

==== POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD ====

ISCM-H. Facultad Manuel Fajardo

LA NUEVA SALUD PÚBLICA

Dr. Benito Narey Ramos Domínguez¹

RESUMEN: Se describe el surgimiento y la evolución histórica de las categorías: Medicina Clínica, Salud Pública, Medicina Social y otras. Se señala el interés de varios autores en precisar cuál de ellas debe ser integradora de las demás, prevaleciendo el criterio de señalar como tal a Salud Pública. Ella surge con el nombre de Higiene Pública y, a causa de la amplitud e importancia que progresivamente va tomando, se reconoce, ya en el siglo XIX, el término Salud Pública y desde la primera parte del presente siglo como Ciencia Social Integradora de Múltiples Disciplinas, cuya esencia es la salud de la población.

Descriptores DeCS: POLITICA DE SALUD; SALUD PUBLICA/historia; ESCUELAS DE SALUD PUBLICA/historia.

Durante mucho tiempo los científicos han estado ocupados en determinar, entre las diferentes categorías más generales relacionadas con la salud de la población, cuál pudiera hacer la función de centro o integradora de las restantes.

Estas categorías fueron apareciendo en el decursar histórico, según las necesidades y los nuevos conocimientos relacionados con el proceso salud-enfermedad, nos referimos fundamentalmente a: Medicina Clínica, Salud Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva y Medicina Comunitaria.¹

Desde el siglo XIX y, sobre todo, desde principios del XX, la mayoría de los autores se inclinaron por Salud Pública (SP), como la adecuada, tanto como centro de las demás como para servir como Ciencia Integradora de múltiples disciplinas afines o relacionadas. Por ejemplo, en EUA aparece la Asociación Americana de SP en 1872 y la primera Escuela de SP en 1883.²

En octubre de 1991, en la ciudad de New Orleans, Louisiana, EUA, la OPS-OMS reunió un grupo de consulta, integrado por 11 expertos, con el fin de analizar la situación y las tendencias sobre la teoría y

¹ Especialista II Grado en Organización y Administración de Salud. Especialista I Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Consultante.

práctica de la Salud Pública. Analizaron además los problemas que enfrentan las Escuelas de Salud Pública, los sistemas o modelos de servicios, las condiciones de salud y además, actualizaron las ideas sobre la categoría de salud, acercándose a un consenso en cuanto a definiciones y aspectos conceptuales de la SP como ciencia abarcadora e integradora.³

Llegar a una aproximación o a un acuerdo en nuestro medio, es importante desde los puntos de vista teórico-práctico y didáctico e, incluso, histórico, político y social. Por eso, en un momento donde para hablar de lo mismo, afloran o se multiplican conceptos que crean confusión, es necesario el análisis, al menos, para llegar a un consenso.

Análisis breve de las categorías

MEDICINA CLÍNICA

Los antecedentes de la medicina y de la profesión médica se remontan, prácticamente, a la época en que apareció la escritura, 3 000 años a.e., en los primeros estados esclavistas, aunque se acepta que la medicina científica surge en Grecia (IV a.e.) en la época de *Hipócrates*. La medicina, considerada como una ciencia social, siempre se ocupó fundamentalmente, de los aspectos curativos y de la clásica relación médico-paciente, con menos posibilidades sobre los aspectos preventivos. Su enseñanza comienza de manera formal en la India, siglo VI a.e., pero de modo más racional en Grecia, siglo IV a.e. En el siglo XIII aparece la primera Escuela de Medicina en Salerno, Italia.⁴

SALUD PÚBLICA

La categoría SP ha venido evolucionando desde la época de *Hipócrates*, cuando

se comenzó a hablar de la influencia del ambiente físico y social en la salud de la población.

Para *H. Sigerist* la Salud Pública tiene sus raíces en la religión, pues la limpieza era concebida con sentido espiritual, tal como se expresa en el libro Levítico, 1 500 a.e., pero aclaran que los primeros momentos de la SP fueron en Roma antigua, cuando se conocieron con la denominación de Higiene Pública, que se dedicaba a los aspectos preventivos relacionados con el ambiente físico, en especial agua y acueductos.⁴

El desarrollo de la Higiene Pública se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial (XVIII) con *Raus*, *Ramazini* y, sobre todo, *Johan Peter Frank*. Este último es considerado el "Padre de la Salud Pública" y estableció la policía médica. En ese momento es cuando el Estado, para conservar las fuerzas productivas, toma mayor partido en el control del agua y la limpieza, agregando también algunos aspectos sobre el modo de vida, como el control de alimentos y de las enfermedades profesionales.⁵

El siglo XIX fue de grandes avances en la medicina por la aparición de equipos médicos y los descubrimientos de la bacteriología realizados por *Pasteur* en 1870 y *Koch* en 1882. Conjuntamente con lo anterior y la aparición de la medicina social, en la segunda mitad de este siglo, se incentiva el desarrollo de la SP, ampliándose las medidas sanitarias por los Estados e iniciándose el desarrollo de los servicios de salud, como ocurrió en Rusia en 1865 y en Alemania en 1883.⁵ Debemos recordar que también para Cuba este siglo constituyó un momento de esplendor de la SP, por los trabajos e investigaciones de *Tomás Romay* y *Carlos J. Finlay*.

En la primera mitad del siglo XX, a causa de un despertar por el interés sanitario, se realizan adelantos en este campo y sur-

gen los ministerios de SP. Con relación a esto último existe un hecho histórico de gran importancia al crearse en Cuba el primero del mundo, como Secretaría de Sanidad y Beneficencia, y después fueron surgiendo en Alemania, Inglaterra, Francia y otros.⁶

Se destacan en esta época autores como *Sigerist, Rosen, Lee y Jones* y surge una de las primeras definiciones de SP, al menos una de las más conocidas, hecha por el norteamericano *Winslow* en 1920, que por su importancia se reproduce a continuación:⁷

"SP es el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio; el Control de Enfermedades Transmisibles; educación en Higiene personal; organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios para que cada ciudadano se encuentre en condiciones de su derecho natural a la salud y a la longevidad".

La prevención marca el inicio de una nueva etapa después de la primera revolución epidemiológica, lo que se incrementa con la segunda revolución epidemiológica. Así la SP continúa ampliando su campo y sus funciones e integra a la atención preventiva de las personas y la del ambiente natural, el entorno social y también los aspectos de la atención curativa.

El conservadurismo político en Inglaterra que eliminó el término SP retrasó su uso en muchas partes del mundo, pero actualmente existe un amplio consenso en que la SP se ha convertido en una ciencia integradora y multidisciplinaria.¹ No obstante, persisten aún algunas diferencias

como en Canadá y en otros países de América Latina que comentaremos más adelante.

La Salud Pública en Cuba

En Cuba ha existido una fuerte preferencia por la concepción de la SP. Aún desde la época colonial, en 1842, al crearse la Facultad de Medicina en la Universidad de La Habana con la reforma universitaria, ya se impartía la asignatura Policía Médica, Higiene Privada e Higiene Pública. [*Delgado GG*. La formación de salubristas en Cuba, breves apuntes históricos. Folleto Escuela de Salud Pública. La Habana 1996]. A lo anterior debe añadirse la trascendencia de los trabajos e investigaciones de *Tomás Romay* a principios del siglo XIX y, sobre todo, de los descubrimientos de *Carlos J. Finlay*.

El 29 de mayo de 1902, con el objetivo de fortalecer la organización sanitaria, se transfieren todos los servicios de sanidad y beneficencia para el recién creado Departamento Nacional de Sanidad, en la Secretaría de Gobernación. Su secretario, el insigne médico, profesor y académico doctor *Diego Tamayo Figueredo*, designa a *Finlay* como Jefe Nacional de Sanidad y también en la jefatura del Departamento de Sanidad Municipal de La Habana. *Finlay* selecciona entre sus colaboradores a *Juan Guiteras, Arístides Agramonte, Antonio Díaz Albertini, Emilio Martínez* y otros, quienes desarrollaron en forma amplia los campos de la investigación, la docencia y la atención de salud, tanto en lo preventivo como de la medicina curativa.

Después de la segunda intervención norteamericana, al restaurarse la República mediatizada en enero 1909, entra en funciones, según la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia para la organización de la Salud

Pública unificada y en su dirección se nombra al doctor *Matías Duque Pardo*, prestigioso coronel del Ejército Libertador. Le suceden varios secretarios, hasta que se designa a *Guiteras* en 1921, hasta 1922, cuando en el apogeo de una aguda crisis económica, es destituido por el interventor norteamericano *Crowder*. [Rojas OF. Historia de la Protección de la salud de la población ISCM La Habana.] Así terminaba lo que fue considerado por el norteamericano *M. Roemer* "La Época de oro de la Salud Pública en Cuba",⁸ desarrollo que fue interrumpido por los desgobiernos de turno, incluyendo las dictaduras de Machado y de Batista, hasta que con el triunfo de la Revolución Cubana se redimensiona SP y alcanza los resultados extraordinarios que hoy constituyen un motivo de orgullo para nuestro país.

Esto último quiere decir que después de 1959 continuaron perfeccionándose las concepciones en SP, y esto nos obliga a considerarla como la categoría principal en el campo de la salud y como ciencia integradora. Solamente para recordar, independientemente de los resultados obtenidos en las condiciones de salud, citemos como ejemplo en el tema que nos ocupa, las siguientes acciones:

- Se cambia el nombre de Ministerio de Salubridad y Asistencia Social por el de Ministerio de Salud Pública.
- Reapertura del Instituto Carlos J. Finlay como Escuela Formadora de cuadros en 1959 (fundada en 1927 como Instituto CJF para Escuela Sanitaria, cerrada por la dictadura de Batista).
- Se eleva al rango de Dirección Nacional la Escuela de Salud Pública Carlos J. Finlay, 1963.
- Pasa la Escuela de SP al antiguo hospital de la policía en 1965, ampliando sus fun-

ciones, bajo la dirección del doctor Carlos Martínez Reyes.

- Se crea el Instituto de Desarrollo de la Salud en 1976, comenzando la Residencia y la Maestría de Salud Pública.
- Es aprobada la Ley de la Salud Pública por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 13 de julio 1983.
- Se inicia la Facultad de Salud Pública, 1987, adscrita al ISCM-H, ahora como Escuela de Salud Pública.
- Se cambia el nombre de la Revista Cubana de Administración por Revista Cubana de Salud Pública en mayo de 1998.
- Se integran las asignaturas Higiene, Epidemiología y Administración en la asignatura de SP en 1996.

