

# Investigaciones en Salud Pública

## Documentos Técnicos

Concursos Regionales  
Reforma sanitaria en perspectiva histórica

---

30

Revolución social y  
reforma sanitaria:  
Cuba en la década de los 60

Francisco Rojas Ochoa  
Elena López Serrano



Coordinación de Investigaciones  
División de Salud y Desarrollo Humano

Organización Panamericana de la Salud  
525 23rd Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037-2895, EUA

Junio 2000

---

**La Serie de Documentos Técnicos** fue creada por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para difundir los documentos metodológicos, informes y reportes de las investigaciones que han sido financiadas por el Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS.

Los Documentos Técnicos se conciben como un medio de difusión rápida y oportuna de los resultados de investigaciones y no se constituyen en publicaciones científicamente evaluadas y profesionalmente editadas.

**Los Concursos Regionales de Investigación** son convocatorias de carácter regional para la presentación de propuestas de investigación en temas relevantes para la salud pública de los países de América Latina y el Caribe. Las convocatorias se realizan anualmente y los investigadores aplican siguiendo los términos de referencia y los requisitos que exige cada concurso.

**El Concurso Regional sobre “Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe”** se convocó en 1995. Tuvo como objetivo apoyar investigaciones históricas, privilegiando las analíticas que empleen enfoques, marcos conceptuales, y metodologías innovadoras y rigurosas, cuyos resultados puedan ser considerados significativos para el conocimiento en el campo de historia de la salud pública, y que puedan tener utilidad para apoyar los procesos de reforma en salud de la Región.

Esta publicación puede ser citada o impresa sin restricciones, con tal que se haga una referencia apropiada a este número. Una copia debe ser enviada al Programa de Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Estados Miembros.

**Diseño del logo “Building blocks”, en la cubierta**  
Coordinación de Investigaciones/Unidad de Diseño Gráfico

**Diseño y composición de cubierta**  
Clara I. Rodríguez

**Diseño y composición de texto**  
Suzanna Stephens, M.A.

---

# Índice

INTRODUCCIÓN .....	1
METODOLOGÍA .....	5
RESULTADOS.....	6
Principios de la Salud Pública Socialista .....	7
Principales Resultados de la Reforma Revolucionaria, 1959-1969 .....	11
DISCUSIÓN.....	15
Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (Síntesis)..	17
REFERENCIAS.....	25

## Tablas

1. Porcentaje de población económicamente activa desempleada (años seleccionados) .....	12
2. Casos registrados de malaria, poliomielitis y difteria (Cuba, años seleccionados) .....	14
3. Tasa de mortalidad por causas seleccionadas (Cuba, 1962 y 1970) .....	14

---

# Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60<sup>1</sup>

Francisco Rojas Ochoa<sup>2</sup>  
Elena López Serrano<sup>3</sup>

## INTRODUCCIÓN

La transformación ocurrida en la situación de salud y sus tendencias en la década de los 90; condicionada por las transiciones demográfica y epidemiológica; la necesaria respuesta a este cambio centrada en la transformación de los servicios de salud; la comprensión reciente de la naturaleza social de la producción de salud y del rol económico de los servicios; la explosión de innovaciones tecnológicas en el campo de la atención y prevención de enfermedades y el aumento exponencial en el costo de los servicios de salud; son los hechos principales que han traído al debate teórico y al campo de aplicación en la práctica el tema de la reforma sanitaria (1–4).

Este debate y quehacer alcanza escala mundial, como una expresión más de la globalización, con énfasis particular en Las Américas, donde la corriente político-económica de pensamiento neoliberal impulsa reformas que se vienen gestando y aplicando desde la década de los 80 y donde predominan las políticas de privatización como aspectos relevantes de las reformas propuestas o en marcha (5–7).

Los movimientos de reforma en el sector salud, sin embargo, no son un fenómeno exclusivo de nuestra época, sino que se remontan a décadas anteriores. Tal vez no fueron reformas de igual sentido y dirección o a escala internacional tan amplia como las actuales, donde confrontamos a diario la globalización neoliberal acelerada, pero los modelos que han sido llamados de Bismark, Semaschko y Beveridge alcanzaron a tener expresión fuera de su país de origen, incluyendo nuestro continente (8).

Este tema, que para los años 90 toma un vigoroso impulso, tiene una nueva expresión y responde a prácticas macroeconómicas, sin embargo, los procesos de reforma emergen en

---

<sup>1</sup> Proyecto financiado en 1996 por el Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI), Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), del Concurso Regional de Investigación sobre “Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe”.

<sup>2</sup> PhD, Profesor, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Salud Pública, Línea e I, El Vedado, La Habana 10400, Cuba. Teléfono: (+53 – 7) 29-64-67. Correo electrónico: [rojaso@infomed.sld.cu](mailto:rojaso@infomed.sld.cu).

<sup>3</sup> † Docente e Historiador Médico, Facultad de Salud Pública, Línea e I, El Vedado, La Habana 10400, Cuba.

distintos momentos, determinadas por el agotamiento de los modelos o los nuevos retos epidemiológicos, tecnológicos y organizativos. Así en Canadá, donde el sistema de salud es de cobertura universal, la provisión de servicios es principalmente privada (entidades no gubernamentales no lucrativas), pero el financiamiento es principalmente público, lo que asegura la equidad en relación con las posibilidades económicas del contribuyente. Durante los 80' el sistema se vio presionado por la necesidad de controlar los costos ascendentes. La reforma se inició en esos años, contempló la prestación de servicios con base comunitaria, y el desarrollo de enfoques promocionales y preventivos como alternativa a los predominantes servicios curativos. La reforma canadiense reconoce la limitada efectividad de las fuerzas del mercado como regulador y desecha políticas tales como la promoción de mercados regulados, competencia administrada o mercados internos en salud (9–10).

En Argentina *“el énfasis del proceso de cambio orientado desde el Estado se ha puesto sobre la desregulación de las entidades financieras, dejando en penumbra la relación entre financiadores y proveedores directos que constituye la esfera donde se han producido los cambios más significativos y el debate se ha informado en términos fuertemente ideologizados, contraponiendo estado a mercado, solidaridad a responsabilidad individual, interés público a interés privado.”* (11)

En Venezuela las razones de la reforma se identifican como *“perfil epidemiológico complejo y heterogéneo que ejerce una gran presión y demanda sobre todos los niveles de la red sanitaria; el sistema de servicios de salud se caracteriza por desintegración e incoherencia y por su baja equidad, accesibilidad, eficiencia y eficacia, así como su limitada capacidad resolutoria frente al perfil epidemiológico existente; baja sustentabilidad de los servicios públicos de salud tanto desde el punto de vista de su legitimidad como de su financiamiento; un Ministerio de Salud con capacidad de rectoría comprometida lo que limita su rol en la definición de políticas de conducción, coordinación y regulación del sector”. Para resolver esta situación se proponen como objetivos de la reforma: mejorar la calidad de la salud; conservar la coherencia e integración del sistema sanitario; elevar los niveles de equidad, eficacia y eficiencia de la gestión.”* (12)

Estos ejemplos demuestran las muy diferentes raíces y orientaciones de las reformas, cada una emergerá en su realidad histórica específica.

En este contexto, la reforma ocurrida en Cuba en la década de los 60, consecuencia de un movimiento político revolucionario y de cambios profundos en la estructura y naturaleza de la formación económico social, que se transformó cualitativamente, y que fueron las determinantes y rectores de la reforma, primero del Estado y luego del sector salud, debe ser estudiada procurando encontrar elementos relevantes para el debate actual, en especial porque esta reforma siguió una dirección opuesta a la que hoy se propone en casi todos los países. Fue una reforma de perfil socialista, centrada en el propósito de resolver los problemas de salud de la población a partir de la creación de un sistema de salud nacional único, estatal, de cobertura completa y acceso pleno para la población en condiciones de equidad (13–17).

El lapso que abarca esta investigación concierne a un período de transición, del capitalismo dependiente a la construcción socialista, períodos que *"suelen ofrecer una visión particularmente cristalina sobre las prioridades, las reglas y las fuerzas que caracterizan la sociedad"* (18).

A partir de los 60, Cuba construye su modelo sanitario, sienta sus bases y define sus políticas a corto, mediano y largo plazo, que han llevado a que el modelo, por sus propias contradicciones en su aplicación y los cambios generados en su interrelación con la macroeconomía y las relaciones con el mundo, se mantengan sin abandonar ni modificar sus principios, pero efectúe reformas en décadas posteriores, estableciendo diferencias sustantivas con las reformas que decursan en América Latina.

Los estudios que conocemos sobre esta reforma sanitaria son escasos en número, limitados en su alcance y salvo excepciones, descriptivos (19–26).

Son *objetivos* de este trabajo los siguientes:

- Describir el contexto político, económico y social de las transformaciones de la sociedad y el Estado cubano en la década de los 60, y la reforma sanitaria que ocurrió en ese contexto.
- Explicar la naturaleza de esta reforma y analizar los aspectos relevantes de la misma.
- Analizar la reforma en el marco de lo que ocurría en el campo internacional.
- Evaluar los resultados de la reforma en un horizonte temporal de 20 años.

Para nuestro *marco conceptual*, es necesario precisar que entenderemos en este trabajo como reforma sanitaria. Escogimos esta definición:

*"La reforma sectorial en salud es 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 período determinado y a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan?"*. (27)

No obstante los escasos estudios sobre el tema, esto no indica que no se tratara el asunto, o que se desconociera el debate contemporáneo sobre el mismo (28–44).

Los numerosos textos citados, salvo los de autores cubanos, sobre todo en años recientes, enfocan el tema desde la órbita de la discusión planteada en torno a la ofensiva neoliberal para la reforma del Estado y de reformas del sector salud, con la privatización como palabra de orden. Esta no es la situación de la época que nuestro estudio abarca; la reforma cubana revolucionaria marchó en otra dirección, creando un Sistema Nacional de Salud, único, estatal, donde desapareció la propiedad privada sobre las unidades de servicios de salud, que devinieron gratuitos para el pueblo. En esta reforma, la concepción marxista de la salud social presidió el proceso.

