.

“A veces solemos únicamente mencionar, por su trascendencia e impacto, las políticas educacional y de salud que se han aplicado por más de 30 años con resultados inobjetables, y la seguridad social que ampara a todos los cubanos. La Revolución Cubana generó la transformación esencial de las relaciones sociales, hizo a todos los cubanos dueños colectivos del país, los puso en verdadero pie de igualdad ante la ley, ante los deberes y derechos ciudadanos, proclamó, aseguró y amparó la igualdad y la justicia social, generó un sistema político democrático participativo, único por su singularidad, transformó la geografía del país, creó pueblos, zonas de desarrollo y obras de infraestructura, forjó la unidad nacional, conquistó la segunda y definitiva independencia para todos los cubanos, que alcanzaron así un lugar digno en el concierto de las naciones como pueblo independiente, desplegando su naturaleza amistosa y solidaria, amante de la paz y capaz del sacrificio para defender sus conquistas y principios. Esta obra se ve hoy amenazada”. (1)

Los resultados en materia de salud se sintetizan en hechos, como alcanzar una cobertura de servicios de atención médica del 100% de la población, una esperanza de vida al nacer superior a los 75 años, una tasa de mortalidad infantil inferior a 10 por 1000 nacidos vivos, una reducción notable de la incidencia de enfermedades transmisibles, el desarrollo de una red de servicios dotados de tecnología avanzada para la protección de la salud de la población, todo esto respaldado por cuantía y calidad de recursos humanos altamente capaz en su desempeño.

Este impetuoso desarrollo se ha visto detenido en su ritmo de progresión, y se aprecia también deterioro en algunos aspectos de programas y unidades del Sistema Nacional de Salud, desde 1990 y en años siguientes, como consecuencia de los profundos cambios ocurridos en el ámbito regular del comercio internacional, de la cooperación económica y científico técnica con los países que conformaban el Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), en especial con la Unión Soviética (URSS), a lo que se

TRAZADORES DEL CRECIMIENTO ECONOMICO. CUBA. 1958 A 1985.

- 1) Comercio exterior (millones de pesos): 1 510.6 a 13 962.2/9.2 veces.
- 2) Alimentos (proporción del valor de la importaciones destinadas a alimentos): 20.5 a 9.3 %/-2.2 veces.
- 3) Marina mercante (miles de toneladas): 58.0 a 1 160.7/20 veces.
- 4) Pesca (toneladas): 21 900 a 219 884.5 /10 veces.
- 5) Energía eléctrica (mega watt hrs.): 1768.0 a 12199.4/6.9 veces.
- 6) Cemento (toneladas): 665 000 a 3,182 300/4.8 veces.
- 7) Fertilizantes (toneladas): 270 000 a 1,159 700/4.3 veces.
- 8) Tejidos (millones de metros cuadrados) : 60.0 a 205.4/3.4 veces.

Fuentes: 2) Cambell A. *Una introducción a la economía cubana: sus objetivos, estrategia y desempeño*. Temas, No.2, 1995; resto en: Ríos N., Tejeiro A. *Evolución de la mortalidad en Cuba analizando un trienio de cada década del período revolucionario*. Rev. Cub. Med. Gen. Int.

añade el recrudecimiento del injusto bloqueo impuesto a nuestro país hace ya más de 30 años y que nos ocasiona cuantiosas pérdidas económicas y dificultades operativas para obtener suministros esenciales a la economía del país y su sector salud.

Es en este contexto que en ocasión de entregarse por la Organización Panamericana de la Salud la confirmación de la certificación de la erradicación de la poliomielitis en el país, se produjo una reunión entre altas autoridades de la citada Organización y del Ministerio de Salud Pública de Cuba, donde se examinó la situación difícil por que atraviesa la salud pública y se sugirió la conveniencia de lanzar una "iniciativa" para Cuba, que permitiese el desarrollo de un plan de cooperación internacional con el sector salud. (2)

Las autoridades nacionales aceptaron esta proposición y presentaron un conjunto de ideas preliminares que fueron sometidas a la Organización (3). En la discusión de las mismas se llegó al acuerdo de aprobar el desarrollo de la iniciativa, preparar un documento que presente el análisis de la situación del sector con referencias a la situación global del país en lo político económico y social y donde se identificaran los problemas emergentes más importantes del sector salud y los programas de cooperación que puedan corresponder a los problemas identificados¹.

El documento a que se ha hecho referencia es un **Análisis del Sector Salud en Cuba**, que servirá para sustentar la reorientación del sector a la luz de la situación actual y también como base de la cooperación externa en salud.

Para la elaboración de este análisis sectorial se formó un grupo de expertos, dividido en subgrupos según temas específicos a desarrollar. Los participantes representan un conjunto de diversas instituciones y disciplinas científicas, que permiten dar el estudio el necesario carácter interdisciplinario e interinstitucional (Ver anexos No. 1 y No.2).

Todo lo anterior conforma un análisis sectorial con información sobre políticas, estrategias y planes globales involucrados, el marco legal de las mismas, y las estadísticas que ilustran lo relativo a situación económica, de salud y de los servicios. Las estadísticas presentadas son en su casi totalidad de fuentes oficiales. Al respecto y sobre las estadísticas vitales y de salud recordamos que desde hace 20 años una evaluación de las mismas por un experto de Naciones Unidas afirmó que *"A través del estudio de los procedimientos en uso y de la documentación disponible se estima que el registro de nacimientos y defunciones es prácticamente completo en Cuba. Un comentario sobre este punto será enviado a las Naciones Unidas recomendando la eliminación de letras bastardillas para los datos de Cuba en las tablas del Anuario Demográfico.*

1

Tomaron parte en la discusión de la propuesta citada, por OPS/OMS la Dra. Mirta Roses, Subdirectora; el Dr. José E. Teruel, Director de la División de Salud y Desarrollo Humano y el Dr. Miguel A. Marquez, Representante en Cuba; por la parte cubana el Dr. Carlos Dotres, Ministro de Salud Pública; el Dr. Jorge Antelo, Viceministro Primero y el Grupo Técnico de Expertos que elaboró el documento.

Las letras bastardillas indican que los datos de los registros civiles son incompletos o de confiabilidad desconocida".(4)

El análisis se ha estructurado en capítulos que sucesivamente presentan el marco teórico del proceso de reforma en marcha, del análisis mismo y su proyección. Continúa con la descripción del entorno político, económico y social; el análisis de la situación demográfica y epidemiológica; los enfoques de promoción y prevención; las regulaciones sanitarias; el marco institucional; los recursos humanos y tecnológicos; el financiamiento y gastos del sector; los servicios de salud; el desarrollo científico técnico, la medicina tradicional y natural y la cooperación internacional.

Para elaborar el trabajo se tuvieron en cuenta como orientaciones metodológicas las pautas para la elaboración de los informes anuales de balance de Ministerio de Salud Pública y los lineamientos metodológicos para el análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud (5,6).

El documento así estructurado, y con el carácter de borrador, fue discutido en un taller, con la participación de sus redactores, funcionarios del Ministerio de salud Pública y consultores de la Organización Panamericana de la Salud ².

De esta discusión se derivaron correcciones y añadidos al documento, conformando un nuevo borrador que fue sometido a análisis³, con resultados incorporados a una nueva versión, objeto a su vez de una tercera rueda de discusión, con los mismos consultores, de donde se llega al documento sometido a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de Gobierno, para su aprobación final, que es lo que recoge esta versión.

REFERENCIAS

1. Partido Comunista de Cuba. *El trabajo del partido en la actual coyuntura*. La Habana; PCC, 1995.
2. Guerra de Macedo C. Confirmación de la certificación de la erradicación del virus salvaje de la poliomielitis en Cuba. Washington D.C., Noviembre de 1994.

2

Los consultores que contribuyeron de modo eficiente y eficaz al perfeccionamiento de este borrador fueron los doctores Daniel López Acuña y Alberto Infante del Programa Regional de Inversiones en Ambiente y Salud para América Latina y el Caribe.

3

En la segunda rueda de discusiones participaron los consultores Alberto Infante, Armando Peruga, Ximena Aquilera y Félix Lobo, así como el Dr. Daniel López Acuña del Programa Regional de Inversiones en Ambiente y Salud para América Latina y el Caribe (OPS).

3. **Ministerio de Salud Pública. *Propuesta. Iniciativa para Cuba. Plan de cooperación Internacional en el Sector Salud.*** La Habana: MINSAP; 1995.
4. **Puffer R. *Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba.*** Washington, D.C. (Informe de consultor OPS/OMS sobre visita a Cuba del 1 al 8 de marzo de 1974).
5. **Ministerio de Salud Pública. *Balance de Trabajo. Año 1994.*** La Habana: MINSAP, 1995.
6. **Organización Panamericana de la Salud. Secretaria Ejecutiva del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud. *Lineamientos metodológicos para el análisis de los procesos de inversión en ambiente y salud.*** Washington, D.C. OPS/OMS. S/F.

Capítulos 1 y 2

1. INTRODUCCION

1.1. LA SALUD PUBLICA EN LOS 90 Y MAS ALLA DEL 2000

El **Análisis del Sector Salud en Cuba**, nace en un medio teórico caracterizado por la preminencia de un grupo de conceptos y propuestas que gozan de un amplio consenso internacional, aunque aún no sean práctica común en muchos países. Son fuentes teóricas fundamentales la Estrategia de Atención Primaria de Salud aprobada en 1978 en Alma Ata (1) -cuyos aspectos centrales se mantienen vigentes, las bases teóricas de las estrategias de prevención poblacional y de alto riesgo desarrolladas a partir de los años 70 (2), la Carta de Ottawa (3) y otros documentos sobre promoción de la salud y el movimiento de ciudades, municipios y comunidades saludables de la segunda mitad de la década de los años 80 (4,5,6) y las propuestas de reforma del sector salud desarrolladas a finales de los años 80 y principios de los 90 (7,8,9,10).

Entre los elementos conceptuales y contenidos estratégicos mas significativos, se cuentan la concepción amplia, social, de la salud como parte sustancial del desarrollo vinculada a todos los aspectos de la vida humana; la aspiración de que la salud sea un bien universal y no de grupos privilegiados de acuerdo al ideal de "Salud para Todos"; la importancia central de alcanzar la equidad en salud y la necesidad de incluir en las agendas políticas de los gobiernos la construcción social de la salud, mediante acciones de promoción y prevención además de las recuperativas propias del sector.

En este universo teórico, se destacan por su importancia y consenso a su favor cuatro elementos. El primero es una especie de "*principio de principios*"; la necesidad **superar las inequidades en salud**, entendidas como "*diferencias innecesarias, evitables e injustas en las condiciones de salud de la población y en su acceso a los servicios*" (11). Prácticamente todas las propuestas actuales en materia de política de salud, tanto de países como de organismos internacionales, manifiestan destacadamente el propósito de superar las inequidades en salud. En segundo lugar la necesidad de impulsar, profundizar y defender una genuina y amplia **participación social y comunitaria en la salud**. Estamos hablando de la participación de la población en todo el proceso gestor de su salud, desde la identificación y priorización de los problemas hasta las acciones para solucionarlos y la evaluación de dichas acciones. En tercer lugar, la **descentralización de los servicios de salud**. Este proceso es consecuente con la descentralización de otras esferas socio-económicas y es una condición necesaria para lograr que las intervenciones de los servicios respondan mejor a los problemas concretos de las realidades locales, que es donde en última instancia ocurren los problemas de las personas, familias y comunidades. También la descentralización es imprescindible para una real participación social en la gestión de los servicios de salud y para alcanzar una mayor eficiencia y efectividad de los mismos. Por último, se ha comprendido que es necesario actuar **intersectorialmente** en el campo de la salud, especialmente en la promoción de la salud. Es el caso de sectores como la educación, la alimentación, la vivienda, el transporte, las comunicaciones, y los servicios de agua y saneamiento, por sólo mencionar algunos. Participación social, intersectorialidad y descentralización, constituyen un trío interconectado de componentes estratégicos para el desarrollo de la salud pública y el logro de la equidad (11,12,13,14,15).

Este mundo teórico, se inserta en una realidad política, social y económica que lo condiciona, realidad en continuo cambio pero con períodos de aceleración y transformaciones mayores. Ese es el caso del momento actual, caracterizado por un reacomodo mundial muy dinámico producto de múltiples factores. En el decenio de los 80, sobre todo en sus finales, ocurrieron hechos que determinan grandes cambios en el escenario mundial. La desaparición del campo socialista y de la Unión Soviética, el fin de la Guerra Fría y el surgimiento y multiplicación de conflictos armados en varias partes del mundo, la globalización de la economía, los esfuerzos integracionistas regionales y subregionales y la creación de esquemas económicos en Europa, Asia y América, el acelerado desarrollo de las comunicaciones y la tecnología, especialmente de la computación y las telecomunicaciones, el deterioro del medio ambiente y los retos y peligros para la humanidad y el planeta que los cambios ambientales implican, son sólo algunos de los hechos que contribuyen a pronosticar una realidad en el 2000 muy diferente a la de los 80. La salud pública inevitablemente recibe el impacto de estos cambios en varios sentidos.

Una de las novedades que nos ha traído el final de siglo es la celebración de reuniones cumbres mundiales para tratar aspectos relevantes para los pueblos y su salud. Estas reuniones en las que ha participado un significativo número de Jefes de Estado y Gobierno, reflejan la toma de conciencia cada vez mayor de los pueblos y sus dirigentes sobre la necesidad de atender con urgencia los enormes problemas actuales y futuros en cuestiones trascendentales para la vida y por tanto la salud, a la vez que demuestran la

CUMBRES MUNDIALES SOBRE TEMAS SOCIALES

- Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Nueva York, septiembre de 1990.
 - Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Río de Janeiro, junio de 1992.
 - Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, septiembre de 1994.
 - Conferencia Cumbre sobre Desarrollo Social. Copenhague, marzo de 1995.
 - IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, septiembre de 1995.
-

creciente voluntad política de los gobiernos y agencias internacionales para enfrentar los retos y aportar soluciones a los mismos. La salud pública, aporta y recibe un rico caudal de ideas, experiencias y propuestas en estas reuniones. Por su parte, la comunidad de países de Iberoamérica viene celebrando reuniones cumbres de Jefes de Estado y Gobierno a partir de 1991, en cuyas agendas los temas sociales y en particular de salud han recibido atención prioritaria. En respuesta al mandato de la primera de estas reuniones celebrada en Guadalajara, México en 1991, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó en su XXXV Consejo Directivo la Resolución XVII sobre la elaboración de el Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud para América Latina y El Caribe (PIAS) (14). El PIAS fue presentado a la II Cumbre Iberoamericana celebrada en Madrid en 1992, la que brindó pleno apoyo al lanzamiento del plan y su puesta en marcha en cada país con el auspicio de la OPS⁴.

