
**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
CUBA**

(1^{ra} edición, 8 de junio de 1999)
(2^{da} edición, 18 de septiembre del 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD



RESUMEN EJECUTIVO

La Constitución política define a Cuba como un Estado independiente, soberano, democrático y socialista. Política y administrativamente el país se divide en 14 provincias y 169 municipios. La población cubana estimada para 2000 es de 11.187,673 habitantes. El 75,2% es considerada población urbana. En 1994 se detuvo la caída generalizada de los indicadores económicos que inició en 1990, observándose desde entonces un incremento sostenido del PBI hasta el año 2000. En términos de cooperación multilateral Cuba ha concertado acuerdos con Organismos de Naciones Unidas especializados en salud: OPS/OMS, UNICEF, FAO, FNUAP Y PNUD entre otros. La colaboración cubana con otros países en el sector salud se ha orientado hacia el desarrollo de recursos humanos y la atención médica en América Latina y África. La Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas cuenta con una matrícula de 3313 estudiantes. La esperanza de vida al nacer alcanza el valor de 76.0 años, para ambos sexos. En los dos últimos decenios el crecimiento poblacional ha sido bajo. La migración externa ha tenido poca significación en el crecimiento poblacional. El envejecimiento poblacional, junto al descenso de la fecundidad, constituyen los principales problemas demográficos actuales y perspectivas de la población de Cuba con importante repercusión sobre la salud y la economía.

El SNS es único, integral, regionalizado y descentralizado. Se estructura en tres niveles administrativos, en correspondencia con la división política del país, y tres niveles de atención. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es financiado casi totalmente fondos públicos. El gasto en salud per cápita en el 2000 fue de 159.9 pesos MN. A partir de los presupuestos municipales se financia el 92.7% de los gastos para la salud pública. Se dispone de 58,2 médicos y 74,3 enfermeras profesionales por cada 10 000 habitantes y, de 6.5 camas hospitalarias por 1000 habitantes. El país cuenta con un listado nacional de medicamentos, que abarca 804 productos de uso obligatorio para todos los prescriptores del SNS, teniendo acceso al mismo el 100% de la población tanto desde el punto de vista geográfico como económico. La Ley de Salud Pública define las acciones que se desarrollan por el Estado para garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, de los servicios que tiene que realizar el Estado por medio del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como organismo rector, de las atribuciones de las direcciones de salud de los órganos locales de la administración pública, así como las funciones básicas y esenciales de la salud pública. En el país existe una sola modalidad de aseguramiento sanitario que se brinda a través del MINSAP, con una cobertura del 100% de la población, donde todos los ciudadanos tienen derecho a todas las prestaciones sanitarias incluyendo las de mayor complejidad y elevada tecnología. El MINSAP desarrolla una estrategia integral de Promoción y Educación para la salud, la cual es respaldada por la Ley de la Salud Pública, que establece la obligatoriedad de todo el personal del SNS de realizar acciones de promoción y educación. El

nivel de atención primaria de salud, integrado por la red de Policlínicos, Consultorios de Médicos de Familia, Clínicas Estomatológicas, Hogares Maternos y otros, alcanzan una cobertura del 100% de la población, siendo la cobertura de Médicos de Familia del 98.8%, (el 1.2% restante es atendido en los sectores de los Policlínicos Comunitarios). La producción de los Hospitales del país durante el año 2000, fue de 17 491 313 atenciones, de ellas, 8 901 448 (50.8%) en consulta externa y 5 589 865 (49.1%) en cuerpo de guardia. De los 37 hospitales evaluados 35 fueron acreditados. El 100% de las instituciones tiene establecidos programas de mejoras de la calidad y trato al usuario.

Las Reformas realizadas en el Sector Salud (RS), han transitado por varias etapas: la década de los 60 se caracterizó por la creación del SNS, el Servicio Médico Rural y los Policlínicos; en los años 70, se creó el modelo de Medicina en la Comunidad y los Policlínicos Comunitarios, y se descentralizó la Docencia Médica y el Sector Salud; y en la década de los 80 se crea el modelo de Medicina Familiar. El impacto de la crisis económica en la situación de salud y los servicios de salud, los cambios en el contexto nacional y las transformaciones que lleva adelante el país a partir de 1989, el proceso de perfeccionamiento del Estado y las contradicciones propias del desarrollo del SNS, son razones que justifican un nuevo momento de RS en Cuba. En la actualidad se pretende incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios, garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros y, continuar trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de población. La estrategia privilegia las acciones de promoción de salud y prevención de las enfermedades en el marco del perfeccionamiento de la Atención Primaria y la Medicina Familiar, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social, así como la revitalización y perfeccionamiento de la Atención Hospitalaria.

La RS no ha introducido cambios en las estructuras de las autoridades de salud, ni se han creado nuevas instituciones de regulación que afecten al sector, ni se han realizado cambios en las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios. Se define, sin embargo, una transformación profunda de la gestión a través de cambios en los métodos y estilos de trabajo, fortalecimiento de los niveles de base, mayor intercambio y presencia del aspecto normativo del MINSAP y de ejecución y control de las provincias, así como la creación de grupos de expertos para analizar problemas prioritarios del sector y proponer soluciones. Con la potencialización del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y la creación de los Consejos de Salud, en el marco de la actual RSS, se ha incrementado el grado de participación social, en la identificación y solución de los problemas de salud de forma general.

1. CONTEXTO:

1.1 Contexto político: La Constitución Política define a Cuba como un Estado independiente, soberano, democrático y socialista. Política y administrativamente el país se divide en 14 provincias y 169 municipios; uno de ellos, la Isla de la Juventud, es considerado municipio especial. Las Asambleas del Poder Popular son los órganos superiores del Estado en las instancias locales y sus miembros son elegidos por votación popular. La Asamblea Nacional del Poder Popular, es el órgano supremo del poder del Estado siendo el único órgano con potestad constituyente y legislativa. La Asamblea forma comisiones permanentes dedicadas a controlar y fiscalizar las actividades de los organismos correspondientes, entre éstas se encuentra la Comisión de Salud, Deportes y Medio Ambiente. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es financiado totalmente con recursos del Estado. La elaboración del presupuesto garantiza el cumplimiento de los objetivos de desarrollo previstos en el sector salud. La política presupuestaria se conforma partiendo de un análisis conjunto de intereses y posibilidades del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Ministerio de Finanzas y Precios como organismos rectores de ambas actividades; el proceso se lleva a cabo según la metodología establecida para la elaboración del “Anteproyecto de Presupuesto para la Actividad Presupuestada”, lo que permite la conformación del presupuesto desde las instituciones de Salud y que los recursos fluyan hasta los correspondientes Consejos de la Administración Locales, para ser discutido y aprobado por las Asambleas del Poder Popular, garantizando el intercambio entre las estructuras de base y las centrales. La política social es establecida por el estado cubano, acorde con el carácter socialista de nuestra sociedad, esto garantiza su prioridad integralidad y continuidad en el tiempo. Junto con la acción estatal, hay una amplia participación de las organizaciones no gubernamentales y de la población en el logro de los objetivos sociales, entre los que se encuentran: acceso a la alimentación; el derecho ciudadano a la salud y la educación; el ingreso adecuado para quienes se jubilan o requieren de un apoyo económico de la sociedad; fuentes de empleo, protección y descanso del trabajador; una vivienda confortable y una sociedad progresivamente más justa y solidaria. Las vías establecidas para el logro de los mismos son: distribución de aproximadamente el 55% del aporte calórico por vías sociales como el sistema de racionamiento a bajos precios, red de alimentación popular para personas de bajos ingresos, alimentación gratuita o a muy bajos precios a través de los centros de salud, educación y otros; acceso universal y gratuito a los servicios de salud y educación incluyendo la enseñanza universitaria y los tratamientos médicos más complejos y costosos, asegurando los recursos financieros y humanos para asegurar servicios de calidad; cobertura universal de la seguridad y la asistencia social; impulso al desarrollo socioeconómico como fuente principal de creación de empleos, programas de empleo en regiones deficitarias y para personas discapacitadas; reducción de los alquileres; adquisición de la vivienda

mediante un pago equivalente al alquiler; programas estatales de construcción de viviendas y programas con esfuerzo propio; reparación de viviendas con apoyo estatal. El principal problema que afecta y afectará en el futuro inmediato el desempeño de los servicios de salud en Cuba, es la crisis económica generada en el país a partir del año 1989 como consecuencia de la desaparición de la URSS y el campo socialista, así como el recrudecimiento del bloqueo de los Estados Unidos contra el país.