Según Huertas y Maestro (45), esto lleva implícito tres principios fundamentales:

- *La transformación de las relaciones sociales que condicionan una estructura y funcionamiento de la sociedad de naturaleza patogénica, o en el mejor de los casos limitadora del desarrollo de la vitalidad humana, en una forma de organización social basada en relaciones de cooperación y dirigida a satisfacer las necesidades humanas.*
- *La reorientación de los sistemas tradicionales de Salud Pública, basados en la práctica curativa, en el sentido de una Salud Pública de esencia profiláctica.*
- *El vínculo indisoluble entre el Servicio Nacional de Salud y la participación activa del colectivo y del individuo en el mejoramiento de la salud.*

Nuestro estudio aborda el problema en un período de profundas transformaciones de la sociedad, más allá de la reforma del sector salud donde simultáneamente ocurren transformaciones en la situación de salud de la población con la primera fase de la llamada transición epidemiológica (46).

La fuente de la reforma la constituyen los cambios trascendentales que ocurrieron en la sociedad cubana, donde un movimiento revolucionario logró derrotar una dictadura militar de derecha fuertemente represiva. A la victoria sobre la dictadura el movimiento revolucionario se radicalizó y tras un breve período de transición se transformó en revolución socialista. El período de transición de una formación económico social capitalista dependiente, al inicio de la construcción de una formación socialista transcurrió entre enero de 1959 y octubre de 1960 (47).

Es en este momento que se producen las nacionalizaciones de la banca norteamericana y de toda la industria nacional de más de 25 trabajadores. Comenzó en este período la nacionalización de la importación, producción y comercialización de medicamentos, primeros pasos en la nacionalización de propiedades y servicios de salud que se inscriben en la reforma del sector.

Este proceso revolucionario de transformación del modelo socioeconómico es la razón primera de la reforma. A esta se añadiría de inmediato el proceso de reordenamiento y ajuste a la situación revolucionaria de las estructuras del Estado y el Gobierno.

En relación directa con la salud humana fueron determinantes de la reforma: la situación derivada de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos y sus retos; la existencia de inequidades en las condiciones de salud y acceso a los servicios (conocidos por los más relevantes líderes del movimiento revolucionario sobre todo por su experiencia guerrillera en las montañas; el enfrentamiento por el nuevo gobierno a la insuficiente asignación de recursos e ineficiente gestión de los servicios estatales de salud, tanto en lo preventivo como asistencial; y el fuerte reclamo popular impulsado por la victoria revolucionaria (48).

## METODOLOGÍA

El *universo* que abarca el estudio es el sector salud de Cuba a escala nacional, en el período que comprende la década de los 60, con obligada referencia a años previos cercanos y un

horizonte temporal de 20 años posteriores a la reforma en cuanto a resultados para la situación de salud y otras consecuencias derivadas de la misma.

Las principales *fuentes primarias documentales* utilizadas fueron:

- la *Gaceta Oficial de la República* (1959–1969);
- los Decretos y Resoluciones del Ministro de Salud Pública (1959–1969);
- los discursos del Jefe de Estado y Gobierno y de Ministros que tratan sobre el tema;
- la documentación del archivo del Historiador del Ministerio de Salud Pública y del Departamento de Historia de la Facultad de Salud Pública;
- las actas y otros documentos del Colegio Médico Nacional (1956–1966);
- documentos del archivo personal del investigador principal, y actas de reuniones internacionales convocadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a las que concurrió la Representación cubana en el período que comprende el estudio.

Las principales *fuentes secundarias documentales* empleadas fueron revistas especializadas nacionales, publicaciones del Ministerio de Salud Pública, tesis de especialización y libros.

Además se recurrió a *fuentes vivas* realizando entrevistas en profundidad a actores de la reforma que tuvieron una alta responsabilidad en la concepción y ejecución de la misma. Siempre que fue autorizado se grabaron estas entrevistas, para su análisis más detallado. Se utilizó también la técnica del grupo nominal, con el propósito de ampliar y consolidar la información obtenida a título individual (49–50).

No obstante, las advertencias de Hobsbawn sobre el valor limitado de la entrevista, la constatación de lo referido en ellas con fuentes documentales hizo valioso este componente de la investigación (51).

El investigador principal fue igualmente actor en el proceso de reforma, recorriendo en el período que se estudia cargos desde médico rural (recién egresado), hasta director en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Esto puede interpretarse como positivo, por que conoce el proceso desde dentro, fue un observador participante, o en sentido negativo, por los prejuicios que puede arrastrar de sus vivencias. Es un riesgo de la investigación.

Siguiendo a Sigerist, Pérez de la Riva y Hobsbawn exploramos la posición social y opiniones de los supuestos beneficiarios de las reformas (el pueblo) y de los actores periféricos de la misma (los trabajadores de la salud) (52–54).

La selección de expertos para el grupo al que se aplicó la entrevista en profundidad la hizo el investigador principal.

La técnica fundamental empleada para el tratamiento de la información fue el análisis de contenido.

## RESULTADOS

El período que abarca nuestro estudio se inserta en uno algo más extenso que a escala mundial esta comprendido entre las explosiones atómicas que precipitaron el fin de la II Guerra Mundial(1945) y la desaparición de la Unión Soviética (1991).

Este período, llamado de la ‘guerra fría’, no es nada homogéneo, estuvo presidido por el enfrentamiento de las dos mayores potencias militares surgidas de la II Guerra Mundial. Varias generaciones crecieron bajo la amenaza de un conflicto a dirimir con armas atómicas. No llegó a suceder, pero durante 40 años fue una posibilidad cotidiana (54).

En este contexto varios hechos influyeron en lo que ocurrió en Cuba en los 60: la consolidación del “campo socialista”; la descolonización; el triunfo de la revolución en China; el inicio de movimientos guerrilleros y otras formas de lucha para acceder a la independencia o cambio de régimen político-económico; la proliferación de dictaduras militares de derecha, en especial en América Latina, en Europa las revueltas estudiantiles.

En el “tercer mundo” se produjo la explosión demográfica; el inicio del desarrollo acelerado del urbanismo patológico, la entronización de la corrupción administrativa; la progresión del narcotráfico; y en el “primer mundo” el auge económico y la introducción acelerada de nuevas tecnologías, caracterizaron también este periodo.

En Cuba lo político era marcado por la instauración de una dictadura militar en 1952, que puso fin a un período breve de democracia representativa donde lo más característico fue la corrupción y cierto auge de lucha entre organizaciones armadas civiles. La dictadura, apoyada por las administraciones de los Estados Unidos de América (EUA), era de naturaleza en extremo represiva, defensora de los intereses de la oligarquía nacional y del capital extranjero, casi todo norteamericano.

Contra este régimen se hizo el movimiento revolucionario que tomó el poder en enero de 1959, cuando se podía resumir la situación del país en los siguientes términos:

- Dependencia política y económica de los EUA, que controlaban la industria exportadora principal (con 25% de las mejores tierras agrícolas), energía eléctrica, teléfonos, combustibles, la parte más importante de los bancos, el transporte marítimo y la minería, entre las actividades económicas relevantes.
- Estructura económica predominantemente agrícola, monoprodutora (caña de azúcar); de tipo extensiva, de latifundio.
- Desempleo y subempleo permanentes y masivos, de hasta 25% de la fuerza de trabajo.
- Economía abierta, donde de 25 a 28 centavos de peso de producción correspondían a importaciones obligadas, una concentración geográfica de exportaciones (60%) e importaciones (75%) en el mercado de EUA.

Esto puede condensarse afirmando que Cuba era un país neocolonial, agrícola monoexportador y por tanto dependiente (55).

En este contexto *caracterizó* nuestra reforma la adopción de la *concepción ideológica marxista* en todo lo referente a las transformaciones políticas, económicas y sociales del país, que incluyó lo concerniente a la salud pública. Por esto *existió correspondencia entre el modelo económico implantado y la reforma sectorial*. En consecuencia se adoptaron los principios de la salud pública socialista, tal como eran enunciados en los países de Europa del Este. A estos principios Cuba añadió el del internacionalismo, como forma solidaria de dar y recibir ayuda para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos. (56)

Otras características importantes fueron la adopción de lo que llamamos “estilo revolucionario de trabajo”, carente de burocratismo, que dio gran rapidez al proceso de reforma, que condujo a logros tempranos aun pecando de inmadurez y en ocasiones con bases técnicas débiles. También la incorporación inmediata de la participación popular como elemento dinamizador de la reforma. Se concibió un sistema de salud integral, incluyendo lo concerniente a la industria médico farmacéutica (importación, producción y distribución de fármacos, equipos y otros insumos para el sector), así como del sistema de formación de recursos humanos de técnicos medios y años después de los universitarios.

### Principios de la Salud Pública Socialista

- La salud es un derecho de la población.
- La salud de la población es responsabilidad del Estado.
- Los servicios de salud alcanzan a toda la población por igual.
- Las prácticas de salud tendrán una sólida base científica.
- Las acciones en salud tendrán una orientación preventiva.
- La participación social es inherente al manejo y desarrollo de los servicios de salud.
- *La solidaridad internacional será práctica de los servicios de salud.*

Todo lo anterior estuvo presidido por la principal característica de la salud pública cubana a partir de 1959: la *voluntad política* de transformar la crítica situación encontrada y todo lo que atente contra la salud de la población, que toma su expresión más concreta y visible en la atención personal que el Jefe de Estado y Gobierno ha dedicado al sector salud y su personal intervención en la solución de los problemas más trascendentes en este campo.

Cronológicamente la primera acción en torno a la gestión en los servicios de salud fue la *erradicación de la corrupción*, que en la historia de la administración pública es asunto de larga evolución, desde la colonia, acentuada durante el Gobierno Interventor de EUA, mantenida en los años de república burguesa, exacerbada durante la tiranía batistiana, 1952–1958 (57–61).

También fue realizada en los primeros meses del nuevo gobierno la depuración política de los funcionarios comprometidos con la tiranía, que por demás eran los más corruptos (62–63).