4

En el marco del PIAS, Cuba preparó con apoyo de la OPS el "Análisis del sector de agua potable y saneamiento en Cuba". Este análisis fue sometido a consideración de un grupo de organismos, agencias de cooperación e instituciones gubernamentales y no gubernamentales de diversos países, en una reunión celebrada en La Habana en septiembre de 1995, con el fin de obtener financiamiento externo para los proyectos resultantes del estudio.

A raíz de la comprensión de la pertinencia y vigencia mas allá del 2000 de las metas de Salud para Todos -incumplibles para muchos países en ese horizonte-, los cambios ocurridos en el mundo después de orden político, económico, ambiental, demográfico y social, la agravación de la pobreza, la emergencia de nuevos problemas de salud y el resurgimiento de otros, se plantea la necesidad de renovar la

estrategia de salud para todos proyectada a un plazo que rebase la frontera del 2000 (12). La 95 sesión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió iniciar un proceso de consulta para renovar la Estrategia de Salud para Todos que ya comenzó en la Región de Las Américas (16). En la nueva propuesta se añaden o enfatizan conceptos y propuestas como la importancia de diseñar políticas y estrategias propias para cada país; de reforzar las acciones políticas en pro de la salud; de identificar grupos mas vulnerables, especialmente entre los pobres y focalizar hacia esos grupos los esfuerzos fundamentales buscando la reducción de las desigualdades en salud; el énfasis en caracterizar las condiciones de vida y estilos de vida que determinan la salud de las poblaciones, grupos y personas para poder focalizar y diferenciar las acciones de salud; la importancia de atender e incorporar los aspectos económicos de la gestión sanitaria en pro de la mayor eficiencia y viabilidad de las estrategias para que sean sostenibles; un mayor énfasis en los aspectos éticos y legales de la salud y la necesidad de reformar el sector salud.

El Noveno Programa General de Trabajo de la OMS (9PGT) (13) y las Orientaciones Estratégicas y Programáticas de la OPS (OEP) (14), así como los programas de cooperación de otros organismos del Sistema de Naciones Unidas como UNICEF y UNFPA, reflejan en sus propuestas estratégicas de cooperación en salud los supuestos teóricos que hemos mencionado. Organismos como la CEPAL (10,11), el Banco Mundial (8,11) y el Banco Interamericano de Desarrollo (9,11) por sólo mencionar los mas importantes, han venido incorporando el tema de la salud entre sus prioridades por considerarlo esencial en las estrategias de desarrollo y sus posiciones y criterios son en general similares, otorgando prioridad a la reforma sectorial.

REUNIONES CUMBRES IBEROAMERICANAS

- I -Guadalajara, México, 1991.
 - II -Madrid, España, 1992.
 - III -Salvador de Bahía, Brasil, 1993.
 - IV -Cartagena de Indias, Colombia, 1994.
 - V -Bariloche, Argentina, 1995.
-

ORIENTACIONES POLITICAS Y PROGRAMATICAS DE LA OMS 1996-2001

- 1) Integración del desarrollo sanitario y humano en las políticas públicas
- 2) Acceso equitativo a los servicios de salud
- 3) Promoción y protección de la salud
- 4) Prevención y control de problemas sanitarios concretos

ORIENTACIONES ESTRATEGICAS Y PROGRAMATICAS DE LA OPS 1995-1998

- 1) La salud en el desarrollo
 - 2) Desarrollo de los sistemas de salud
 - 3) Promoción y protección de la salud
 - 4) Protección y desarrollo ambiental
 - 5) Prevención y control de enfermedades
-

Los puntos actuales de debate mas importantes en el terreno de la salud pública, giran alrededor de la participación del Estado y el mercado en los servicios de salud, el paquete o canasta básica de servicios, la focalización de las acciones, las vías para garantizar la equidad en salud y las alternativas de financiamiento sectorial entre otros. Estos son puntos relevantes de las propuestas de reforma del sector salud.

1.2 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

La reforma del sector salud ha ocupado importantes espacios en el debate de salud pública en los últimos años (17,18,19,20). La reforma es tema prioritario en la agenda política de los países de la región de Las Américas, a la vez que las principales agencias y organismos de cooperación en salud han incorporado el tema de la reforma sectorial en sus propuestas estratégicas y programas de acción (11). La OPS ha incluido destacadamente a la reforma del sector en las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para el cuatrienio 1995-1998 (14).

Se puede afirmar que existe consenso en los países de Las Américas sobre la necesidad de realizar reformas en los sistemas de salud, aunque las diferencias políticas, económicas, sociales, sanitarias y de organización y desarrollo de los servicios de salud que entre ellos existen, determinan que dicha reforma sectorial se realice de acuerdo con las circunstancias y realidades concretas de cada país. Varios países han emprendido reformas sectoriales desde hace años, como parte de procesos mas amplios de reforma de la sociedad y el Estado, muchos de ellos enmarcados en modelos socioeconómicos de corte neoliberal.

Se ha definido a la reforma sectorial en salud como *"...un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado, realizado durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan (11)"*. En esta definición aparecen elementos claves, como la idea de que implica "cambios sustantivos" en instancias y funciones del sector y el propósito de alcanzar mayor equidad e incrementar eficiencia y efectividad en el accionar sectorial.

Se plantean varias razones que justifican la reforma del sector salud en la región de Las Américas (11). La persistencia en magnitud considerable de muertes prematuras y enfermedades evitables, así como enormes desigualdades de condiciones de vida y salud en muchos países; los desafíos a los servicios de salud que generan los cambios demográficos, la urbanización e industrialización crecientes y las transformaciones de los estilos de vida individuales y colectivos; los rezagos regionales y sociales al acceso equitativo de todos los ciudadanos a la atención de sus necesidades básicas de salud; la incoordinación funcional, duplicidades institucionales, centralización e inadecuación de los patrones de producción de los servicios, factores que conspiran contra la eficiencia y la eficacia sectorial; el flujo insuficiente de financiamiento hacia el sector; el alza desproporcionada de los costos de los servicios de salud; la introducción inadecuada de nuevas y costosas tecnologías "no apropiadas" y por último, la

no suficiente convergencia entre las acciones del sector salud y los desarrollos mas recientes en materia de política social, el poco vínculo del sector en la lucha contra la pobreza y el poco aliento a la responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad civil (11,21).

Se parte del supuesto de que la reforma es necesaria en nuestra Región, porque los sistemas de salud han sido en general inequitativos, ineficaces e ineficientes. Se considera que, aunque se aprecian signos alentadores de crecimiento económico en varios países de la Región, el crecimiento económico no va a garantizar la solución de los problemas sociales existentes -entre ellos los de salud- a no ser que exista una política social dirigida a lograr la equidad. Se ha comprendido con claridad y consenso crecientes, que sin una adecuada distribución de los beneficios del crecimiento económico que redunde en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, no hay real desarrollo. Se defiende la idea de que salud y desarrollo son interdependientes y que la inversión en el sector salud es necesaria para el desarrollo sostenible, a la vez que se propone visualizar al sector salud también como un sector económico (8,10,11).

Se definen como objetivos fundamentales de la reforma estar dirigida a mejorar las condiciones de salud y de vida de todos los habitantes; ser parte de la reforma social, constituyéndose en uno de sus pilares de desarrollo con justicia, bienestar y equidad; contribuir al combate de la pobreza; priorizar el abatimiento de las desigualdades sanitario-asistenciales y alentar la responsabilidad compartida; conducir a la modernización del sector para garantizar acceso universal, servicios eficientes e integrales, mejorar la calidad de los mismos y extender la cobertura a los grupos desprotegidos actualmente; bajar los costos de los servicios de salud; propiciar un concurso privado complementario al esfuerzo público que contribuya a hacer efectiva la responsabilidad del Estado de garantizar acceso universal a la salud; estimular la participación y concertación social en salud; alentar la intersectorialidad en salud y, mejorar los flujos de financiamiento hacia el sector y hacerlos sostenibles.

Tres temas presentes en las principales propuestas de reforma sectorial, específicamente en el modelo del Banco Mundial, merecen ser discutidos. Estos son los conceptos de **externalidades**, **focalización** y lo relativo al **financiamiento del sistema de salud**.

Un argumento de importancia que respalda la necesidad de la reforma, es que los recursos públicos para la salud son y serán escasos, lo que obliga a emplearlos con la **mayor eficiencia** posible, priorizando los grupos mas desprotegidos y vulnerables. Este es un **punto esencial**. Nuestros países subdesarrollados y pobres están obligados a utilizar sus pocos recursos con extrema eficiencia. Las experiencias que han violado este principio son negativas y desembocan en endeudamiento, dependencia y una cultura de despilfarro muy difícil de revertir. Se sabe además que la utilización de recursos de la sociedad en educación, alimentación, vivienda, transporte, agua y otros rubros sociales, es tan importante para la salud de la población como su utilización en servicios de salud, por lo que todo recurso que se gasta innecesariamente en los servicios de salud, es recurso que se deja de emplear en la salud en sentido mas amplio. Este puede ser el caso de la utilización de instituciones y equipos de alta complejidad, para atender problemas que pueden ser resueltos en el nivel primario de atención utilizando tecnología

apropiada, o la realización de controles médicos excesivos a embarazadas y niños sanos, exámenes complementarios superfluos e ingresos hospitalarios innecesarios.

Asociada al tema de la utilización eficiente de los recursos, surge la propuesta de que el sector público debe dedicar sus recursos a las acciones de salud pública con "**externalidades positivas**". En esencia, el concepto de externalidad se basa en que hay servicios cuya utilización por un individuo afecta a los demás miembros de la sociedad. En este sentido las inmunizaciones tienen externalidad positiva mientras que los conductores ebrios tienen externalidad negativa (8).

Este concepto de externalidad, que tiene un origen esencialmente económico con aristas muy polémicas, es un argumento central del esquema de reforma preconizado por el Banco Mundial, que insiste en la necesidad de que el Estado dedique sus esfuerzos y recursos a actividades de salud pública y servicios clínicos esenciales, de gran eficacia en función de los costos. Ejemplos de las primeras son las inmunizaciones y los programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol, mientras que en el caso de los servicios clínicos, se mencionan la asistencia en relación con el embarazo, parto y puerperio, la planificación familiar y la lucha contra la tuberculosis entre otras acciones (8).

Si bien el componente de medidas de salud pública, coincide en general con todos los puntos de vista actuales en este campo, el componente de servicios clínicos esenciales resulta difícil de aceptar, no tanto por las acciones que incluye, sino por las que excluye por considerar que tienen muy baja eficacia en función de los costos. Este es el caso de la cirugía cardíaca, el tratamiento de los cánceres de alta letalidad como los de pulmón, hígado y estómago (excluido el alivio del dolor), las quimioterapias costosas en infectados con el VIH y los cuidados intensivos de niños muy prematuros; servicios de los que estarían excluidos los pobres y en general los grupos humanos sin capacidad de pagar servicios privados, que si estarían accesibles para las capas ricas de la sociedad. Es fácil notar las implicaciones éticas y filosóficas de esta posición y el rechazo inevitable que despierta en medios sociales diversos, organizaciones populares y algunos gobiernos, debido a las inequidades que afloran en una propuesta que pretende resolverlas, por muy bien fundamentada económicamente que esté. La esencia económica de este modelo de reforma se refleja en que, en la mayoría de los países, sus propulsores principales son los ministerios de economía y finanzas mas que los de salud pública y, por detrás de estos, los organismos financieros internacionales interesados en que las reformas económicas sean sostenibles. De esta forma, el riesgo de que los procesos nacionales de reforma sectorial respondan mas a intereses de núcleos de poder que a los de las poblaciones está bien presente.

La focalización es también un elemento central en las propuestas de reforma sectorial (8,10,11). Se basa en la identificación de grupos prioritarios de acuerdo con dos criterios; el criterio económico (ubicar los recursos donde mas rindan en términos de costo-beneficio) y el criterio epidemiológico (grupos vulnerables como mujeres, niños, ancianos y grupos humanos donde existe alta prevalencia de enfermedades y riesgos para la salud). Estos grupos constituyen "focos" hacia los que se deben dirigir los esfuerzos principales. La vertiente económica de la focalización ha provocado rechazo por sus implicaciones sociales, especialmente por el criterio económico que implica que a los pobres sólo deben brindarse por el Estado servicios que se

justifiquen en términos de costo beneficio. De esta forma se legitima el establecimiento de atención diferenciada entre el que puede pagar y el que no, quedando estos últimos sujetos a una atención "de segunda". La canasta básica se relaciona con la focalización, ya que es en los grupos mas vulnerables donde coincide la mayor necesidad de garantizar un paquete básico de servicios. El criterio epidemiológico de focalización es aceptado universalmente, pues está dirigido a alcanzar mayor equidad en salud, en el sentido de ubicar los recursos donde están concentrados los problemas y sus causas.

Tanto la propuesta del Banco Mundial como la de CEPAL/OPS, defienden un modelo de sistema de salud de financiamiento mixto como el mas viable para los países de la Región. El punto central desde salud es garantizar la cobertura de toda la población, estando aquí la función fundamental del Estado como regulador y garante de la atención de los pobres y grupos relegados por cualquier razón. Un párrafo que refleja sintéticamente el espíritu de estas propuestas aparece en el documento "Transformación Productiva con Equidad" *"....redefinir el papel del Estado, que debe abandonar sus pretensiones de omnipresencia, para concentrarse en algunas funciones claves y desempeñarlas con mayor eficacia y eficiencia, en especial aquellas que inciden en la equidad. A la vez, hay que superar el conflicto entre Estado y mercado"* (10).

El papel del estado se retoma y defiende en la reforma, reivindicado después del neoliberalismo a ultranza de los comienzos (7). Ahora se refuerza su papel en aspectos críticos, pero como respaldo de los servicios privados y de la seguridad social. El Estado se ocupa de lo que los privados no, como el medio ambiente, las campañas de higienización, las inmunizaciones masivas y otras acciones de salud pública, así como de garantizar una canasta básica de servicios a los pobres.

Se propone un modelo económico que combine el crecimiento productivo con la equidad social (8,10). Se toman como ejemplos positivos algunos países de Asia Oriental. Implica economías competitivas internacionalmente sobre la base de la productividad. Se otorga especial valor a la inversión en recursos humanos y conocimientos. El Estado aportaría los recursos para garantizar cobertura de toda la población en un marco de creciente autonomía financiera del sector salud. Es decir, todo el que pueda pagar debe hacerlo y este grupo debe crecer cada vez mas en la medida que la economía mejore. De esta forma el subsidio estatal a las prestaciones de salud quedaría reducido a un número cada vez menor de personas que no puedan pagar, para de esta forma garantizar la cobertura total como condición esencial de la equidad.