1.2 Contexto Económico:

Indicadores económicos y del Sector Social, 1991-1999

Indicador	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita a precios constantes en M.N.	1 171.6	1 173.8	1 198.8	1 290.0	1 327.0	1 409.2	1 406.6
Población económicamente activa, en miles	6 644.7	6 645.6	6 642.0	6 650.6	6 647.5	6 621.5	6 623.0
Gasto Público Total como porcentaje del PBI.	96.5	73.9	63.5	56.2	55.2	ND	ND
Gasto Público Social como porcentaje del PBI.	42.1	37.5	31.0	32.1	29.7	ND	ND
Gasto Total en Salud como porcentaje del PBI a precios corrientes	7.8	5.5	5.1	5.2	5.5	5.6	6.1

Fuentes: MINSAP. Información para la Tercera Evaluación de la Aplicación de la Estrategia Salud para Todos en el Año 2000. MINSAP. Cuba (Condiciones de Salud en las Américas, 2000) Informe preliminar. Anuario Demográfico de Cuba, 1999

A partir de 1990 se observó una caída generalizada de todos los indicadores económicos, siendo el rasgo más característico el descenso del 34,8% en el PBI hasta 1993. En 1994 se detuvo esta caída, observándose desde entonces un incremento sostenido hasta el año 2000.

En términos de cooperación multilateral Cuba ha concertado acuerdos con Organismos de Naciones Unidas especializados en Salud: OPS/OMS, UNICEF, FAO, FNUAP, PNUD y otros.

Organismo	USD (miles)	
	1999	2000
OPS/OMS	850.0	854.4
UNICEF	526.0	535.1
UNFPA	280.0	350.0
ONUSIDA	200.0	100.0
PMA	153.0	ND

PNUD/ONUDI	50.0	ND
------------	------	----

Fuente: MINSAP. Dirección Nacional de Relaciones Internacionales. Mayo 2001.

Además del financiamiento con sus fondos regulares, la OPS/OMS ha movilizado los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud hacia otros Sistemas de Salud de las Américas. La ayuda financiera de diferentes fuentes externas se ha comportado del modo siguiente:

Tipo	USD (miles)	
	1999	2000
Donaciones en especies	21625.9	20218
Proyectos	4400.0	6664.3
Total	26025.9	26883.1

Fuente: MINSAP Dirección de Relaciones Internacionales. Mayo 2001

La colaboración cubana se ha orientado hacia el desarrollo de los recursos humanos y la atención médica en América Latina y Africa. El número de colaboradores cubanos asciende a 3 828 en 57 países. Se fundó la Escuela Latinamericana de Ciencias Médicas, que cuenta con una matrícula de 3 313 estudiantes procedentes de 23 países y la Escuela Caribeña en Santiago de Cuba con similares objetivos y una matrícula de 234 estudiantes.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico: La esperanza de vida al nacer alcanza el valor de 76.0 años, para ambos sexos, 74.4 para el sexo masculino y 78.3 para el femenino. La tasa de crecimiento anual de la población para el año 1999 fue de 0.43 para una razón de dependencia de 45.2; en los dos últimos decenios el crecimiento poblacional ha sido bajo asociado a cambios notables en la estructura por edad de la población que ha conllevado a un paulatino proceso de envejecimiento poblacional. Los especialistas pronostican igual tendencia hasta el año 2025 a partir del que se esperan decrementos en el monto de los efectivos poblacionales. La migración externa ha tenido poca significación en el crecimiento poblacional. El envejecimiento poblacional, junto al descenso de la fecundidad, constituyen los principales problemas demográficos actuales y perspectivas de la población de Cuba con importante repercusión sobre la salud y la economía.

Indicador	Año							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	13,9	13,4	13,4	12,7	13,8	13,6	13,5	12,8
Tasa global de fecundidad	1.48	1.46	1.49	1.44	1.59	1,60	1.64	1,64
Tasa bruta de mortalidad	7,2	7,2	7,1	7,2	7,0	7,0	7,1	6,8
Tasa de mortalidad materna x 100 000 nacidos vivos	49,3	65,2	57,1	44,9	50,4	47,7	52,4	55,7

Fuente: MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP; Anuario Demográfico de Cuba, 1999

No existe subregistro de mortalidad en el país. La mortalidad por seis grandes grupos de causas, muestra los niveles más altos en las enfermedades del aparato circulatorio, cuya tasa ajustada disminuyó de 251.0 a 247.6 por 100000 habitantes en el último decenio; descienden también las tasas ajustadas por causas externas y afecciones perinatales en 13.1% y 52.4% respectivamente para igual período. Según edad, las tasas mínimas de mortalidad corresponden al grupo de 5 a 14 años y las máximas para el grupo de 65 y más. La mortalidad según condiciones de vida se caracteriza por diferencias mínimas entre los estratos poblacionales urbanos con relación a los rurales para la mayoría de las principales causas de muerte.

La morbilidad por Tuberculosis refleja una reducción anual del 5%. La tasa registrada en 1997 fue de 12,3 y en 1999 de 10.0 por cada 100 000 habitantes. En el año 1993 Cuba alcanzó su propósito de reducir la prevalencia de Lepra a menos de 1 por 10000 habitantes al alcanzar una tasa de prevalencia de 0.79 por 10000 habitantes. Durante este período se ha mantenido estable la detección de casos con tasas que oscilan 2.2 y 2.4 por 100000.

Hace más de 40 años las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte en el país en todas las edades con ligera disminución hacia finales de la década de los 90, entre ellas, la Cardiopatía Isquémica es la primera causa siendo responsable de una de cada cuatro defunciones en la actualidad. El 85% de los fallecidos corresponden a los mayores de 65 años. Según estudios realizados en el país la prevalencia de Infarto Agudo del Miocardio es de 7 por 1000 habitantes mayores de 15 años y su incidencia en el año 2000 fue de 1.8 por 1000 habitantes mayores de 15 años con una letalidad del 65%. Las Enfermedades Cerebrovasculares afectan al 5% de la población y representa entre el 9 y 10% del total de fallecidos, ocurriendo más del 90% de los muertos en las personas de 50 años y más, entre los que sobreviven el 50% queda con secuelas, es la enfermedad con mayor tasa de letalidad hospitalaria y la primera causa de ingreso hospitalario por enfermedad neurológica en fase aguda. Los accidentes representan la 5ta causa de muerte en el país y la primera causa en el grupo de 1 a 49 años. En el año 1999 la tasa de mortalidad fue de 46.9 por 100000 habitantes, descendiendo en el año 2000 a 44.5. Las principales causas están asociadas a caídas accidentales y accidentes de vehículos de motor.