Otro proceso de temprana ejecución fue el *desarrollo de los recursos humanos* para el sector, tarea que asumió el Ministerio de Salud Pública respecto a la formación de técnicos medios (paramédicos) y la educación de post grado de médicos y estomatólogos, para lo que se adoptó como estrategia principal el régimen de residencia para especialización. Estimulado por el éxodo de profesionales auspiciados por los opositores del nuevo gobierno se dio fuerte apoyo a las universidades para el desarrollo de la educación de pregrado. Esto fue particularmente destacado en cuanto a formación de médicos, alcanzando a elevar la matrícula de modo notable en la única escuela que existía a inicios de la década y creando dos nuevas en el este y centro del país (1962 y 1966 respectivamente) (64–65).

La reforma adoptó desde su inicio la *planificación* como instrumento básico de trabajo. Primero creando una comisión encargada de proponer planes de acción frente a problemas específicos y poco tiempo después creando una unidad de planificación, con el rango de dirección, subordinada al Viceministro a Cargo del Área Económica del Ministerio de Salud Pública. Ya en 1963 se propusieron como parte del plan elaborado las Metas Generales para la realización del Plan de Salud Pública de 1962 a 1965 (66–69).

Antes, en 1961 se había elaborado e implantado el Manual de Normas y Procedimientos Administrativos, que incluyó el Sistema de Contabilidad Interna. Este proceso tendrá más alcance, profundidad y estabilidad en 1968, con la adopción de las Normas de Organización y Administración y la aprobación del Plan “Metas y Directrices 68/70” (70–72).

A lo largo del período se dedicó particular atención al *desarrollo de la estadística* para el sector: se dio inicio a la formación de técnicos medios de esta disciplina en escuelas propias del Ministerio (1961); se formaron profesionales especializados en el extranjero; se dio rango de dirección subordinada al Ministro a la unidad rectora de esta actividad; se implantaron normas de organización, funciones, métodos y procedimientos para los departamentos de estadística (1964); se incluyó una asignatura en el plan de estudios de la carrera de medicina y se realizó una auditoría internacional que encontró en 1974, que el sistema de información estadística del sector salud de Cuba era completo en cobertura y confiable en calidad (73–74)

La mayor realización en lo relativo al perfeccionamiento de la gestión fue la *creación del Sistema Nacional de Salud (SNS)*, que toma forma inicial con la ley de Salud Pública de 1961 y termina al final del período con la extinción de mutualismo en 1970. Este es a nuestro juicio el resultado más trascendente de la reforma: la creación de un sistema de salud, unificado, centralmente planificado y dirigido, descentralizado en su gestión, de cobertura global amplia, altamente eficaz, con participación social satisfactoria, económicamente sustentable y abierto a su perfeccionamiento constante. (75–78)

En una fase inicial la nueva administración mantuvo la fuerte centralización que caracterizaba la gestión de los servicios de salud pública antes de 1959. Después de un

periodo en que se concentran en el MINSAP las entidades estatales autónomas que eran muy numerosas, se percibe la necesidad de hacer más fluido el proceso de gestión, de una organización que había crecido mucho y muy rápidamente. Se dio así paso a la *descentralización* de la administración, con la creación de las Direcciones Regionales de Salud Pública (después provinciales) en 1960–1961 y los distritos sanitarios (después Direcciones Regionales) en 1962 que asumieron la totalidad de la gestión en su ámbito territorial. (79–80)

El carácter *intersectorial* de la reforma se evidencia por las decisiones que se tomaron alrededor de la construcción del SNS. Entre otras:

- Estrecha coordinación y participación del Instituto Nacional de Reforma Agraria (INRA) en el establecimiento y desarrollo del Servicio Médico Social Rural (1960), con apoyo material para la instalación de los consultorios médicos y construcción de hospitales rurales (81).
- Creación de un organismo autónomo para regir lo relativo al suministro de agua potable y alcantarillado que en parte regía el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social (82).
- Traslado a los municipios de la actividad de recogida y disposición de residuales sólidos desde 1962, quedando la supervisión de este servicio a cargo del Ministerio de Salud Pública (83).
- Coordinación, hasta la integración en el MINSAP, de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Bienestar Social (Agentes Comunales rurales, hogares de ancianos, etc.).
- Incorporación al MINSAP y ulterior desarrollo de los servicios médicos de la industria azucarera(1962).
- Apoyo multisectorial a las campañas de vacunación desde 1962 (polio, triple, etc.).
- Política de empleo que permitió reducir el número de desocupados permanentes de 700 mil a 376 mil entre 1958 y 1960 y 215 mil en 1962 (84).
- El acceso a otros servicios sociales básicos como la seguridad y asistencia social, que influyen muy directamente sobre la salud, se vio asegurado e impulsado. Las leyes 351 y 677 de 1959 ampliaron notablemente la cobertura de la seguridad social. Esto se consolida con la ley 1100 de Seguridad Social de 1963, que define esta como de aplicación a todos los trabajadores, en régimen no contributivo, o sea a cargo del Estado y la integración en un solo cuerpo legal e institucional de la seguridad social. (85)
- Se organizan y entran en función las comisiones de salud del pueblo que reúne los esfuerzos de los ministerios y las organizaciones de masa (sindicatos, asociación de mujeres, de campesinos, etc.); es el punto más alto de convergencia para acciones intersectoriales en salud, y a la vez motor impulsor de la participación social (86).

Los hechos que evidencian el desarrollo de la *participación social* en relación con la reforma del sector se encuentran en:

- Formación de personal para el desarrollo de determinadas acciones de salud en el seno de su comunidad, como las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas, y los auxiliares voluntarios en la vigilancia epidemiológica para la erradicaciones del paludismo (87).
- Definición de funciones específicas, como “responsable de salud” en los sindicatos, Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y Federación de Mujeres Cubanas (FMC).
- Realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación, promoción de diagnóstico precoz, promovidas por los citados ‘responsables’.
- Educación y concientización de la población con relación a las causas y soluciones de los principales problemas (diarreas agudas, parasitismo, cuidados a embarazadas y recién nacidos).
- Promover y participar en las campañas y programas para donación voluntaria de sangre.

Es también participación social el papel de los médicos progresistas, en su organización gremial o en otras en las que actuaron respaldando las decisiones que conformaban la reforma, oponiéndose a las posiciones conservadoras y economicistas de grupos minoritarios. Fue de gran importancia que estos médicos revolucionarios y progresistas, no necesariamente marxistas, ganaran la dirección del gremio médico en sus elecciones de 1959, y alinearan el gremio (Colegio Médico Nacional) al lado de movimiento político que impulsaba la reforma (88–89).

El objetivo central de toda reforma es la *equidad*, entendida como igualdad de oportunidades en el acceso y uso pleno de los servicios de salud. Son hechos que evidencian el rápido alcance de equidad en nuestra reforma:

- La extensión de cobertura, en especial con la creación del Servicio Médico Social Rural (1960), que llevó asistencia a zonas que no la habían tenido nunca y que al final del periodo comprendía decenas de consultorios y hospitales rurales, dotados de personal médico, estomatólogos, enfermeras y técnicos paramédicos según necesidades (90).
- Las camas de hospitales modificaron su índice por 1000 habitantes de 4.3 en 1958 a 4.6 en 1973. La casi totalidad de las nuevas camas se instalaron fuera de la capital del país. De 1958 a 1968 el aumento fue de 28536 a 41019 camas. La Habana contaba con el 61.7 % de las camas instaladas en el país en 1958, lo que se redujo en 1973 a 44.4 % (91).
- Establecimiento de gratuidad de los servicios médicos ( 1.VI.60) (92).
- Rebaja del precio de las medicinas y nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados (93–94).

- Eliminación de todo obstáculo legal para acceder a cualquier tipo de servicio.
- Incremento acelerado de la formación de personal calificado, para cubrir la demanda del momento y necesidades perspectivas (64; 95–97).
- Inicio de un cambio en el enfoque curativo de la atención médica, reforzando actividades preventivas. Se crearon siete centros provinciales de higiene y epidemiología en 1961 (98).
- Desarrollo exitoso de la campaña de alfabetización y del seguimiento de la alfabetización con la campaña por el 6<sup>to</sup> grado (99–100).
- El desempleo que afectaba a la población se fue transformando paulatinamente en una situación de virtual pleno empleo.

Principales Resultados de la Reforma Revolucionaria, 1959–1969

- Correspondencia entre concepción ideológica y reforma sectorial.
- Correspondencia entre modelo económico y reforma sectorial.
- Voluntad política.
- Cese de la corrupción.
- Desarrollo de recursos humanos.
- Desarrollo de la estadística.
- Desarrollo de la planificación.
- *Creación del Sistema Nacional de Salud.*
- Descentralización administrativa.
- Práctica de la intersectorialidad.
- Participación social.
- Logro de alta equidad.
- Mejoría en la eficiencia de los servicios.
- Prioridad al desarrollo de la atención primaria.
- Reducciones notables en morbilidad y mortalidad.
- Consolidación de las bases científicas del sistema.
- Sostenibilidad de la reforma.
- Respaldo popular a la reforma.