**COMPONENTES DE LA PROPUESTA CEPAL/OPS
"TRANSFORMACION PRODUCTIVA CON EQUIDAD"**

- Intersectorialidad y promoción de la salud.
 - Canasta básica de servicios.
 - Focalización de las intervenciones.
 - Reforma sectorial en salud.
 - Inversión en servicios de salud.
-

En general, hay coincidencia en dejar flexibilidades en la conformación de los sistemas de salud y su financiamiento de acuerdo con los países, pero las propuestas son claras en su pronunciamiento por una diferente participación del Estado en los sistemas de salud. Se pretende

conciliar la cobertura universal y la equidad en salud con la participación del mercado en el sistema. No queda claro en las propuestas como eliminar diferencias en los servicios entre los que pueden pagar y los que no.

Tomar en consideración algunos hechos del escenario internacional en que se produce el planteamiento de la reforma sectorial en salud, permite una aproximación mas clara a la pujanza de la propuesta en nuestra Región.

La crisis económica de los años 80 en América Latina, la aún no resuelta deuda externa de prácticamente todos los países, el aparente ocaso del estado de bienestar, el surgimiento del modelo neoliberal como la opción inevitable de los países para sanear la economía y reiniciar un camino hacia el desarrollo económico, todo ello unido a la debacle socialista en Europa, que significó no solo el descrédito casi total del modelo socialista como algo viable, sino también, el revés de las utopías sociales a manos de los pragmatismos economicistas presididos por las virtudes universales del mercado con todos sus significados éticos y humanos, son hechos insoslayables para entender y valorar la existencia y alcance de la idea de la reforma social que incluye la reforma sectorial en salud. A lo anterior se unen aspectos de fondo que arrastran nuestros países, como son las deformaciones de las economías, la corrupción a todos los niveles, especialmente de los funcionarios públicos, las desigualdades sociales -en algunos países abismales-, la invasión en esos contextos de la tecnología de punta que convive con la mas atrasada, la prevalencia simultánea de problemas del subdesarrollo con problemas del desarrollo y, en el caso que nos ocupa, la real incapacidad de la gran mayoría de los sistemas de salud para satisfacer las necesidades de la población.

La necesidad de realizar reformas en los sistemas sanitarios es también sentida por los países desarrollados. Una buena parte de los países Europeos se hayan inmersos en procesos de reforma sectorial y las razones y temas son en general similares a los de nuestra Región, destacándose entre las primeras la necesidad de controlar el aumento excesivo de los costos y entre los segundos el financiamiento del sector, el tema de las prestaciones mixtas, la eficiencia y eficacia de los servicios, los problemas de calidad de la atención y la participación y satisfacción de los usuarios, teniendo como gran objetivo la garantizar la equidad en salud (22). Canadá es un buen ejemplo de reformas sanitarias significativas en diferentes momentos, entre los que se inscribe el informe presentado en 1974 por Mark Lalonde, "Nuevas perspectivas para la salud de los Canadienses" y la propuesta que de este se derivó, considerada un hito en la región (23). Canadá tiene cobertura universal de servicios a través de un seguro nacional de salud y reconoce explícitamente que el mercado no puede jugar el papel regulador en los servicios de salud. También Estados Unidos ha intentado reformar su costoso sistema de salud, pero sin éxito hasta el momento. La propuesta presentada

SERVICIOS CLINICOS ESENCIALES. BANCO MUNDIAL.

- Servicios para la atención al embarazo.
 - Servicios de planificación familiar.
 - Lucha contra la tuberculosis.
 - Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual.
 - Tratamiento de las enfermedades comunes de los niños pequeños.
-

por el actual presidente Willian Clinton al principio de su mandato, constituye una propuesta de reforma sectorial pero no alcanzó la aprobación necesaria en el Congreso (24).

¿Porqué la reforma?. ¿Cuales son los beneficios que esperan las agencias financieras de los préstamos millonarios que ofrecen a los países para apoyar la reforma?. De la respuesta a estas pregunta depende mucho la comprensión de la propuesta. Si el centro de los intereses de los organismos de financiamiento, especialmente del Banco Mundial principal promotor e ideólogo de la reforma, es la reestructuración económica de los países hacia una economía de mercado mas libre y amplia (neoliberal), la reforma debe responder de algún modo a ese supraobjetivo. Una explicación casi obvia es que el modelo económico neoliberal por sí sólo es incapaz de resolver los problemas de fondo de las sociedades subdesarrolladas y, como se ha visto, mas bien los agrava aumentando las desigualdades sociales entre los grupos mas ricos y los mas pobres, estos últimos muy aumentados por amplias capas de población procedentes de la clase media que se empobrecen en los procesos de ajuste neoliberal. Ante una situación de este tipo, corre grave peligro la viabilidad política y social del modelo económico, con riesgos de explosiones sociales, ingobernabilidad de los procesos y hasta revoluciones de fin de siglo, por lo que, como enfatiza el documento del BID-PNUD, *"La reforma social es un complemento ineludible y esencial de las reformas económicas que apunta a garantizar la viabilidad política y social de las mismas"*(9).

El origen de la propuesta de la reforma sectorial puede tener intenciones rechazables, pero ¿es rechazable la propuesta en sí?. Este punto requiere ser valorado, ya que la propuesta de la reforma contiene una gran cantidad de puntos absolutamente coherentes con las mejores propuestas actuales de salud pública, como es el caso de la necesidad de descentralización de los sistemas de salud, la participación social, la inversión en elevar el nivel educativo de la población y su cultura sanitaria, la atención de los problemas de salud mas prevalentes, concentrando los esfuerzos en los grupos mas necesitados, etc.

En síntesis, los programas de reforma contienen los siguientes puntos: 1) crecimiento económico, 2) ampliación de la escolaridad básica, 3) reorientación del gasto público destinando menos recursos a la atención terciaria y a la capacitación de especialistas y mas recursos a medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, 4) fomento de la diversidad y la competencia en el suministro de la atención clínica y creación de sistemas de seguros que permitan contener los costos, 5) aumento de la eficiencia de los servicios de salud pública y 6) estímulo a las comunidades y familias para que participen en mayor medida en la promoción de hábitos de vida sanos y la administración de los servicios locales de salud. Como es fácil de apreciar, la propuesta contiene aspectos esenciales que integran las plataformas mas avanzadas de salud pública.

El hecho cierto es que, como andan las cosas actualmente, una buena mayoría de la población de nuestros países no tiene el mas mínimo acceso a los servicios de salud. Un nuevo modelo que mejore la cobertura y el acceso es de por sí deseable. El punto mas censurable de la propuesta es el rescate para el mercado de la salud y de los servicios, otorgando no sólo consentimiento sino estímulo y obligación del estado de hacerlo según el modelo propuesto, a la gestión privada

de servicios de salud para "los que puedan pagarlos". ¿Y estos que pueden pagar quienes son, sino los mismos que gozan de privilegios en las sociedades desiguales del subdesarrollo?. ¿Como evitar que existan servicios de buena calidad para los acomodados de la sociedad y servicios de mala calidad para los que no pueden pagar?. Este problema se incrementa con la división establecida por el acceso económico diferenciado. La idea de que también en la salud el mercado es una solución inevitable, pervierte la esencia humana y ética del derecho a la salud.

1.3 CUBA Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD.

Según Granados , *"la definición del contenido de las Reformas es un complejo proceso político, alimentado por concepciones filosóficas, opciones económico-financieras, elementos culturales, necesidades epidemiológicas, realidades demográficas, disponibilidad de servicios, disparidades sociales de desarrollo y aspectos ético y morales"* (18). Si aceptamos lo anterior, resulta evidente que pensar la reforma sectorial en Cuba tiene un sentido y contenido particulares en el contexto regional.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, reforma es *"lo que se propone, proyecta o ejecuta como innovación o mejora en alguna cosa"* (25). De acuerdo con esta definición, Cuba viene realizando importantes reformas de su sistema de salud desde los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario. La creación del modelo de medicina familiar que hoy da cobertura prácticamente a toda la población del país, es la reforma mas importante realizada en el Sistema Nacional de Salud de Cuba en años recientes. Se puede afirmar que en el caso de Cuba, **la reforma sectorial más que un hecho eventual ha sido un proceso permanente.**

PRINCIPALES REFORMAS REALIZADAS EN EL SECTOR SALUD DE CUBA A PARTIR DE 1960

DECADA DE LOS 60

- Creación del Servicio Médico Rural.
- Creación de las áreas de salud y los policlínicos.
- Creación del Sistema Nacional de Salud.

DECADA DE LOS 70

- Creación del policlinico comunitario y el modelo de medicina en la comunidad.
- Desconcentración de la docencia médica. Creación de Facultades de Medicina en todas las provincias.
- Descentralización del Sector Salud. La gestión de los Servicios de Salud se transfiere a los gobiernos provinciales y municipales.

DECADA DE LOS 80

- Creación del modelo de Medicina Familiar.
-

En la actualidad el país esta enfrascado en un proceso de transformaciones en la esfera económica y de perfeccionamiento del Estado y el Gobierno, que repercuten en la esfera social y de los servicios. En el sector de la salud, se están considerando un grupo de reformas dirigidas a lograr mayor eficiencia y efectividad en la acciones del sector y mejorar la calidad de los servicios, a la vez que se preservan los logros obtenidos tanto en la situación de salud de la población como en las acciones del sector, con destaque a la cobertura y acceso universales que hacen del sistema de salud cubano uno de los mas equitativos del continente.

Consideramos que son cuatro las razones fundamentales que justifican actualmente un momento de reforma del sector de la salud en Cuba: las consecuencias sobre la situación de salud y los servicios de salud de la **crisis económica** de los últimos años, los **cambios en el contexto**

nacional a partir de 1989 y las transformaciones que lleva adelante el país fundamentalmente en el terreno económico, el proceso de **perfeccionamiento del Estado** y de los órganos de gobierno, y las **contradicciones propias del desarrollo** del sistema de salud.

La primera razón mencionada -y en nuestra opinión la más importante- es el impacto de la crisis económica en la situación de salud y en los servicios de salud. Como consecuencia principalmente de la crisis, se han producido cambios en las condiciones de vida de la población y algún grado de deterioro de los servicios de salud, que se traducen en nuevos problemas en unos casos, en agravamiento de otros e incluso pudieran existir modificaciones positivas de algunos factores de riesgo -como es el caso de el aumento de la actividad física-

lo que debe ser evaluado. Los cambios en los perfiles de salud de la población ocurridos en años anteriores y las principales tendencias, se combinan con problemas emergentes y determinan nuevos perfiles de problemas que demandan un reanálisis de la respuesta social y sectorial en salud pública.

La estrategia cubana de salud hasta el año 2000 denominada "Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la Salud de la población cubana 1992-2000" (26), se basó en el análisis de la situación de salud y las tendencias realizada en base a los datos que se tenían en 1991 y principios de 1992. En ese momento, aún la repercusión de la crisis sobre la salud de la población y los servicios no era notable y la gran preocupación era el comportamiento de las enfermedades no transmisibles y los accidentes como queda reflejado en dicha estrategia.

En 1995 la situación ha variado en parte y las enfermedades transmisibles, así como problemas asociados a la nutrición han adquirido importancia prioritaria. Este es el caso por ejemplo del incremento de la tuberculosis y de la leptospirosis entre las primeras y el aumento del bajo peso al nacer entre las segundas. Otros problemas que pudieran reflejar deficiencias de los servicios como el aumento de la mortalidad materna, también han aparecido en los últimos años (27). A lo anterior se unen los problemas identificados en los "Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana 1992-2000" (OPD-2000), en relación con las enfermedades no transmisibles, los accidentes y factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA y el riesgo de nuevas epidemias como fue el caso de la neuropatía epidémica o pudiera ser el cólera si llegara a introducirse en el país. Lo dicho no significa que los OPD-2000 hayan perdido vigencia, pero sí que se requiere su actualización o renovación de acuerdo con las nuevas realidades.

Los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad en la población cubana con sus consiguientes cambios en las necesidades de servicios, unidos a problemas emergentes como la neuropatía epidémica y el SIDA, así como el resurgimiento de enfermedades que parecían

RAZONES FUNDAMENTALES QUE JUSTIFICAN UN MOMENTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD EN CUBA EN 1995.

- 1) Consecuencias de la crisis económica en la situación de salud y los servicios de salud.
 - 2) Proceso de transformaciones en el modelo socioeconómico.
 - 3) Proceso de perfeccionamiento del Estado y el Gobierno.
 - 4) Contradicciones propias del desarrollo del Sistema Nacional de Salud.
-

controladas como la tuberculosis y la amenaza permanente de la aparición de otras como el cólera, conforman una situación sanitaria que demanda reformas en el esquema de los servicios de salud.

Por otra parte, los cambios ocurridos en los perfiles demográficos se unen a los antes señalados para plantear nuevos retos a los servicios. El envejecimiento de la población asociado a la disminución de la fecundidad, la amplia cobertura inmunitaria y la disminución de la morbilidad por una algunas causas en la niñez, junto al desarrollo de los servicios en el nivel primario de atención con médicos y enfermeras especialistas -no trabajadores empíricos voluntarios- radicados directamente en la comunidad, permiten una reorientación de los recursos y servicios de salud, a partir de la potenciación de la capacidad resolutive de la medicina familiar con el apoyo del resto del sistema.

La crisis económica trajo consigo graves problemas de desfinanciamiento del sector, cuyos recursos sobre todo en moneda libremente convertible disminuyeron drásticamente entre 1989 y 1995. Para tener una idea de la magnitud de la crisis, baste señalar que el Producto Interno Bruto (PIB), en 1994, decreció en un 34,3% en relación con 1989 (28). Ante esta realidad, se requiere un reanálisis de las opciones de financiamiento del sector salud. De hecho, la contribución voluntaria de los trabajadores del turismo con parte de sus propinas y la vinculación del sector del transporte al financiamiento de la salud pública, son ejemplos de nuevas formas de financiamiento sectorial. La gestión de la comunidad en función de apoyar de diversas formas a los servicios a nivel local, es otra experiencia nueva y prometedora en este sentido. La posibilidad de introducir seguros de salud para algunas empresas mixtas y otras entidades que operan con lógica de mercado, es algo que merece ser valorado.