MEDICINA SOCIAL

En la segunda mitad del siglo XVIII, surge en Francia la Higiene o Medicina Social (MS). Higiene para *J.A. Rochoux* (1838), quien la separa de la higiene individual, y Medicina Social para *J. Guerin* (1848). Su surgimiento fue motivado por el avance del movimiento progresista, enfrentado a la corriente conservadora contagionista prevaleciente, sobre todo, de los franceses *R. Virchow*, *Villermé*, *Guerin*, *Rochoux*; el alemán *S. Newman* y los liberales ingleses como *Chadwick*.⁹

La MS se consideró originalmente como la ciencia que estudia la influencia de los problemas sociales sobre la salud y la enfermedad y sus principios fueron enunciados por *Newman* de la forma siguiente:

- La salud del pueblo es un problema de toda la sociedad;
- La sociedad tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros;

- Las condiciones sociales determinan la salud y la enfermedad y deben ser estudiadas;
- La terapia médica debe estar junto a la social.

Su continuador, *Grotham*, propugnó en 1911 la necesidad de la enseñanza de la Medicina Social. En general, la MS ha derivado en diferentes países hacia la práctica en la atención médica. Creo que no es preciso comentar que en Cuba las concepciones son muy similares a las ideas originales de esta ciencia.

MEDICINA PREVENTIVA. MEDICINA COMUNITARIA

Para algunos autores ha existido una gran confusión entre Medicina Social y Salud Pública y también de estas con Medicina Preventiva y Medicina Comunitaria.

Para *M. Terry*, tanto la Medicina Preventiva como la Comunitaria surgen en EUA, ambas para oponerse a la Medicina Social. La Medicina Preventiva aparece en el momento del incremento de la prevención de enfermedades en EUA (segunda revolución epidemiológica), pero su concepción siempre quedó en manos de los médicos y teniendo como centro la Medicina Clínica y, por tanto, el enfoque médico.¹

Para este último autor la Medicina Comunitaria surge como sustituta de la Medicina Social, ya que esta es muy parecida al socialismo y se orienta más a la actividad y responsabilidad en el nivel local y menos a la nacional. De todas formas, la palabra clave en ambas, tanto para la Preventiva como para la Comunitaria, es Medicina, por tanto, los términos prácticamente son similares.

La Nueva Salud Pública

Como mencionamos al principio, para la mayoría de los expertos y especialistas

existe el consenso de considerar a la SP, cuya esencia es la salud de la población, como ciencia integradora de diferentes disciplinas afines y de otras como la Economía, la Administración, las Ciencias Sociales y de la conducta (Sociología, Antropología, Psicología Social).

Esta amplia concepción integradora de múltiples ciencias de la SP, es uno de sus aspectos importantes donde se incluyen: Epidemiología; Bioestadística; las Ciencias Biológicas; Ingeniería de SP; Sociología; Economía y Economía de la SP; las Ciencias Sociales, incluyendo de la conducta, Ciencias Políticas; de Administración y otras.

En la categoría de SP se debe analizar tanto el significado de "salud" como el de "pública". La palabra "pública" no se relaciona con el tipo de servicios (estatal, privado, mixto o no lucrativo), sino con el criterio de que la SP alcanza a toda la comunidad y al individuo sin distinciones, con equidad.

En cuanto a "salud" se refiere tanto a la salud o enfermedad individual como a la colectiva. Tiene además la consideración de que la definición de salud y de enfermedad no se enfocan como 2 categorías opuestas ni de forma estática, sino como un proceso: el proceso salud o enfermedad, que puede ser definido como "Un proceso en relación con el bienestar físico, mental y social, que es individual, particular y global, dinámico y variable y consecuencia de múltiples factores positivos o negativos".

DEFINICIÓN DE LA SP

Anteriormente señalamos la definición de *Winslow* de 1920 y ahora agregamos otras 3:

- "La SP se define como el sistema de medidas estatales, socio-económicas y médico-sanitarias encaminadas a la preven-

ción y tratamiento de enfermedades, disminución de la mortalidad y morbilidad, así como garantizar a la población condiciones de vida y trabajo que permitan elevar la capacidad laboral y prolongar el promedio de vida útil de los hombres", *Lisitsin* 1981. [Lisitsin ME. La higiene social y organización de salud pública. La Habana, IDS. 1981:14-39.]

- "Actividad Gubernamental y Social importante, de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. La palabra clave es Salud". *M. Terry*.
- "La aplicación de las ciencias sociales, biológicas y de conducta, al estudio de las poblaciones humanas con 2 objetivos: estudio epidemiológico de las condiciones de salud, la investigación de los servicios de salud y la respuesta Social a los problemas de salud. Su esencia es la Salud de la Población". *J. Frenk* 1991. [Frenk J. La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública. OPS. Resumen en Escuela de Salud Pública, La Habana, 1992].

CARACTERÍSTICAS DE LA SP COMO CIENCIA

La SP se considera hoy como una ciencia que cumple con los preceptos fundamentales de cualquier ciencia, a saber:

- *Objeto de Estudio*
La salud de la población, la respuesta de la sociedad a los problemas de salud.
- *Regularidades*
Las leyes económicas fundamentales. Los principios de la SP cubana: orientación profiláctica; carácter estatal socialista; participación de la población; accesibilidad y

gratuidad; integridad y desarrollo planificado; internacionalismo; la unidad entre la investigación-docencia-atención de la salud.

- *Categorías; métodos y técnicas*
- *Instituciones y Profesionales*

CAMPOS DE LA SP

Los campos de la ciencia SP están intervinculados dialécticamente y son: la investigación, docencia y práctica de la SP:¹⁰ (fig.).

Investigación: para la producción de nuevos conocimientos, tanto del estado de salud de la población y sus componentes, como de sus determinantes: el modo y los estilos de vida, el medio ambiente natural, los servicios de salud y los factores biogenéticos, así como de las respuestas de la sociedad a los problemas de salud.

Docencia: para la reproducción y enseñanza de los nuevos conocimientos en todos los niveles, tanto en pregrado como en posgrado, manteniendo la educación continuada en el estudio de las disciplinas más importantes y puntuales que la integran. La educación o capacitación es una de las tareas más importantes. Al graduarse se le considera como un especialista o profesional de la SP y que tradicionalmente se ha denominado como salubrista o sanitarista.

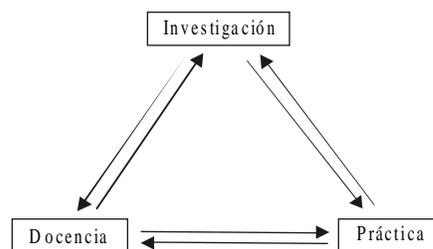


Fig.

Práctica: respuesta y acciones organizadas de la sociedad para dar solución a los problemas y necesidades de salud de los individuos y población. Necesidad de estudiar y aplicar las Reformas de los Sistemas y de nuevos modelos, y su perfeccionamiento. Las reformas son consideradas como procesos de cambios estructurales profundos en lo político, lo técnico y lo administrativo, para lograr a mediano o largo plazo, la cobertura de servicios de salud para la población y lograr: equidad, solidaridad, universalidad, integridad, participación, descentralización.¹¹ Para la práctica, la Salud Pública es imprescindible en el cumplimiento de algunos componentes fundamentales.

COMPONENTES DE LA SALUD PÚBLICA COMO PRÁCTICA:

- La SP es una ciencia multidisciplinaria y de amplio alcance.
- El enfoque de la atención es individual y colectivo, poblacional.
- La salud y enfermedad se consideran como un proceso determinado por múltiples causas.
- Incluye el ambiente físico, químico, biológico y el social.
- Orientación integral: Prevención primaria, secundaria y terciaria; y primordial-

mente de la promoción y prevención de enfermedades.

A pesar de que la mayoría de los autores están de acuerdo con lo anteriormente apuntado, persisten inquietudes y existen otros científicos, por ejemplo, en Latinoamérica, que continúan profundizando sobre el tema.

Como ejemplo de lo anterior *J. Breilh* y *Granda* en Ecuador, *J. Paim* en Brasil, que hablan de "Salud Colectiva" en lugar de SP y, sobre todo, los primeros plantean que el término incluye la necesidad de transformación de la sociedad y de la participación de los grupos poblacionales en la producción social, es decir, en la producción, la distribución, y el consumo.¹² En Canadá se hace más énfasis en la organización de la práctica y estrategias locales. [ACSP. Enfocando la Salud: La salud pública en la restructuración de los Servicios de Salud. Asociación Canadiense de SP. Documento de estudio. Febrero 1996.]

Por último, debo recordar que recientemente (1998) se realizó, en México, una reunión amplia, con todos los países, como continuadora de la reunión de New Orleans. Los conceptos que mencioné se mantienen y se acordó designar una comisión presidida por *Carlyle Guerra de Macedo* con el fin de estudiar las funciones que debe desarrollar la SP y las necesarias modificaciones que requieren las Escuelas de SP. (Comunicación personal de *Mario Pichar* asesor de OPS. La Habana).

SUMMARY: The emergence and historical development of the categories clinical medicine, public health, social medicine and others are described in this paper. the interest of a number of authors in determining which of these categories should comprise the others is pointed out, being the prevailing criteria that public health should be the integrating category. it emerged under the name of public hygiene and as a result of its progressive extension and importance, the term public health was already recognized in the 19th century and since the first part of the present century it was accepted as a comprehensive social science of multiple disciplines whose essence is the population' health.

Subject headings: HEALTH POLICY; PUBLIC HEALTH/HISTORY; SCHOOLS, PUBLIC HEALTH/HISTORY.