**Tabla 1**  
**Porcentaje de población económicamente activa desempleada**  
**(años seleccionados)**

Año	%
-----	---

1958	12.5
1960	11.8
1962	9.0
1970	1.3

*Fuente:* Op. cit. (55): 62

- Respecto al trabajo femenino, mientras en 1958 estaban ocupadas 194,000 mujeres (el 70% en labores domésticas) en 1975 la cifra era de 674,000. La tasa promedio anual de crecimiento ocupacional fue para el lapso 1960–1965 de 11.2% para mujeres y de 1.2% para hombres; en 1965–1970 de 7.1% para mujeres y 2.3% para hombres (101).
- Progresivamente las mujeres han llegado a ocupar la proporción mayor de puestos profesionales y técnicos, en especial en los sectores educación y salud.
- Durante los dos primeros años del periodo de la reforma se desarrolló una política tendente a elevar los ingresos, mediante la disminución de los gastos de las capas económicamente más débiles de la población. Se destacó en primer termino la Reforma Agraria, que liberó del pago de rentas al 85% de los campesinos; elevó su poder de compras y aumentó la ocupación en la agricultura en 208,000 puestos, lo que produjo una redistribución de ingresos (clave de la equidad) entre 250 y 300 millones de pesos anuales (pesos de 1960, país de menos de 7 millones de habitantes) (102).
- Otras medidas de similares resultados fueron la Ley 122/59 rebajando las tarifas telefónicas; la 125/59 rebajando alquileres de vivienda entre 30 y 50%; la 502/59 rebajando las tarifas eléctricas y varias resoluciones y disposiciones ya citadas, rebajando el precio de las medicinas. Todo lo anterior produjo una importante reducción del costo de la vida (102–105).
- El salario de los trabajadores se elevó entre 30 y 40% de 1958 a 1960.
- Entre 1962 y el final de la década, se aplicó un sistema de racionamiento que hizo absolutamente equitativo la distribución de alimentos, ropa, calzado y bienes de consumo duradero, cuya demanda había aumentado como consecuencia de la elevación del poder adquisitivo de la población, lo que ocasionó aguda escasez, acentuada por la ruptura de los lazos comerciales tradicionales y la imposibilidad de elevar la producción nacional de los renglones mencionados. (106–107)
- La creación del Banco de Seguros Sociales (ley 351/59), que agrupó 54 cajas de retiros de trabajadores del sector privado; la Ley 677/59 que creó el seguro para trabajadores por cuenta ajena y finalmente la Ley 1100/63 de Seguridad Social que define su aplicación a todos los trabajadores, en un régimen de carácter no contributivo, asumiendo el Estado para sí esta responsabilidad. Así se consagraba la equidad en materia de seguridad social, incluido lo pertinente a salud. (108–110)

Las decisiones tomadas en busca de mejorar la *eficiencia* de los servicios incluyeron:

- Priorizar desde el inicio de la reforma el desarrollo de la atención primaria como estrategia del sistema (111).
- Adoptar la planificación como elemento conductor del desarrollo de los servicios de salud. Por ley de marzo de 1960 se creó la Junta Central de Planificación (69; 112).
- Dotar de presupuesto a todas las unidades del sistema y hacerlos cumplir.
- Establecer normas de organización y procedimientos, incluidas las normas técnicas de especialidades médicas (69; 113).
- Elección de prioridades, como parte del proceso de planificación y punto de partida para elaborar programas específicos por daño o grupo vulnerable.
- Adopción de políticas de ahorro, lucha contra el despilfarro y mal uso de recursos.
- Selección de tecnologías adecuadas, como elemento de la planificación.
- Desarrollo de recursos humanos para la gestión y dirección de servicios, impulsado por el fortalecimiento de la escuela de salud pública y formación en el extranjero.
- Fomento de un estilo de trabajo ajeno al burocratismo, ágil en la gestión, participativo y eficaz.
- Desarrollo de métodos de supervisión, control y evaluación permanente aplicadas al área administrativa y a las técnicas.

*Calidad* es aquí sinónimo de *eficacia*. Son elementos probatorios de lo alcanzado en este objetivo por la reforma:

- La modificación favorable de la situación de salud, en especial en lo referente a morbilidad por enfermedades transmisibles donde se redujeron algunas a niveles de erradicación (114).
- La modificación favorable en mortalidad (115).
- Entre 1959 y 1969 se graduaron e incorporaron al servicio 4 907 médicos, 657 estomatólogos y 24 523 técnicos medios (en su mayoría enfermeras), mejorando notablemente la calidad del servicio. (116)
- El inicio de la organización del sistema científico y tecnológico, con la inauguración de los institutos de investigación en 1966, creación de dos nuevas escuelas de medicina en 1962 y 1966 y del Consejo Científico en 1962. (117–118)

La creación de laboratorios de higiene y epidemiología en cada provincia y el fortalecimiento del nacional.

**Tabla 2: Casos registrados de malaria, poliomielitis y difteria (Cuba, años seleccionados)**

Año	Malaria	Poliomielitis	Difteria
1962	3519	46*	1419
1963	833	1	923
1964	624	1	640
1965	127	–	625
1966	36	–	359
1967	7	–	435
1968	–	–	130
1969	–	–	52
1970	–	1	7
1975	–	–	–
1980	–	–	–
1985	–	–	–
1990	–	2**	–

\* Casos ocurridos en enero–mayo, antes de la primera campaña nacional de vacunación antipolio. En los tres años previos se registraron 284; 330 y 342 casos cada año.

\*\* Reacciones postvacunales.

Fuente: Op. cit. (91): 140–142 y (114): 67

**Tabla 3: Tasa de mortalidad por causas seleccionadas (Cuba, 1962 y 1970)**

Año	Mortalidad materna*	Mortalidad fetal tardía**	Mortalidad por enfermedad diarreica aguda***
1962	117.9	25.0	58.1
1970	71.5	15.3	18.2

\* Tasa por 100.000 nacidos vivos. \*\* Tasa por 1000 nacidos vivos. \*\*\* Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Op. cit. (91): V-34; V-44 y V-45

También es un resultado relevante la *sostenibilidad* de la reforma. Su primer sostén ha sido la voluntad política, expresada en la concertación del Gobierno, entidades sociales y comunidad, que han realizado la reforma y asegurado su desarrollo estable, con las necesarias innovaciones durante los años posteriores. (119)

El financiamiento de la reforma, vale decir de los servicios, se ha asegurado mediante la dotación de los presupuestos del Estado asignados a este sector, que obtuvieron los fondos de impuestos y utilidades de empresas nacionalizadas.

Un pilar en la sostenibilidad de la reforma y el sistema que generó es la aceptación plena y defensa consecuente que de ello hace la población. El respaldo popular ha sido total y sostenido, continúa tres décadas después de realizada la reforma, que mantiene los principios, características y proyección que le dieron origen.

## DISCUSIÓN

Para la mejor comprensión de la naturaleza y alcance de la reforma cubana en el sector salud de la década de los 60 es necesario recordar el contexto, mundial y latinoamericano, en que se desarrolló. A lo dicho antes debemos añadir y destacar la peculiaridad de algunos hechos y su influencia en Cuba. Las fracasadas experiencias, víctimas de presiones externas e internas, de los gobiernos progresistas de Guatemala y Chile enseñaron a Cuba que su defensa sería distinta, en lo militar, social y económico. Así se hizo con éxito.

Este período fue el de las luchas armadas en Africa (Argelia, Congo, etc.), en América Latina (Guatemala, Nicaragua, etc.) y Viet Nam. La hostilidad, el cerco diplomático, las agresiones militares y el sabotaje económico fue la posición habitual de la casi totalidad de los gobiernos de América, por la actitud solidaria de Cuba con los movimientos independentistas y revolucionarios. Aquello afectó al país y su sistema de salud, en lo económico. Desde entonces sufrimos el bloqueo, mal llamado embargo, que ejerce el gobierno de los EUA y algunos de sus aliados. (120–121)

Influencias positivas se recibieron de Europa del Este, del conjunto de países socialistas, en especial de la Unión Soviética: recursos materiales, transferencia de tecnología (no lo más avanzado para el momento), recursos humanos (trabajando en el país y formando especialistas). Esto no obstante no condujo a que copiásemos los modelos de servicios de salud de esos países. La asesoría soviética y checoslovaca fue de alto nivel y sostenida largo tiempo, pero pocas de sus experiencias reproducidas por Cuba. (122)

Fue relevante la formación de cuadros profesionales en esos países para áreas importantes de la salud pública; además a pesar de las limitaciones impuestas por la situación política las escuelas de salud pública de México, Chile y Colombia formaron cuadros para Cuba, siempre mediados por la gestión de la Organización Panamericana de la Salud, a la sazón dirigida por A. Horwitz.

A nuestro juicio fue más importante la influencia cubana en el contexto latinoamericano de la época. Esta influencia fue en primer término de orden ideológico, el impacto de la Revolución Cubana; luego de orden político, el impulso a los movimientos revolucionarios. También, por los rápidos logros de la Revolución en salud, influencia sobre este sector.

Al respecto nos dice Guerra de Macedo,

“El ejemplo de los mensajes de Cuba tuvieron gran influencia en las luchas políticas de América Latina en la década de los 70. Su experiencia en salud continua siendo una referencia importante para la Región: en organización del sistema, en investigación y desarrollo tecnológico y encontrando soluciones específicas como las del control del dengue, inmunizaciones, medicina familiar ...”. (123)

Lo que ocurría en Cuba, fue caracterizado por Ernesto Guevara como “una revolución agraria, antifeudal y antiimperialista, que fue transformándose por imperio de su evolución interna y de las agresiones externas, en una revolución socialista y que lo proclama así, ante la faz de América: una revolución socialista” (124). Así tenemos que

“la década de los 60 comienza con una manifestación política internacional contra las injusticias sociales y el crecimiento económico sin contrapartidas sociales deliberadas. El Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), en el Acta de Bogotá (1960) reconoce la insuficiencia del crecimiento económico para reducir las profundas desigualdades y carencias sociales existentes en la Región y las necesidades de una acción de los estados, por medio de los gobiernos, para atender las necesidades sociales y el fortalecimiento de la democracia”. (123)

El mismo año se estableció el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al que se dio mandato para ejecutar proyectos de inversión en el área social, pero que en salud su acción fue inicialmente tímida, restringida a la atención hospitalaria y saneamiento básico.

Las preocupaciones y motivaciones que llevaron al Acta de Bogotá (estabilidad política frente a situaciones de carencias sociales y el aparente avance del socialismo real), orientaron a una reunión especial del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961. En esta fecha la Revolución Cubana avanzaba por los caminos del socialismo, mostraba logros trascendentes en la esfera social y se defendía con éxito de todo tipo de agresión.

En Punta del Este se emite la Declaración de los Pueblos de América, donde los gobiernos signatarios se comprometieron a 12 acciones (incluidas las de la salud), de las que ya Cuba tenía realizadas 8. De las no realizadas, una era rechazada por Cuba: estimular la actividad privada para promover el desarrollo.