Las importantes transformaciones del modelo económico cubano emprendidas en estos años, determinan una nueva realidad nacional, que sin renunciar a sus principios socialistas admite la participación de esquemas de mercado que repercuten inevitablemente en el panorama social. Las capas y estratos sociales se reconfiguran en base a la inserción que los diferentes grupos tienen en dicha realidad económica y aunque el Estado mantiene una activa participación redistributiva de los recursos, se produce un acentuamiento de las desigualdades entre distintos grupos sociales, anteriormente prácticamente inexistentes. El asunto se complica por el hecho de que, con la dinámica actual del país, se producen cambios frecuentes en las condiciones de vida de diferentes grupos y familias, que dificultan su ubicación en estratos sociales definidos. Esta nueva realidad debe reflejarse en diferencias en los perfiles de salud de estos grupos sociales, no con las características extremas con que se presentan en muchos países subdesarrollados, pero sí más que en períodos anteriores. Por otra parte, existen diferencias de problemas, riesgos y posibles intervenciones entre los distintos territorios del país, independientemente de la gran homogeneidad nacional alcanzada en el período revolucionario. El Sistema Nacional de Salud debe responder a estos cambios y su reflejo en la situación de salud y las respuestas sociales y de los servicios a dicha situación, como parte de la reforma en el momento actual.

En el terreno político se produce un perfeccionamiento de las estructuras del Estado y del Gobierno. Uno de los elementos más importantes es el fortalecimiento de los gobiernos municipales y los Consejos Populares, potencializándose la participación comunitaria en la gestión de gobierno. Esto demanda la profundización de la descentralización del sistema de salud y de la participación popular en la gestión sanitaria, aspectos esenciales de la reforma. A lo anterior se unen el fortalecimiento del Parlamento y la reestructuración y compactación del gobierno central.

Por último, las contradicciones que genera el desarrollo del propio sistema de salud, a lo largo del período revolucionario, aportan nuevos elementos para la reforma. El sistema de salud cubano se ha caracterizado por continuas transformaciones que dan lugar a nuevas necesidades. Un ejemplo de las contradicciones señaladas es el desarrollo del modelo de medicina familiar, que al cubrir a prácticamente toda la población con médicos y enfermeras en la comunidad, determina una transformación del resto del sistema de servicios que deben redefinir un grupo de las funciones que han venido desempeñando y quedan cubiertas ahora por la medicina familiar.

Como hemos señalado, el modelo se basa en la presencia en la misma comunidad de especialistas con alta capacidad resolutive en acciones médicas curativas a la vez que desarrollan acciones de promoción y prevención posibles a su nivel y con sus recursos. Esto significa una diferencia importante con otros modelos en que se cubre población en la comunidad con recursos humanos menos calificados y menor capacidad resolutive. Acciones como el ingreso en el hogar y el seguimiento de egresados, la cirugía ambulatoria, los controles médicos, el control de embarazadas y el niño sano y otras muchas que no requieren hospitalización, se pueden hacer con igual o mayor calidad que en el hospital, a la vez que se abre un amplio campo de acciones de promoción de salud, especialmente a través de la concertación de actores sociales y sectores alrededor de los Consejos Populares en el marco del Movimiento de Municipios por la Salud (29), así como acciones de prevención de enfermedades sobre colectivos humanos, familias e individuos. La inversión realizada en la formación de 30,000 médicos y enfermeras de familia, requiere explotar sus capacidades a profundidad y, para ello, hay que permitir que sus posibilidades se expandan y liberen sus potencialidades científicas, potencialidades que deben ser permanentemente fortalecidas.

Ante esta situación de nuevas realidades y retos, el Ministerio de Salud Pública ha trazado una estrategia de acción que contiene las bases de un **nuevo momento de reforma sectorial** para dar respuesta a los problemas y necesidades acumulados y emergentes (31). En la estrategia del MINSAP, se destacan el **fortalecimiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria** en salud, así como la necesidad de incrementar la **eficiencia, la equidad**

**PROCESOS Y OBJETIVOS CENTRALES DEL
NUEVO MOMENTO DE REFORMA SECTORIAL
CUBANA, 1995.**

PROCESOS

- Descentralización.
- Participación comunitaria.
- Intersectorialidad.
- Perfeccionamiento de la gestión.

OBJETIVOS

Incremento de:

- Eficiencia.
 - Calidad.
 - Equidad.
 - Sostenibilidad.
-

y la **calidad** del sistema de salud, **garantizando la sostenibilidad** del mismo, especialmente en términos financieros. Estos elementos constituyen los procesos y objetivos centrales que guían el contenido de la reforma. Se enfatiza la necesidad de privilegiar las acciones de **promoción de la salud y prevención de enfermedades** y perfeccionar la **calidad de las acciones recuperativas**, a tono con los principios del sistema de salud cubano, todo ello en el marco del perfeccionamiento de la atención primaria. De esta forma, se espera lograr un saldo positivo en términos de salud y calidad de vida de la población, a la vez que se reducen los costos, es decir, se **aumenta la eficiencia del sistema**, uno de los objetivos centrales de la reforma.

Se precisan tres campos principales en que se producirán las acciones de reforma sectorial.

CAMPOS FUNDAMENTALES DEL NUEVO MOMENTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD DE CUBA, 1995.

En primer lugar se define una transformación profunda de la **gestión del sistema** a través de **cambios en los estilos de trabajo**, concretados en fortalecer el trabajo en los niveles de base del sistema, mayor intercambio y presencia del nivel central de dirección en los territorios, incrementar la

- Perfeccionamiento de la gestión del Sistema Nacional de Salud a través de cambios en los estilos de trabajo
- Reorientación y fortalecimiento del Modelo de Medicina Familiar, pilar de la Estrategia de Atención Primaria.
- Revitalización de los hospitales

participación de la comunidad en la gestión de la salud y la creación de grupos de expertos (*ad hoc*) para analizar problemas prioritarios del sector y proponer soluciones. La estrategia otorga un importante papel a los **Consejos de Salud**, instancias intersectoriales de coordinación a nivel nacional, provincial y municipal de reciente creación, así como al **Movimiento de Municipios por la Salud y Consejos Populares por la Salud**, claves para el desarrollo de la promoción de la salud y de la participación de la población. La creación de los Consejos de Salud en provincias y municipios, constituye una de las vías principales para el desarrollo y perfeccionamiento de la descentralización, la intersectorialidad y la participación comunitaria, en función de mejorar la **calidad de las acciones** de los servicios, la relación costo-efectividad de las mismas y favorecer la movilización de recursos locales en función de la salud, entre otros resultados deseados.

En segundo lugar se plantea la **reorientación y fortalecimiento del modelo de medicina familiar**, en su calidad de pilar de la atención primaria en el país. Se consideran dos componentes en este sentido: la revisión y perfeccionamiento del modelo en el orden técnico y el desarrollo de la participación de la comunidad en la gestión de salud. La medicina familiar está llamada a cumplir la función fundamental en el sistema acorde con la concepción original, no desarrollada cabalmente hasta el momento. El tercer campo principal de reforma se refiere a la **revitalización de los hospitales**, entendida como proceso de reorganización y perfeccionamiento de la gerencia y los servicios que se brindan en este nivel de atención. La revitalización de los hospitales complementa la reorientación del modelo de medicina familiar, acorde con el desplazamiento del peso de las acciones hacia la atención primaria y la realización en el primer nivel de atención, de un grupo de acciones que aún se mantienen innecesariamente en los hospitales. Las acciones en estos tres campos de reforma están dirigidas a lograr los

objetivos señalados de mayor **eficiencia, efectividad y calidad** en las acciones del sistema y mayor nivel de **satisfacción** de la población.

Finalmente, la estrategia del MINSAP concibe la recuperación de especialidades y tecnologías de punta, la consolidación del programa nacional de medicamentos y el desarrollo de la medicina natural y el mejoramiento de servicios que han sufrido algún deterioro en los últimos años como la atención estomatológica, los servicios de ópticas, los hogares de ancianos e impedidos físicos y el transporte sanitario.

De esta forma, Cuba cuenta con un marco definido en términos de política de salud y reorientación estratégica del sistema, que conforman el escenario del nuevo momento de reforma sectorial del país.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. *Atención Primaria de Salud*. Ginebra, OMS, 1978.
2. Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. New York, Oxford University Press, 1992.
3. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa, 1986.
4. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. *Promoción de la Salud y Equidad*. (Declaración) Santafé de Bogotá, noviembre de 1992.
5. OPS/OMS. *El Movimiento de Municipios Saludables en América*. Washington D.C. HPP/HPS/94.31, 1992.
6. Restrepo H. *La Promoción de la Salud en las Américas*. Washington D.C. OPS/OMS, 1992.
7. Akin J. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington D.C. World Bank, 1987.
8. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial de 1993. Invertir en Salud*. Washington D.C., BM, 1993.
9. Banco Interamericano de Desarrollo; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Reforma social y pobreza*. New York, BID/PNUD, 1993.
10. Organización Panamericana de la Salud; Comisión Económica para América Latina y El Caribe. *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y El Caribe*. Washington D.C., OPS/CEPAL, julio de 1994.

11. OPS/OMS, BID, BIRF, CEPAL, OEA, UNFPA, UNICEF, USAID. *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud*. Washington D.C. (Documento de discusión para la reunión especial sobre Reforma del Sector Salud). Septiembre de 1995.
12. OMS. *Renovación de la estrategia de salud para todos*. Ginebra (Informe del Director General). OMS, noviembre de 1994.
13. OMS. *Noveno Programa General de Trabajo para el periodo 1996-2001*. Ginebra, OMS, 1994.
14. OPS. *Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud, 1995-1998*. Washington, D.C. OPS, diciembre de 1994.
15. Suárez J. *Contribución al Marco Teórico para el Desarrollo de la Acción Intersectorial en Salud*. Educ. Méd. Sal. 1992; 26(2).
16. OPS. *Salud Para Todos en Las Américas*. Washington D.C. (Informe final del Grupo Asesor del Director de la OPS, 3 y 4 de abril de 1995. Informe técnico OPS/DAP/95.5.14). 1995.
17. Laurel AC. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México D.F. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 1994.
18. Granados R. *Reforma de los Sistemas de Salud*. Tegucigalpa, OPS/OMS, julio de 1995.
19. Instituto Juan César García. *La Reforma del sector Salud*. Quito. Revista del Instituto Juan César García. 1995; 5(1): ene-jun.
20. Suárez J. *Reforma del Sector Salud, Valores y Desvalores*. Rev. Cub. Sal. Púb. En prensa.
21. López Pardo C. *Inequidades Económicas, Sociales y de Salud en América Latina y El Caribe; Situación al Comienzo de los 90*. La Habana, OPS/OMS, 1994.
22. Artículos presentados en la primera reunión de trabajo sobre la reforma de los sistemas sanitarios en Europa. *Reforma de los sistemas sanitarios en Europa*. Madrid, junio de 1992.
23. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa. Health and Welfare Canada, 1974.
24. OPS/OMS. *President Clinton's Proposal for Reforming the U.S. Health Care System*. Washington D.C. (Document reproduction series No. 36). OPS, september 1993.

25. Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid, 1970.
26. MINSAP. *Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana 1992-2000*. La Habana, MINSAP, febrero de 1992.
27. UNICEF. *Tercer Informe de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción de Cuba para el cumplimiento de los acuerdos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*. La Habana, UNICEF, junio de 1995.
28. Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Cuba. *La economía cubana en 1994*. La Habana. Oficina Nacional de Estadísticas, junio de 1995.
29. MINSAP/OPS. *Red Cubana de Municipios por la Salud*. Cienfuegos, diciembre de 1994.
30. Espinosa A; Orduñez P. *El proyecto Global de Cienfuegos. Nuevas perspectivas para la salud de los cienfuegueros*. Revista Finlay, 1991; 5(4).
31. Dotres C. *Acerca del Trabajo de Salud Pública*. La Habana (Intervención del Ministro de Salud Pública en la Reunión de Presidentes Municipales del Poder Popular de la República de Cuba). MINSAP, 15 de septiembre de 1995.

2. ENTORNO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL

Las relaciones entre la economía y la salud despiertan creciente interés entre economistas, personal de salud y políticos, entre otros vinculados al quehacer del sector salud tanto a nivel local, como nacional e internacional. La vinculación entre la salud y la economía no se limita a los aspectos económicos de la salud pública - financiamiento del sector, costo de los servicios, planeamiento de las actividades, por ejemplo - sino que se extiende a las relaciones entre la macroeconomía y la salud, considerándola como objeto y condición para el desarrollo ^{5 6}.

Aunque el enfoque del capítulo es esencialmente en el ámbito económico - dado los propósitos que persigue - impera el espíritu de que el desarrollo económico constituye sólo una parte, - aunque muy importante sin lugar a dudas - del desarrollo humano integral. Concebimos, como señaló el Administrador del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo que *"el desarrollo humano sostenible es un desarrollo que no sólo genera crecimiento económico, sino que además también distribuye equitativamente sus beneficios; que regenera el medio ambiente en vez de destruirlo; que capacita a las personas en vez de marginarlas. Concede prioridad a los pobres, ampliando sus opciones y oportunidades, y fomenta su capacitación en las decisiones que les afectan."* (1)

2.1 CONTEXTO POLITICO

En el quehacer político de la Cuba contemporánea el hecho más significativo lo constituye el triunfo del movimiento popular revolucionario encabezado por Fidel Castro Ruz en 1959.

Hoy Cuba es un Estado independiente, soberano y socialista, estructurado con todos y para el beneficio de todos, como una república unida y democrática, donde todos disfrutan de libertad política, justicia social, bienestar individual y colectivo, y solidaridad humana (2).

La Asamblea Nacional del Poder Popular (Parlamento) es el órgano supremo de poder del Estado, siendo el único órgano de la República con potestad constituyente y legislativa. Sus miembros, elegidos a través del voto libre, secreto y directo, se renuevan cada 5 años. El Consejo de Estado - integrado por un Presidente, un Primer Vice Presidente, otros 5 Vice Presidentes, un Secretario y otros 23 miembros - es el órgano que representa a la Asamblea Nacional entre uno y otro período de sesiones, ejecuta sus resoluciones y cumple otras funciones que la Constitución le atribuye. El Presidente del Consejo de Estado es jefe de Estado y jefe de Gobierno. El Consejo de Ministros es el máximo órgano ejecutivo y administrativo y constituye el Gobierno de la República. Está integrado por el jefe de Estado y de Gobierno, que es su

5

Una revisión de la literatura al respecto puede verse en: Kinnon, CM, Velasquez G, Flori YA. Health economics, a guide to selected WHO literature. Ginebra: WHO, 1994.

6

En Cuba, como muestra de la importancia que se le brinda a esta temática, se ha creado la Sociedad de Economía de la Salud.

Presidente, el Primer Vice Presidente, los otros Vice Presidentes, los Ministros, el Secretario y los demás miembros que determine la ley (2.3).