Referencias bibliográficas

1. Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social- Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana. Edit. Ciencias Médicas. 1988: 1-5.
2. ———. La profesión de SP. J. Public Health Policy 1985:7-13.
3. OPS. Teoría y práctica de la salud pública. Documento resumen Escuela de Salud Pública La Habana, 1992.
4. Sigerist H. Filosofía de la higiene En: Historia y sociología de la medicina, selecciones. Bogotá: G. Molina 1974: 32-9.
5. Ramos BN, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1990:125-43.
6. Roemer MI. Perspectiva mundial de los servicios de salud México DF: Editorial Siglo XX, 1981: 9-21.
7. Hamlon JH. Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria. 3 ed. México, DF: La prensa Médica Mexicana, 973;1-11.
8. Roemer M. Recursos y servicios de salud de Cuba. OPS-OMS 1976.
9. Ramos BN. Programa de saúde de familia. Campinas: Milenium 1998, 71-7.
10. Frenk J. La salud pública campo del conocimiento y ámbito para la acción. Rev Salud Pública Méx.
11. Isaza NP. La reforma del sector de salud. Rev. Educ.Med. Salud.1995; (3-4):270-85.
12. Breith J. Epidemiología, economía, medicina y política. México DF: Fontamara, 1991:25-34.

Recibido: 7 de septiembre de 2000.
Aprobado. 20 de septiembre de 2000
Dr. Benito Narey Ramos Domínguez. ISCM-H.
Facultad de Medicina Manuel Fajardo. Ciudad de La Habana, Cuba.

INVESTIGACIÓN

Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

UN ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA

Dr. Rafael Araújo González¹ y Lic. Guillermo Díaz Llanes²

RESUMEN: Se propone una aproximación a la comprensión de la violencia y sus determinantes macrosociales, microsociales e individuales, a partir de un enfoque sistémico que toma el concepto de *actividad* como elemento metodológico fundamental, a la vez que establece su concreción en los niveles más generales como modo de vida y en el individual como estilo de vida.

Descriptores DeCS: ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS; PROBLEMAS SOCIALES; VIOLENCIA; ESTILO DE VIDA.

La violencia, a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, donde el elemento etiológico-biológico desempeña como regla un papel fundamental; en sentido social, constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en el nivel social, psicológico y biológico.

En la comprensión de los determinantes del proceso salud-enfermedad humano, múltiples interpretaciones han existido, des-

de la clásica que confiere mayor protagonismo a los procesos estrictamente biológicos, hasta las más modernas que consideran el importante papel que desempeñan los procesos psicológicos y sociales en la producción de la salud o la enfermedad. De este modo, el análisis de los determinantes de cualquier problema de salud objeto de estudio o análisis, debe ser presidido por un enfoque holístico integrador, donde la concepción de la actividad, constituye un elemento metodológico fundamental.

La naturaleza cambia de forma con la actividad humana, creándose una segunda

¹ Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular.

² Máster en Psicología de la Salud. Profesor Asistente.

naturaleza, la naturaleza humanizada en la cual está inmerso el propio hombre. De modo que a través de la actividad humana se transforma no solo la naturaleza que rodea al hombre, sino también el propio hombre en el proceso de su existencia. Pero la actividad, en su sentido más general es toda relación del hombre con el mundo, de modo que existe una "actividad biológica humana expresada como activismo dirigido de los sistemas vivos, surgido sobre la base de sus relaciones con el medio circundante con el fin de autoconservación", y una actividad psicológica y sociocultural que forman parte integrante del proceso general de actividad humana. De este modo, la actividad humana comprende procesos biológicos, psicológicos y socioculturales que se presentan a través de un conjunto de múltiples interacciones.

Visto así de modo todo abarcador, es en la actividad humana donde tiene lugar el proceso salud-enfermedad humano,¹ y de esta interacción resulta todo problema de salud del hombre. En este sentido, la violencia constituye un problema de salud humano, que, además de ser un factor de riesgo de muchas enfermedades y problemas de salud, está determinado por múltiples interacciones sistémicas de carácter biológico, psicológico y social, que se entrelazan en una red de interacciones contenidas en la actividad humana.

La actividad humana como concepto abstracto que refleja toda relación del hombre con el mundo, encuentra su concreción en el modo de vida, que no es más que la actividad humana en distintas esferas de la sociedad, es decir, en la esfera productiva o laboral, educativa, recreativa, formativa, sexual, etc. Es a través de estas actividades que la actividad humana abstracta alcanza un determinado nivel de concreción que hace operacionalizable el concepto de acti-

vidad sustantivado bajo el concepto de modo de vida.

Por supuesto, que el modo de vida tiene manifestaciones peculiares en el nivel social o de toda la sociedad, y manifestaciones más particularizadas en el nivel de determinados grupos humanos ya sea la familia, el grupo de trabajo, el grupo de amigos, el grupo de recreación, entre otros. De manera que la actividad humana en diferentes esferas de acción se va concretando en niveles de manifestación de la actividad con características y peculiaridades propias en cada caso.

Las diferentes manifestaciones de la actividad humana en el nivel individual se conocen con el nombre de estilo de vida individual, que peculiariza sus características específicas en el nivel del individuo. La integración de todos estos elementos en el orden teórico nos permite construir una matriz estructural de razonamiento que contiene no sólo los diferentes componentes de la actividad humana en esferas, sino también los distintos niveles concretos en los que se manifiesta esta actividad con singulares características.

Toda esta estructura teórica, se convierte en un importante instrumento metodológico para el abordaje de cualquier proceso salud-enfermedad o problema de salud, de la cual no escapa, el análisis o estudio de la violencia como problema de salud.

En la comprensión de los determinantes del fenómeno violencia como problema de salud debe tenerse en cuenta que en él toman parte tanto procesos estrictamente biológicos, hasta procesos psicológicos y sociales que participan en su producción. Un estudio de la literatura acerca del tema muestra que la alimentación inadecuada, dietas basadas en azúcares e hidratos de carbono refinados, así como la ausencia de

vitamina C o la intoxicación por plomo pueden provocar un aumento en la velocidad de destrucción neuronal y ello conducir a determinadas manifestaciones de violencia.² Pero las variaciones biológicas que tienen lugar en el organismo no ocurren de manera espontánea en la gran mayoría de los casos, y en el caso específico de las conductas violentas, las condiciones que agreden o violentan la estructura biológica y psíquica de los individuos, tienen lugar solo a través de conductas fijadas por la estructura socioeconómica y sociocultural de la sociedad y de los grupos humanos, así como de las conductas personales de los individuos. De manera que la biología, y hasta la propia psiquis humana, está mediatizada por la actividad sociocultural del hombre que no tiene una expresión estrictamente personal o individual, sino que debe ser analizada en el contexto grupal y social en que se desenvuelven los distintos individuos.

Por otro lado, la conducta violenta tiene entre sus elementos de contenido, manifestaciones e implicaciones fundamentalmente psicológicas emocionales, que tampoco deben estudiarse al margen de los condicionantes grupales y sociales en que se desenvuelven. El espectador participa emocionalmente de la acción del héroe frente a la pantalla, mientras el electroencefalograma muestra que las ondas alfa siguen el ritmo del movimiento del acto.³ De modo que los procesos biológicos y psicológicos asociados al fenómeno violencia, se realizan solo y a través de la actividad sociocultural del hombre condicionada grupal y socialmente.

La prevalencia de alcoholismo, drogadicción, la baja autoestima, conducen a sus miembros a fungir como victimarios de violencia. Condiciones socioeconómicas y culturales en el nivel social, predeterminan valores y conductas grupales que luego alcanzan su expresión más concreta en el

nivel individual, pero, en este sentido, de forma casi predeterminada. Así, la producción de violencia está determinada por condiciones individuales, grupales, sociales, históricas y culturales.²

La determinación estrictamente social de la violencia, está caracterizada entre otras cosas, por las peculiaridades del nivel de desarrollo de los países y las regiones. Así, en los países desarrollados la tendencia mayor de manifestaciones de violencia se encuentra en los crímenes contra la propiedad, mientras en los países en desarrollo, en la violencia contra las personas.³

En el nivel de la determinación social de la violencia, esta se presenta como una estrategia de lucha contra el dominio y mantenimiento del poder. En este sentido, su manifestación más fuerte aparece como la violencia de las clases en el poder basados en fuerzas organizadas por el Estado representada en la fuerza de los órganos legislativos y judiciales, que tienen su impacto de una u otra manera en los dominios general, particular e individual de la vida social.³

No obstante, las fuerzas del Estado no son ni con mucho, las únicas manifestaciones de violencia que se expresan en el nivel social. Las contradicciones que emanan del enfrentamiento de intereses entre grupos sociales y de poder, constituyen importantes fuentes generadoras de violencia. Tal es el caso de las pugnas, muchas veces cruentas, que existen entre grupos mafiosos, paramilitares, guerrilleros, y hasta grupos dentro del propio ejército, que por su carácter complejo y enmarañado son difíciles de desentrañar y entender.

Por otra parte, el hambre provoca frustración y aumenta la probabilidad de reacción violenta de las personas. Unido a ello, el analfabetismo y la subescolarización, características de las estructuras sociales subdesarrolladas, imposibilitan el acceso a recursos intelectuales y educativos que po-

drían servir de base a una adecuada adaptación al medio.

En un nivel más bajo de la estructura social, la convivencia en la familia como reproductora de cultura o de violencia (como muchas veces sucede), se transforma, de un medio de educación y formación para la vida en una escuela para aprender violencia como forma "eficaz" de solucionar conflictos.⁴ Así, en una estructura de formación de valores como la construcción social de género, están contenidas relaciones de poder-subordinación a que marcan la impronta de una estructura de conducción de las acciones para la actuación. La violencia matrimonial tiene sus raíces en 3 elementos fundamentales: la construcción social de género, la legitimación social del uso de la violencia y por último, en la doble moral transmitida desde lo social. También en el nivel de la familia tiene lugar un tipo de violencia hacia el niño, de conformidad con viejas concepciones educativas que le permiten a los padres el derecho de ejercerla. En este nivel, las motivaciones personales pueden considerarse secundarias frente a la determinación colectiva a partir del papel que ejercen los valores y los patrones culturales preestablecidos.⁴

La génesis de estas dificultades generalmente puede situarse en circunstancias externas de carácter económico-social que hacen proliferar a las llamadas familias empobrecidas. Como regla, la pobreza conlleva a la transmisión de deficiencias educativas, pesimismo y resentimiento hacia el ambiente que resulta hostil o represor, provocando un nivel de frustración que aumenta la probabilidad de reacción violenta entre los miembros,⁴ que a su vez funciona como modelo para los hijos.

En otro lado de la estructura social, la escuela muchas veces se convierte en un espacio donde se exhiben continuamente conductas violentas, en ella continúa el

aprendizaje de violencia iniciado en el seno familiar, y se convierte a su vez en un espacio reforzador de la discriminación social de que son objeto las familias empobrecidas, al etiquetar a los niños que de ellas provienen como malos estudiantes, y por ende hacerlos víctimas del olvido educativo.