Punta del Este también consagró la Alianza para el Progreso (ALPRO), propiciada por J. F. Kennedy, que en su Resolución A-2 contenía el Plan Decenal de Salud Pública de la ALPRO. (125)

En este plan se proponían 16 medidas a largo plazo para mejorías de la salud humana en América Latina. De ellas Cuba alcanzó en la década a cumplir con 15. La excepción, “recomendar así mismo el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o habitual, que están a disposición de los países de este continente”. El bloqueo a que está sometida Cuba desde hace ya cerca de 40 años no ha permitido el acceso a fuentes como el BID, el Banco Mundial, El Fondo Monetario Internacional, y en su época se bloqueó también toda ayuda bilateral. La excepción,

“OPS/OMS fue la única organización regional que no excluyó a Cuba como miembro pleno y que la apoyó en sus esfuerzos en salud, al mismo tiempo que utilizó la experiencia cubana *vis-à-vis* en las necesidades de otros países”. (123)

No obstante lo dicho, la naturaleza verdadera de la ALPRO la denunció Ernesto Guevara en Punta del Este, allí dijo:

“Y voy a explicar, además, por qué esta conferencia es política; es política porque todas las conferencias económicas son políticas; pero es además política, porque está concebida contra Cuba, y está concebida contra el ejemplo que Cuba significa en todo el Continente Americano ... [y más adelante] “... porque Cuba está al margen, puesto que la Alianza para el Progreso no está hecha para Cuba, sino en contra, y no se establece darle un centavo a ella, pero sí a todos los demás ...” (122)

### Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (Síntesis)

1. Preparar planes nacionales para el próximo decenio.
1. Crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación.
1. Mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias.
1. Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares.
1. Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación.
1. Adoptar las disposiciones legales o institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva.
1. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica.
1. Dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria y otros.
1. Suministrar agua potable por lo menos al 70 % de la población urbana y 50 % de la rural.
1. Reducir la mortalidad de los menores de 5 años a la mitad de las tasas actuales.
1. Erradicar del continente el paludismo y la viruela.
1. Mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos vulnerables.
1. Procurar que se atienda cada vez mejor a mayor número de enfermos.
1. Establecer como meta general un aumento de 5 años en la esperanza de vida al nacer.
1. Recomendar a los gobiernos utilicen la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.
1. *Recomendar el uso de otros medios de asistencia multilateral o bilateral que están a disposición de los países del continente.*

Agosto 1961

Fuente: Op. cit. (125): 471

“La esperanza’ declaró Kennedy, en el discurso de 1961, ‘consiste en un hemisferio donde cada hombre tenga suficiente para comer y una oportunidad de trabajar, donde cada niño pueda aprender, cada familia hallar un alojamiento decente’. El presidente no dijo que la ayuda militar a Latinoamérica, en virtud de la Alianza, había aumentado en un 50% por encima del nivel de la era de Eisenhower, con creciente hincapié en la seguridad interior y la formación policial. Para muchos latinoamericanos era poco más que un medio cínico de facilitar armas para una guerra regional contra el comunismo, la oposición interior y ... Fidel Castro”. (127)

A pesar de estas guerras, es Cuba el país donde más alta satisfacción han encontrado las esperanzas de 1961. Así hemos visto la influencia de la Revolución cubana sobre América Latina, en lo político, económico y social.

En años posteriores a la década que estudiamos se confirmó una de las razones que expusimos para la realización de la reforma, que es también la razón de la Revolución: el respaldo popular masivo a las políticas y decisiones respecto a lo político y social, y en especial en educación y salud, los beneficios que la población ha recibido son de efecto político profundo y abonan la estabilidad social del país.

Entre las características de la reforma, la práctica del internacionalismo, elevado a principio del sistema, fue iniciada en fecha temprana (1963), cuando 56 profesionales y técnicos llegaron a Argelia, recién conquistada su independencia. Progresivamente la asistencia y cooperación en el campo de la salud fue creciendo. En 1985 Cuba tenía lo que *The New York Times* llamó “quizás el mayor programa de asistencia civil en el mundo”. Cuba tenía entonces más médicos trabajando en el exterior que la OMS (128). El valor político de esta colaboración se relaciona con la forma de más peso en que se realiza la misma, que es la atención médica directa a la población en el país receptor. Pero junto a esta ayuda también Cuba ha trabajado en numerosos países, en algunos por largo tiempo: recibiendo paciente para atención médica, formando recursos humanos en Cuba y en el país anfitrión, ayudando frente a desastres naturales, donando equipos y suministros, con asesorías de alto nivel y diversas formas de cooperación múltilateral. Todo lo referido como aporte gratuito de Cuba, excluye por tanto la hoy frecuente ayuda compensada, o sea pagada parcial o totalmente por el país receptor. La cooperación internacional en el campo de la salud es uno de los hechos trascendentales de la reforma, y el de más impacto en las relaciones de la salud pública cubana con el exterior.

Un aspecto de la reforma, que hoy suscita discusión, es la concepción totalizadora del sistema de salud cubano que incluyó como partes integrantes del mismo la casi totalidad de las actividades relacionadas con la salud humana. La excepción fue el suministro de agua potable y el saneamiento básico. Lo más relevante de lo asumido fueron la producción y distribución de fármacos, equipos e insumos del sector y la formación de recursos humanos. Cuando esto ocurrió estuvimos de acuerdo con esta política, pero al evaluar retrospectivamente los hechos, reconocemos como correcto para aquel momento la concentración bajo mando único de tan importantes aspectos relacionados e interdependientes de los servicios de salud, en un momento de convulsión política y económica. Lo que permitió avanzar a soluciones prácticas satisfactorias para el momento y aún años posteriores. Pero esto ocurrió hace más de 35 años, hoy consideramos deben separarse de la órbita del Ministerio de Salud Pública. Esto corregirá el gigantismo que se aprecia en el sector; que tenía 339943 trabajadores en 1997, el 4.9% de la población en edad laboral; además dejar al Ministerio respecto a la industria y al comercio farmacéuticos, de los equipos y otros insumos, en libertad de ejercer con rigor la fiscalización de estas actividades, o sea el control de la calidad de los productos. Otro tanto respecto a la formación de personal, en especial a nivel universitario de pre- y postgrado, tarea esencial de las universidades, que no alcanza soluciones óptimas cuando éstas se subordinan a organismos de servicios, como es el de la salud. (129)

La intransigencia frente a la corrupción, que desde los primeros días del Gobierno Revolucionario se hizo principio de actuación, se ha mantenido y fortalecido a lo largo del tiempo. Éste es otro de los pilares del respaldo popular que goza la administración revolucionaria y factor de éxito en una gestión de servicio de salud que no ven afectados sus recursos por despilfarro, malversación o robo. (130)

La planificación, sobre la que insiste la ALPRO, al recomendar crear en los ministerios de salud unidades específicas para esta función, era ya una realidad en Cuba antes de Punta del Este (125; 131).

Tanto la ALPRO como la OPS insistía reiteradamente en la implantación y desarrollo de la planificación en salud (y la económica y social en general). Se crearon escuela, cursos y métodos de planificación (como el CENDES/OPS). Esto llama la atención por cuanto las economías llamadas centralmente planificadas eran las de países socialistas. Fue el socialismo el que reivindicó la planificación, sin embargo para luchar contra él, se escogió una de sus armas estratégicas. Hoy al calor de las corrientes neoliberales, se condena la planificación y se promueve el juego libre del mercado, del ciego mercado. Cuba ha seguido el camino de la planificación. Y tomando como elemento cardinal de su fundamentación lo que señaló, precisamente en Punta del Este el Comandante y Doctor Ernesto Guevara “... la condición previa para que haya una verdadera planificación económica es que el poder político este en mano de la clase trabajadora. Ése es el *sine qua nom* de la verdadera planificación”. (132)

El resultado de la implantación de presupuestos, expresión concreta del financiamiento estatal, en todas las unidades de servicio y administrativas del sistema, permitió un control económico eficiente para impedir la corrupción, orientar el gasto público en la dirección de las políticas principales de salud, descentralizar la ejecución del presupuesto global del MINSAP y frenar el crecimiento del gasto, en especial en el rubro personal.

A lo largo del proceso de reforma fue importante que se adoptara desde temprano la estrategia de programar, en los primeros años contra daños. En años posteriores los programas fueron dirigidos principalmente a grupos de población vulnerable, con un contenido integral en las acciones programadas (prevención-asistencia). (133)

Atención priorizada mereció el desarrollo de la estadística en el sector salud. En la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS (1963), su director había dado su impresión de que “todavía pasarán bastantes años antes de que se pueda contar con una información de calidad excelente” (134). En esos años los anuarios estadísticos de la NN.UU. (*Demography Yearbook*) presentaban los datos de Cuba en letras ‘bastardillas’ (cursivas), lo que las calificaba como incompletas, por subregistro. En 1974, se pidió por el Ministerio de Salud Pública a la OPS una evaluación de las estadísticas vitales de Cuba, en especial las de mortalidad infantil. El informe del consultor que hizo la evaluación concluyó que estas estadísticas eran completas y confiables, y recomendó la supresión del citado tipo de letras en los anuarios mencionados, lo que así se hizo. (74)

Apoyándose en este desarrollo de la estadística y para fines de control de programas y planificación, se instrumentó para uso del nivel local de los servicios (áreas de salud) un

sistema de información que en un solo documento mostraba las metas propuestas, lo realizado y su grado de cumplimiento, así como otros datos pertinentes. A esta “carpeta” se le conoció como “el libro rojo”, por el color de su cubierta. Fue una eficiente guía para el trabajo local.(135)

Un componente del proceso, que mejoró la eficiencia del sector, fue la creación de los Grupos, definidos como “un conjunto de profesionales que, con el más elevado nivel de conocimientos en sus campos respectivos, estudian los distintos problemas de salud del país de acuerdo con su desarrollo integral, determinan normas que rigen el cumplimiento de los distintos programas de salud en un plazo determinado, y evalúan periódicamente su ejecución”.