La mortalidad infantil mantiene una tendencia a la disminución. La tasa se reduce en un 32.7% en la última década, de 10.7 en 1990 a 7.2 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. Las diferencias entre territorios son muy pequeñas y los más bajos niveles de la tasa de mortalidad infantil se concentran en las provincias de Villa Clara y Cienfuegos, y el municipio especial Isla de la Juventud. Al componente neonatal le correspondió algo más del 60% de las defunciones ocurridas en el menor de un año. Las principales causas de muerte en menores de un año durante el año 2000 fueron Ciertas afecciones perinatales con una tasa de 3.2 por 1000 nacidos vivos, Anomalías congénitas 1.9, Sepsis 0.3, Influenza y

Neumonía 0.3 y Accidentes 0.2. La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años en el año 2000, fue de 0.1 por 1000 nacidos vivos y por Infecciones Respiratorias Agudas de 0.5¹.

Mortalidad por seis grandes grupos de causas según edad, 2000

Causas	Grupos de edades					Total	
	0-4	5-14	15-39	40-64	65 +	Bruta	Ajustada
Enfermedades Transmisibles	26.5	1.5	4.2	26.1	460.7	53.9	44.6
Tumores	7.5	5.2	15.6	189.9	992.7	150.3	123.6
Enfermedades del aparato circulatorio	3.2	1.6	12.0	211.6	2429.2	288.7	235.0
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6.7	ND	ND	ND	ND	4.2	4.5
Causas externas	15.1	12.7	49.4	66.4	294.7	68.9	60.7
Otras causas	60.9	6.9	24.1	110.8	809.2	120.2	100.9
Total	174.9	27.3	105.4	604.8	4986.5	686.1	569.4

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP, 2001

Cuba desarrolló la clásica estrategia de captación, mantenimiento y seguimiento contra el Sarampión, esta estrategia se aplicó a partir de 1986 y condujo a la eliminación de la enfermedad en 1993. No se ha registrado incidencia de casos de Cólera clínico o subclínico en Cuba desde comienzos del siglo pasado. El país cuenta con un programa y una red de vigilancia nacional de cólera establecida hace más de 8 años que garantiza el estudio sistemático e informe semanal de muestras de agua potable, costera, recreacionales y de residuos líquidos, muestras hidrobiológicas de peces y otras especies marinas por medio del Cary Blair, en busca de vibrios coléricos en muestras sistemáticas en muestras de heces de enfermos de diarreas agudas. La Malaria se erradicó desde el año 1967, después de una intensa campaña de lucha antivectorial y control de foco de los casos diagnosticados, a partir de ese año se han reportado casos importados y brotes aislados de transmisión local, estos casos en su mayoría procedentes de África y Nicaragua en Las Américas. En el último quinquenio el número de casos importados ha sido de 149. Desde el inicio del programa nacional en 1986 hasta concluir el año 2000 se han detectado en el país 3231 seropositivos al VIH/SIDA, de ellos, 1194 han desarrollado el SIDA y 840 fallecieron; entre el año 1995 y el 2000, se han reportado 839 casos; la tasa de incidencia anual ha fluctuado entre 8.9 por millón de habitantes en 1996, 15.6 en 1999 y 15.3 en el 2000. En la segunda quincena del mes de septiembre del año 2000 se detectó la circulación de los virus Dengue 3 y 4 identificados por el Instituto de Medicina Tropical

“IPK”, en zonas limitadas de tres municipios de la Ciudad de La Habana; en total se reportaron 138 casos todos por fiebre del dengue, no existiendo casos de fiebre hemorrágica; el brote fue controlado en menos de 90 días. El sistema de vigilancia entomológica y epidemiológica establecido en el país permite detectar oportunamente la presencia del vector y de casos procedentes de otros países, permitiendo tomar las acciones pertinentes.

El abuso de drogas no constituye un problema de salud nacional. Existe un Programa de Prevención encaminado a preservar este objetivo.

1.4 Contexto Social: La población cubana estimada para 2000 es de 11.187,673 habitantes. El 75,2 es considerada población urbana². En 1996 la tasa de alfabetización global representó el 96,2% de la población con un promedio de 9 años de escolaridad sin que exista diferenciación de género. El 3,8% restante está compuesto por personas que por su edad y otros problemas físicos y mentales no han podido alfabetizarse³. En el año 1995, la tasa de desempleo ha presentado una tendencia descendente desde el año 1995, alcanzando un 5.5% en el año 2000. La participación de la mujer en el total de la ocupación en el sector estatal es del 43.3%⁴. Conforme el Informe de Desarrollo Humano del 2001 Cuba clasifica en el lugar 50 a nivel mundial con un valor IDH de 0,791. Según el Índice de Desarrollo de Género (IDG), se sitúa en el lugar 53 con 0,762⁵.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización general: En Cuba la salud es concebida como un componente fundamental de la calidad de vida y como un objetivo estratégico del desarrollo, por lo que el Estado asume íntegramente la organización y financiamiento de la atención de la salud a sus ciudadanos partiendo de los principios de la gratuidad y accesibilidad a los servicios, entre otros. El SNS en Cuba es único, integral, regionalizado y descentralizado. Se estructura en tres niveles administrativos en correspondencia con la división política del país. El nivel nacional está representado por el MINSAP como órgano rector del sistema, el cual cumple funciones metodológicas, normativas de coordinación y de control. A él se subordinan los centros universitarios, institutos de investigación y asistencia médica altamente especializada, y la empresa de comercio exterior importadora y exportadora de equipos tecnológicos médicos. En el nivel provincial existen las Direcciones de salud, subordinadas administrativa y financieramente a las Asambleas Provinciales del Poder Popular, siendo las principales unidades dependientes de los gobiernos provinciales los Hospitales Provinciales e Intermunicipales, Bancos de Sangre, Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, Centros Formadores de Técnicos de nivel medio y la red de Farmacias y Ópticas de venta a la población. El nivel municipal está constituido por las Direcciones de Salud Pública dependientes en el

orden administrativo y financiero de las Asambleas Municipales del Poder Popular, se subordinan a este nivel los Policlínicos, Hospitales Municipales, Locales y Rurales, Unidades y Centros Municipales de Higiene y Epidemiología, Clínicas Estomatológicas, instituciones de asistencia social a ancianos e impedidos físicos, hogares maternos y otros. Los Consejos Populares, que forman un órgano de coordinación con determinadas facultades ejecutivas, constituyen el eje central de la actividad en el ámbito municipal sirven a la descentralización administrativa y a la participación de la población, y mantienen una estrecha relación con el sistema municipal de salud.

2.2 Recursos del Sistema

Recursos humanos: Durante los años 1990-1999, los recursos humanos en el SNS han mantenido una tendencia al incremento, logrando una alta cobertura e indicadores satisfactorios de manera proporcional en todos los territorios. Al inicio del periodo y como consecuencia de la situación económica desfavorable del país, se produjo una disminución en algunas especialidades de técnicos propios del sector y del personal de enfermería de nivel medio. Las estrategias adoptadas fueron el incremento del recurso formado y otras de carácter organizativo (ubicación laboral cerca de sus hogares, adecuaciones de los horarios de trabajo, transporte para el traslado a los centros de trabajo y otras), lo que ha llevado a la reversión de la situación.

Recursos Humanos en el Sector de la Salud, 1993 – 2000

Tipo de recurso	Año							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Razón de Médicos *	46.7	49.3	51.8	54.6	56.8	57.1	58.2	N.D.
Razón de Enfermeras	66.6	65.0	70.4	69.1	73.7	74.2	78.3	74.3
Razón de Odontólogos	7.8	8.1	8.3	8.7	8.9	8.9	8.9	N.D.
Razón de Técnicos Medios de Laboratorio	6.9	6.7	6.4	6.5	6.4	6.0	6.2	6.4
Razón de Farmacéuticos	5.0	4.9	4.8	5.4	5.5	5.0	5.4	5.6
Razón de Radiólogos	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	1.9	2.0	2.0
No de egresados de posgrado en Salud Pública	43	42	35	28	39	44	103	77

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas . *Razón por 10,000 habitantes.