Estas condiciones favorecen el desmembramiento familiar precoz y la filiación a grupos en los que prevalece un sistema de valores que privilegia el recurso de la fuerza como método por excelencia para el logro de objetivos inmediatos. Estos grupos se convierten en una importante red de apoyo a la violencia, principalmente causados por la motivación de la participación y la pertenencia espontánea dentro de ellos.

Situados en una perspectiva biológica, si bien las pruebas de heredabilidad de la violencia en el hombre son aun fragmentarias, la consistencia que transculturalmente muestra el predominio de los varones como perpetradores de violencia y los elevados niveles plasmáticos de testosterona que los diferencia de las mujeres, hacen suponer una relación entre la violencia y algunos determinantes hormonales. Por otra parte, la identificación de áreas corticales asociadas a la violencia resulta prometedora en cuanto al esclarecimiento de áreas asociadas a la violencia resulta prometedora en cuanto al esclarecimiento de la influencia cortical en la conducta agresiva.²

La concreción de la violencia en el nivel individual se materializa en el estilo de vida, que resulta la manifestación estable y empíricamente contrastable de la actividad en ese nivel.⁵ El estilo de vida va a ser la resultante de la interacción entre el modo de vida en los niveles macro y micro sociales y la biología, regulados por la personalidad del sujeto mediante la instancia superior de toma de decisiones, que organiza la compleja relación funcional entre sus dife-

rentes instancias o subsistemas, entre los que se encuentran el de las necesidades y motivos individuales, el de imagen del mundo, las relaciones, las normas y los valores sociales y el de reflejo de sí mismo.

Desde la perspectiva de la regulación psíquica individual, la violencia va a participar en la determinación de la salud en 2 sentidos, por una parte, las emociones negativas que induce (temor, ira, ansiedad y depresión), intervienen en el mecanismo interno de producción de enfermedades de diversa índole, en sujetos con estilos neuróticos de adaptación, ya cronicados.⁵

Por otra parte, la validación social de la violencia como vía para el éxito, determina su impregnación en diversos subsistemas de la personalidad que al participar de forma relevante en la toma de decisiones del sujeto, dan como resultado un estilo de vida obstaculizador de la salud, en tanto expone al individuo y a los grupos al daño y la muerte.

La pobreza provoca un efecto negativo en la esfera motivacional del sujeto, principalmente a través de las deficiencias educativas, que lo privan de la información y las habilidades cognitivas que permiten complejas elaboraciones en las que pueden involucrarse altos valores sociales que, dado su carácter abstracto y su expresión funcional mediata, necesitan de un elevado dinamismo y una gran estabilidad motivacional, de manera que el individuo orienta su actividad hacia la búsqueda del placer que emana de la satisfacción de necesidades inmediatas como única alternativa. En tal sentido, las necesidades y motivos asociados a la supervivencia, para ser

satisfechos encuentran en la conducta agresiva una vía idónea de expresión funcional inmediata.

La carencia de tal sistema de normas y valores restringe además el contenido de la imagen del mundo, subsistema de la personalidad comprometido con el "ensayo" en el plano interno de la toma de decisiones y sus posibles consecuencias, concediendo relevancia a las conductas que propician la satisfacción inmediata de sus necesidades, pese al daño social que puedan proferir.

Estas limitaciones en el contenido y la expresión funcional de la esfera motivacional, son en parte responsables de la presencia de una autoestima fundada básicamente en la autoeficacia para la consecución de los motivos antes mencionados, de manera que el éxito a expensas de la violencia, al elevar la autoestima, sirve como reforzamiento a dicha conducta; mientras que la frustración ante el fracaso, aun cuando disminuye la autoestima, puede también aumentar la probabilidad de reacción violenta.

De este modo, se van integrando los diferentes elementos determinantes de la conducta violenta en el nivel social, que, conteniendo en sí misma procesos biológicos y psicológicos, ellos no tienen lugar sino solo a través de la acción sociocultural del hombre, la cual tiene determinaciones macrosociales, grupales e individuales. Un enfoque integral de intervención hacia la conducta violenta, debe tener en cuenta, no solo los componentes biológicos, psicológicos y sociales, sino también las peculiaridades sociales, grupales e individuales de su determinación.

SUMMARY: The paper sets forth an approach to the understanding of violence and its macrosocial, microsocal and individual determinants on the basis of a systemic approach that takes the concept of activity as a fundamental methodological element and at the same time establishes

the materialization of violence as a way of life at most general levels and as a life style on an individual basis.

Subject headings: EPIDEMIOLOGIC STUDIES; SOCIAL PROBLEMS, VIOLENCE, LIFE STYLE.

Referencias bibliográficas

1. Araujo González R. El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad. Análisis crítico para su evaluación. Rev Ateneo OPS, 1994;2(2-3):14-25.
2. Ver. La violencia . Rev Muy interesante, 1993; 12(6):18.
3. Campaña; A. Hacia una cultura no hegemónica de la violencia. Madrid Edt. Díaz de Santos 1997:32-47.
4. Bell, NW, Vogel, E: Toward a framework for functional analysis of family behavior, New York: The Free Press 1994:34-49.
5. Pérez Lovelle, R. La psiquis en la determinación de la salud La Habana: Editorial Científico Técnica. 1989:57.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo del 2000.

Dr. *Rafael Araujo González*. Facultad de Salud Pública, Ave. 31 esq. 146, Playa 1600, Ciudad de La Habana, Cuba.

Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay"

SOCIOLOGÍA Y SALUD. REFLEXIONES PARA LA ACCIÓN

Lic. Nereida Rojo Pérez¹ y Dra. Rosario García González²

RESUMEN: El presente trabajo tiene como propósito más general aportar algunos elementos teórico-prácticos para la reflexión acerca de la relación Sociología y Salud, desde la perspectiva de la Salud Pública, así como identificar las principales áreas de acción del sociólogo en su desempeño profesional como miembro del equipo de salud y los dilemas que tal interacción puede enfrentar. Desde el punto de vista metodológico se hace un análisis de los conceptos fundamentales en su devenir histórico, así como de sus formas de expresión en la práctica concreta de los servicios de salud.

Descriptores DeCS: SALUD PUBLICA/ tendencias; SERVICIOS DE SALUD.

"Las ciencias de la salud son típicamente ciencias de frontera. Las soluciones surgen de las áreas de contacto entre la medicina, la biología, la farmacología, la química, las ciencias sociales, etc... Avanza no sólo el que tenga más conocimientos, sino el que mejor los combine".

Agustín Lage

Abordar la esfera de la salud, independientemente de la esfera social, sería asumir un modelo abstracto y unilateral que nos daría una visión distorsionada de la realidad¹ puesto que el hombre al que se quiere brindar salud es un ser vivo que piensa, siente, actúa y se desarrolla en sociedad.

La consideración de lo social en las ciencias y la práctica médicas, así como la determinación social de la salud y la necesidad de las Ciencias Sociales para su comprensión científica, es algo ampliamente reconocido, argumentado y que se remonta a los orígenes de las Ciencias Sociales y de la Salud, puesto que las condiciones históricas que en el siglo XVIII dieron origen al pensamiento clínico fueron las mismas que posibilitaron el surgimiento paralelo o ulterior de las distintas ciencias del hombre.

Este abordaje social de los problemas de salud ha asumido distintas perspectivas en dependencia de cual sea la disciplina que las sustenta: medicina social, sociología

¹ Máster en Salud Pública y Tecnología Educativa. Licenciada en Sociología. Profesora Titular e Investigadora Agregada.

² Doctora en Ciencias Sociológicas y Máster en Tecnología Educativa. Investigadora Titular. Instituto Nacional de Endocrinología.

médica, higiene social, epidemiología social, medicina colectiva, etcétera,²⁻⁴ y en su devenir histórico no ha carecido de situaciones problemáticas y dilemas prácticos a causa tanto del predominio histórico de una concepción biologizadora como del relativo menor desarrollo que ha tenido la Sociología de la Salud como rama de las Ciencias Sociológicas, si se le compara con la sociología política o la histórica. También hay que tener en cuenta que "dada la enorme velocidad de acumulación de conocimientos entre los especialistas de un campo específico, la velocidad de intercambio entre campos científicos diferentes se convierte en una limitante del proceso creativo".¹

Sin dudas, lo que hoy se denomina *Sociología de la Salud* es una rama del conocimiento aún en construcción, donde deberá definirse qué grado de autonomía y qué tipo de relación tiene la esfera de la salud con la totalidad social y/o con cada una de sus partes; y cómo han influido las diferentes corrientes sociológicas en las investigaciones y acciones de salud, campo en el cual los sociólogos tienen posibilidades para desarrollar sus potencialidades como científicos capaces de transformar la realidad en su nivel de competencia.

El presente trabajo tiene como objetivo abordar estos aspectos aportando algunos elementos teórico-prácticos para la reflexión acerca de la relación Sociología y Salud, desde la perspectiva de la Salud Pública, así como identificar las principales áreas de acción del sociólogo en su desempeño profesional como miembro del equipo de salud y los dilemas que tal interacción puede enfrentar. Metodológicamente se hace un análisis de los conceptos fundamentales en su devenir histórico, tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

Objetivos

- Aportar elementos teórico-prácticos acerca de la relación.
- Identificar las áreas de interacción y los dilemas que presentan.

La sociología y la salud pública a partir de sus definiciones conceptuales

La sociología es la ciencia que estudia las regularidades del desarrollo y funcionamiento de los sistemas sociales, tanto globales como particulares.⁵ Estudia la concatenación de los distintos fenómenos sociales y las regularidades de la conducta social del hombre. Una definición más pragmática señala que se ocupa de la vida social humana, de los grupos y sociedades.⁶

En el concepto original de *salud pública*, su autor, el sanitarista norteamericano Winslow, la define como el arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.⁷

Como disciplinas particulares, la *sociología de la salud* y la *salud pública* tienen en común que ambas son resultado de una profunda revolución filosófica y social, cuya esencia consiste en abordar los fenómenos y procesos en el marco de sus relaciones más generales. Ambas requieren de un pensamiento integrador y de una visión holística de la realidad. Su nivel de análisis es la población, así como los distintos grupos y estratos sociales que conforman la sociedad.