En las provincias (14) y en los municipios (168 más un Municipio Especial) las Asambleas del Poder Popular son los órganos superiores locales del poder del Estado. Los delegados a estos órganos son elegidos por los ciudadanos en edad de votar por un término de cinco años para la Asamblea Provincial y de dos y medio años para la Municipal (2). Para el desarrollo de sus funciones las Asambleas Municipales del Poder Popular se apoyan en los Consejos Populares constituidos en ciudades, barrios y pueblos de las zonas rurales, integrados por los delegados elegidos a esos niveles (2).

Cuba, por mencionar sólo lo ocurrido en años recientes, ha participado en las Cumbres Iberoamericanas y, al más alto nivel, en otros eventos trascendentales como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992) y la Cumbre para el Desarrollo Social (Copenhagen, 1995). Asimismo ha participado en eventos claves donde los aspectos debatidos interactúan con el sector salud como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cumbre de la Mujer (Beijing, 1995).

Cuba se ha insertado en los procesos de integración y coordinación regional. Forma parte del Sistema Económico Latinoamericano, y en el Caribe es miembro de la Asociación de Estados del Caribe y de otras organizaciones que la vinculan con los países del área.

2.2 CONTEXTO ECONOMICO

2.2.1 La economía cubana desde los 60 hasta los 80

La economía de Cuba se ha caracterizado por hallarse sometida a un bloqueo económico, comercial y financiero, desde prácticamente el triunfo de la lucha insurreccional en 1959, hasta el presente, por parte de los diferentes gobiernos que ha tenido Estados Unidos de América (EUA) : por la adopción de un modelo sustentado en una economía centralizada: por la existencia de una política de búsqueda de la justicia y la equidad social:

CARACTERISTICAS DE LA ECONOMIA CUBANA

- Sometida a bloqueo
 - Centralizada
 - Sustentada en la búsqueda de la justicia y equidad social
 - Elevada concentración de las importaciones
 - Alta concentración de generación de recursos
 - Marco de relaciones esencialmente restringido al CAME
-

por una alta dependencia del exterior con una elevada concentración de las importaciones; por una alta concentración de la generación de recursos en un número limitado de sectores; y por la existencia de un marco de relaciones económicas y comerciales esencialmente restringido a los países miembros del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), fundamentalmente de la década del 70 en adelante, hasta la desaparición de este organismo y de la Europa socialista.

A continuación se aborda lo vinculado con las relaciones económicas y comerciales con el exterior y específicamente con los países integrantes del CAME.

Al final de los años 80, por ejemplo, fueron importados entre el 75% y el 80% de los equipos para inversiones, la mayor proporción de materias primas, materiales y bienes de consumo de importancia vital para la economía, y alrededor del 60% de las proteínas y más del 50% de las calorías consumidas por la población. A su vez, en combustibles, alimentos y sus materias primas, y maquinarias y equipos se concentraba más de las tres cuartas partes de las importaciones (4).

Tradicionalmente la industria azucarera constituyó la principal fuente de riquezas del país. Esta concepción no se modificó esencialmente con el ingreso al CAME en 1972, que conformó para Cuba un perfil de especialización sustentado en esta industria y las producciones de níquel y cítricos, estructura que no varió sustancialmente en más de 30 años (4).

La participación de Cuba en el CAME le permitió el logro de financiamientos y precios ventajosos para las principales exportaciones lo que posibilitaba contrarrestar los efectos del bloqueo. Con los países integrantes de este organismo, Cuba realizaba alrededor del 80% del intercambio comercial en condiciones muy favorables que le permitía disponer de más recursos que los generados internamente. Esto se lograba, entre otras formas, mediante la existencia de una relación de intercambio superior a la del mercado mundial en virtud de los precios acordados para las principales exportaciones, a través del financiamiento recibido para el desarrollo y el equilibrio de la balanza de pagos, a través del desarrollo de ramas de la economía inexistentes al triunfo de la Revolución, mediante la creación de mercados amplios y estables, y a través de la estabilidad y seguridad obtenida en los abastecimientos (4).

Este modelo de inserción al CAME si bien protegía al país de las fluctuaciones del mundo capitalista y permitía contrarrestar los efectos del bloqueo norteamericano - se estima en 23450 millones de pesos la ayuda financiera recibida por parte de los antiguos países socialistas europeos hasta finales de la pasada década (5) - también en buena medida aislaba a Cuba de las condiciones de la competencia internacional (4). La integración de Cuba al CAME también benefició a los países integrantes del Consejo, básicamente por el alto costo de oportunidad de la producción azucarera de la Isla, el carácter estratégico del productos del níquel y por disponer de un mercado seguro para sus productos, que en general no eran competitivos en el mercado internacional (4).

Son varios los indicadores globales que permiten evaluar la dinámica positiva - aunque no constante, como se verá posteriormente de la economía entre 1959 y 1989⁷. Seguidamente se presentan los resultados de aquellos más frecuentemente utilizados en los macroanálisis de la economía y a su vez más sencillos de interpretar.

⁷ La Información relativa a un gran número de indicadores globales de la economía se brindan en los Anuarios Estadísticos de Cuba. El más reciente es de fecha 1989.

La economía cubana, medida en términos del Producto Social Global (PSG) creció de 1959 a 1989 a un ritmo promedio anual del 4.3%, lo que representó un crecimiento del PSG per cápita del 2.8% (6). En 1963 el PSG per cápita, en precios corrientes fue de 800 pesos en tanto que en 1989 ascendió a 2533 pesos (7,8).

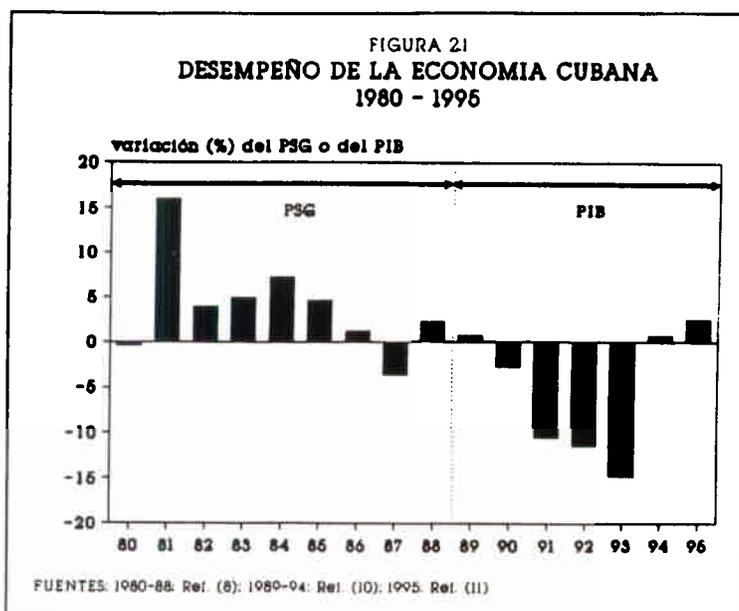
En 1989 más de la mitad de la composición del PSG correspondió a la industria,

y en menor cuantía - alrededor de un 10% o algo menos - al sector agropecuario, al comercio, a la construcción y al transporte. Esta estructura del PSG no se modificó sustancialmente en las tres décadas anteriores, y es consecuencia de su tradición productiva, de la adopción de un modelo de desarrollo basado en la planificación económica centralizada, del mantenimiento de estrechas relaciones económicas con los países del CAME, y de la imposición por parte de los EUA de un bloqueo económico (8,9).

La figura 2.1 muestra la dinámica de la economía cubana, medida en términos de modificación del PSG y del Producto Interno Bruto (PIB) entre 1980 y 1995.

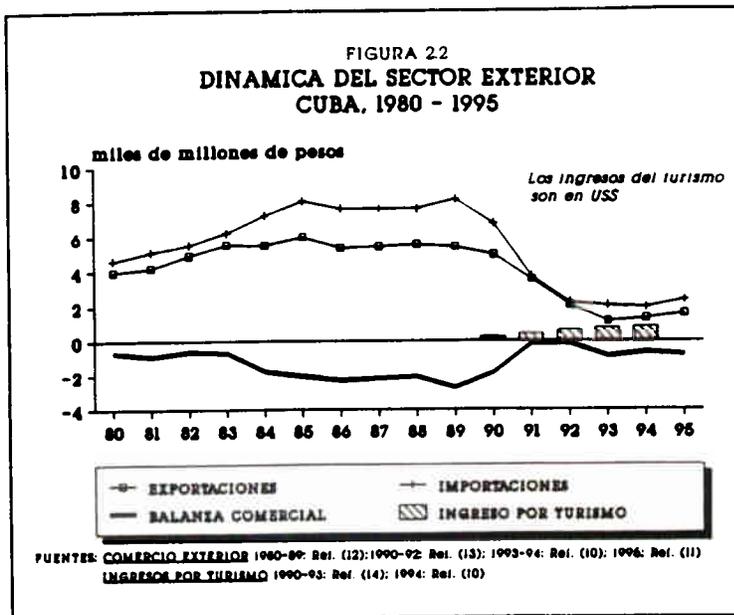
Entre 1959 y 1989 el país invirtió más de 63 mil millones de pesos, en tanto los gastos presupuestados para servicios sociales básicos (salud, educación y seguridad social) llegaron a cerca de 54 mil millones en esa etapa (5).

El valor de las exportaciones transitó de 636.0 millones de pesos en 1959 a 5392.0 millones de pesos en 1989 y las importaciones se incrementaron de 674.8 millones de pesos en 1959 a 8124.2 millones de pesos en 1989 (12). Es decir, las exportaciones se incrementaron a un ritmo medio anual de alrededor del 25% en tanto las importaciones aumentaron aproximadamente en un 35% como promedio anual en dicho período.



Se muestra en la figura 2.2 los niveles de exportación e importación desde 1980 a 1995.

En el campo de la investigación y el desarrollo (I+D) se realizaron inversiones importantes. Entre 1977 y 1989, por cada 1% de incremento del PSG los gastos de I+D crecieron en un 1.98%, situación que hace que Cuba se compare ventajosamente respecto a la casi totalidad de los países no desarrollados (15).



Las dificultades de Cuba en el plano económico no empiezan con el derrumbe del campo socialista europeo, pero sin lugar a dudas, este hecho junto con el recrudecimiento del bloqueo económico por parte del gobierno de los EUA - a raíz de la implantación de la Ley Torricelli - marcan un punto de inflexión hacia el descenso en el quehacer económico del país.

En la mitad de la década de los 80 la economía nacional comenzó a enfrentarse con serias limitaciones al tratar de mantenerse sus tasas de crecimiento sustentado con el modelo económico existente. El modelo extensivo que hasta entonces se había aplicado - que, hasta cierto punto era una copia de las experiencias del bloque socialista Europeo - produjo un conjunto de factores negativos ⁶. A mitad de la década de los 80, debido a esta situación, se hizo necesario emprender un proceso de rectificación de errores y tendencias negativas ⁹ que permitiría asimismo enfrentar las dificultades ya evidentes en la URSS y en el resto de los países de la Europa del Este y

Entre ellos se encuentran: los niveles insatisfactorios de eficiencia económica, la utilización de tecnologías no energéticamente eficientes, la falta de una sólida base nutricional a nivel nacional, el fuerte sustento en algunas importaciones y la existencia de un sistema de gerencia económico que producía ganancias artificiales en las empresas (2).

Entre los errores se encuentran aquellos relacionados con la actividad empresarial en los que se manifestó una contraposición de sus intereses con los intereses de la sociedad. Asimismo se hizo evidente un debilitamiento del trabajo voluntario, un desaprovechamiento de la jornada laboral, y otros signos de falta de trabajo político. Para una ampliación sobre esta tema puede consultarse: Por el camino correcto; compilación de textos de Fidel Castro. La Habana: Editora Política, 1988.

resolver los problemas que estaban emergiendo teniendo en cuenta las características específicas de Cuba (2).

A la vez, en la segunda mitad del propio decenio de los 80, comenzaron a deteriorarse las relaciones de intercambio de su comercio internacional debido a una reducción de los precios de sus principales productos de exportación y un aumento de los precios de aquellos que se importaban. El país no fue capaz de cumplir con sus obligaciones financieras externas y fue por tanto privada de la concesión de créditos. La ocurrencia de desastres naturales (intensas tormentas tropicales) y de efectos climáticos adversos (períodos de prolongada sequía o de intensas lluvias) produjeron cuantiosas pérdidas que empeoraron la situación existente (2).

Simultáneamente, en el sector externo los principales socios comerciales de Cuba comenzaron un proceso de congelación de los crecimientos en los niveles de entrega de productos básicos lo que contribuyó asimismo al proceso de frenaje del desarrollo de la economía (16).

Entre 1985 y 1989 el PSG, en precios de 1981, aumentó en sólo un 0.5% (comparado con un incremento medio del 4.3% desde 1959 hasta 1989), en tanto el PSG per cápita disminuyó en un 1.0%. Las exportaciones, en igual período, disminuyeron en un 10%, mientras las importaciones ascendieron en solamente un 1.1% comparado con un 56% de incremento en los cinco años previos (8,12).

Asimismo se observaron síntomas de falta de estimulación laboral, relajamiento de la disciplina, aumento del ausentismo e incremento de la fluctuación laboral (17).

Al cierre de 1992, según estimados realizados por especialistas, la deuda externa de Cuba con los países de economía capitalista superaba los 7 mil millones de dólares, volumen que si bien no es significativamente elevado en relación con el de otros países, es alto en comparación con el nivel de exportaciones, similar al de México y superior al de Brasil. Con respecto a la exURSS la deuda externa asciende aproximadamente a 15.5 mil millones de rublos (16). Luego la deuda externa, para ese momento, era de unos 640 dólares y 1410 rublos per cápita. Cuba ha declarado su disposición de examinar en el Club de París, o en otros foros, la posibilidad de alcanzar acuerdos con los acreedores. Con algunos países se han encontrado vías de solución que han permitido a la vez que honrar los compromisos, aumentar el comercio y las inversiones (18).

2.2.2 El "Período Especial"

La desaparición de la Europa socialista, junto con el recrudecimiento del bloqueo por parte del gobierno de los EUA, son los factores que colocan a Cuba en el más complejo momento de su historia como nación independiente (18).

El comienzo de las agresiones económicas por parte de las autoridades del gobierno de los EUA hacia Cuba tiene sus orígenes desde la toma del poder por el Gobierno Revolucionario en 1959. Ya en los inicios de 1962 el gobierno de los EUA establece el bloqueo total del comercio entre ambos países, excepto medicinas y alimentos, artículos cuya venta fue prohibida en mayo de

1964 (19). Durante la administración del Presidente George Bush el bloqueo económico se agudiza significativamente con la aplicación del "Acta para la Democracia en Cuba" (o Ley Torricelli) a finales de 1992. Los efectos del bloqueo a Cuba se calculan en 44 mil millones de dólares como valor acumulado hasta 1993, suma que es unas 6 veces el nivel de la deuda externa del país en divisas convertibles (20). Sólo las consecuencias de la Ley Torricelli se estimaban hasta 1993 en cerca de 1000 millones de dólares (16).

