

Las particularidades del sistema de salud cubano

Pastor Castell-Florit Serrate
María Josefina Vidal Ledo
Profesores e investigadores.
Escuela Nacional de Salud Pública.

La salud pública cubana tiene una historia que se remonta a la etapa colonial. A principios del siglo XVII, se creó el Real Tribunal de Protomedicato de La Habana; este se consolidó y más tarde fue sustituido por la Junta Superior de Gobernación de Medicina y Cirugía, así como la de Farmacia. Alrededor de 1800, se convierte en la Junta de Sanidad, en La Habana, y subalternas en capitales de provincia y otras ciudades del país. En 1825, surge el primer modelo estatal de atención primaria en Cuba, llamado Facultativo de Semana, dependiente de la mencionada Junta de Sanidad, que se mantuvo hasta 1871, cuando se transforma en Casas de Socorro (activas hasta el inicio de 1959).

En la etapa neocolonial, hubo hechos importantes como la elaboración del «Manual de prácticas sanitarias», en 1905, y el primer Código sanitario cubano, en 1906. Es de destacar que en 1909 entró en funciones la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, primer Ministerio de Salud Pública del mundo, que en 1940 pasó a denominarse Ministerio de Salubridad y Asistencia Social.

En los períodos colonial y neocolonial se contó con figuras relevantes con pensamiento salubrista desarrollado; sin embargo, el sistema socioeconómico existente era dependiente en lo político y económico de las potencias dominantes, lo que imposibilitó que el ideario de estos ilustres científicos y las medidas sanitarias realizadas fueran consistentes a favor de la salud de toda la población.

El sistema de salud cubano de esos tiempos estaba formado por instituciones independientes privadas (mutualistas), públicas y de caridad, con calidad

diferencial. La mayoría de los servicios se concentraban en la capital del país, en la que vivía el menor porcentaje de la población, y el acceso y la cobertura eran insuficientes. El presupuesto estatal para la salud no cubría a todos los habitantes, por lo que el gasto de bolsillo era elevado y empobrecedor en los estratos más vulnerables. Por otra parte, no existía una política para estimular las investigaciones sobre salud.

Por las razones anteriores, se registraban altas cifras de desnutrición, parasitismo y enfermedades transmisibles, entre otras; principalmente entre los sectores pobre y rural, lo que es señal de la exclusión que experimentaba la mayor parte de la población. Además, se carecía de registros estadísticos a nivel nacional.

Al triunfo revolucionario de 1959, se toma conciencia de que problemas como el hacinamiento en las viviendas, el desempleo, los bajos ingresos, el analfabetismo y la situación de salud eran, en primer lugar, consecuencia de la pobreza, las desigualdades y la exclusión social que afectaban a gran parte de la población, amén de un sistema sanitario debilitado y no universalizado. Todo esto motivó la toma de decisiones sobre políticas públicas encaminadas a que la población accediera a recursos que le propiciaran mejor salud y calidad de vida.

Integración del Sistema Nacional de Salud (SNS)

En los años 60 se reforma el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, y pasa a denominarse Ministerio de Salud Pública (MINSAP), cuyo fin es cumplir con el encargo social de preservar la salud de todo el pueblo. Paralelamente, se comienza el proceso de integración de los servicios de salud que concluyó, en 1970, con el SNS.

Fueron unificados los sistemas de atención estatal, mutualista, la docencia médica y la industria farmacéutica. El SNS se orientó a la realización de acciones estratégicas (con participación social e intersectorial) que consideraban los factores biológicos, sociales y ambientales; elementos curativos, preventivos y educativos.

En el área administrativa se integró lo asistencial, lo docente y lo investigativo. Su organización resultó definida por líneas de mando, con delegación de autoridad por niveles de dirección, que se adecuan a la estructura político-administrativa. Al nivel nacional (rector metodológico, de coordinación y control) se le subordinan los niveles provincial y municipal, los cuales, a su vez, responden a las asambleas nacionales, provinciales y municipales de los gobiernos. En los municipios, el área básica son los policlínicos, a los

que se vinculan consultorios donde labora personal médico y de enfermería, que brinda atención directa a la población y otras instituciones del primer nivel de atención, articuladas con el segundo y tercer nivel de atención.