La salud pública como ciencia, como campo de acción y como doctrina, constituye la orientación básica en lo conceptual y en lo práctico de la relación e interacción de las Ciencias Sociales y la Salud, mientras el conocimiento sociológico ha sido determinante para reconocer y explicar los problemas de salud colectiva, a punto de partida de las características estructurales de las distintas sociedades.

Interacción de ambas ciencias en su devenir histórico

Si bien en las distintas etapas del desarrollo de las sociedades han existido formas colectivas de enfrentar la salud y la enfermedad, lo que hoy se entiende por Salud Pública se consolidó con el surgimiento del capitalismo como modo universal de producción. Tres procesos fueron determinantes para ello:

- *El nacimiento de la salubridad en Francia.* La Revolución Francesa posibilitó la intervención del Estado en la organización y control de los servicios médicos y en la enseñanza de las profesiones de la salud, en la vigilancia y el control sanitarios y desarrolló una organización piramidal para la toma de decisiones en caso de epidemias y desastres.
- *El establecimiento de la Asistencia Social en Inglaterra,* en 1848, con la promulgación del Acta de Salud Pública.
- *El establecimiento de la Seguridad Social para los trabajadores,* en 1860, en Alemania, salubridad, asistencia y seguridad social consolidaron la concepción de la salud pública como un sector político-técnico del Estado que se expresa en la aparición de una autoridad médica territorial con un encargo social que le permitía tomar decisiones que afectaban instituciones, comunidades o zonas geográficas determinadas, así como intervenir en áreas ajenas a las enfermedades como el control del ambiente o las construcciones, entre otros. Además del desarrollo de métodos y procedimientos para el tratamiento de la enfermedad colectiva y la introducción de los registros de datos para el control administrativo.

En el desarrollo del pensamiento sanitario se han observado avances y retrocesos en los que han tenido gran influencia la concepción de la clase dominante sobre la salud y la atención médica así como el desarrollo científico-técnico. No obstante, esto no ha impedido que paulatinamente se haya ido consolidando la línea de la salubridad y de la higiene social que en los siglos XVIII y XIX habían propugnado *Ramazzini*, *Virchow* y *Engels*^{8,9}, quienes demostraron las consecuencias de las precarias condiciones de vida y trabajo en la salud de los trabajadores.

La filosofía revolucionaria de *Marx* y *Engels*, al plantear el materialismo histórico como el instrumento metodológico idóneo para el análisis de la sociedad, permitió socializar las causas de la enfermedad y señaló la necesidad de actuar sobre las causas primeras: distribución de la riqueza, acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa,

la alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana. Así la salud rebasa lo personal, individual y aislado, se vincula a lo económico y corrobora la máxima de *Virchow* "la medicina es una ciencia social y la política es medicina en gran escala".⁹

Es precisamente el desarrollo del pensamiento sanitario lo que permite que en 1920 *Winslow* elabore el concepto clásico de salud pública antes mencionado, donde se da una dimensión del alcance social de esta disciplina.

Vista desde esta perspectiva, la salud deviene como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones de vida de la población, que sólo puede ser explicado por medio de un enfoque integral y sistémico. Es un proceso inmerso en la dinámica social donde se pueden identificar seis grandes dimensiones: biológica, ecológica, sociológica, psicológica, económica y de los servicios de salud.

Al decir de *Pedro Brito*,¹⁰ "la diversidad de la práctica médica no es explicada por la sola existencia de diferentes enfermedades en cada grupo, sino por el interés que tienen para la clase dominante, los grupos destinarios de dicha práctica".

Los estudios acerca de los determinantes de salud en la población latinoamericana, han demostrado que la pertenencia a un grupo o clase social explica mejor que cualquier factor biológico la distribución de la enfermedad en la población⁸ y que el uso que se hace en el mundo contemporáneo del desarrollo de la tecnología y la atención médica no ha implicado un avance sustancial en la salud de los grupos sociales mayoritarios.

La salud y las distintas escuelas sociológicas en su articulación histórico-social

Cuando se hace referencia al análisis sociológico de la salud, está implícita la

necesidad de profundizar en el estudio de lo particular en su articulación con la totalidad histórico social, pero sobre todo, en el análisis e interacción de los factores sociales.

Durkheim (1858-1917), fundador y principal portavoz de la Escuela de París y figura cimera de la sociología clásica europea⁶ hace mención a la fisiología social y aborda en su quehacer sociológico, la problemática del suicidio y los problemas de la salud mental.

Para *Parsons*, figura primera de la sociología norteamericana, la enfermedad es la incapacidad del individuo de funcionar en la sociedad.¹¹ Concibe a la medicina como dirigida a controlar las desviaciones de la salud, con lo cual reduce su acción al plano individual y psicológico. Tal análisis no permite justificar la existencia del acceso diferente a los servicios de salud ni los distintos tipos de práctica médicas existente (fig.).

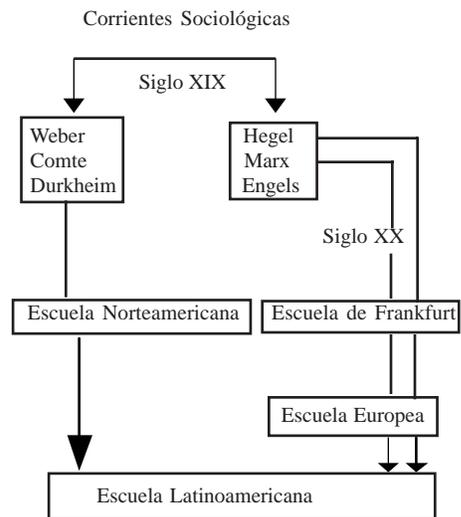


Fig.

La corriente que de él se deriva -neopositivismo-, fuente teórica del pensamiento funcionalista, considera la causalidad como una construcción mental y no como una forma de la determinación de los fenómenos mismos. Al carecer de los supuestos teórico-metodológicos necesarios para adecuar la relación teoría-práctica, no tiene capacidad para explicar ni generalizar acerca de la salud de la población. Considera la medicina como determinada solo por su finalidad de curar y prevenir la enfermedad, lo que le imposibilita percibir otras determinaciones provenientes del medio social.

Para la corriente sociológica latinoamericana actual, las ciencias sociales constituyen nudos centrales para el análisis de la salud y de las formas que asume tanto su tratamiento como las acciones de prevención y promoción.

Sin embargo, consideraciones de diversa índole entre las que se hallan la efectividad de la tecnología médica, los intereses de los grupos de poder, en particular, los de las transnacionales farmacéuticas, y de orden teórico como la discusión misma sobre el objeto y los métodos de trabajo en la salud pública entre los partidarios del funcionalismo, el pragmatismo y el materialismo histórico, principales corrientes de pensamiento social presentes en el terreno teórico en nuestra región, han posibilitado que aún persista en algunos sectores de la práctica sanitaria una óptica individual y biologicista.

Las ciencias sociales y la salud pública en Cuba

La Salud Pública en Cuba no ha estado al margen de toda esta discusión científica y quehacer práctico, ni de los dilemas que de ello se derivan.

El triunfo de la Revolución Cubana en 1959 y la existencia de un movimiento revolucionario antimperialista que favorecía el análisis de los problemas de salud de las grandes masas del continente, sobre la base de su determinación social, posibilitó -entre otros elementos- la aparición de la llamada corriente latinoamericana, que desarrolló y continúa llevando a cabo una crítica al pensamiento y a la práctica médica tradicional, señalando que la salud no puede ser reducida a la enfermedad y que incluso la nueva enfermedad no puede ser tratada solo como un problema biológico, ya que es, en última instancia un fenómeno social.¹²

Sin dudas, el Sistema Nacional de Salud de Cuba, sus logros, su capacidad para renovarse y dar respuesta a las necesidades fundamentales de la población en esta materia, continúa siendo parte del sustrato material del accionar teórico y de las luchas sociales de científicos y salubristas que en esta región, y en el mundo en general, luchan por mejorar la salud de los pueblos. A favor de la vertiente médico social, desde la década de los ochenta, se ha demostrado la falsedad neoliberal del supuesto defendido por primera vez en la Alianza para el Progreso, donde se afirma que la situación de salud mejoraría como resultado del crecimiento económico.¹³

El estudio sociológico de los problemas de salud -presentes en el cuadro epidemiológico del país- entre los que se encuentran: las enfermedades crónico-degenerativas, las de transmisión sexual, los accidentes -vinculados en gran proporción a estilos de vida inadecuados y a actos inseguros y negligentes-. Los hábitos tóxicos nocivos, las enfermedades infecciosas y cualquier otro problema de salud que afecte la integridad, los derechos o el desarrollo del individuo, la familia o la comunidad, han sido prioridades en la atención y la investigación de salud en Cuba.

Es obvio que la salud de la población continúa siendo para el Estado Cubano una prioridad gubernamental y social, por lo cual en la situación de crisis económica por la que atraviesa el país, se ha brindado especial atención a los grupos vulnerables, para evitar una distribución desigual de la enfermedad en determinados estratos, como podrían ser las personas de más bajos ingresos. No obstante, se requiere la identificación de aquellos elementos sobre los cuales es posible actuar, así como del desarrollo de la innovación y de la creatividad de su personal científico y técnico, para cambiar patrones de comportamiento en las personas, los grupos y las comunidades.

Otros aspectos que se deben abordar desde el punto de vista sociológico serían los relacionados con las percepciones, creencias y representaciones que sobre la salud y la atención médica tiene la población cubana, la aceptación de concepciones mágico-religiosas como explicación a determinados procesos de salud o enfermedad, así como el grado de satisfacción con los servicios de salud incluida la población que los recibe y el trabajador que los presta.

La discusión de estos aspectos induce a ver la necesidad de que los científicos sociales y los salubristas cubanos contribuyan a dar respuesta a los principales dilemas y necesidades de la interacción de las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud:

Dilemas

- Concepción biologizadora
- Menor desarrollo de la Sociología de la Salud
- Velocidad de acumulación de conocimientos en las ciencias particulares

Necesidades

- Consolidar una escuela y un modelo de pensamiento verdaderamente integral en el equipo de salud.
- Desarrollar y sistematizar un campo de conocimientos sociológicos en salud, en particular instrumentos apropiados para el análisis de la situación de salud y de la vigilancia en salud.
- Fortalecer la participación social y el desarrollo comunitario.
- Consolidar la ética y la correcta relación médico-paciente.
- Organizar los servicios de salud con eficiencia y efectividad, para lograr una gerencia de calidad.