La política norteamericana de bloqueo hacia Cuba no se prevé que se modifique. En octubre de 1995 el Presidente Clinton anunció una serie de medidas respecto a Cuba las cuales tienen el objetivo explícito de reforzar el bloqueo (21). En el presente se debate en las diversas instancias del gobierno norteamericano la conocida como Ley Helms-Burton, que tiene como objetivo esencial recrudecer las sanciones internacionales contra el gobierno de Cuba.

**INICIATIVAS TOMADAS PARA ENFRENTAR
EL PERIODO ESPECIAL**

- Ajuste en la distribución del consumo a la población.
 - Reducción de las actividades productivas para aumentar la eficiencia y disminuir el consumo, principalmente energético.
 - Concentración de los recursos en tres sectores:
 - programa alimentario.
 - programa de biotecnología, industria farmacéutica y centros de investigación.
 - turismo.
 - Incremento de la producción a través del incremento de la eficacia.
 - Establecimiento de colaboraciones con empresas extranjeras.
 - Reestructuración de amplios sectores de la economía.
 - Racionalización de las relaciones económicas con el exterior.
-

La necesidad de poner fin al bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los EUA a Cuba ha sido resaltado en forma particular por múltiples países y en distintos foros internacionales, incluyendo la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas.

Entre los entrevistados en una encuesta realizada en Cuba por Gallup en fecha reciente, el 49% considera el bloqueo como la causa principal de los problemas del país, el 28% lo responsabiliza del no logro de una estabilidad económica, el 47% considera que la Ley Torricelli ha agravado la situación del país, en tanto el 77% estuvo en desacuerdo con las sanciones impuestas por el Presidente Clinton en agosto de 1994 (17).

En el entorno del comienzo de la década de los 90 se inicia el proceso de desaparición del campo socialista europeo, coincidiendo con el proceso en Cuba de corrección de los principales problemas económicos que enfrentaba el país. La modificación abrupta de los sistemas económicos de Europa Central y Oriental tuvo consecuencias dramáticas para Cuba por tres razones: dejó al país sin una apreciable ayuda; le redujo sustancialmente los mercados a sus productos y le cercenó sus fuentes de abastecimiento; y provocó por segunda vez en pocas décadas una ruptura súbita en las relaciones de integración económica que el país había desarrollado (22).

Con los países socialistas europeos se realizaba el 80% del comercio exterior con condiciones de intercambio ventajosas respecto a las que se habrían producido si se consideraran los precios del mercado internacional. De estos países se obtenía el 63% de los alimentos que consumía la

población, el 75% de los suministros requeridos por el proceso inversionista, el 98% del petróleo, el 86% de las materias primas y el 80% de maquinarias y equipos (23,24,25). En esos mercados se situaba el 63% del azúcar, el 73% del níquel, y el 95% de los cítricos (23). Cuba se priva - como se expresó - por la desintegración del CAME de un financiamiento vital. Sólo la ayuda soviética entre 1960 y 1990 se estima en 40 mil millones de dólares (26).

El comienzo de la fase más aguda de la crisis fue en 1990 (27) de ahí que ya se hace habitual señalar ese año como el de inicio de una etapa llamada "Período Especial". Por Período Especial se entiende *"el tiempo mínimo que la sociedad cubana necesita para reorientar sus relaciones económicas y comerciales internacionales, y para reestructurar su aparato productivo y de servicios en función de las nuevas circunstancias, y hacerlo salvando las conquistas principales de la Revolución socialista y preservando nuestro derecho y disposición de retomar la construcción del socialismo cuando las condiciones lo permitan"* (28).

En Cuba en los últimos años se han tomado medidas - ampliando las concebidas al comienzo del Período Especial - tendientes a mejorar la economía cubana (18).

Seguidamente se comenta la situación respecto a algunas de estas medidas.

La apertura a la inversión de capital extranjero y el desarrollo del turismo se consideran vitales como intervenciones de gran impacto en la recuperación del desempeño económico del país.

El gobierno cubano muestra su voluntad para brindar facilidades para la realización de inversiones extranjeras en el país. En 1992 se modificó la Constitución de la República en este sentido. Entre los cambios más significativos se encuentran la posibilidad de propiedad privada sobre los medios de producción, a la vez que ratifica la posesión por el Estado sobre los fundamentales: se reconoce la propiedad de las empresas mixtas, sociedades y asociaciones económicas que se constituyen conforme a la ley; y se elimina el sentido de que el comercio exterior es función exclusiva del Estado (29).

Se dan varios factores que estimulan la inversión extranjera en el país. Entre ellos se encuentran la existencia de estabilidad política y social en el país; la vigencia de una legislación flexible hacia la inversión extranjera cuyas posibilidades de aplicación se viabilizan con las transformaciones realizadas en 1992 a la Constitución de la República y la aprobación de una nueva Ley de la Inversión Extranjera en 1995; el desarrollo de una industria relativamente nueva con un alto componente de tecnología occidental; la presencia de una fuerza de trabajo altamente calificada; la existencia de una infraestructura que permite tener un sistema electroenergético nacionalmente integrado - que alcanza el 94% de la población-, una extendida red vial, de

**PRINCIPALES MEDIDAS TOMADAS PARA
REANIMAR LA ECONOMIA CUBANA**

- Incentivo a la inversión extranjera.
 - Legalización de la tenencia de divisas.
 - Entrega de tierras en usufructo gratuito.
 - Saneamiento de las finanzas internas.
 - Estímulo al trabajo por cuenta propia.
 - Adecuación de la legislación laboral y salarial.
 - Creación de mercados agropecuarios y de otros tipos.
 - Reestructuración de la Administración Central del Estado.
-

ferrocarriles y de aviación civil, adecuadas instalaciones portuarias, y un servicio de telecomunicaciones próximo a iniciar un proceso de modernización; un alto nivel de respetabilidad y seriedad en los negocios; y la existencia de un país virgen al capital extranjero lo que implica bajo nivel de competencia (18,30). A finales de 1995 funcionaban en Cuba 212 asociaciones con la participación de capitales provenientes de más de 50 países y se negocian más de 300 proyectos de asociación (18,31).

El interés por parte del Gobierno de estimular la inversión extranjera en el país, no es, sin embargo, reciente. Por una parte, a pesar de los fuertes vínculos con los países miembros del CAME, se constató, en el momento en que tales vínculos existían, que en determinadas ramas estos países no poseían las tecnologías de avanzada requeridas para el desarrollo de Cuba y para poder aprovechar las ventajas para diversificar y elevar el nivel de las exportaciones. Por otro lado, el Gobierno cubano se percató que si no existía una asociación con empresas experimentadas del sector turístico, capaces de movilizar el turismo hacia Cuba, costaría muchos años desarrollar este sector perdiéndose la potencialidad que tenía el país en el contexto caribeño. Estas consideraciones fueron las que llevaron a promulgar en 1982 el Decreto-Ley 50 que estableció hasta la promulgación de la nueva Ley de la Inversión Extranjera los marcos legales para la asociación económica entre entidades cubanas y extranjeras (32).

Entre 1990 y 1995 el número de turistas se incrementó de 340 mil a más de 700 mil, en tanto los ingresos aumentaron de 243.4 millones de dólares a 800 millones en 1994 ¹⁰ (10,14,33). El ritmo de incremento de los ingresos ha sido prácticamente el doble del de el número de turistas. Los ingresos totales obtenidos en el sector turístico entre 1990 y 1994 se representan en la figura 2.2. Cuba cuenta con un potencial que permite, sin lesionar el medio ambiente, instalar más de 150 mil habitaciones (18). Se estima que para finales de siglo, Cuba dispondrá de unas 50 mil habitaciones que representará la cuarta parte de las capacidades hoteleras de la región del Caribe en esa fecha (23). En agosto de 1995, en la Cumbre inaugural de la Asociación de Estados del Caribe, se expuso la disposición de Cuba de contribuir en todo lo posible para potenciar las riquezas turísticas de la región caribeña (34).

No obstante las medidas tomadas, la economía y las condiciones de vida de la población cubana se han visto afectadas significativamente en los últimos años. Seguidamente se analiza la dinámica de varios indicadores que ponen de manifiesto el deterioro de la economía en el último lustro en el Período Especial, esencialmente hasta 1993.

- Cuba en el contexto de América Latina y el Caribe tuvo un buen desempeño económico en la década pasada, situación absolutamente diferente en los años posteriores.

La variación acumulada del PIB de 1981 a 1990 fue, de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), de 39.5 Para el mismo período.

¹⁰ Al momento de redactarse este documento no se disponía de la información sobre los ingresos por concepto de turismo correspondiente a 1995, pero se considera que fueron superiores a los de 1994 (11).

24 países de América Latina y el Caribe (de 32, no considerando Cuba) tuvieron un menor desempeño de su economía que Cuba. Sin embargo, entre 1991 y 1995 la variación acumulada del PIB para Cuba fue de -30.6, la mayor en sentido negativo de Latinoamérica y el Caribe (35).

A su vez, la variación acumulada del PIB per cápita entre 1981 y 1990 fue de 27.8 cifra superior a la de 26 de 32 países del área. No obstante, la variación acumulada de 1991 a 1995 fue de -33.4, la más baja, excepto un país, de América Latina y el Caribe (36).

- La tasa anual de variación del PIB fue negativa desde 1990 hasta 1993, llegando a ser de -14.9 en 1993 (10) (figura 2.1). La variación anual del PIB per cápita es negativa desde 1989 llegando a ser de -15.6 en 1993 (36).
- El nivel de importación pasó de 8124 millones de dólares en 1989 a 1956 millones en 1994, fecha de menor nivel de importación en los últimos años (10,12). Es decir, la capacidad de importar de Cuba se redujo una cuarta parte en prácticamente un lustro (figura 2.2), a lo que debe añadirse el fuerte deterioro de los términos del intercambio frente al mercado internacional en esa etapa.
- Los ingresos por exportaciones descendieron entre 1989 y 1993, año de menor nivel de exportaciones en el Período Especial, de 5292 a 1137 millones de pesos (10,12) (figura 2.2).
- Los gastos presupuestarios se redujeron de 1989 a 1995 en más de 3000 millones de pesos (40,41) ¹¹. En el sector salud, específicamente, el financiamiento en moneda libremente convertible en 1994 fue menos de la tercera parte del disponible en 1989 (37).
- Se ha manifestado una contracción del flujo crediticio que, unido al descenso de los ingresos por la pérdida de dinamismo de los precios y los volúmenes de los fondos exportables, ha obligado a continuar postergando los pagos del servicio de la deuda externa (16).
- Se ha producido una reducción sensible de las disponibilidades de petróleo que se considera el renglón más deficitario de la economía cubana (16). Históricamente, Cuba recibía altos volúmenes de petróleo soviético que llegó a alcanzar la cifra de 13 millones de toneladas en 1989. Posteriormente comenzó un proceso de decrecimiento: en 1990, 10 millones; 8.6 millones en 1991; alrededor de 6 millones en 1992 y 1993; y 7.2 millones en 1994 (10,16).

11

Sin embargo, debido a que la proporción de los gastos dedicados al sector salud se han incrementado del 5.8% en 1989 al 9.0% en 1995 - muestra de la invariable priorización que el Gobierno da a esta esfera-, la magnitud absoluta se incrementó en 210 millones de pesos (40,41).

- La producción azucarera, tradicional fuente primaria de ingresos al país, se ha reducido ostensiblemente, de niveles de 7 o más millones de toneladas al año, a valores de alrededor de 4 millones en 1993 y 1994, y 3.3 millones en 1995 (11,23,38).

En la tabla 2.1 se resumen los valores de indicadores seleccionados de la economía a comienzos de la década del 60, a finales del decenio de los 80, y en la actualidad.

TABLA 2.1

INDICADORES DE LA ECONOMIA, CUBA, PERIODOS SELECCIONADOS

INDICADOR	PRINCIPIO DE LA DECADA DE LOS 60	FINALES DE LA DECADA DE LOS 80	PRESENTE	REFERENCIA
Producto Interno Bruto (millones de pesos) ^a	6013.2('63) ^c	19585.8 ('89)	13190 ('95) ^e	(7,10,11)
Producto Interno Bruto per cápita (pesos) ^a	800 ('63) ^d	1852 ('89)	1186 ('95)	(7,10,11)
Tasa media de variación (%) del PIB	7.4 ^g	-0.2 ^f	-3.9 ^g	(7,10,11,39)
Tasa media de variación (%) del PIB p/c	4.7 ^g	-1.2 ^f	-4.7 ^g	(7,36,39)
Ingresos al presupuesto (millones de pesos)		12495.5 ('89)	11472.3 ('95)	(40,41)
Gastos del presupuesto (millones de pesos)		15285.5 ('89)	12247.3 ('95)	(40,41)
Déficit del presupuesto (millones de pesos)		2790.0 ('89)	775.0 ('95)	
Comercio exterior (millones de pesos)				
importaciones	674.8 ('59)	8124.2 ('89)	1577 ('95)	(10,11,12)
exportaciones	636.0 ('59)	5392.0 ('89)	2367 ('95)	(10,11,12)
Deuda externa en US\$ (millones)	291 ('69)	6484 ('91)	6500 ('93)	(5,23)
Financiamiento de la salud pública (% de gasto del presupuesto)		5.8 ('89)	9.0 ('95)	(40,41)

- a : en precios constantes de 1981
- c : se refiere al PSG en precios constantes de 1965
- d : valor aproximado tomando como base un incremento del 2.5 % respecto a la cifra de 1994
- e : período 1964-1965
- f : se refiere al PSG en precios de 1981
- g : período 1987-1989
- h : período 1993-1995

Se debe ser consciente de la gravedad de la contracción económica experimentada entre 1990 y 1993. En el presente siglo una caída del PIB del 30% sólo fue conocida por la economía norteamericana como resultante de la gran crisis de 1929. Ningún país de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo ha conocido crisis de esta magnitud desde la Segunda Guerra Mundial.

2.3 CONTEXTO SOCIAL

2.3.1 La contracción económica y sus consecuencias

Por su importancia específica dentro de este documento las consecuencias del deterioro económico de los últimos años en la situación de salud de la población cubana se trata en capítulo aparte.

Seguidamente se aborda el impacto de la contracción económica en aspectos vitales del ámbito social como la educación, la alimentación, la vivienda, el transporte, y el empleo, todos ellos relacionados con la salud de la población.