Los recursos materiales y financieros del SNS se derivan del presupuesto asignado por el Estado cubano, que constituye una parte importante del PIB. Este es distribuido desde el nivel nacional según el perfil epidemiológico de los niveles provincial y municipal, y muestra una tendencia al incremento a través del tiempo.

El Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica es un componente más del SNS, único e integral, y promueve que los avances científico-técnicos sean incorporados a la práctica social.

Contar con un SNS integrado ha aportado ventajas como más eficiencia, eficacia, efectividad, racionalidad en el actuar y calidad científico-técnica; además, satisfacción e impacto poblacional positivo.

Como experto, he considerado que la integración constituyó una reforma, pues estos son cambios paulatinos que benefician o mejoran procedimientos realizados a fin de modificar, enmendar, renovar o innovar algo según el contexto en que se aplica. No es un cambio radical y acelerado, se valora como una transformación gradual de un sistema en cuanto a su estructura o institución. En el transcurso del tiempo, el SNS ha sido objeto de transformaciones, de acuerdo con las condiciones de desarrollo sanitario y la situación de salud que ha tenido que enfrentar para alcanzar mayor sostenibilidad en sus acciones y en la participación social. Ello lo diferencia de otros sistemas en los que las reformas están, por lo general, vigentes durante un tiempo limitado (en correspondencia con el período de mandato de un gobierno) y la participación social tiende a ser eventual.

Aunque en lo conceptual reforma y transformaciones se entrelazan, se diferencian en esencia, pues las transformaciones, en el ámbito social son procesos en los cuales participan los miembros de la sociedad civil, en general, o de un colectivo o comunidad, en particular, que trabajan en aras de rehacer o reconstruir componentes de la sociedad donde viven; en tanto las reformas carecen, en ocasiones, de sistematicidad y continuidad.

Transformaciones en el SNS cubano

Las transformaciones del SNS cubano también han sido integrales, contextualizadas y cumpliendo los principios de sostenibilidad, gratuidad y universalidad; con un enfoque promocional, preventivo

e intersectorial, así como de desarrollo científico-técnico e internacionalista.

En cuanto a la atención primaria de salud (APS), las transformaciones han sido las siguientes:

En el primer momento, durante la década de los 60, se basaron en convertir las otrora casas de socorro en policlínicos integrales, donde no solo se ponía en práctica la función de curación, sino la integral —precisamente por tratarse de una atención primaria promocional y preventiva. Por lo tanto, no solo consistió en un cambio de atención médica, sino que implicó el fomento del desarrollo de la higiene y la epidemiología, unido a su vinculación con los hospitales, así como la transformación del subsistema educacional de la salud y otros.

En este período, se elaboraron las metas generales para la realización del Plan de salud pública, de 1962 a 1965, sobre la base de las proyecciones impulsadas por las organizaciones mundial (OMS) y panamericana (OPS) de la salud. En esos años se organiza el SNS, se consolida el Servicio Médico Rural y los nuevos graduados renuncian al ejercicio privado de la medicina. Con ello, se amplía la cobertura asistencial, se inicia la campaña de vacunación y la regionalización de los servicios en los policlínicos integrales y unidades rurales.

En la década de los 70, como segundo momento, se aprecia la continuidad de las transformaciones en la conversión de policlínico integral a comunitario, cuya función no solo era de atención médica individual, sino que proyectaba su trabajo hacia las familias y la comunidad. De este modo, posibilitaba una labor más integrada del sector con la sociedad y los grupos sociales representados en los organismos que participan en las acciones de salud, bienestar y calidad de vida; o sea, se aplicaba el imprescindible principio de intersectorialidad.