Ahora bien, cualquiera sea el problema que hay que enfrentar o la posición científica por la que se tome partido, individual o institucionalmente, ya quedó atrás la época en que las Ciencias Médicas reclamaban para sí el total protagonismo de las acciones de salud en la población, ni existe trabajo serio que, hoy día, obvie la interacción de lo social en las Ciencias de la Salud.^{6,8,13} Luego, lejos de continuar esbozando argumentos que evidencien la vinculación de las ciencias sociales a la esfera de la salud, correspondería ahora hacer hincapié en explorar cómo puede un profesional de la salud -científico social o no- enfrentar los retos actuales de la salud de la población, incorporando los principios, métodos y técnicas de la Sociología a su desempeño profesional, cualquiera sea la esfera en que desarrolla su actividad: atención médica, investigación, docencia o administración de salud, asumiendo como punto de partida que “toda temática que se relacione con la vida humana, con la salud, la enfermedad o la muerte, en cuanto se aborde y analice

como entidad y realidad histórica, con la rigurosidad y metodología que tal entidad requiere, es un tema médico social".¹²

Aplicación práctica de la sociología a la esfera de la salud

En la esfera de la salud, al igual que en el resto de las esferas de acción del hombre hay que destacar la existencia de 3 importantes instancias: *la práctica, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos*, predominando la primera sobre las dos restantes, puesto que la práctica es la que orienta hacia dónde hay que dirigir los esfuerzos para la producción de nuevos conocimientos y determina cuáles aspectos deben ser incluidos en la formación de los recursos humanos.

El abordaje sociológico resulta muy útil en la práctica de las acciones de salud para determinar el problema en su carácter multifactorial. Junto a la epidemiología, ayuda a medir su impacto; pero, además, facilita el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas y factores de riesgo que pueden desarrollar enfermedades. Al afrontar esta relación entre los factores sociales, la salud y la enfermedad, el profesional de salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la salud sobre las conductas y viceversa; dependencia recíproca que a su vez es influida por la relación del hombre con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa en este entorno y por su conducta social propiamente dicha.

De todo lo anterior se desprende que el desarrollo de la salud no es un problema individual, sino una condición y consecuen-

cia de la acción social, pero que, a su vez, tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad.¹⁴

Y aquí se introduce otro factor que interactúa en el problema y que por su trascendencia fue incluido en la definición aceptada por la Organización Mundial de la Salud, mediante el vocablo bienestar: el aspecto subjetivo de la salud, que no solo es consecuencia de los factores antes mencionados sino que también influye en ellos.

Ahora bien, este abordaje multifactorial del problema de salud, mediante el paradigma médico-social, que lejos de excluir de su consideración la esencia de los fenómenos biológicos, los enriquece con un análisis más profundo y generalizador,¹⁴ obliga a la discusión del segundo aspecto de la aplicación práctica de la sociología a la esfera de la salud: *la producción de conocimientos mediante la incorporación de los métodos y técnicas de la investigación social* que abordan al hombre en su integridad y ayudan a identificar problemas y alternativas de solución desde la perspectiva de las audiencias-metas involucradas en dichos problemas.

Si bien la metodología de investigación científico natural está ampliamente difundida en la esfera de las investigaciones para determinar la cuantía de un problema de salud en términos de prevalencia, incidencia, morbilidad y mortalidad, en la medida en que el trabajo de los profesionales de la salud amplía su espectro de acción y trasciende la clínica para incorporar problemas relacionados con aspectos tales como promoción de salud, evaluación de los servicios de salud, relación médico-paciente, conocimientos en salud, cambios conductuales y estilos de vida, las investigaciones se tornan más complejas y conciernen tanto a los aspectos biomédicos

como a los de organización y de cultura, llegando a incluir, en ocasiones, hasta el cuestionamiento de por qué resulta difícil incorporar al diario quehacer de la práctica médica determinados hallazgos de un ensayo aleatorio. Entonces hay que diseñar investigaciones que más que predecir o medir el fenómeno *interpreten* el por qué de la ocurrencia de dicho fenómeno y permitan el pronóstico de las tendencias y condiciones fundamentales de los cambios sociales y sus consecuencias en la salud.

Los métodos cualitativos para dar respuesta a estas interrogantes de investigación son muy diferentes a los de la investigación clínica que resultan más familiares a los profesionales de la salud.

La *metodología de investigación cualitativa*^{15,16} tiene una historia en las Ciencias Sociales que se remonta a los inicios del siglo, y que se ha desarrollado considerablemente en las últimas 3 décadas. Sin embargo, el campo de las ciencias médicas fue mucho más conservador en incorporar sus métodos a las investigaciones de salud, alegando falta de objetividad. No obstante, el arte de investigar es algo más que la perspectiva de la neutralidad y la objetividad: es un proceso multicultural que requiere un método de interpretación que constituya un elemento esencial de las investigaciones en los servicios de salud, no solo porque da acceso a determinadas áreas no asequibles por los métodos cuantitativos, sino también porque la descripción cualitativa es requisito previo de una buena investigación cuantitativa, particularmente para explorar problemas vírgenes de investigación.

Este método de investigación lleva implícitas técnicas propias como son las entrevistas a profundidad, cara a cara o grupal, y las observaciones directa o indirecta, participante o no participante e indirecta, las cuales brindan información para interpretar

el fenómeno con una estructura y lenguaje que se refleja en términos de lo que ese fenómeno *significa* para los grupos investigados. Un método no excluye al otro ni lo supera. Lo que supone cuál es el método que se debe utilizar es precisamente el propósito de la investigación.

Evidentemente, cada uno de estos aspectos -desde la discusión teórica hasta los métodos y técnicas particulares de investigación- constituyen, *per se*, materia de un tema de desarrollo y requerirían de un *curriculum* desde el pregrado, con el fin de que los proveedores de salud incorporen a su desempeño profesional los principios básicos de un enfoque y práctica interdisciplinarios, planteamiento que nos acerca a la última instancia que debemos abordar: *la formación de recursos humanos*.

En ambos casos, el primer objetivo será formar especialistas críticos, para ello deben poseer un marco conceptual que sustente sus posiciones teóricas. En segundo lugar, deben dominar los principales conocimientos ya desarrollados, sobre la determinación social de la necesidad de salud así como de la provisión y utilización de los servicios. Por último, debe lograrse un especialista capaz de enfrentar la rapidez del cambio del mundo contemporáneo e identificar las necesidades actuales y de futuro próximo en la salud de la población. La estrategia general para lograr estos objetivos es la integración de la investigación a la docencia, así como la exploración de las motivaciones para el estudio de las carreras de la salud, los ideales que las orientan. No sólo son importantes los conocimientos sino los valores, actitudes y modelos de conducta de estos profesionales.¹⁷

No se trata solo de formar *especialistas en Sociología Médica* sino también de formar *especialistas en Salud Pública* con capacidad crítica para aprovechar al máxi-

mo los aportes de la sociología y de otras disciplinas sociales,¹⁷ si bien no hay una tradición de trabajo de sociólogos en el sector y la cifra actual de estos profesionales en las instituciones de salud es escasa, se trata, sobre todo, de formar equipos multidisciplinares, donde se ponga a prueba la interdisciplinariedad.⁶

Y ¿qué hará el profesional de la salud con esta formación y esta rica producción de conocimientos? *volver a la práctica en un escalón superior de la espiral: la transformación de la realidad*. El objetivo de todo el quehacer cognoscitivo del hombre es: transformar la realidad objetiva que lo rodea, en aras del bienestar de la humanidad.

El profesional de la salud que -partiendo de la experiencia práctica y de la necesidad que detectó durante ella- incursionó en la búsqueda de nuevos conocimientos mediante la investigación y la formación profesional, regresará a la práctica de salud en un estadio superior de desarrollo y apertrechado de nuevas herramientas para mejorar la práctica mediante el diseño de *nuevas formas de organización y métodos de trabajo*.

Trabjará en el diseño, la organización, implementación, ejecución, intervención y evaluación de programas de salud que faciliten la administración de los servicios, garantizando su calidad y evaluando no solo su impacto en los grupos a los que van dirigidos, sino también el grado de satisfacción que estos producen en la población; en la incorporación de métodos y técnicas participativas que devuelvan al individuo y a la comunidad su protagonismo en la promoción de salud y prevención de las enfermedades.

¿Cómo engarzar los distintos elementos de la acción? Aceptar la unidad dialéctica de lo biológico y lo social en el proceso vital humano implica que los esfuerzos de conocimiento y de acción deben recurrir a los métodos, categorías y técnicas de ambos niveles de la realidad y por tanto, requiere el concurso de disciplinas científicas específicas. La salud es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica...".¹⁸

En este sentido el método científico social no será auxiliar del científico natural, ni un recurso para explorar aspectos complementarios; tampoco se trata de hiperbolizar el enfoque sociológico, obviando la esencia biológica del proceso vital humano. Ambos métodos han de formar un binomio integrador de las polaridades salud-enfermedad, resaltando *el carácter dinámico y multifactorial* de dicho proceso con un enfoque generalizador del problema de salud a partir de sus demandas intrínsecas.

Todas estas reflexiones serían poco efectivas si al abordar en la práctica diaria, la interacción de la Sociología y la Salud, dedicáramos los esfuerzos a delimitar cuáles son las esferas de acción de cada uno de los distintos perfiles de profesión, a centrarnos unos en lo biológico y otros en lo social. Hay que centrarse en *el hombre con su problema de salud*. Una vez identificado el problema, abordarlo con un enfoque multifactorial y un trabajo interdisciplinario, en el que cada cual dé lo mejor de sus conocimientos, desempeño profesional y valores humanos en aras del aseguramiento de la salud y la longevidad de la población que es a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

SUMMARY: The present paper is generally aimed at presenting some theoretical and practical elements for a reflection on the relationship of sociology and health from the health public viewpoint as well as to identify the main spheres of action of the sociologist in his/her professional performance as a member of a health care team and the problems that such interaction may face. From the methodological viewpoint, an analysis is made on the fundamental concepts in the course of history and on how they are expressed in practical health care services.

Subject headings: PUBLIC HEALTH/TRENDS; HEALTH; SERVICES.