De los 64,863 médicos del país, 36,733 (56.6%), están especializados, de ellos, 13,506 son especialistas en Medicina General Integral; 11,201 se encuentran en régimen de residencia y 754 médicos generales. Durante 2000, se dispuso de 64,813 médicos, 83,062 enfermeras, 108 enfermeras auxiliares, 62,062 profesionales técnicos y un total de 149, 500 trabajadores en diversas áreas del Sector Salud.⁶

Medicamentos y otros productos sanitarios: El país cuenta con un listado nacional de medicamentos, que abarca 804 productos de uso obligatorio para todos los prescriptores del SNS, teniendo acceso al mismo el 100% de la población tanto desde el punto de vista geográfico como económico. Existen esquemas de subordinación para facilitar aún más el acceso a los medicamentos por grupos de poblaciones y por problemas de salud, por ejemplo: la entrega gratuita de medicamentos a gestantes y pacientes con Tuberculosis, Sífilis, Bleonorragia, SIDA (incluye terapia trivalente), Insuficiencia Renal Crónica y Cáncer; así como tarjetas de control para pacientes con Enfermedades Crónicas, como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, etc. Se aplican protocolos de tratamiento estandarizados para patologías prevalentes en todas las instituciones⁷. En Cuba sólo hay farmacias públicas, contando la mayoría de ellas con un farmacéutico universitario y las restantes con un técnico medio graduado en farmacia.

Donaciones de sangre, 1995- 2000

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000*
Donaciones de Sangre	563 895	619 863	622 742	607 325	615 666	590 917
Donaciones por 100 habitantes	5.1	5.6	5.3	5.5	5.5	5.3
Donaciones por 100 ingresos	39.3	43.7	43.2	43.6	44.9	44.4

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. * Provisional.

Las donaciones de sangre no son remuneradas. Las donaciones se realizan por voluntarios a través de los CDR, Centros de Trabajo además de los familiares y amigos de pacientes ingresados.

Equipamiento y Tecnologías: En el país existen 73 157 camas censables para un indicador de 6.5 por 1000 habitantes; 723 servicios de Laboratorio Clínico, para un indicador estimado de 0.065 Laboratorios por 1000 habitantes; 1844 equipos de Radiodiagnóstico, 0.17 por 1000 habitantes; 26 Bancos de Sangre, 0.023 por 1000 habitantes; y sala de parto en los 85 Hospitales Generales, 18 de Ginecología y Obstetricia, 16 Materno–Infantiles y 64 Rurales⁸. Las unidades y equipos de alta tecnología se encuentran distribuidos en todo el país, existiendo 89 salas de Terapia Intensiva, 35 de ellas pediátricas ubicadas en las 14 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud; las unidades de diálisis y trasplante renal, así como los equipos de tomografía axial computarizada se encuentran desagregados en los territorios Occidental, Central y Oriental, atendiendo a la regionalización de los servicios.

2.3 Funciones del Sistema

Rectoría : La Ley de Salud Pública define las acciones que se desarrollan por el Estado para garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, de los servicios que tiene que realizar el Estado por medio del

MINSAP como organismo rector, de las atribuciones de las direcciones de salud de los órganos locales de la administración pública, así como las funciones básicas y esenciales de la Salud Pública. En el año 2001 la autoridad de salud de Cuba ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.⁹

Existen, además, otros cuerpos legislativos como: Ley del Medio Ambiente, Decreto ley sobre disposiciones Sanitarias Básicas, Decreto ley que reglamenta el Control Sanitario Internacional, la Ley de Protección e Higiene del Trabajo y su reglamento. Los programas y acciones intersectoriales se impulsan a través de los Consejos Populares de Salud, en todas las instancias del país. Las áreas de Economía y Docencia son las encargadas de la planificación y formación de los recursos humanos, la cual ha mantenido una tendencia ascendente durante el período 1990-2000, con una adecuada cobertura en todos los territorios. La acreditación docente en el SNS constituye un proceso continuo de evaluación y reevaluación de los requisitos estandarizados para el desarrollo de los procesos de formación y superación profesional. El proceso inicia con la autoevaluación de las instituciones, solicitando la preacreditación a la Universidad o Facultad de Ciencias Médicas que corresponda, quien emite su dictamen y si éste es favorable, eleva la solicitud de acreditación a la Comisión Nacional. Esta última efectúa la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos y emite su dictamen que es elevado al Ministro de Salud Pública o su representante quien toma la decisión final¹⁰. La acreditación de los establecimientos de salud se considera un sistema continuo y progresivo de mejora de la calidad, que se basa en una evaluación externa de estándares previamente conocidos en las áreas de estructura, proceso y resultados ; se inicia con la autoacreditación previa a la evaluación de las comisiones provinciales y nacionales correspondientes. Al concluir el año 2000 se encontraban acreditados 35 de los 37 hospitales evaluados. Además, se aplican procedimientos de acreditación en el Subsistema de Urgencia de la Atención Primaria, el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) y las Instituciones de Asistencia Social¹¹. El Departamento de Evaluación de Tecnologías del área de Docencia, Ciencia y Técnica, es el encargado de evaluar el impacto y funcionamiento de la tecnología médica instalada o de nuevo desarrollo, así como los

procederes médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, existiendo políticas definidas para la elaboración, introducción y uso de guías de práctica clínica.

Financiamiento y gasto: Existe información confiable y oportuna sobre el financiamiento del gasto en salud, elaborada por las Direcciones de Finanzas y Precios, en los distintos niveles de la administración, del Estado que es discutida y aprobada por las Asambleas del Poder Popular e informada a las Direcciones de Salud. La cooperación financiera que el país recibe para el sector salud no es relevante, de los fondos regulares de la OPS/OMS, FNUAP, PNUD y UNICEF, se recibieron durante el año 2000 aproximadamente 3.0 millones de dólares¹².

Financiamiento y Gasto del Sector Salud, 1993–1999 (millones de pesos MN)

Indicador	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Presupuesto (millones de pesos MN)	1 174.9	1 166.3	1 221.9	1 310.1	1 382.9	1 473.0	1710.6
Gasto per cápita en salud (MN)	107.57	106.42	111.31	119.03	125.31	131.66	152.9
Gasto en Salud como % del Gasto Público	7.4	7.5	8.0	9.3	10.0	10.3	11.1

Fuente: Dirección Nacional de Economía y Planificación MINSAP

El financiamiento de la salud se encuentra altamente descentralizado. A partir de los presupuestos municipales se financia el 92.3% de los gastos para la salud pública. Los gastos del sector salud muestran una tendencia ascendente de 1.174 millones, en 1993 a 1.780 millones, en 1999, para un crecimiento del 45,6% ; incrementándose, además, el gasto per cápita y el gasto en salud como porcentaje del gasto público. En el período comprendido entre los años 1990 y 1997, se ha observado una tendencia al incremento de los gastos en la atención primaria, siendo la distribución del gasto público en salud en el año 1990, del 32.4% en el nivel primario y el 52.7% en el secundario. Para 1994 el gasto en el nivel primario ascendió a 36.1%, observándose una discreta reducción en el gasto del nivel secundario, que para ese período fue de 45.2%, en el año 1997 se produce una reducción del gasto en el nivel primario siendo este del 29.7%, manteniéndose el del nivel secundario que fue de 45.6%¹³ Los gastos que asume la economía familiar son los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas, los sillones de ruedas, muletas y artículos similares y los lentes. En todos los casos, los precios a la población son bajos y subsidiados por el Estado.

Aseguramiento: En el país existe una sola modalidad de aseguramiento sanitario que se brinda a través del MINSAP, con una cobertura del 100% de la población, donde todos los ciudadanos tienen derecho a todas las prestaciones sanitarias incluyendo las de mayor complejidad y elevada tecnología. Los

trabajadores cubanos al servicio de la Empresas Mixtas tienen los mismos derechos que los trabajadores de la Empresas Estatales Cubanas, existiendo Consultorios del Médico de Familia en estas empresas.