Estas ‘fuerzas de tarea’, creadas como parte de la reforma en 1968, han realizado una gran labor, caracterizada por su alta calidad, rigor técnico, amplitud en cuanto a cobertura de problemas y su gran importancia al hacer más participativa la acción de personas altamente calificadas y de las instituciones de donde proceden en las tareas de organización y dirección del sistema. La actuación de los grupos es integral: asistencial, docente, de investigación y administración. (136)

La formación acelerada de recursos humanos a que se ha hecho referencia fue estimulada por la salida del país de personas que no aceptaban las circunstancias de consumo, austeridad, movilización y disciplina, que derivaban de la revolución y del bloqueo externo. La importancia mayor para el sector salud la tuvo la emigración de médicos, que entre enero de 1959 y marzo de 1965 alcanzó la cifra de 1975 (poco más del 30 % de los médicos de 1958), con la consiguiente afectación de los servicios, la enseñanza y la investigación. Numerosos médicos (y otros profesionales) de América Latina, solidarios con la Revolución, reemplazaron parcialmente a los emigrantes, también se hicieron presentes contingentes de países socialistas mediante convenios. La solución final estuvo en los planes de formación que se desarrollaron, intensivos, pero sin menoscabo de la calidad, sin acortar la duración de los estudios y sin recurrir a la formación de paramédicos como sustitutos de los médicos. Esto que se ha hecho sobretodo para la atención primaria, no se hizo en Cuba, cuyo sistema de atención utiliza el médico (hoy con nivel de especialista), en la atención primaria más periférica. (137–138)

Los hallazgos presentados en el acápite resultados sobre descentralización expresan claramente la firme política descentralizadora de la administración del sistema de salud llevada a cabo por nuestra reforma. Una comprensión más cabal del proceso se tiene si se recuerda que la centralización previa a la reforma implicaba que cada nombramiento de personal de cualquier categoría, era potestad exclusiva del Ministro, para todo el territorio nacional (hasta enero de 1962), y que la compra de suministros, excepto las llamadas “frescos” para cubrir renglones de la alimentación de personas en hospitales, eran también realizadas a nivel central del Ministerio.

Un gran impulso inicial y posterior estabilidad a la descentralización produjo la creación de las direcciones regionales y provinciales ya referidas, al darse facultades adecuadas a los jefes de esos niveles. Entre 1968 y 1970 se amplió el proceso con la definición y desarrollo de las áreas de salud, con su unidad de servicios, el policlínico y la

sectorización de la población, asignando un médico y enfermera a cada sector, para el manejo más adecuado de los programas. Así se influyó también en la cobertura a la población, que mejoró sustancialmente.

La facultad de manejar sus presupuestos por cada unidad de servicio o administrativa fue otro logro de la reforma, en su proceso de descentralización.

Con posterioridad, al desarrollarse la institucionalización del país, y crearse las Asambleas Municipales del Poder Popular (1976), órgano de poder local, ampliado luego a los Consejos Populares, presididos por un delegado electo por votación directa y secreta, sin candidatura única, se extendió la descentralización a nivel de pequeño grupo poblacional. Un Consejo Popular reúne alrededor de 3000 electores (139).

Otro factor concurrente en lograr mejor salud ha sido la política de estimular y alcanzar la práctica masiva del deporte y la educación física de la población. La creación del Instituto Nacional de Deportes; Educación Física y Recreación en 1961, fue el paso inicial de esta política, que con el tiempo condujo a grandes éxitos en el deporte olímpico, fuertemente respaldado por el Estado (140).

Los hechos ya referidos que describen la participación social en el proceso de reforma se refieren a lo que calificamos de participación pasiva, o sea inducida por el sector salud. Así fue que durante el período estudiado. En etapas posteriores se consiguió una participación activa, que se manifiesta por las iniciativas propias de la comunidad y por su participación en el control y decisiones sobre acciones de salud, su más alta expresión se da en las Asambleas de Rendición de Cuenta de los Delegados del Poder Popular, donde entre otros asuntos se tratan los de salud y se discute y adoptan decisiones, que son mandatos de la Asamblea a cumplir por su Delegado. Los participantes en estas Asambleas son los electores de la circunscripción correspondiente.

Los hechos probatorios de la equidad alcanzada fueron la rápida extensión de cobertura geográfica, la gratuidad de los servicios, la rebaja de precio de los medicamentos, la elevación del nivel de vida de la población, la ampliación de los beneficios de la seguridad social y la eliminación de distintas formas de discriminación lo que dieron a todos los cubanos las mismas oportunidades para su acceso a los servicios de salud. La elevación del nivel de educación y de la participación social han completado la situación actual: el sistema cubano de salud es el más equitativo que conocemos. En un sentido más general CEPAL ha expresado: “El igualitarismo también se manifestó en un amplio espectro de políticas diseñadas para prohibir la discriminación abierta; compensar determinadas deficiencias económicas, geográficas y culturales en la capacidad de participación entre grupos urbanos y rurales, razas y sexos; dignificar el trabajo manual y movilizar a la conciencia popular en torno a la importancia de la igualdad social” (141).

La mayor eficiencia de los servicios se vio favorecida por el desarrollo de la planificación, el establecimiento de los presupuestos y la formación de administradores. Sin embargo el aumento rápido del número de trabajadores administrativos, no siempre bien entrenados, mantuvo un estilo burocrático de trabajo, que en cierta medida frenaba el estilo ágil de las decisiones. Esto caracterizó todo el período, acentuándose al final del mismo,

cuando se hizo un llamado a la lucha contra el burocratismo, de resultados limitados. Hasta fecha relativamente reciente no se comienza una rectificación a fondo en esta situación, y no es relevante aún en el sector salud.

El gran salto de calidad observado en los servicios se alcanzó por el impulso dado a la formación de personal, la creación de los institutos de investigación, la constitución del Consejo Científico, la realización del *Forum* de Higiene y Epidemiología, la implantación de normas de diagnóstico y tratamiento, la permanente supervisión de los servicios. Todo esto se ha descrito ya pero debe añadirse un factor, subjetivo, de enorme valor, para comprender como el país, en permanente escasez de recursos, alcanzó cambios de calidad como los presentados respecto a situación de salud (en especial morbilidad y mortalidad), y que es a lo largo de este período y aún 30 años después, la devoción, la mística, la entrega del personal técnico y profesional de los servicios de salud a su tarea. Cada uno en su puesto, en atención primaria o secundaria, ganando la confianza plena de la población en el servicio público, estatal, y haciéndose respetar y respaldar por las autoridades de salud y del gobierno.

La sostenibilidad del sistema se ha asegurado desde los años estudiados hasta hoy, y se prevé así el futuro. Esto lo consideramos consecuencia de las tres razones principales que sustentan el sistema:

- *La voluntad política*, expresada reiteradamente por la atención personal del Jefe de Estado y Gobierno a los problemas del sector; y por la decisión de financiar el sistema mediante el presupuesto estatal, nutrido de los impuestos y ganancias de las empresas, exonerando de este gasto a la población;
- *La elección de tecnologías adecuadas*, en un sentido amplio, que incluye las de organización y administración, como es la decisión sobre que programas específicos son pertinentes y sus prioridades; o la elección de la atención primaria de salud como base del sistema;
- *La participación social*, que acepta y apoya el sistema en su concepción y modo de aplicación, lo que a su vez se torna en apoyo popular al Gobierno que creó y mantiene el sistema.

Así todo esto nos enseña una lección: cuando se reúne voluntad política, tecnología adecuada y participación popular, en un escenario libre de corrupción y de presiones externas, se puede alcanzar resultados como lo demostrado por la reforma de la Revolución cubana. Y no sólo para hacer la reforma, son también las condiciones que conducen a la sostenibilidad de la reforma, que por demás se afianza en sus resultados concretos de mayor equidad y mejoras importantes en el estado de salud de la población, así como en la confianza de la población en su sistema.

*Por esto defendemos a ultranza el humanismo y la solidaridad consustanciales a la ética de nuestro sistema político, sostén del modelo de sistema de salud generado por la reforma revolucionaria.*



## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud Pública (1996) *Análisis del Sector Salud en Cuba* (Colaboración de OPS/OMS), pp. 5–21. La Habana: MINSAP.
2. Guerra de Macedo, C. (1993) Salud y desarrollo social. En: *Reforma social y pobreza*, pp. 81–84. Washington, D.C.: BID, PNUD.
3. Banco Mundial (1993) *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*, pp. 1–37. Washington, D.C.: Banco Mundial.
4. Granados, R. (1995) *Reforma de los Sistemas de Salud*, pp. : 13–14. Tegucigalpa: OPS/OMS.
5. Editorial (1994) Algunas reflexiones sobre las reformas de los sistemas sanitarios. *Koadernoak* 14: 1.
6. Navarro, V. (1994) Las reformas sanitarias de Clinton y su posible relevancia en España. *Koadernoak* 14: 162.
7. BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID (1995) Acceso equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud. En: *Reunión especial sobre reformas del Sector Salud*, pp. 2–18. Washington, D.C., junio.
8. Ob. cit (4): 38 y 115–121.
9. Op. cit. (4): 45.
10. Lalonde, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, pp. 5–75. Ottawa: Government of Canada, Minister of National Health and Welfare.
11. Belmartino, S. y Broch C. (1998) Desregulación/privatización: La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica en Argentina. *Cuadernos Médicos Sociales* 73 (mayo): 62.
12. Jaen, M.H. (1996) *La reforma de salud en Venezuela*, pp. 60–65. Caracas: Unidad Coordinadora del Proyecto de Salud. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, agosto.
13. Roca, B. (1990) *Los fundamentos del socialismo en Cuba*. La Habana: Ediciones Populares.
14. Roca, B. (1961) *¿Médico cubano, cuál es tu porvenir?*, pp. 7–63. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba.
15. PCC (1976) *Tesis y Resoluciones. Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba*. La Habana, Editorial Departamento de Orientación Revolucionaria del C.C. del PCC.
16. Rodríguez, C.R. (1979) *Cuba en el tránsito al socialismo 1959–1963*, pp. 7–165. La Habana, Editora Política.
17. Antología de Autores Cubanos. (1984) *Saúde e Revolução: Cuba*, pp. 27–343. Rio de Janeiro: Achiamé/Cebes.
18. Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI) (1995) Manual de Políticas, Normas y Procedimientos para Concurso de Investigación: "Reforma Sanitaria en Perspectiva Histórica en América Latina y el Caribe", p. 7. de OPS/OMS. Washington, D.C.: OPS/OMS, División de Salud y Desarrollo Humano, Coordinación de Investigaciones (HDP/HDR).
19. Rojas Ochoa, F. (1964) *Informe Anual del Director Regional. Dirección Regional de Salud Pública de Camagüey*, pp. 1–49. Camagüey. Dirección Regional.
20. Ministerio de Salud Pública (1969) *Diez Años de Revolución en Salud Pública*. La Habana, Instituto Cubano del Libro.