Referencias bibliográficas

1. Lage A. Los desafíos del desarrollo: la actividad científica como eje de la formación del personal de salud. *Educ. Med Salud* 1995;29(3-4):243.
2. Duarte E. Ciencias sociales y salud en la América Latina. Montevideo: OPS, CIESU, 1986:19.
3. Orellana S. Salud, historia y cultura de América. Editorial Quito Salud-Cides, 1997:65.
4. Rojas F. La medicina social y la medicina individual. ¿Complementariedad o convergencia? *Bol Ateneo Juan C García* 1996;4:60.
5. Rosendal M, Iudin P. Diccionario filosófico. La Habana: Editora Política, 1981:434.
6. Giddens A. Sociología. 3ed. Madrid: Alianza, 1997:41.
7. Rojas E. Teoría y práctica de la medicina social. *Bol ateneo Juan César García* 1993;1(1):4.
8. Betancourt O. La salud y el trabajo. Quito: CEAS, POS; 1995:1.
9. Virchow R. Where are you that we need you? *Ann J* 1984;77:524.
10. Formación del personal de salud. Articulación del conocimiento básico. Lima: Cidepsa 1995:23-32.
11. Parsons T. The structure of social action. McGraw Hill, 1937:393.
12. Nunes E. Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas. Montevideo: OPS, CIESU, 1986:21.
13. Martínez O y colaboradores. Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba. La Habana: Editorial Caguayo, 1997:XIII.
14. Pérez M. Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio. *Bol ateneo Juan C García* 1995;3:21.
15. Giddens A. Sociología 3 ed. Editorial Alianza, 1997:719.
16. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1996:19.
17. Ferreira J. Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva versión de calidad. Serie Desarrollo de recursos Humanos, (No. 102).
18. Frenk J. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington DC: OPS (Publicación científica; 540). 1992:75.

Recibido: 26 de marzo de 1999. Aprobado: 22 de noviembre de 1999.

Dra. *Nereida Rojo Pérez*. Escuela Nacional de Salud Pública "Carlos J. Finlay", Ciudad de La Habana, Cuba.

Facultad de Salud Pública

PREVALENCIA DE INSATISFACCIÓN PERSONAL EN MUJERES DE EDAD MEDIANA DEL POLICLÍNICO "CRISTÓBAL LABRA". CIUDAD DE LA HABANA, 1997

Lic. Guillermo Díaz Llanes,¹ Lic. Rebeca Alonso González¹ y Dr. Héctor Bayarre Vea²

RESUMEN: La importancia concedida a los estudios de Calidad de Vida ha ido creciendo desde la década de los setenta, cuando una vez superados los propósitos del incremento de la producción y la distribución, los gobiernos e investigadores se centraron en la calidad. Baste decir que en el mundo se publican anualmente como promedio 1100 artículos sobre el tema. La Calidad de Vida en su vertiente subjetiva, la satisfacción personal, es el tema de este estudio descriptivo (estimación de prevalencia y descripción del comportamiento de una serie de variables psicosociales con relación a la insatisfacción personal), en el que fueron encuestadas 567 mujeres de edad mediana (45-59 años) del policlínico "Cristóbal Labra" del municipio Lisa, de un total de 600 mujeres seleccionadas por Muestreo Simple Aleatorio a partir de una población de 3006, en el primer semestre del año 1997. El instrumento aplicado consistió en el ISP-RELEBA para medir Satisfacción Personal. El procesamiento estadístico incluyó el cálculo de medidas descriptivas (tasas y porcentajes) mediante el paquete estadístico EP16 y métodos univariados (prueba de comparación de medias en muestras independientes). Se constató una tasa de prevalencia de insatisfacción personal de 25,6 %. La insatisfacción se incrementó junto con el nivel escolar. La insatisfacción con las posibilidades económicas y con el trabajo que realizan obtuvieron las mayores tasas de prevalencia.

Descriptores DeCS: SATISFACCIÓN PERSONAL; CALIDAD DE VIDA; INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA; MUJERES; MEDIA EDAD.

Desde su aparición como concepto, en la segunda mitad de este siglo, la calidad de vida ha obtenido una enorme vigencia; 2 hechos avalan esta afirmación, por una parte la creciente conciencia colectiva acerca de la importancia de los componentes ambientales y ecológicos en la vida de los seres

humanos, y por otra, la preocupación por los fenómenos cualitativos, cotidianos que enfrenta el hombre, que se traducen en felicidad, dolor, bienestar.

El primer hecho ha introducido en la agenda de los gobiernos la necesidad de impulsar el desarrollo económico en armo-

¹ Máster en Psicología de la Salud. Profesor Asistente.

² Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Asistente.

nía con la preservación del ecosistema, de ahí que políticos economistas, arquitectos, juristas e ingenieros, se encuentren involucrados en esta dimensión de la calidad de vida.

Por otra parte, se ha observado que la mejoría en las condiciones de vida no trae necesariamente aparejado un incremento del bienestar de las personas,¹⁻⁴ parece ser que el hombre de este siglo necesita una determinada dosis de espiritualidad para hacer frente a este complejo y materializado mundo; de ahí el espacio que el concepto otorga a psicólogos, sociólogos, médicos y teólogos.

El devenir socioeconómico, por su parte, ha servido de base al nacimiento y la posterior evolución del término calidad de vida. En un principio el interés de gobierno e investigadores se centró en los indicadores económicos globales que propiciaron el crecimiento en los años 50; posteriormente, la preocupación estuvo en la distribución, característica de los años 60; hasta llegar a la calidad, objeto de estudio por excelencia a partir de los 70.

El énfasis inicial en indicadores objetivos de cómo el producto interno bruto, la renta per cápita, el nivel educacional, etc., contribuyó de cierta manera a desviar la atención de la importancia de la evaluación por parte del propio sujeto de su calidad de vida.

Sin embargo, la relativa independencia de las condiciones objetivas de vida, mostrada por las respuestas de bienestar, influyó decisivamente en la tendencia de muchos estudios a seguir el paradigma cognitivista de que el hombre, más que a la realidad, reacciona a la percepción que de ella tiene.

Desde dicha perspectiva nacen las investigaciones dirigidas a conocer la elaboración personal que el sujeto realiza de su propia experiencia, de su vida social, de su

actividad cotidiana, de sus vivencias, de su propia salud, utilizando indicadores que los especialistas coinciden en llamar subjetivos.

Posteriormente comienzan a distinguirse en estratos específicos, variables que en un principio se usaron indiferenciadamente, aparecen las variables demográficas, que agrupan la edad, el sexo, la raza, el estado civil, etc.,⁵ que aún cuando ejercen limitada influencia en los reportes de satisfacción del sujeto, resultan útiles en cuanto a la identificación de subgrupos o tipologías dentro de poblaciones con diferentes niveles de satisfacción.

Las experienciales, por su parte, hacen referencia a comportamientos y experiencias individuales. Entre ellas se mencionan la cantidad de tiempo libre para compartir con la familia, amigos, etc. Estas resultan eficaces para explicar la relación entre las variables objetivas y subjetivas.

Por último, otro grupo de variables indistintamente tratadas como referentes internos o condicionantes, se mencionan con frecuencia, es el caso de: el nivel de expectativas, el control percibido, la autoestima, la autoeficacia y el *status* subjetivo, entre otras. Su importancia radica en el papel que desempeñan como reguladores de la evaluación del sujeto con relación a su bienestar.⁶⁻⁸

Una de las variables que pone de manifiesto el carácter dinámico de la calidad de vida percibida es la edad, con ella suele modificarse el sistema de motivos del individuo y por ende sus intereses y necesidades.

El arribo a la edad mediana (45-59 años) conduce como regla a la revalorización de la vida en general, de su sentido, del sistema de valores del sujeto y de las personas que le rodean, además, se ponderan aciertos y errores pasados, se analizan logros y desaciertos, se establecen nuevos proyectos,

se evalúa la estabilidad de los lazos afectivos tanto familiares como amistosos, constituyendo esta última, fuente de nuevas satisfacciones para el hombre y la mujer.

De forma paralela aparecen preocupaciones relacionadas con el manejo de la vejez de los padres, la adolescencia y juventud de los hijos, la posición de mediadores entre adolescentes y senescentes (propia de las familias extensas) y sentimientos de pérdida en familias que fomentaron relaciones de dependencia entre sus miembros.⁹

En la mujer, la edad mediana trae consigo probablemente su tercer cambio de correlaciones hormonales (antes fueron la pubertad y el embarazo), esta vez con secuelas causadas por el déficit de estrógenos que ocasiona osteoporosis.

Aparecen también enfermedades coronarias como consecuencia de la alteración de la lipemia que se genera a partir de la administración sustitutiva de hormonas, para el alivio de los síntomas menopáusicos, lo que podría incidir en su satisfacción personal.¹⁰

Por otra parte, el acceso de la mujer a roles laborales, políticos, familiares, cívicos y otros, hecho derivado por una parte de la necesidad que de esta fuerza de trabajo tiene la sociedad y, por otra, de su intento por modificar un condicionamiento de género que le reserva solo las tareas hogareñas en detrimento de su participación social, trae consigo una doble jornada de trabajo que puede influir negativamente en su bienestar.

Las mujeres de edad mediana representan en Cuba aproximadamente el 28 % del total de mujeres adultas. Cuando arriban a los 45 años ya perdieron la prioridad conferida a toda mujer en edad fértil, aun cuando, conforme al aumento de la expectativa de vida, les resta por vivir un tercio aproximadamente de sus vidas.

Ellas constituyen una valiosa fuerza intelectual y laboral, realizan un importante aporte al desarrollo de la personalidad en el marco familiar, lo cual justifica cualquier estudio que se realice con el fin último de llevar a cabo programas de intervención que incrementen su calidad de vida.

La población objeto de estudio pertenece a un municipio situado en la periferia de Ciudad de La Habana, que posee un desarrollo económico entre los más bajos de la calidad.

El momento en que fue aplicado el instrumento se ubica dentro de una etapa en que ha habido un brusco decrecimiento en las condiciones objetivas de vida en el país, los salarios cubren aproximadamente la cuarta parte de las necesidades básicas de la población, lo que obliga a la búsqueda de fuentes alternativas de ingresos a expensas de la iniciativa personal.