Durante esta etapa, se integran los programas hacia la atención básica de salud orientada a la comunidad y, dentro de ellos, el de reducción de la mortalidad infantil. También comienza la descentralización de la docencia en los estudios de Medicina, Estomatología, Enfermería y en los de técnicos de la salud, que empiezan a estudiarse en las demás provincias. Todo ello consolida el SNS único con el modelo de la Medicina en la Comunidad.

El tercer momento, más innovador, de mayor influencia en la salud y bienestar poblacional fue la implementación del modelo del Programa del médico y la enfermera de la familia, en 1984, pilar del plan organizativo del SNS, que parte del primer nivel de atención e integra los servicios de salud en redes, los cuales trabajan con participación social e intersectorialidad dentro de la estrategia de atención primaria de la salud. Ello confiere al sistema un mayor

poder resolutivo, mediante la actuación conjunta con los líderes de la comunidad y los sectores sociales, que se concreta en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), procedimiento básico para comprender las condiciones de una comunidad, sus determinantes sociales y los problemas que deben ser priorizados; asimismo, para planificar acciones destinadas a su mejoramiento.

El equipo básico de salud, integrado por el médico y la enfermera de la familia, coordina, además, acciones con el grupo básico de trabajo, formado por diferentes especialidades, y realiza actividades de promoción de salud, prevención de riesgos y enfermedades, atención médica, ingreso en el hogar y dispensarización en la comunidad. Según el grupo dispensarial, se determina la frecuencia del seguimiento.

En este período, tuvo lugar el perfeccionamiento de la infraestructura a nivel comunitario y su vinculación con la atención hospitalaria, con un alcance más significativo en la higiene, la epidemiología y la microbiología, a partir de la creación de centros especializados para este fin.

Se asumió el reto de enfrentar las enfermedades crónicas no transmisibles, el fortalecimiento de la red de servicios hospitalarios, el Programa de desarrollo de las especialidades médicas, la introducción y extensión de la transplantología y altas tecnologías, así como el desarrollo del polo científico del oeste de La Habana, con centros avanzados, de nuevo tipo, en diferentes especialidades.

La década de los 90 se caracteriza por el Período Especial, lo cual constituyó un reto para la salud pública cubana; a pesar de ello, se preservaron las conquistas y los indicadores sanitarios, se perfeccionó la atención primaria de salud y se revitalizaron los programas contra las enfermedades emergentes y reincidentes, que culminó en la definición de las directrices de trabajo para el año 2000, con el fin de alcanzar —sobre los principios de salud como derecho humano, equidad y solidaridad— la sostenibilidad de los servicios y mantener la cobertura universal, que sustente un sistema único y público de prestación con gratuidad universal. En 1992, se crea la red telemática electrónica Infomed para facilitar el intercambio científico-técnico entre los profesionales y las instituciones del sector.

En el nuevo milenio, ocurrieron cambios sustantivos en lo que se llamaría la cuarta etapa de las transformaciones necesarias del SNS cubano.

A partir del año 2000, se definió la reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria, la revitalización de la atención hospitalaria, la reactivación de la alta tecnología e institutos de investigación y el desarrollo de diferentes programas —inmersos muchos de ellos en los llamados de la Revolución—, con el objetivo de perfeccionar el sistema en general y, en particular, la atención primaria, a través de la

Contar con un Sistema Nacional de Salud integrado ha aportado ventajas como más eficiencia, eficacia, efectividad, racionalidad en el actuar y calidad científico-técnica; además, satisfacción e impacto poblacional positivo.

modernización de los policlínicos, el incremento de hasta treinta servicios —entre ellos, los de oftalmología, estomatología, rehabilitación integral, informatización, medicina natural y tradicional. Además, se incrementó la transferencia de tecnología.

En el año 2010, como parte del proceso de transformaciones necesarias en respuesta a los cambios en el modelo económico y social, los servicios de salud fueron reorganizados, compactados y regionalizados según las particularidades de las áreas, con el propósito de continuar la mejoría de los indicadores, elevar la calidad de los servicios, lograr mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema en función de su desarrollo. Unido a ello se perfeccionó el Programa del médico y la enfermera de la familia, y se integró con el desarrollo de varias especialidades en la comunidad.