21. Rojas Ochoa, F. (1971) El policlínico y la asistencia a pacientes ambulatorios en Cuba. *Rev. Cub. Med.* 1971 (10): 2.
22. Rojas Ochoa, F. (1973) *El Policlínico. Serie Informes Técnicos* 3, pp. 7–82 + 6 encartes. La Habana: CNICM.
23. Ministerio de Salud Pública (1973) Cuba: Organización de los Servicios y Nivel de Salud, pp. 1–182. La Habana: CNICM.
24. Rojas Ochoa, F. (1973) *El proceso de socialización de los servicios de salud en Cuba*. La Habana: MINSAP.
25. Ministerio de Salud Pública (1975) *Cuba: La Salud en la Revolución*, pp. 3–175. La Habana: Editorial Orbe.
26. Rojas Ochoa, F. (1981) El desarrollo de la Salud Pública Socialista en Cuba (1959–1973) (2ª ed.). En: *Socialismo y Salud Pública: Problemas de la salud y el desarrollo físico del hombre*. 1era ed. Moscú: Editorial Ya. Chikin, *Meditzina*, 1977 (en ruso), pp. 84–98; segunda corregida en 1981, pp. 67–191. Traducido al alemán, 1979 (1era ed.) en *Medicin und Gesellschaft*. Jena: VEB Gustavo Fisher Verlag.
27. Ob. cit (7): 2.
28. Navarro, V. (1990) El estado de Bienestar y sus Efectos Distributivos. Parte del Problema o Parte de la Solución. *Dibulgação em Saúde para Debate* 1990 (Março/2): 16–29.
29. Maset Campos, P. (1990) Políticas Neoliberales en Salud. *Dibulgação em Saúde para Debate* 1990 (Março/2): 29–32.
30. Belmartino, S. (1990) Políticas Neoliberales en Salud. La discusión de una Alternativa. *Dibulgação em Saúde para Debate* 1990 (Março/2): 33–37.
31. Eibenschutz, C. (1991) Poder, Salud y Democracia. En: *II Taller Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 121–135. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela. Marzo 16–19.
32. Belmartino, S. (1991) Estado y políticas de Salud: opciones y perspectivas. En: *II Taller Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 189–204. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16–19.
33. Laurell, A.C. (1991) Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina (Ideología, discurso y realidades). En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 29–44. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16–19.
34. Loureiro, S. (1991) Crise, medidas de ajuste e o seu impacto na saúde. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 1991: 51–68. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16–19.
35. Sáenz O. Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 69–85. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16–19.
36. Cohn, A. (1991) Condições políticas, projetos políticos e construção de estratégias em saúde. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 89–102. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 16–19.
37. Torres-Goitía, J. (1991) Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de estrategias en salud. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 103–133. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 19–23.
38. Torres, C. (1991) Procesos de privatización en los servicios de salud en América Latina. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 239–251. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 19–23.

39. Díaz, J. (1991) Algunos problemas teórico-conceptuales del proceso de privatización de los servicios de salud en Venezuela. En: *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*, pp. 253–265. Caracas: Editorial ALAMES/Universidad Central de Venezuela, Marzo 19–23.
40. OPS/OMS (1992) *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*, pp. 1–262 + XXX. Washington, D.C.: OPS/OMS.
41. OPS/OMS (1991) *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate*, pp. 1–273 + VI. Washington, D.C.: OPS/OMS.
42. OPS/OMS (1993) *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: Un debate, múltiples perspectivas*, pp. 1–268 + VIII. Washington, D.C.: OPS/OMS.
43. Díaz Muñoz, A.R.; Leucovich, M.; Quintana, L.L.; y Ramos, S. (1994) *Sistemas de Salud en proceso de reforma*, pp. 1–178 + IX. Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina.
44. OPS/OMS (1992) Reforma de los sistemas sanitarios en Europa, pp. 11–254. Editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
45. Huertas, R. y Maestro, A. (1991) Orígenes y contradicciones del concepto de medicina social. En: *La ofensiva neoliberal y la sanidad pública*, pp. 39–64. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.
46. Frenk, J.; Frejka, T.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Lozano, R.; Sepulveda, J. et al. (1991) La transición epidemiológica en América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 111 (6): 485–496.
47. Rodríguez, C.R. (1979) *Cuba en tránsito al Socialismo, 1959–1963*, p. 11. La Habana: Editorial Política.
48. Rojas Ochoa, F. (1988) *Acerca de la historia de la protección de la salud de la población*, pp. 93–94. Mimeógrafo. La Habana: ISCM-H.
49. OPS (1984) Técnica de entrevista en profundidad. En: Lecturas de comunicación social en salud: introducción a métodos cualitativos de investigación. Reproducción de documentos. Serie No. 11. Traducido por el U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, National Institutes of Health, Individual In Depth Interviews. En: *Pretesting in Health Communications. Methods, Examples, and Resources for Improving health Messages and Materials*, pp. 15–16. Bethesda, MD: US DHHS, NIH Pub. No. 84–1493.
50. OPS (1980) Técnica de grupo nominal. En: Lecturas de comunicación social en salud: Introducción a métodos cualitativos de investigación. Reproducción de documentos. Serie No.11. Traducido por L.W. Green, M.W. Kreuter, S.G. Deeds y K.B. Partridge, Social Diagnosis: Assessing Quality of Life Concerns. En: *Health Education Planning: A Diagnosis Approach*, pp. 18–32. Palo Alto, California: Mayfield Publishing Company.
51. Hobsbawn, E. (1998) *Sobre la Historia*, pp. 205–219. Barcelona: Editorial Crítica Grigalbo Mondadori.
52. Sigerist, H.E. (1974) *Historia y sociología de la medicina*, pp. 40–41. Bogotá: Editorial Gustavo Molina.
53. Pérez de la Riva, J. (1976) *Para la historia de las gentes sin historia*, pp. 5–8. Barcelona: Ariel.
54. Hobsbawn, E. (1996) *Historia del Siglo XX (1914–1991)*, p. 230. Barcelona: Editorial Crítica Grigalbo Mondadori.
55. Rodríguez, J.L. y Carriazo Moreno, G. (1987) *Erradicación de la pobreza en Cuba*, pp. 33–34. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
56. Serenko, A.F. y Ermakov, V.V. (1986) *Higiene social y organización de la salud pública*, pp. 31–50. Moscú: Editorial Mir.
57. Portuondo, F. (1965) *Historia de Cuba hasta 1898* (6ª ed.), pp. 112, 171, 184. La Habana: Editorial Universitaria.

58. Dirección Política de las F.A.R. (1976) *Historia de Cuba*, p. 551. La Habana: Editorial F.A.R.
59. Op. cit. (58): 559, 570.
60. Hoza, T. de la. (1948) Los cuatro años del régimen de Grau San Martín. *Bohemia* 40 (41/10 de octubre): 10–13, 201–203.
61. CEPAL (1980) *Cuba: Estilo de desarrollo y políticas sociales*, p. 16. México, DF: Siglo XXI.
62. Ministerio de Salud Pública (1959) *Resolución No. 24 de 30 de enero de 1959*. La Habana: Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP.
63. Cuba (1959) *Ley 203 de 31 de marzo de 1959*. La Habana: Gaceta Oficial Ordinaria de 6 de abril.
64. Baly Baly, M. (1961) Intervención en la XIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. En: *Actas, Resoluciones y Documentos*, pp. 237–239. Washington, D.C., 3 al 13 de octubre.
65. López Serrano, E. (1985) Efemérides médicas cubanas. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* 69 (29): 195. La Habana.
66. Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria (1959) *Programa Integrado de Salud: Plan Piloto de Pinar del Río*, pp. 4–7. La Habana: MSAH.
67. Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria (1959) *Análisis y Proyecciones del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria*, pp. 3–19, 34–37.
68. Ministerio de Salud Pública (1963) *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública del Año 1962*, pp. iv–v-1. Reproducción hectográfica. La Habana: MINSAP.
69. Ministerio de Salud Pública (1963) *Tareas y Plan del Ministerio de Salud Pública*, pp. 5–7. La Habana: MINSAP.
70. Op. cit. (68): 8.
71. Ministerio de Salud Pública (1971) *Normas de Organización y Administración*, pp. 1–408, XVI. La Habana: Instituto Cubano del Libro. (Recoge lo aprobado en la Reunión Nacional de Administración de junio de 1968 en Santa Clara.)
72. Ministerio de Salud Pública (1968) *Metas y directrices 68/70 MINSAP*, pp. 37–72. La Habana: MINSAP.
73. López Serrano, E. (1976) Desarrollo histórico de las estadísticas sanitarias en Cuba. *Rev Cub Adm Salud*, enero–mayo de 1976(2): 103–112.
74. Puffer, R. (1947) Informe acerca de la calidad y cobertura de las estadísticas vitales y sobre estudios de mortalidad infantil en Cuba. (informe de consultor) OPS/OMS. Washington. 1–8 de marzo, 1974: ii + 13.
75. Cuba (1961) Ley 959 de 1<sup>o</sup> de agosto de 1961. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 3 de agosto.
76. Delgado García, G. Conferencias de historia de la administración de salud pública en Cuba. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*. No. 81. La Habana, 1996: 133.
77. Cuba. Ley 717 de 22 de enero de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria* de 26 de enero 1960.
78. Navarro, V. (1972) Health, Health Services and Health Planning in Cuba. *International Journal of Health Services* 2 (3): 407–413, 419–430.
79. Ministerio de Salud Pública (1961) *Resolución No. 11 de 5 de enero de 1961*. La Habana: Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP.
80. Op. cit. (76): 132.
81. Cuba (1960) Ley 771 de 21 de abril de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 25 de abril.