Ha sido un principio inalterable del gobierno cubano el acceso gratuito a todos los niveles de educación en el país. Esto ha hecho que Cuba pueda exhibir una situación privilegiada en el campo educacional respecto al mundo en desarrollo en general y con relación a América Latina en particular. En 1992 el 94.5% de la población se encontraba alfabetizada, en comparación con un 86% para América Latina y el Caribe, con una escolaridad promedio de 8 años. En 1990 la tasa de ingreso en la educación primaria es del 100%, sólo un 3% de los alumnos repiten la enseñanza primaria (en contraste con un 13% en América Latina y el Caribe), el 89% egresan del nivel primario - versus un 45% en Latinoamérica - y la proporción de matrícula en la enseñanza terciaria es del 21% (en tanto en América Latina y el Caribe es del 17.1%). La relación alumnos-profesor en las enseñanzas primaria y secundaria es 13 y 10, en contraste con 27 y 15 para América Latina y el Caribe. El gasto en educación como % del PNB, asimismo en 1990, fue del 6.6% (en tanto en América Latina y el Caribe fue del 4.2%) y del 12.8% en relación al gasto público total (42-44).

Es supremo interés de la máxima dirección del Gobierno que estos logros en la educación, junto con los obtenidos en el campo de la salud, se mantengan a pesar de la situación económica por la que el país atraviesa. No obstante los esfuerzos que se realizan, se presentan dificultades en los aseguramientos materiales al sector educacional. Renglones básicos como material escolar, uniforme y calzado, avituallamiento de las instituciones y transporte escolar se han visto afectados por la situación económica imperante (45). El régimen de internado y seminternado abarca alrededor del 40% de la matrícula total y es en estos donde más se ha sentido el déficit de recursos para la labor educativa (17). La aparición de nuevas fuentes de trabajo en sectores económicamente más llamativos ha generado cierto éxodo de docentes hacia esas esferas.

La alimentación ha sido uno de los aspectos de las condiciones de vida que más se ha visto afectada por la crisis económica. Para Cuba en el período 1988-90 se reportaba una oferta calórica diaria de 3130 calorías que cubría el 137% de las necesidades nutricionales. Para el mismo período para América Latina y el Caribe las cifras eran 2690 y 114% respectivamente (44,46). En 1993 el consumo promedio de energía de la población cubana fue de 1863 calorías y el de proteínas 46 gr. que representan, respectivamente, el 78% y el 64% de las necesidades medias. Entre 13 nutrientes considerados, el de menor proporción de satisfacción de las necesidades son las grasas, de las cuales se satisface sólo el 35%. Esta situación refleja un

deterioro del estado nutricional de la población, y está siendo enfrentada en correspondencia con el alto nivel de organización alcanzado por la sociedad cubana (47).

Respecto a grupos específicos de población, el estado nutricional de las embarazadas se ha visto afectado manifestándose en una tendencia ascendente de la proporción de gestantes que comienzan su embarazo con bajo peso para la talla, transitando de un 8.7% en 1990 a 10.5% en 1994; esta situación ha conllevado a mejorar, mediante distintas alternativas, la alimentación de la gestante. En el grupo de niños en edad escolar se manifiesta una alimentación deficitaria en energía y micronutrientes, así como se presentan asimismo deficiencias nutricionales en la población adulta. Sin embargo, las cuotas de alimentos básicos que actualmente se distribuyen permiten cubrir las necesidades nutricionales de los niños de 0 a 6 años (37). El índice de bajo peso al nacer reversionó en 1990 su tendencia descendente sostenida, registrándose en 1993 una proporción similar a la de alrededor de una década atrás - 9.0 en 1993, 8.7 en 1982 - aunque el incremento de este indicador se detuvo ligeramente en 1994 (8.9%), obteniéndose aun una menor cifra en 1995 (8.0%) (48,49,50).

A estas dificultades en el área nutricional se añade el desconocimiento de la familia, particularmente de las mujeres, de patrones adecuados de distribución alimentaria. En la canasta básica no existen diferencias en la asignación de alimentos por sexos, y por lo general la familia desconoce la necesidad de tal alimentación diferencial, por ejemplo, para favorecer a la mujer adolescente y en el período climatérico. Es frecuente, por otra parte, que en la distribución de los alimentos en la familia, la mujer favorezca a los hijos, a los ancianos y a su esposo (51).

En 1993 se toman medidas tendientes a mejorar la situación alimentaria de la población entre las que se encuentran cambios organizativos en la estructura estatal con la creación de las Unidades Básicas de Producción Cooperativa, la creación del mercado agropecuario regido por la oferta y la demanda, y la amplitud de la red de tiendas de venta en divisas unido a la despenalización de la tenencia de este tipo de monedas (encuestas realizadas sitúan entre un 40% y un 50% la magnitud de la población en 1995 con acceso a divisas) (11). En 1994, respecto al año previo, se reportaron aumentos en determinadas producciones agropecuarias - arroz, maíz, ciertas frutas, leche, huevos, y ave y cerdo - y decrecimiento en otras - viandas y hortalizas (10)

El Ministerio de Salud Pública, junto con otros organismos, se encuentra elaborando una propuesta de canasta básica de alimentos adecuada a la situación económica del país (37).

La solución del problema de la vivienda a la población ha sido otro asunto priorizado por el Gobierno cubano. Durante varios años se construyeron miles de viviendas y nuevas barriadas surgieron en diversas regiones del país bajo la modalidad laboral del llamado sistema de "Microbrigadas" donde los constructores eran los potenciales usuarios de las viviendas. No obstante este esfuerzo, en 1990 sólo el 65% de la demanda de viviendas se encontraba satisfecha. De las existentes, el 55% se encontraban en estado regular o en mal estado, y alrededor de 70 mil se hallaban en lenta ejecución o paralizadas por limitación de recursos. Es de inferir que esta situación se ha agravado en los últimos años por la escasez de materiales de construcción. La venta de materiales a la población para la reparación de sus propias viviendas

también se ha visto afectada (17). Soluciones que han venido operando satisfactoriamente son la construcción de viviendas de bajo costo, y la asignación como viviendas de inmuebles de organismos que han dejado de existir o han modificado su estructura. En 1996 está prevista la construcción de alrededor de 50 mil viviendas (70% de ellas de bajo consumo), cifra que representa 17 mil viviendas más que las construidas en 1995 (11).

La situación del transporte - tanto de pasajeros, como de carga, escolar y otros - afecta visiblemente a la población a pesar de los esfuerzos que se realizan. Los dos problemas principales que afectan el servicio son la falta de piezas de repuesto y la reducida disponibilidad de combustible debido a la escasez de recursos financieros para su adquisición (se requieren 75 millones de dólares mensuales para ello). Las reducidas disponibilidades de combustible se asignan parte al transporte y a actividades vitales para la población - entre ellas la distribución de alimentos y medicamentos. En el transporte de pasajeros en el primer cuatrimestre del año 1995 la mitad del parque disponible se encontraba paralizado. Como consecuencia, se transportaron cerca de un 10% menos de personas que en igual etapa de 1994 dejándose de transportar casi 26 millones de pasajeros respecto a los planificados. La red de ambulancias, a la fecha de elaborar este documento, disponía sólo con algo más de la mitad de alrededor de las 1400 ambulancias existentes en el país (45).

Respecto a la ocupación, en el decenio de los 80 ésta creció a un promedio de 110 mil nuevos empleos al año, arribándose en 1990 a casi 4.5 millones de ocupados en el país (70% de la población en edad laboral ¹²) de los cuales el 95% correspondía al sector estatal. Esta política de empleo conllevó que el desempleo no constituyera un problema social. Sin embargo, no fue igualmente fructífera en cuanto a sus objetivos económicos, al violentarse en alguna medida las posibilidades de asimilación de la fuerza de trabajo por la economía. Por ejemplo, el salario medio creció más que la productividad; se incrementó el dinero en manos de la población sin la adecuada contrapartida material con la consecuente disminución del efecto estimulante del salario sobre la motivación del trabajador, lo que incide en un decremento de la productividad; y no fue adecuadamente aprovechada la incorporación al trabajo de 650 mil nuevos especialistas de nivel superior en el decenio de los 80 (17).

En materia de empleo juegan un papel importante, al menos, los siguientes hechos: el proceso de racionalización - aún no concluido - de las instituciones productivas y de servicio en busca de un aumento de la eficiencia económica, la reestructuración de la Administración Central del Estado ¹³, y el crecimiento de los sectores cooperativo, privado y mixto, incluyendo los trabajadores por cuenta propia.

¹² Corresponde a la población masculina de 17 a 59 años y a la femenina de 17 a 54 años, cumplidos (52).

¹³ La reorganización de los órganos de la Administración Central del Estado (OACE) se rige por el Decreto-Ley No. 147 de abril de 1994 (53). El número de OACE se reduce de 50 a 32.

Por otra parte, se han abierto nuevas posibilidades de empleo por la apertura de nuevas entidades financiadas con capital mixto y extranjero, por las oportunidades crecientes de trabajo por cuenta propia, por el desarrollo de las Unidades Básicas de Producción Cooperativa, por la entrega a particulares de tierras ociosas, y por la apertura de los mercados agropecuarios, industriales y artesanales.

La filosofía del Gobierno es conjugar una política de racionalización con una política de empleo tratando de lograr la mayor reincorporación posible a nuevos empleos de aquellos trabajadores racionalizados. Regulaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social favorecen la protección de los trabajadores declarados disponibles mediante subsidios en función de su salario y años trabajados, a fin de que el proceso de ajuste de empleos no se traduzca en un gravamen económico sensible para el trabajador y su familia.

2.3.2 Impacto de las transformaciones económicas

Las medidas que se han ido introduciendo para la revitalización de la economía del país pueden conllevar cambios importantes en materia de población - a los cuales no se puede estar ajenos en un análisis de las perspectivas de la salud pública cubana - en cuanto a la estructura de la fuerza de trabajo, su distribución territorial, la distribución etaria, y los niveles y características de la fecundidad (por ejemplo, su distribución por regiones), por mencionar sólo algunos aspectos, más aún cuando se reconoce que las tendencias de la población se explican fundamentalmente por el desarrollo socioeconómico - y por ende por la dinámica de este desarrollo - y no por una política estricta de población (54). Por ejemplo, la despenalización de la divisa, la estimulación al autoempleo y la motivación hacia el trabajo en la esfera del turismo y en las inversiones con capital extranjero, pudieran producir una migración desde las zonas rurales, en tanto que la asignación de tierras en usufructo y el desarrollo de los mercados agropecuarios independientes tenderían a detenerla. La reorganización del aparato estatal - asunto ya comentado -, con la consecuente excedencia de personal, pudiera generar cambios importantes en la composición de la fuerza de trabajo. Aunque no es posible predecir con certidumbre el efecto de estos y otros cambios, no pueden dejar de tenerse en cuenta como potenciales causas de modificaciones en materia de población en el país.

Todo el proceso revolucionario se desarrolla caracterizado por la justicia y la equidad social tomando cuidado el Gobierno de no afectar a las grandes masas de la población cuando se toma una medida económica. La sociedad cubana ha sido internacionalmente reconocida como una de las de menor desigualdad en cuanto a la distribución de la riqueza. Tal relativa homogeneidad fue posible debido, primero, a que la distribución de la riqueza se producía por tres vías fundamentales: el salario, la seguridad social y el acceso universal y gratuito a los servicios básicos; segundo, a que los ingresos por concepto de propiedad y por redistribución monetaria entre la población era de poca significación; y, tercero, a que el sistema salarial era único y se concibió de forma que la diferencia entre los salarios más altos y más bajos fuera reducida en aras de la equidad social (17). Una forma de medir la desigualdad de los ingresos es mediante la relación de la participación de los ingresos del 20% más altos respecto al 20% más bajos.

Para Cuba este coeficiente - que en tanto más alto el valor que adquiere mayor es la desigualdad - toma el valor 3, en tanto para el resto de los países de América Latina y el Caribe para los que existe información esta relación oscila, para el período 1989-91, entre 8.1 (Jamaica) y 32.1 (Brasil) (17,55).

No obstante, en los últimos años se han adoptado un grupo de medidas económicas y han ocurrido un conjunto de hechos que han repercutido en los niveles de ingreso en la población y en el incremento de su desigualdad. Entre los que han contribuido a modificar los niveles de ingresos - tendiendo a aumentarlo en algunos casos y a reducirlo en otros -se encuentran la despenalización de la tenencia de divisas, la recepción de remesas en divisas del exterior y el sistema de estimulación de divisas, la introducción de mecanismos de estímulo a la producción, la confiscación de bienes e ingresos obtenidos mediante enriquecimiento ilícito, el aumento de precios y tarifas de productos y servicios no vitales, la eliminación de ciertas gratuidades, y la implantación progresiva de un sistema impositivo. A su vez, la rápida evolución de la economía sumergida, y la presencia de diversas formas de obtención de divisas han repercutido en el aumento de las desigualdades.

El problema social que se enfrenta no es tanto lo inherente a la reducción de la equidad, sino las consecuencias de la no correspondencia entre el esfuerzo social y el ingreso, situación que repercute en el clima laboral. Se requiere por tanto de medidas que posibiliten el rescate del valor de la moneda nacional, y un reordenamiento de la escala social en la cual ingresos y esfuerzos se encuentren positivamente correlacionados (17).

Por otra parte, el nuevo sistema fiscal que se viene implementando en el país tenderá a reducir las desigualdades en el ingreso. Asimismo, la desigualdad de los ingresos no afecta el acceso a los servicios básicos de carácter gratuito, en algunos casos, o a muy bajos precios, en otros, que se brindan a la población.

2.4 PERSPECTIVAS

Se notan muestras de revitalización de la economía en Cuba.

En 1994 se revertió la tendencia descendente de la economía cubana que se venía observando desde 1990, al obtenerse un crecimiento del PIB del 0.7% con relación a 1993, a precios constantes de 1981 (10).

En 1995 los tres elementos positivos que caracterizan la economía cubana son el crecimiento de importantes renglones de la economía, el crecimiento de la inversión extranjera y la tendencia al saneamiento de las finanzas internas (33). Ese año el PIB creció en un 2.5% con un incremento del 4.2% en las actividades agrícolas y del 6.4% en la industria manufacturera (11). A finales de 1995 se habían constituido 212 asociaciones con capital extranjero con más de 2100 millones de capital acordado, de los cuales alrededor de un 50% ya se ha invertido (33). Como resultado de la política de saneamiento de las finanzas internas, entre otros aspectos, el déficit

presupuestario se redujo a 775 millones de pesos de 1000 millones que se había programado. la liquidez en manos de la población decreció hasta 9062 millones (un 8.9% inferior a la existente en diciembre de 1994), los precios de la economía informal decrecieron en 1995 en un valor estimado del 50% y se observó una discreta valorización de la moneda nacional (11).