En el año 2013, concluyó una investigación realizada por la Escuela Nacional de Salud Pública, a solicitud del MINSAP, con el objetivo de evaluar la pertinencia e impacto de los cambios introducidos a través de indicadores de evaluación de procesos —como son la integración de la red de servicios de salud, atención prenatal, adulto hipertenso, adulto mayor, servicios estomatológicos y satisfacción de usuarios y prestadores en la red de servicios del nivel primario, en territorios y períodos seleccionados. Estos indicadores fueron elegidos por la prioridad que se les concede a estos grupos y servicios.

Entre los resultados estuvieron los siguientes:

Fortalezas

- Nivel de integración en sus cuatro dimensiones (modelo de atención médica integral, planificación, organización y dirección).
- Pertinencia del presupuesto.
- Funcionamiento articulado de las redes de servicios del nivel primario en cada territorio, bajo las direcciones municipales de salud.
- Áreas físicas conforme a la misión institucional en los policlínicos de las provincias visitadas.
- Aplanamiento de las estructuras administrativas.
- Compactación de policlínicos cuya existencia no se justificaba.
- Mantenimiento de los servicios básicos en los policlínicos.
- Estabilidad del médico y la enfermera de la familia.
- Presencia de especialistas para las interconsultas de medicina interna, ginecología y obstetricia, y pediatría en el nivel primario de atención.

- Completamiento de los grupos básicos de trabajo.
- Mayor equilibrio entre demandas, necesidades satisfechas y recursos objetivos y subjetivos, en la atención prenatal.
- Satisfacción de los usuarios con la atención recibida y reconocimiento a la labor realizada por el personal de salud.

Reservas de mejora

- En la toma de decisiones con participación social y en el control de los procesos que se ejecutaban.
- El componente promocional y preventivo en la atención al paciente hipertenso y al adulto mayor.
- El trabajo en equipo e interrelación entre los especialistas.
- Mayor dinamismo para el ingreso a los servicios de estomatología, hogares maternos y de ancianos.
- Integración de la estomatología a la red del nivel primario.
- Estado de la carpintería, iluminación, ventilación, mobiliario clínico y no clínico, y transporte sanitario.
- Atención al hombre.
- Dirección y organización de las redes de servicios de salud.
- Estabilidad de los directivos.
- Comunicación intra e interinstitucional.

Lo hallado condujo a la recomendación de desarrollar intervenciones integrales para la mejoría continua en el Programa del médico y la enfermera de la familia; la observancia de las normas técnicas y tecnológicas en todos los programas y servicios; el plan de mantenimiento constructivo; el transporte sanitario; la atención al hombre; la preparación de directivos en condiciones reales; la preparación científico-técnica de los especialistas del grupo básico de trabajo; los servicios de estomatología y su integración a la red de servicios del nivel primario, y en la participación de los sectores sociales en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud pública. Igualmente, se sugirió que cada provincia realizara una autoevaluación con los instrumentos elaborados para la investigación.

Las recomendaciones guiaron acciones, en los años siguientes, que reforzaron la capacidad resolutoria histórica del SNS y dieron cuenta del avance de las transformaciones necesarias hasta que, en marzo de 2020, algunas debieron detenerse o redireccionarse debido a la pandemia de la COVID-19. No obstante, en dicha situación de crisis se puso a prueba y salió

victoriosa la capacidad de resiliencia del SNS, fundada en años de experiencia actuando sobre la base de los determinantes sociales, la magnitud y trascendencia de los problemas de salud; experiencia surgida también de implementar la vigilancia epidemiológica, la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la educación continua del personal de salud, y del reconocimiento del valor de incluir, en la toma de decisiones y en las acciones, a los sectores estatales, gubernamentales y a la población, de conjunto con la academia y los centros de investigación.