2.4 Provisión de servicios

Servicios de salud poblacional: El MINSAP desarrolla una estrategia integral de Promoción y Educación para la salud, la cual es respaldada por la Ley de la Salud Pública, que establece la obligatoriedad de todo el personal del SNS de realizar acciones de promoción y educación. El Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CENPES), los Centros provinciales y los departamentos municipales son los encargados de la planificación, evaluación y coordinación de los Programas de Promoción y Educación para la Salud y brindar asesoría metodológica al personal de salud para realizar de forma adecuada las actividades educativas. Existe, además, un mecanismo de coordinación intersectorial que es el Consejo de Salud en las instancias Nacional, Provinciales y Municipales, en el que participan representantes de todos los organismos del Estado que de una u otra forma puedan incidir en el trabajo de Promoción y Educación para la Salud. Todos los Programas de Salud, tiene incorporado el componente de promoción y educación, desarrollándose programas de promoción relacionados con: las Enfermedades de Transmisión Sexual, Higiene Personal, Hábito de Fumar, Alcoholismo, Práctica de Ejercicios Físicos, Salud Bucal, Adolescencia, Lactancia Materna, Tercera Edad, y otros. Para la evaluación de los mismos se han establecido un sistema de indicadores que son utilizados fundamentalmente en las localidades que ostentan la condición de Municipios por la Salud, además se realizan evaluaciones rápidas para conocer los resultados de las campañas y programas educativos que se ejecutan. En cuanto a los Programas de Diagnóstico Precoz, se desarrolla el de Cáncer Cervicouterino, con una cobertura superior al 70% de las mujeres comprendidas fundamentalmente entre 25 y 60 años, realizándose 470 082 citologías durante el año 2000, para una tasa de 132.4 por 1000 mujeres de la edad, el de este indicador se explica por el cambio en la periodicidad del reexamen a tres años; Cáncer de Mama con una cobertura superior al 80% de las mujeres de 30 años o más; y otros como detección precoz del Cáncer de Próstata e Hipertensión Arterial. El 92.1% de los niños menores de dos años tiene aplicada la totalidad de sus dosis inmunizantes según el esquema de vacunación vigente para las enfermedades siguientes: Difteria, Tétanos, Tosferina, Tuberculosis, Parotiditis, Enfermedad meningocócica, Hepatitis B. Poliomieltitis, Rubéola y Haemophilus influenzae tipo B. La cobertura de atención prenatal y del parto por personal entrenado es del 100%, cubriendo la atención prenatal la totalidad de las gestantes, realizándose un promedio de 13.5 controles prenatales, que incluyen diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas y vigilancia nutricional sistemática.

Servicios de Atención Individual: La información proporcionada por el Sistema de Información Estadístico Nacional y el Sistema de Información Estadístico Complementario del Sector Salud en todos los niveles del Sistema, así como otras fuentes de información de que se dispone, como las Unidades de Análisis y Tendencias en Salud, es considerada fiables y oportunas, siendo utilizada en la toma de decisiones en materia de gestión administrativa. En el país existe un sólo proveedor de servicios de salud, el Estado cubano, representado por el MINSAP y las unidades subordinadas a este, a las que tiene acceso el 100% de la población de los medios urbano y rural. En 1987 se crea SERVIMED, Empresa Comercializadora de Servicios Médicos para Extranjeros y de cobertura asistencial al Turismo, pertenece al Grupo Corporativo Cubanacán y trabaja utilizando la fuerte red del Sistema Nacional de Salud y algunos Centros de Calidad de Vida y Centros Especiales que les son propios. Abarca los Servicios Médicos al Turismo, con Consultorios en todos los Hoteles, ocho Clínicas ubicadas en los principales polos turísticos del país y todas las unidades asistenciales del MINSAP; servicios a extranjeros en todas las especialidades médicas y tratamientos novedosos a enfermedades como Retinosis Pigmentaria, Vitiligo, Psoriasis y Drogadicción; y Centros de Calidad de Vida: termales, antistress, salud, belleza y estética; además de una cadena de 9 ópticas y 20 farmacias y exportación de productos farmacéuticos cubanos ¹⁴.

Nivel Primario de Atención: El nivel primario de atención de salud, integrado por la red de Policlínicos, Consultorios de Médicos de Familia, Clínicas Estomatológicas, Hogares Maternos y otros, alcanza una cobertura del 100% de la población, siendo la cobertura de Médicos de Familia del 98.8%, el 1.2% restante es atendido en los sectores de los Policlínicos Comunitarios.

Producción de servicios, 2000

Tipo de servicio	Número	Tasa por 1000 hab.
Consultas y Controles por Profesional Médico	60 708 748	5 426.3
Consultas y Controles por Odontólogo	26 434 231	2 362.7
Consultas de Urgencia	19 835 106	1 772.9
Exámenes de Laboratorio	60 434 616	5 401.8
Placas Radiográficas	2 498 719	223.3

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas

La producción de atenciones médicas ha tenido una tendencia ascendente que debe mantenerse en los próximos años. Las causas más frecuentes de consulta son Puericultura 9.7%, IRA 7.9%, y controles a pacientes dispensarizados. Se efectúan visitas domiciliarias programadas en dependencia del grupo dispensarial que corresponda al paciente, por Médicos y Enfermeras de la Familia; realizándose durante el año 2000, 14562 623 visitas.¹⁵

Nivel secundario de atención: El análisis de la información estadística procesada en las instituciones hospitalarias es usada en la gestión clínica para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos, entre ellos, disminución de la estadía y de los ingresos hospitalarios, rendimiento de salas y quirófanos, incremento de la cirugía ambulatoria y el egreso precoz, etc. La producción de los Hospitales del país durante el año 2000, fue de 17 491 313 atenciones, de ellas, 8 901 448 (50.8%) en consulta externa y 8589865 (49.1%) en cuerpo de guardia¹⁶.

Algunos indicadores del sistema hospitalario, 2000

No. Total de Egresos	1, 332. 235
Indice Ocupacional	69.4
Promedio de Estadía	9.4

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas

Las principales causas de egreso hospitalario en el año 2000 fueron: Parto normal (8.2%), otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (4.7%), Enfermedades infecciosas intestinales (4.4%), Influenza y Neumonía incluyendo Neumonía hipostática (4.4%), Asma Bronquial (3.5%) y signos, síntomas y estados morbosos mal definidos (3.2%).¹⁷

La lista de espera o tiempos de demora de atención no constituyen problemas relevantes.

Calidad técnica: En cuanto a los aspectos relacionados con la calidad de la atención hospitalaria, hay que señalar que la acreditación docente de los diferentes servicios y hospitales, ha servido como indicador indirecto de la medida de la calidad de los hospitales desde que se instrumentó la misma a partir de la década del 70, como parte de la descentralización de la enseñanza. En estos momentos, el 100% de los establecimientos tienen programas de calidad establecidos y funcionando, existe en cada unidad el Consejo de Evaluación de la Calidad, formado por diferentes comités de evaluación de proceso asistencial: intervenciones quirúrgicas, mortalidad hospitalaria, farmacoterapia, tumores, infecciones hospitalarias, utilización de los recursos y satisfacción con los servicios; existen manuales de organización y procedimientos y se está aplicando el manual de acreditación con 41 estándares y 76 indicadores cualitativos y cuantitativos en los Hospitales Clínico Quirúrgicos y Generales, en la búsqueda de la excelencia hospitalaria. El 100% de las instituciones del nivel primario tienen establecidos y funcionando programas de calidad, existiendo comisiones para la evaluación de la calidad del proceso de atención al individuo, la familia y la comunidad. Todos los establecimientos tienen creados y funcionando las Comisiones de Etica Médica. Los Comités de Infecciones Intrahospitalarias están establecidos y funcionan en el 100% de los establecimientos, siendo el índice de casos infectados en el año 2000 de 3.6% de los casos ingresados, el 100% de las muertes maternas e infantiles son auditadas.