En Cuba el déficit fiscal se incrementó sostenidamente hasta 1993 debido al aumento de los subsidios a las empresas con pérdidas y por el deterioro de la eficiencia financiera de la actividad productiva. El incremento de los subsidios vino dado por las paralizaciones totales o parciales de las empresas por falta de materia prima y otros materiales. La eficiencia económica de la actividad productiva se deterioró consecuencia de la disminución de la producción y el mantenimiento de los gastos fijos, entre ellos el salario, al decidirse mantener la remuneración total a los trabajadores. Por otro lado, ha estado presente la voluntad de mantener las conquistas sociales alcanzadas y los programas y actividades prioritarios.

En 1995 el déficit estimado del presupuesto del Estado fue de 775 millones de pesos, lo que significó una reducción de unos 650 millones con relación al déficit del año anterior, disminuyendo de esta forma el agudo desequilibrio del presupuesto. El déficit en 1995 representó el 3.6% del PIB, mientras en 1994 fue el 7.4% del PIB, en tanto el de 1993 era del 33.5% (56). Esta disminución del déficit se debió básicamente a la reducción de las subvenciones a las empresas.

Respecto a 1994, en 1995 las exportaciones aumentaron en un 20.0% y las importaciones en un 21%. Los niveles de exportación (1577 millones de pesos) y de importación (2367 millones de pesos) representan cerca de un 30% de los niveles de 1989 (11,12).

Los sectores que más contribuyen al PIB de Cuba, según datos de 1994 (10), son los servicios comunales, sociales y personales (28.6%), las industrias manufactureras (26.0%), el comercio, restaurantes y hoteles (22.8%). A la agricultura corresponde el 6.8% y al transporte el 5.5%.

Para 1996 se ha aprobado un presupuesto que contempla ingresos en un monto de 11642.0 millones de pesos y gastos por valor de 12222.0 millones de pesos. Con respecto a 1995 se producen incrementos en los sectores que constituyen el centro de la política social del Gobierno: educación, salud pública, seguridad y asistencia social, y viviendas y servicios comunales. Para salud pública se han proyectado gastos por 1180 millones de pesos (9.6% del total del gastos). El déficit proyectado para 1996 de 580.0 millones representa una reducción del 25% respecto al déficit estimado para 1995 (41).

A continuación se enumeran algunos de los aspectos considerados en el plan prospectivo de la economía para 1996 (11):

- crecimiento del PIB en alrededor de un 5%; esta tasa no representa un cambio estructural en los sectores que crecen que permita una expansión significativa del consumo, aunque si se registrarán algunas mejoras;

- incremento de las inversiones en alrededor de un 27% con énfasis en el turismo, la industria del níquel, la industria pesquera, las plantas y las redes eléctricas y la construcción de viviendas;
- reducción de la liquidez en manos de la población a un ritmo similar al de 1995;
- incremento de la producción azucarera a alrededor de 4.5 millones de toneladas;
- crecimientos en las producciones de viandas y hortalizas - y la recuperación acelerada de la producción arroceras -, cemento, acero, níquel, y petróleo discretamente;
- detención del deterioro del sistema de transporte de pasajeros por ómnibus;
- mejoría de las condiciones higiénico-sanitarias de la población para lo cual se ha incrementado en un 36% la asignación de divisas;
- crecimiento de las exportaciones en más del 20% y de las importaciones en alrededor del 15%;
- incrementos de los aportes netos del turismo en alrededor del 50%.

Seguidamente se exponen algunos hechos que caracterizan el panorama económico de Cuba en los próximos años.

La planificación de la economía en los años venideros debe realizarse con un mayor grado de incertidumbre. Entre las causas que provocan este hecho se encuentran la no existencia de garantía - como ocurría - de suministros a precios estables, ni de mercado seguro para las exportaciones; la necesidad de programar el trabajo en una sociedad en la que coexisten en distinta proporción diversas formas de propiedad; la existencia de una sociedad que se desempeña, por imperativo de las circunstancias, con una dualidad monetaria (pesos cubanos y diversas formas de divisas); y una disponibilidad de divisas inferior a las necesarias para superar las necesidades prevalecientes (11).

Cuba se ha venido insertando en el mercado internacional con un comercio menos concentrado; de un 85% de comercio con los países socialistas, a finales de 1995 se comerciaba con 95 países, y con ningún país ni región el comercio es superior al 30% o al 35% (33).

Entre 1959 y 1989 el país recibió créditos por 35705 millones de pesos (de ellos 10755 millones provenientes de países capitalistas y 1500 básicamente otorgado por algunos países subdesarrollados) (5). Sin embargo, en la actualidad el financiamiento externo que recibe Cuba se limita, en lo fundamental, al financiamiento comercial y bancario que respalda sus actividades de comercio exterior y confronta dificultades para obtener otros medios de financiamiento, entre otras razones por las presiones ejercidas por el gobierno de los EUA en las fuentes financieras. La obtención de créditos frescos en las actuales circunstancias se hace muy difícil.

Se estima que un nivel de importaciones de unos 4000 millones de dólares - similar al de 1980 - permitiría un funcionamiento de la economía a niveles aceptables (12,20).

Sin considerar el levantamiento del bloqueo del gobierno de los EUA ni los efectos económicos que ello produciría en la economía cubana, la estabilización del funcionamiento de nuestra economía deberá propiciar una apertura de crédito internacional y se estima que Cuba pudiera

aspirar a un nivel de créditos del orden de los 300 millones de dólares, y lograrse una inversión extranjera directa anual entre los 300 y 500 millones de dólares (20).

De concluir el bloqueo y las sanciones vigentes, se estima que los EUA podrían asumir entre el 30 y el 50% de las importaciones cubanas y las exportaciones agrícolas cubanas a ese país pudieran alcanzar unos 330 millones de dólares. La llegada de turistas norteamericanos tendría repercusiones económicas importantes para el desarrollo de la industria turística en Cuba. estimándose un flujo de entre 400 y 800 mil personas anuales. A su vez, los ingresos que reportarían a Cuba los vínculos entre los cubanos residentes en el país y sus familiares en los EUA serían del orden de 400 a 500 millones de dólares al año (20).

Por otra parte, para algunas regiones estadounidenses la apertura del comercio pudiera tener una importancia económica relevante y una fuente de empleo significativa. Se estima que en el primer año después de levantado el bloqueo las corporaciones norteamericanas podrían vender a Cuba entre 1.3 y 2.0 mil millones de dólares en mercancías, y en pocos años el intercambio entre ambos países pudiera elevarse a 6.5 mil millones de dólares (20).

REFERENCIAS

1. UNICEF. *Estado mundial de la infancia 1995*, cap 1. Barcelona: UNICEF, (s/f).
2. *Cuba National Report. World Summit for Social Development*. Copenhagen, 1995.
3. *Constitución de la República de Cuba*.
4. Alvarez E. *La apertura externa cubana*. La Habana: Instituto Nacional de Investigaciones Económicas, 1995.
5. Trelles I, Guerra G, Everleny O, editores. *Cuba: ventajas para la inversión*, 3ra ed., cap La deuda externa cubana, una evaluación actual. La Habana: ADAR Communications, 1994.
6. Romero A. *La reinserción de Cuba en la economía mundial contemporánea*. Boletín ICE Económico 1994;(2433):3019-26.
7. Junta Central de Planificación de Cuba (JUCEPLAN). *Anuario Estadístico de Cuba 1972*, cap III, tabla 1. La Habana: JUCEPLAN, (s/f).
8. Comité Estatal de Estadísticas de Cuba. *Anuario Estadístico de Cuba 1989*, tabla III.1. La Habana: Edit. Estadística, 1991.
9. Ruiz A. *Recientes transformaciones de la economía mundial y el mercado cubano*. Boletín ICE Económico 1994;(2433):2995-98.

10. Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba (ONE). *La economía cubana en 1994*. La Habana: ONE, 1995.
11. Rodríguez JL. *Informe a la Asamblea Nacional del Poder Popular sobre el plan económico y social para 1996*. Publicado en periódico Granma, 27 de diciembre de 1995.
12. Comité Estatal de Estadísticas de Cuba. *Anuario Estadístico de Cuba 1989*, tabla XI.1. La Habana: Edit. Estadística, 1991.
13. Mesa-Lago C. *Evaluación y perspectiva de la reforma económica cubana*. En: Hoffman B, editor. *Cuba: apertura y reforma económica; perfil de un debate*. Caracas: Nueva Sociedad, 1995: 59-89.
14. Garcell H. *¿Puede el turismo ayudar al desarrollo económico de Cuba?*. Boletín ICE Económico 1994;(2433):3039-44.
15. Fernández de Bulnes C. *Contenido tecnológico y competitividad: elementos para la reconversión de la industria*. Boletín ICE Económico 1994;(2433):3027-34.
16. Trueba G. *Cuba: una potencia caribeña en transición*. Boletín Visión-USA (Centro de Estudios sobre Estados Unidos de la Universidad de La Habana) 1993;2(10):2-14.
17. Ferriol A. *Situación social en el ajuste económico*. La Habana: Instituto Nacional de Investigaciones Económicas, 1995.
18. Lage C. *Intervención en el Foro Económico Mundial de Davos, Suiza*. Publicado en periódico Granma, 28 de enero de 1995.
19. Martínez A. *Agresiones económicas del imperialismo yanqui contra Cuba*. En: *Agresiones de Estados Unidos a Cuba revolucionaria*. La Habana: Edit. Ciencias Sociales. 1989:11-26.
20. Aguilar A. *Relaciones Cuba-Estados Unidos: actualidad y perspectiva en la esfera económica*. La Habana: Instituto Nacional de Investigaciones Económicas, 1995.
21. *Fact sheet on President's decisions on Cuba*. Unclassified (Press and Cultural Affairs Office. U.S. Interest Section, Havana, Cuba) Oct. 13, 1995.
22. Lage C. *Intervención en la conferencia "La Nación y la Inmigración"*. Mimeo, abril de 1994. Citado por: Boletín ICE Económico 1994;(2433):3003-11.
23. *La economía*. Países de ICE (18):9-34.

24. Rodríguez JL. *El desarrollo alcanzado en los años de la Revolución*. Síntesis 1991;(15). Citado por: Boletín ICE Económico 1994;(2433):3003-11.
25. Pérez J. *Implicaciones para Cuba de las reformas en las REI de URSS y países del Este*. Síntesis 1991;(15). Citado por: Boletín ICE Económico 1994;(2433):3003-11.
26. Zimbalist A. *La economía cubana al comienzo del cuarto decenio*. Trimestre Económico 1989;(224). Citado por: Boletín ICE Económico 1994;(2433):3003-11.
27. Carranza J, Gutiérrez L, Monreal P. *Cuba: la restructuración de la economía*, cap 1. La Habana: Edit. de Ciencias Sociales, 1995.
28. *El trabajo del Partido en la actual coyuntura*. Material de estudio para las organizaciones de base del Partido y la UJC. Sept. 1995.
29. Domínguez J, Ramírez R, Batista C. *Las empresas mixtas en Cuba, una coyuntura*. Boletín Visión-USA (Centro de Estudios sobre Estados Unidos de la Universidad de La Habana) 1993;2(10):26-33.
30. Everlery O. *Las asociaciones con capital extranjero: un reto de la Cuba de hoy*. Boletín Visión-USA (Centro de Estudios sobre Estados Unidos de la Universidad de La Habana) 1993;2(10):20-25.
31. *Debate sobre proyecto de Ley para la Inversión Extranjera*. Periódico Granma, 5 de sept. de 1995.
32. Meléndez E. *Intervención en la Reunión Internacional en Apoyo al Sector de Agua y Saneamiento*, La Habana, sept. 1995. Mimeo.
33. Lage C. *Entrevista en el Noticiero Nacional de Televisión*. Publicada en periódico Granma, 22 de diciembre de 1995.
34. Castro F. *Intervención en la segunda sesión de los jefes de Gobiernos miembros de la Asociación de Estados del Caribe, Trinidad y Tobago, 18 de agosto de 1995*. Publicada en periódico Granma, 19 de agosto de 1995.
35. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe 1995*, cuadro A.1. Chile:CEPAL, 1995.
36. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe 1995*, cuadro A.2. Chile:CEPAL, 1995.
37. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Balance de trabajo, año 1994*.
38. Lage C. *Entrevista concedida a S. Lee*. Periódico Granma, 25 de enero de 1995.

39. Comité Estatal de Estadísticas de Cuba. *Anuario Estadístico de Cuba 1989*, tabla III.2. La Habana: Edit. Estadística, 1991.
40. Ministerio de Finanzas (MF). *Liquidación del presupuesto del Estado para 1989*. La Habana: MF, 1990.
41. Ministerio de Finanzas y Precios (MFP). *Presupuesto del Estado; Anteproyecto 1996*. MFP: La Habana, 1995.
42. *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*, cuadro 14. México: Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., 1994.
43. *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*, cuadro 15. México: Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., 1994.
44. *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*, cuadro 51. México: Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., 1994.
45. Lee S. *Reunión de presidentes de las Asambleas Municipales*. Periódico Granma. 11 de agosto de 1995.
46. *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*, cuadro 13. México: Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., 1994.
47. *Plan Nacional de Acción para la Nutrición*, p 6. República de Cuba, 1994.
48. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). *Informe anual 1993; datos estadísticos*, p 80. La Habana: MINSAP, (s/f).
49. Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). *Anuario estadístico 1994*, p 78. La Habana: MINSAP, (s/f).
50. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Informe ad hoc sobre niveles de bajo peso al nacer*.
51. Rodríguez M, Artiles L, Moro S, Sa P. *Las agencias de Naciones Unidas en Cuba y la planificación con perspectiva de género: queda mucho por andar (En el camino a Beijing)*. Mimeo.
52. Comité Estatal de Estadísticas. *Anuario Demográfico de Cuba 1993*, Principales términos y definiciones utilizados en el Anuario. La Habana: Edit. Estadística, 1994.
53. *Decreto-Ley No. 147 (de la reorganización de los organismos de la Administración Central del Estado)*.
54. División Técnica del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). *Sumario del Informe de Cuba a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, sept. de 1994*. El Cairo:FNUAP, 1994.

55. *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*, cuadro 18. México: Fondo de Cultura Económica. S.A. de C.V., 1994.
56. Millares M. *Informe de presentación a la Asamblea Nacional del Poder Popular del proyecto de presupuesto del Estado para 1996*. Publicado en periódico Granma, 28 de diciembre de 1995.