Transformaciones en la formación del personal de salud

Hasta el año 1959, existía una escuela de Medicina y otra de Odontología, fundadas en 1728 y en 1900 respectivamente; ambas situadas en La Habana. La formación del capital humano, en la etapa colonial, tenía un enfoque escolástico y enciclopedista, y en la neocolonial, biologicista y curativo. El costo del ingreso a estos centros y de los materiales necesarios era elevado, lo que imposibilitaba el acceso de la gran mayoría de los estudiantes.

Al inicio de 1959, se favorece la entrada de estudiantes de todas las provincias al estudio de las ciencias médicas mediante un plan de becas. En la década de los 60, la Ley de Servicio rural estableció la obligación de los egresados de prestar servicios asistenciales, por dos años, a la población de áreas rurales e intrincadas, hasta entonces desprotegida. En 1962, hubo una reforma universitaria que sentó las bases de los cambios en la enseñanza de las ciencias médicas. Los programas de estudio fueron renovados para responder a los problemas sociales del país. También se organiza la formación de especialistas, de forma programada, mediante residencias.

Se crean centros de enseñanza de técnicos medios en varias áreas de la salud, que posteriormente, entre 1965 y 1975, se expanden por todo el país. Entre estos centros estuvieron las escuelas de Enfermería.

En 1976, la formación de los estudiantes de ciencias médicas se universaliza y resulta extendida a todo el territorio nacional. Las facultades de Ciencias Médicas y de Estomatología fueron incorporadas al Ministerio de Salud Pública en correspondencia con el desarrollo del SNS. El modelo de formación pasó a ser integral, bio-psico-social, orientado al control de las determinantes sociales en el marco de la APS. Es responsabilidad del sector salud, que lo adecua a sus necesidades y administra la formación con respecto a los canales metodológicos que establece la educación superior.

En la década de los 80, se crean facultades de Ciencias Médicas en todas las provincias del país, organizadas en red; conjuntamente se establece el Destacamento Carlos J. Finlay, con un reglamento que incrementa la exigencia sobre la conducta que mantener y las actividades que desarrollar por los estudiantes desde el ingreso hasta la graduación.

Para favorecer el trabajo de los médicos generales orientados hacia la APS, se creó la especialidad Medicina General Integral, en 1985, la cual prepara en conocimientos y prácticas para la atención integral de salud en la comunidad.

En 1989, se inicia la licenciatura en Tecnología de la Salud en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Hasta ese momento, la formación de los técnicos de la salud era de nivel medio; más tarde, en la década de los 90, se extiende a las demás universidades de ciencias médicas del territorio nacional.

En 1993, se aprobó la especialidad Estomatología General Integral, que comienza a partir de 2004, orientada al trabajo dentro de la APS (vinculado a los consultorios del médico y la enfermera de la familia).

Las modalidades de posgrado, como doctorados, maestrías y otras formas organizativas de la docencia propician la educación continua de profesionales y tecnólogos, lo que garantiza que se fortalezcan las competencias.

La formación del personal de salud se planifica de acuerdo con las necesidades. Para ello interactúan las direcciones municipales, provinciales y los centros universitarios locales, a fin de cumplir el encargo social. Desde 1973, existe un registro nacional de los trabajadores de la salud único, integrado, centralizado, veraz y auditable, el cual genera informes que hacen posible la gestión del capital humano.

La integración docencia, asistencia e investigación es un principio fundamental en la formación de las ciencias de la salud, que, de conjunto con la inserción de los estudiantes en los escenarios docente-asistenciales dentro de la APS, hacen posible la educación en el trabajo y su participación en la resolución de los problemas de la población en cada comunidad. En el proceso de formación, se cuidan los aspectos éticos, morales y se fomentan los valores de humanismo y solidaridad.

Logros y obstáculos en el trabajo del SNS

El SNS ha logrado un mayor nivel de salud, bienestar y calidad de vida en Cuba, con indicadores que demuestran el estado de la salud humana, no solo en lo biológico, sino en lo social, lo cual se ha mantenido por la capacidad de resiliencia ante los obstáculos (amenazas y debilidades).