Calidad percibida: El 100% de las instituciones tiene establecidos programas de mejoras de la calidad y trato al usuario. Hasta el año 1996, el 100% (44) de los Hospitales Maternos que atienden más de 1,000 partos por año y el 45% (5) de los 12 donde nacen entre 500 y 1,000 niños fueron evaluados por expertos del MINSAP, OPS/OMS Y UNICEF alcanzando la categoría de “Hospitales Amigos de la Madre y el Niño”. El programa se ha extendido a la Atención Primaria de Salud y a los Hospitales Pediátricos¹⁸. El 100% de los establecimientos aplican encuestas de satisfacción al usuario, este aspecto de amplia relevancia en la estrategia de salud del país, es controlado por la Comisión de Salud del Parlamento y por el MINSAP, a través de vistas periódicas e integrales que incluyen encuestas directas a los usuarios y, si son necesarios, encuentros rápidos relacionados con determinada problemática que surja en un momento dado; dos veces al año los delegados de las circunscripciones rinden cuenta a sus electores, incluyendo el análisis de los problemas de salud de la comunidad. Funcionan comisiones de arbitraje en todas las instituciones de salud.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

Seguimiento del Proceso

Seguimiento de la dinámica. La Reforma Sectorial en Cuba (RS), más que un hecho eventual ha sido desde al década de los años 60 un proceso permanente como parte fundamental de las transformaciones del proceso revolucionario. Las Reformas realizadas en el Sector Salud, han transitado por varios momentos o etapas: la década de los 60 se caracterizó por la creación del SNS, el Servicio Médico Rural y los Policlínicos; en los años 70, se crea el modelo de Medicina en la Comunidad y los Policlínicos Comunitarios, se descentraliza la Docencia Médica y el Sector Salud; y en la década de los 80 se crea el modelo de medicina Familiar. El impacto de la crisis económica en la situación de salud y los servicios de salud, los cambios en el contexto nacional y las transformaciones que lleva adelante el país a partir de 1989, el proceso de perfeccionamiento del Estado y las contradicciones propias del desarrollo del Sistema de Salud, son razones que justifican un nuevo momento de Reformas del Sector Salud en Cuba¹⁹. La RS en Cuba, persigue incrementar la eficiencia y la calidad en los servicios de salud, garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros y, aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad en salud, continuar estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de población. La estrategia privilegia las acciones de promoción de salud y prevención de las enfermedades en el marco del perfeccionamiento de la Atención Primaria y la Medicina Familiar, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social, así como la revitalización y perfeccionamiento de la Atención

Hospitalaria. Dentro del proceso de perfeccionamiento del Estado, se inscribe la actual RS, contando con la opinión de la población a través de las organizaciones de masas en los lugares de residencia, centros de estudio y trabajo.

Los contenidos de la reforma se encuentran especificados en la Carpeta Metodológica, donde aparecen los objetivos principales del MINSAP, en la presente etapa y que son los siguientes²⁰: i) hacer más eficiente el SNS, prestando especial cuidado y atención a las estrategias básicas (Perfeccionamiento del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia; Revitalización de la red hospitalaria; Revitalización del Programa Nacional de Medicamentos; Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional; Rescate de Programas Priorizados de Alta Tecnología; Incorporación de la tecnología médica cubana y otros adelantos de la ciencia y la técnica nacional al Sistema de Salud); ii) logro de una mayor participación de los sectores y organismos de masa en las acciones de salud (financiamiento del sector por otros organismos de la economía; mayor intersectorialidad en las acciones de salud; desarrollo de la participación social a través de la consolidación de los Consejos de Salud); iii) lograr mayor eficiencia y participación en la comunidad internacional; iv) otras áreas básicas de especial atención (perfeccionar del Programa Materno Infantil; mantener el control en los Programas de Enfermedades Transmisibles; desarrollo del Programa de reducción de la morbimortalidad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y de Atención Integral al Adulto Mayor, fortalecimiento del Sistema de Vigilancia en Salud, perfeccionar y continuar desarrollando las actividades relacionadas con el balance financiero, la elaboración del presupuesto, así como el control de la fuerza de trabajo en el sector en función de los planes priorizados por el MINSAP, desarrollar un sistema de auditoría y control que forme parte de la inspección integral que desarrolla como estrategia el MINSAP en los territorios, perfeccionar los Sistemas de Información; perfeccionar la formación, capacitación y educación permanente de los profesionales y técnicos de la salud; impulsar el desarrollo de investigaciones en salud y la celebración de eventos científicos en los diferentes niveles del SNS, con la calidad y la masividad necesaria; y desarrollo del Programa Nacional de Bioética).

La Carpeta Metodológica fue diseñada por grupos de expertos de todas las áreas del MINSAP, asumiendo las autoridades sanitarias el liderazgo del proceso de implantación, control y evaluación del cumplimiento de los objetivos previstos en la misma. Para la implementación de la Carpeta Metodológica se realizó un plan de acción en el que se definieron metas, responsabilidades, fecha de cumplimiento y criterios de evaluación. Se realizan evaluaciones periódicas en todos los niveles del sistema y el MINSAP realiza dos inspecciones territoriales anuales para evaluar el cumplimiento de los objetivos en los territorios. Las evaluaciones realizadas han puesto de manifiesto la eficacia de la Reforma Sectorial, en cuanto al mejoramiento de los indicadores básicos del estado de salud, a pesar de la crisis económica que

sufre el país, mayor participación de los sectores y organismos de masa en las acciones de salud, desarrollo del sistema de costos y de indicadores de presupuestación de los servicios de salud, perfeccionamiento y desarrollo del Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, entre otros.

Seguimiento de los contenidos

Marco jurídico: La Ley de la Salud Pública define de manera general las acciones que se desarrollan por el Estado para garantizar la protección de la salud de los ciudadanos y permite dictar todo un conjunto de disposiciones que conforman el cuerpo jurídico de la salud pública cubana. El cuerpo legal desarrollado comprende, entre otras acciones regulatorias, la garantía de la atención a la población, el carácter social del ejercicio de la medicina, la orientación profiláctica en la prestación de los servicios, la aplicación en los servicios de la ciencia y la técnica, la prioridad a la atención materno infantil, la práctica del trasplante de órganos y tejidos, la lucha antiepidémica, la inspección sanitaria estatal y la educación para la salud. El desarrollo vertiginoso de la Salud Pública en los últimos años, al priorizar la estrategia hacia la Atención Primaria, con el desarrollo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, la incorporación de programas de alta tecnología y la necesaria adecuación a los cambios económicos que se producen en el país, sin comprometer los principios básicos del sistema, ha rebasado el marco de la Ley de la Salud Pública vigente, y ha determinado la conveniencia de adoptar un nuevo marco jurídico más acorde con una concepción intersectorial y de protagonismo comunitario.

Derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento: La Constitución de la República de Cuba garantiza el derecho de todo ciudadano cubano a los cuidados de la salud. Este derecho es explícito, conocido y puesto en práctica por toda la población. La cobertura de atención de salud en Cuba es del 100% de la población, las prestaciones de salud incluyen acciones de promoción y educación, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación, la utilización de todos los recursos diagnósticos y terapéuticos incluyendo los de alta tecnología, accesibles para toda la población sin distinción de ninguna índole.

Rectoría: La función rectora en materia de salud es ejercida por el MINSAP que cumple con las funciones asignadas. No se han introducido cambios en las estructuras de las autoridades de salud, ni se han creado instituciones de regulación que afecten al sector. Existen acciones dirigidas a garantizar que los sistemas de información entreguen en forma periódica informes relevantes para establecer prioridades, tomar decisiones y asignar recursos, en los diferentes niveles de decisión.