82. Cuba (1959) Ley 168 de 2 de marzo de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 24 de marzo.
83. Ministerio de Salud Pública. Resolución 27 de 13 de enero de 1961(en Archivos de la Dirección Jurídica del MINSAP).
84. Op. cit. (55): 61–63.
85. Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. 24 años de Revolución en la seguridad social cubana. CETSS: La Habana, 1983: 23–25.
86. Op. cit. (25): 38–40.
87. Machado Ventura, JR. Intervención en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana. Actas de las Sesiones Plenarias y de las Comisiones. OPS/OMS. Washington, D.C. 1963: 128.
88. Maset Campos, P y Saenz Gómez, M. (1998) La evolución histórica de la salud Pública. En: F. Martínez Navarro et al., *Salud Pública*, p. 19. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
89. López Sánchez, J. (1960) La Revolución en el campo de la salud pública. *Fundamentos XX* (165/junio): 52–73.
90. Cuba (1960) Ley 723 de 22 de enero de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 1 de febrero.
91. Ministerio de Salud Pública (1975) *Anuario Estadístico 1974*, pp. 140–142. La Habana: Editorial Orbe.
92. Ministerio de Salud Pública (1960) Decreto Ministerial No. 4 de 13 de mayo de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 30 de mayo.
93. Ministerio de Comercio (1959) Decreto Ministerial 709 de 20 de marzo de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 23 de marzo.
94. Op. cit. (65): 17.
95. Martínez Junco, H. (1964) *Intervención en la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS*, pp. 78–79. Documento Oficial No. 55. Washington, D.C.: OPS/OMS.
96. Martínez Junco, H. (1966) *Intervención en Sexta Sesión Plenaria de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana*, pp. 18–19. Acta taquigráfica provisional. Washington, D.C.: OPS/OMS. 28 de septiembre.
97. Pereda, R. (1968) *Intervención en la XVIII Reunión del Consejo Directivo*, pp. 14–15. Acta resumida provisional de la segunda sesión plenaria. Buenos Aires: OPS/OMS, octubre.
98. Op. cit. (87): 131.
99. Op. cit. (61): 83.
100. Op. cit.(55): 98–99.
101. Op. cit. (55): 62–64.
102. Op. cit.( 55): 71.
103. Cuba (1959) Ley 122 de 3 de marzo de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 4 de marzo.
104. Cuba (1959) Ley 135 de 10 de marzo de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 11 de marzo.
105. Cuba (1959) Ley 502 de 19 de agosto de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 25 de agosto.
106. Op. cit.(58): 129.
107. Cuba (1963) Ley 1097 de 25 de marzo de 1963. *Gaceta Oficial Ordinaria* 29 de marzo. (Modifica la Ley 1015 de 12 de marzo de 1962, aparecida en esta misma fecha en *Gaceta Oficial Ordinaria*.)
108. Cuba (1959) Ley 351 de 29 de mayo de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 4 de julio.

109. Cuba (1959) Ley 677 de 23 de diciembre de 1959. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 24 de diciembre.
110. Cuba (1963) Ley 1100 de 27 de marzo de 1963. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 4 de abril.
111. Mehrotra S. (1988) Human Development with a Human Face. Santosh Mehrotra y Richard Jolly (eds.) p. 387. Oxford: Clarendon Press.
112. Cuba (1960) Ley 757 de 13 de marzo de 1960. *Gaceta Oficial Ordinaria*, 14 de marzo.
113. Ministerio de Salud Pública (1966) *Normas de Ginecología y Obstetricia*, pp. 1–186. La Habana: MINSAP.
114. Ministerio de Salud Pública (1998) *Anuario Estadístico 1997*, p. 67. La Habana: MINSAP.
115. Op. cit. (91): V-34; V-44, V-45.
116. Op. cit. (91): XI-3.
117. Op. cit. (65): 29, 195, 197–198.
118. Cuba (1961) Ley 951 de 1 de agosto de 1961. *Gaceta Oficial*.
119. Suárez, J. (1996) Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba. *Rev Cubana Salud Pub* 22 (2/julio–diciembre): 85–101.
120. Editora Política (1987) *Cronología 25 años de Revolución*, pp. 18, 30, 49. La Habana: Editorial Política.
121. Op. cit. (54): 436, 440.
122. Kriegel, F. (1963) *Informe final de nuestra asesoría durante el período comprendido de diciembre de 1960–1963*, pp. 1–27. Mimeógrafo. La Habana: MINSAP.
123. Guerra de Macedo, C. (1997) *Nota para una História Recente da Saúde Pública na América Latina*, p. 39. Brasília: Representação do Brasil OPAS/OMS.
124. Guevara, E. (1961) Exposición del Dr. Ernesto Guevara, Presidente de la delegación de Cuba, en la Quinta Sesión Plenaria celebrada el 8 de agosto de 1961. *Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a Nivel Ministerial*, p. 10. Montevideo, Uruguay: Documentación Oficial OEA/Ser.H/X.1.
125. Oficina Sanitaria Panamericana (1961) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: Información General, Reunión de Punta del Este, Uruguay. *Bol. Of. San. Pan.* LI (5/noviembre): 475–476, 490–491.
126. Op. cit. (124): 2, 24.
127. Hersh, S.M. (1998) *La cara oculta de J.F. Kennedy*, p. 472. Barcelona: Planeta.
128. Feinsilver, J.M. (1993) *Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad*, p. 157. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.
129. Ministerio de Salud Pública (1998) *Anuario Estadístico 1997*, p. 98. La Habana: Dirección Nacional de Estadística.
130. Editora Política (1989) *Vindicación de Cuba*, pp. 1–449. La Habana: Editorial Política.
131. Op. cit. (87): 130.
132. Op. cit. (120): 18.
133. Capote, R. (1979) *La evolución de los servicios de salud y la estructura socioeconómica en Cuba*, pp. 33–34. La Habana: Instituto de Desarrollo de la Salud.
134. Horwitz, A. (1964) *Intervención en la XIV Reunión del Consejo Directivo de la OPS*, p. 82. *Documentos Oficiales de la OPS* 55. Washington, D.C.: OPS/OMS, de una reunión con fecha de 16–25 de septiembre de 1963.

135. Ministerio de Salud Pública (1974) *Programas básicos del área salud y su evaluación*. La Habana: Dirección Nacional de Planificación.
136. Escalona, M. (1972) Integración de la administración, docencia, asistencia e investigación en la atención de la salud en Cuba. *Educación Médica y Salud* 6 (2./abril-junio): 130–134.
137. Op. cit. (58): 29.
138. Araujo, L. y Rodríguez Gavaldá, R. (1968) *Emigración médica*, p. 21. La Habana: CNICM.
139. Op. cit. (1) 116–118.
140. Cuba (1961) Ley 936 de 23 de febrero de 1961. *Gaceta Oficial Extraordinaria*, 24 de febrero.
141. Op. cit. (58): 23.

---

Coordinación de Investigaciones  
*División de Salud y Desarrollo Humano*  
Investigaciones en Salud Pública

DOCUMENTOS TÉCNICOS

PROYECTOS MULTICÉNTRICOS

Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España (Proyecto ACTIVA)

1. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
2. Cuestionario y manuales del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
3. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
4. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
5. Base de datos y documentación del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA

Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE)

6. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE
7. MINIMENTAL STATE EXAMINATIONS (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis estadístico
8. Cuestionario del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE

Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean: A Framework for Action

21. Protocol of the Multicenter Study  
Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean: A Framework for Action

---

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:  
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

22. Protocolo del Estudio Multicéntrico

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:  
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

## EQUIDAD Y SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (PROYECTO ELAC)

9. Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe:  
Review of Recent Literature and Bibliography

19. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida:

Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe

31. Equidad y Salud en Centroamérica: Protocolo de un estudio comparativo  
entre países del Istmo utilizando fuentes secundarias

32. Bibliografía anotada sobre equidad y salud en Centroamérica

## CONCURSOS REGIONALES

### Gestión de los Recursos Humanos

10. Implantación de Programas de Calidad Total en servicios de atención primaria  
a la salud: Avances y dificultades

11. Recursos Humanos e Trabalho Coletivo em Saúde: A equipe multiprofissional

12. Remuneração e produtividade na fundação hospitalar de Minas Gerais:  
A percepção dos trabalhadores e gerentes

### Reformas del Sector Salud

13. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un  
sistema de información geográfica (GIS)

14. La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos

15. El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de  
Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996

16. La transferencia de la prestación de Servicios de Salud a los Pobres  
del sector público al sector privado: Una evaluación preliminar del  
nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios

17. A reforma sanitária brasileira: Em busca da equidade

### Inversión en Salud y Crecimiento Económico

18. Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe:  
Un estudio de determinantes y comportamiento regional y local

### Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe

30. Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60

---

## TEMAS PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA

20. El hospital público y la representación social del VIH/SIDA
25. Sexual Intimacy among Young Teenagers in Pelotas, Brazil: Achieving Maturity in a Complex World
27. Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención: Lima, 1988–1997

## SUBVENCIONES PARA TESIS DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

23. Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil
24. Análise ecológica da distribuição e contexto socioespacial dos homicídios: Porto Alegre, Brasil, 1996
26. Exposición a plomo ambiental en población infantil de la ciudad de Antofagasta aledaña a acopios de concentrado de este mineral
28. Breastfeeding and Milk Insufficiency in Esmeraldas City, Ecuador: A Biocultural Perspective
29. Indicadores de salud ambiental y desarrollo de acciones preventivas contra la *ascariasis* en comunidades rurales de Caparaó y Alto Caparaó, Minas Gerais, Brasil

---

Para obtener información u ordenar copias de los documentos,  
favor comunicarse a la la siguiente dirección:

Coordinación de Investigaciones / Programa de Subvenciones  
División de Salud y Desarrollo Humano  
Organización Panamericana de la Salud  
525 23<sup>rd</sup> Street, N.W.  
Washington, DC 20037-2895, EUA  
Teléfono: (202) 974-3117  
Facsimile: (202) 974-3680  
Correo electrónico: [RGP@paho.org](mailto:RGP@paho.org)