La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Cuba efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que la función *de Participación de los ciudadanos en salud* y la de *Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública* --, obtuvieron el resultado más alto. Presentaron resultados

mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía de calidad de servicios de salud individuales y Desarrollo de recursos humanos en salud pública*.²¹

Separación de funciones: No se han realizado cambios en las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios. Se mantienen los tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (los anteriores más el área de salud). La formulación de políticas, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios públicos es responsabilidad de estos niveles. La rendición de cuentas se efectúa a través de los Consejos populares con funciones de coordinación, fiscalización y control.

Modalidades de Descentralización: No se establecen cambios en las modalidades de descentralización del Sistema de Servicios de Salud. Las responsabilidades, competencias y recursos se encuentran descentralizados en los niveles provincial y municipal del sistema, lo que garantiza la autonomía local para responder de forma eficaz a las demandas y necesidades de los conjuntos sociales, en el último período se ha perfeccionado la descentralización al nivel local a través del énfasis en el proceso de municipalización.

Participación y Control Social: La participación social en la gestión de salud constituye uno de los objetivos de trabajo del sector salud. Para potencializar la participación social se ha creado los Consejos de Salud en las diferentes instancias, que abordan el análisis de los problemas identificados en los diagnósticos de la situación de salud, trazando planes de acción y soluciones intersectoriales en las localidades y territorios. Los Consejos de Salud, son presididos por la más alta autoridad del sector salud y se integran con representantes de otros sectores y las organizaciones que participan en la gestión de salud. Las Asambleas del Poder Popular en los distintos niveles apoyan el trabajo comunitario, a través de las Comisiones de Salud, Deportes y Medio Ambiente.

Financiamiento y Gasto. El financiamiento se encuentra altamente descentralizado, a partir de los presupuestos municipales se financia el 92.7% de los gastos en salud pública, dedicándose la mayor proporción de los mismos a la rama de la Salud Pública, al mismo tiempo se desarrollan otras formas de captación de recursos monetarios externos con la finalidad de ir avanzando en una tendencia al autofinanciamiento en divisas del sector. Estas fuentes están representadas por los ingresos por exportaciones de medicamentos, atención a pacientes extranjeros en instituciones médicas cubanas, asistencia técnica al exterior por especialistas cubanos en las ciencias médicas, cursos de profesionales y técnicos extranjeros y la comercialización de publicaciones y otras producciones científicas.

Oferta de Servicios. Se han introducido nuevas modalidades de atención de salud como la cirugía ambulatoria, egreso precoz e ingreso domiciliario. Se han fortalecido los sistemas de referencia y contrareferencia, realizando el análisis sistemático de indicadores cualitativos y cuantitativos que permiten

conocer la situación y tomar decisiones oportunas. Se han introducido nuevos servicios en el Sistema de Salud, con la creación del Subsistema de Urgencia de la Atención Primaria y el Sistema Integrado de Urgencias Médicas; y los Centros de Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional. La población se encuentra dispensarizada por lo que están identificados todos los grupos de riesgo.

Modelo de Gestión. Se define una transformación profunda de la gestión a través de cambios en los métodos y estilos de trabajo, fortalecimiento de los niveles de base, mayor intercambio y presencia del aspecto normativo del MINSAP y de ejecución y control de las provincias, así como la creación de expertos para analizar problemas prioritarios del sector y proponer soluciones. Los Consejos de Salud constituyen importantes actores en el desarrollo de esta estrategia. Con el fin de asegurar a cada ciudadano iguales derechos a la atención de salud, ninguna forma de privatización está prevista, ni se prevén sistemas de seguro, medidas de o nuevos gastos financiados por las familias. Se ratifica el principio de que el sistema de salud continúe siendo financiado por el presupuesto del Estado y de mantener la cobertura y la accesibilidad universal a los servicios.

Recursos Humanos. Con el objetivo de perfeccionar el programa de formación general básica del médico se han introducido en el mismo aspectos relacionados con el aprendizaje de las acciones de promoción y prevención de las enfermedades, para su posterior desempeño como Médicos de Familia. Se desarrollan formas de práctica profesional con orientación multidisciplinaria como la Medicina General Integral, Atención Estomatológica Integral y Enfermería General. Como incentivos al desempeño del personal sanitario se ha introducido el sistema de créditos académicos y la evaluación de la competencia y el desempeño profesional y técnico, lo que permite identificar las necesidades de aprendizaje y establecer las variantes de métodos para la capacitación. Se han creado los cursos de Maestrías en Salud Pública, Atención Primaria, Higiene Ambiental, Epidemiología, Medicina Natural y Tradicional, etc.; Diplomados, Licenciatura en Tecnología de la Salud, etc.

Calidad y Evaluación de Tecnologías. En enero de 1996 se creó el Departamento Nacional de Evaluación de Tecnologías, con el objetivo de evaluar con rigor científico el impacto de la tecnología sanitaria instalada o por incorporar al sistema. Este Departamento ha constituido una red de centros de referencia para la evaluación, de productos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos (Centros de Farmacovigilancia). Además, existen el Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos, que tiene como función certificar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos y medios diagnósticos; el centro de Control Estatal de Equipos Médicos, encargado del control, evaluación y registro de los equipos e instrumental médico; y el Centro Coordinador de Ensayos Clínicos. Estos centros

evalúan las tecnologías sanitarias en su fase de implantación y generalización, además de establecer los mecanismos de control de efectos esperados.

3.2 Evaluación de los Resultados.

Las RS iniciadas en el último período han contribuido significativamente al logro de las mejoras detectadas en el sector, a partir de la implementación, control y evaluación de los contenidos de la Carpeta Metodológica, encaminados a incrementar la calidad de la atención médica, mejorar los indicadores de salud, aumentar la eficiencia económica del Sistema Nacional de Salud, incrementar el nivel de satisfacción de la población y mejorar la atención al trabajador de la salud, orientándolos en cinco estrategias y cuatro programas, aún quedan retos no resueltos por lo que los principales objetivos tareas del organismo para 1999, están encaminados a la obtención de los mismos, entre ellos, mejorar el sistema de ingreso domiciliario, consolidar el trabajo de los Consejos de Salud y Municipios por la salud, reforzar el programa de perfeccionamiento gerencial y el de acreditación, eliminar las listas de espera quirúrgicas, disminución de la estadía hospitalaria, perfeccionar el sistema de créditos académicos, reducir en no menos del 10% las camas hospitalarias que van quedando ociosas en todo el país, elevar los ingresos en divisas por diferentes conceptos, garantizar la capacitación de los Cuadros y Reservas del primer nivel, desarrollar la estrategia de Municipalización Integral del Sistema Nacional de Salud y elevar la satisfacción de la población con el sistema de salud.

Equidad

En Cobertura: Cuba es el país de mejor logro relativo del impacto del ingreso en la equidad en salud (logro igual a 1), por la elevada transferencia de los limitados recursos disponibles hacia la salud²². El 100% de la población está cubierta por la totalidad de las prestaciones de salud. La cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones en menores de dos años, en el 2000 fue del 92.1%, para todas las vacunas administradas según el esquema del país, atención prenatal y al parto por personal entrenado es del 100%, el 73% de las mujeres de 15 a 49 años usan anticonceptivos²³.

En distribución de recursos: El gasto en salud per cápita en 2000 fue de 159, 9 pesos en MN; se dispone de 58,2 médicos y 74,3 enfermeras profesionales cada 10 000 habitantes y de 6.5 camas hospitalarias censables por 1000 habitantes²⁴.

En acceso: No existen defunciones sin ningún tipo de asistencia médica. Todos los pacientes tienen posibilidad de obtener asistencia médica el mismo día en los Consultorios del Médico de la Familia, en los que existen los llamados “horarios de consultas deslizantes”, lo que ha permitido reducir las barreras de acceso por horario. La población rural está cubierta por Médicos de Familia, ubicados en esas comunidades. Las listas de espera quirúrgicas disminuyeron 11 439 en Enero de 1999 a 7221 al concluir el

año 2000 (36,9 % de disminución), para lograr esta disminución se crearon grupos multidisciplinarios a nivel de Hospital, Provincia y Ministerio, integrado por Asistencia Médica, INSUME (Industria de Suministros Médicos) y la IMEFA (Industria Médico Farmacéutica), para garantizar los recursos necesarios, además de realizar el control sistemático de la actividad, incrementando el número de operaciones y el rendimiento quirúrgico por salón²⁵.

En el uso de recursos: En el año 2000 se realizaron 5 422.0 consultas ambulatorias por 1 000 habitantes, 11.9 egresos por 1000 habitantes y el 100 % de los partos fueron atendidos por personal entrenado²⁶.

Efectividad y Calidad

Efectividad: Las tasas de Mortalidad Infantil y Materna han disminuido en todos los territorios. Para 2000, las tasas en el ámbito nacional, fueron de: Mortalidad Infantil de 7.2 por 1000 nacidos vivos; Mortalidad Materna de 3.41 por 10 000 nacidos vivos; el índice de Bajo Peso al Nacer de 6.1%. El Cáncer Cervicouterino presentó en el año 2000 una tasa de 6.9 por 100 000 mujeres. La incidencia de VIH/SIDA, en este año 2000 fue de 15,1 por 1 000,000 de habitantes.²⁷ Durante el año 2000 no se registraron casos de Rubéola, Sarampión, Poliomiélitis, Difteria y Tosferina; la tasa de Tuberculosis fue de 10 por 100 000 habitantes y la mortalidad por Diabetes Mellitus fue de 13.1 por 100 000 habitantes.

Calidad técnica: Todos los establecimientos de salud en los niveles primario y secundario tienen establecidos y funcionando comités de calidad. Siempre que existan en el país, los medicamentos esenciales están disponibles en las instituciones de salud primarias y secundarias en todos los territorios. La incidencia de infecciones hospitalarias fue de 3,6% del total de pacientes ingresados. Está establecido que al 100% de los pacientes se les entregue el informe de alta en la Historia Clínica Ambulatoria.

Calidad Percibida: Los usuarios tienen la posibilidad de acudir a un Médico de Familia diferente al asignado o a un Médico de otro nivel de atención si así lo desea. La totalidad de las instituciones de salud tienen programas de mejora de calidad y trato al usuario realizándose encuestas de percepción a los usuarios. Está funcionando el Sistema de Vigilancia de la Satisfacción que realiza el análisis de la misma quincenalmente.

Eficiencia.

En la Asignación de Recursos: La mayor proporción del presupuesto del sector salud se gasta en los servicios de salud pública, el gasto en la atención primaria como porcentaje del gasto en salud se ha incrementado, disminuyendo el gasto en la atención hospitalaria. Mejorar la eficiencia hospitalaria es uno de los objetivos del sector, para ello se ha trabajado en lograr la disminución de la estadía y la ocupación mínima necesaria, disminuir los ingresos hospitalarios e incrementar los domiciliarios y mejorar el grado de uso de los quirófanos. En el año 2000 el comportamiento de los indicadores antes mencionados fue el

siguiente : el promedio de estadía en los Hospitales Clínico Quirúrgicos fue de 9.6 días, siendo el objetivo mantenerla entre 8 y 10; en los Hospitales Generales de 7.2 días, cumpliendo el propósito de mantenerla entre 6 y 8; y en los Hospitales Pediátricos y Obstétricos de 6.0, de un propósito entre 5 y 6. Los ingresos hospitalarios disminuyen en 2.8% y se incrementan los domiciliarios de 407 456 ingresos en el año 1999 a 495 357 en el 2000. En el año 2000 se realizaron 953 109 operaciones, 25703 más que en 1999.

Sostenibilidad: La renovación actual del Sistema Nacional de Salud, con el énfasis puesto en la municipalización , ha logrado la solución de múltiples problemas de salud en el nivel municipal mediante la participación activa de las diferentes organizaciones políticas y de masas y de los organismos administrativos y de gobierno; se han desarrollado nuevas formas de captación de recursos monetarios externos a través de exportaciones de medicamentos, asistencia médica a extranjeros, asistencia técnica al exterior, cursos de formación y especialización y desarrollo de proyectos.

Participación Social: Con la potenciación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y la creación de los Consejos de Salud, en el marco de la actual RS, se ha incrementado el grado de participación social en la identificación y solución de los problemas de salud de forma general.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 20 profesionales y decisores políticos nacionales representantes de el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Estadísticas y la representación en Cuba de la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la representación en Cuba de la OPS/OMS. La revisión externa fue encomendada a la Escuela Nacional de Salud Pública y a la Universidad de La Habana. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ MINSAP, Cuba (Condiciones de Salud de las Américas) Versión 1, 2001.
- ² MINSAP: "Situación de Salud en Cuba, Indicadores Básicos, 2000", La Habana, 2001
- ³ OPS/OMS: " Indicadores Básicos, 2000", Programa Análisis de Situación de Salud, División de Desarrollo Humano, Washington, DC, 2000.
- ⁴ Ministerio de Finanzas y Economía. Informe económico, año 2000.
- ⁵ PNUD: "Informe de Desarrollo Humano 2001", PNUD. 2001
- ⁶ OPS/OMS: El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud. Datos de Cuba. septiembre 2000.
http://observatorio_rh.tripod.com
- ⁷ MINSAP. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología, Noviembre 1998.
- ⁸ MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas, 2001.
- ⁹ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ¹⁰ MINSAP: "Carpeta Metodológica. Revisión 1997", La Habana, 1997
- ¹¹ MINSAP. Dirección Nacional de Hospitales. Junio 2001.
- ¹² MINSAP: Cuba (Condiciones de Salud de las Américas) Versión 1, 2001.
- ¹³ MINSAP. Dirección Nacional de Economía y Planificación, mayo 1999.
- ¹⁴ MINSAP. Dirección Nacional de Economía y Planificación, mayo 1999.
- ¹⁵ OPS/OMS: El Observatorio de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud. Datos de Cuba. septiembre 2000.
http://observatorio_rh.tripod.com
- ¹⁶ MINSAP. SERVIMED, enero 1999.
- ¹⁷ SIE de morbilidad de egresos hospitalarios . Indicadores estimados a partir de una muestra probabilística de 35 hospitales del país, excepto los institutos especializados y los hospitales rurales. Por ciento calculado contra total de egresos.
- ¹⁸ Cuba: "Programa Nacional de Acción". Quinto Informe de Seguimiento y Evaluación. La Habana, 1997.
- ¹⁹ MINSAP. Dirección Materno Infantil. Mayo 2001
- ²⁰ MINSAP. Carpeta Metodológica, 1996.
- ²¹ Ministerio de Salud, Gobierno de Cuba y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Cuba. Informe Preliminar, noviembre 2001 (mimeo).
- ²² López C.: " Reforma Sanitaria e Inequidades en América Latina". Presentado en: 6th International Conference on System Science in Health care. Barcelona. Septiembre 1996. Pág. 16-20.
- ²³ López C.: " Reforma Sanitaria e Inequidades en América Latina". Presentado en: 6th International Conference on System Science in Health care. Barcelona. Septiembre 1996. Pág. 16-20.
- ²⁴ MINSAP. Anuario Estadístico de Salud, 2000. Pág. 153
- ²⁵ MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas. mayo, 2001.
- ²⁶ MINSAP. Dirección Nacional de Hospitales, mayo 2001
- ²⁷ MINSAP. Dirección Nacional de Estadísticas, mayo 2001