Dicha coyuntura económica, influye negativamente en el nivel social, muchas de estas mujeres han tenido que reinsertarse en empleos para los cuales no tenían experiencia, u optar por sectores priorizados de la economía y empresas mixtas, donde se otorgan estímulos que atenúan algunas de estas dificultades, otras se iniciaron en el trabajo por cuenta propia, lo que eventualmente reclama habilidades inexploradas por ellas.

La emigración, la prostitución, como fenómenos derivados de este estado de cosas, repercuten en la vida familiar de forma adversa; algunos resultados se reflejan en el aumento de los conflictos familiares, de pareja, laborales, lo que implica la utilización de recursos adaptativos que muchas veces rebasan las posibilidades reales de estas mujeres.

El presente estudio, que indaga exclusivamente en los factores del bienestar subjetivo, toma en cuenta variables demográficas, experienciales y condicionantes inter-

nos y utiliza una estrategia operativa que consiste en el establecimiento de áreas o dominios relevantes en este grupo etéreo.

Se infiere que la medida de bienestar en las mujeres de edad mediana está esencialmente determinada por la evaluación cognitiva que hacen de los *roles*- situaciones que desempeñan en dominios como salud, trabajo, economía, amistades, pareja, comunicación, género y tiempo libre.^{11,21}

Los subsistemas de la personalidad que se estudian, dada la inferencia de que intervienen en la conversación de valores de condiciones objetivas de vida, en respuestas de satisfacción o insatisfacción en estas mujeres son la autoestima y el proyecto de vida.

Se supone que la autoestima funcione como un factor discriminante en cuanto a la respuesta de bienestar, en tanto potencializa el tipo de afrontamiento del sujeto ante los estímulos del medio, con arreglo a la valoración de sus capacidades y su valía personal.^{6,11-13}

Bajo estos supuestos, una mujer de edad mediana con una adecuada valoración de sus capacidades, habilidades, potencialidades y vivencias, asume generalmente una actitud optimista ante la vida, puede establecer relaciones interpersonales maduras y evaluar las señales provenientes del medio como retos, lo cual puede incidir positivamente en su satisfacción personal.

La satisfacción que emana del éxito en el establecimiento y consecución de metas, que forman parte de un proyecto de vida que tuvo en cuenta las aptitudes del sujeto y las posibilidades que ofrecía el medio, nos hace pensar en una asociación entre las variables satisfacción personal y proyecto de vida.

En tal perspectiva, si el alcance de las metas trazadas por el sujeto, es de carácter mediato, el desarrollo volitivo que implica el prescindir de gratificaciones de natura-

leza inmediata que pudieran entorpecer el logro de esos objetivos a largo plazo, debe redundar en una vivencia de bienestar más estable aún.

OBJETIVOS

1. Estimar la prevalencia de insatisfacción personal en mujeres de edad mediana y su relación con un grupo de variables psicológicas y socioeconómicas en el Policlínico Docente "Cristóbal Labra", durante el primer semestre de 1997.
2. Describir el comportamiento de la insatisfacción personal conforme a un grupo de variables psicosociales, en mujeres de edad mediana del Policlínico Docente "Cristóbal Labra" en el primer semestre de 1997.

Métodos

La investigación consistió en un estudio descriptivo de corte transversal. De prevalencia.

El estudio se llevó a efecto en el Policlínico Docente "Cristóbal Labra" del municipio Lisa en Ciudad de La Habana.

La selección de dicho policlínico se determinó por tratarse de una población con similares características sociodemográficas a aquella en que fue validado el instrumento ISP-RELEBA; por la disposición de profesionales y técnica de la salud a colaborar en el estudio y por el convenio existente entre la Facultad de Salud Pública institución que auspicia la investigación y el municipio La Lisa.

Con el fin de dar salida al primer objetivo se estudió la variable Insatisfacción Personal, que se consideró presente, siempre que la mujer obtuviera una puntuación inferior a 46 puntos en el ISP-RELEBA.

Toda puntuación a partir de 46 puntos en el referido instrumento, determina la ausencia de la variable.

Para la consecución del segundo objetivo se estudiaron las variables:

Autoestima, que se consideró presente, de obtener la mujer, más de 15 puntos en los ítems referidos a ese factor, y ausente, si la puntuación fue de 1 hasta 15 (punto de corte derivado de la aplicación de la mediana).

Percepción de salud, se consideró presente, de obtener la mujer, más de 12 puntos y ausente de 1 a 12 (punto de corte).

Proyecto de vida, presente, de haber obtenido la mujer, una puntuación mayor de 14 puntos, y ausente de 1 a 14 (punto de corte).

Condicionamiento de género, presente, si obtuvo más de 12 puntos y ausente de 1 a 12 (punto de corte).

Relación de pareja, presente si obtuvo más de 13 puntos, y ausente de 1 a 13 (punto de corte).

Se contó con la anuencia de las mujeres seleccionadas, a las que se les aplicó el objetivo del trabajo y se les aseguró el carácter confidencial de los datos por ellas aportados.

El universo estuvo constituido por 3 006 mujeres de edad mediana, excluidas las portadoras de trastornos psicóticos o retraso mental, pertenecientes al Policlínico Docente "Cristóbal Labra" del municipio Lisa, de las que se escogió una muestra de 600 mujeres, obtenida mediante la fórmula de muestreo para poblaciones finitas.¹⁴

La prevalencia de insatisfacción personal se extrajo del resultado de la validación del instrumento a utilizar en la presente investigación, de la que se obtuvo una $P = 0,34$, se fijó un $E = 3,4$ y la confiabilidad del 95 %.

Se consideró además un efecto de diseño (*deff*) del 1,5 %, por el que se multipli-

có el valor de n , estimándose una caída muestral de aproximadamente el 2 %.

Para la selección definitiva se utilizó el Muestreo Simple Aleatorio.

La recogida de información se efectuó mediante la aplicación del instrumento ISP-RELEBA que evalúa la Satisfacción Personal en la mujer de edad mediana, conforme a 5 predictores de bienestar, a saber: percepción de salud, autoestima, condicionamiento de género, proyecto de vida y relación de pareja. La aplicación del instrumento se llevó a cabo en los hogares de las mujeres seleccionadas para el estudio.

El instrumento de información ISP-RELEBA, diseñado en la Facultad de Salud Pública y validado en la población de mujeres de edad mediana del policlínico "Cristóbal Labra" posee una alta consistencia interna (coeficiente de Crombach de 0,94), una adecuada validez de criterio ($r = 0,62$ con una $p < 0,05$), una buena validez de construcción ($p = 1,4$ por E^{-12}), así como de contenido.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el empleo de un sistema de tratamiento de datos (FOXBASE PLUS). Para cumplir con el primer objetivo se estimaron las tasas de prevalencia puntuales y por intervalos al 95 % de confiabilidad.

Con el fin de describir el comportamiento de la insatisfacción personal en las mujeres de edad mediana conforme a un grupo de variables, psicosociales, (objetivo No. 2) se construyó inicialmente una escala dicotómica que permitió clasificarlas según las puntuaciones que obtuvieran en cada variable psicosocial (valores altos-valores bajos). Para ello se estudió la distribución probabilística de cada variable, corroborando su asimetría, a partir de lo cual, se decidió utilizar la mediana como medida de tendencia central en virtud de establecer un punto de corte óptimo entre los grupos.

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas en cada caso. Además, se utilizó la prueba de comparación, de medias en muestras independientes con varianzas desconocidas y supuestamente desiguales,¹⁵ con el objeto de corroborar la hipótesis ($H_0: m_1 \leq m_2$) de que las mujeres insatisfechas debían obtener puntajes medios, inferiores a las satisfechas. Se trabajó con un nivel de significación del 5 %.

Análisis de los resultados

La estimación de la prevalencia de mujeres de edad mediana con insatisfacción personal del Policlínico "Cristóbal Labra" en el primer semestre de 1997, arrojó una tasa del 25,5 % (25,5 – 25,6).

La prevalencia de insatisfacción personal según categorías de edad, arrojó para el grupo de 51– 59 años una tasa de 27,9 % y un intervalo de confianza de (27,8 – 27,9); mientras que para el grupo de 45 – 50 la tasa fue de 23,4 % y (23,3 – 23,4) el intervalo de confianza.

Según escolaridad, la prevalencia de insatisfacción personal acusó un incremento en la misma dirección que el nivel escolar, con la sola excepción del grupo de secundaria terminada, que exhibe la menor tasa (12,28 %) con un intervalo de confianza de (12,21 – 12,24). Así, primaria no terminada obtuvo 13,3 % con 13,2 – 13,4 como intervalo de confianza, y la más alta tasa, fue alcanzada por las universitarias 43,48 % con el intervalo de confianza entre 43,2 – 43,5.

En cuanto a las variables psicológicas investigadas, a pesar de que todas las tasas fueron altas, la prevalencia de insatisfacción personal mostró valores superiores en la insatisfacción con las posibilidades económicas (74,4 %) y un intervalo de

confianza de (74,3 – 74,4 %) y en la satisfacción con el trabajo que se realiza (64,8 %) con 64,7 – 65,9 como intervalo de confianza.

Con relación a la variable autoestima, el 94,4% de las mujeres insatisfechas ($n = 145$) respondió negativamente, así como el 55,4 % de las satisfechas. Estos resultados evidencian que en general la autoestima se encuentra baja en toda la población estudiada, aunque en el grupo de las insatisfechas, resulta alarmante.

La percepción de salud resultó negativa en el 97,9 % de las mujeres insatisfechas ($n = 145$); y en el 65,1 de las satisfechas ($n = 422$). Dicho resultado alerta sobre el nivel de generalización que tiene la evaluación negativa que sobre su salud poseen las mujeres de la población estudiada.

En lo relativo al condicionamiento de género, el 97,24 % de las mujeres insatisfechas evaluó como negativas las actividades que tienen que ver con los *roles* y responsabilidades domésticas que le son socialmente asignadas. Estas cifras le confieren a esta variable un importante valor como predictora de insatisfacción en esta población.

El proyecto de vida estuvo ausente o indebidamente estructurado en el 99,3 % de las insatisfechas y en el 63 % de las satisfechas. Estos valores obtenidos llaman la atención sobre las dificultades en cuanto al establecimiento de un proyecto de vida adecuado en la población en estudio.

El 95,8 % de las mujeres insatisfechas reportó dificultades en su relación de pareja, junto al 59,2 % de las satisfechas. Estas cifras alertan acerca del grado de generalidad que alcanzan las dificultades en la pareja en las mujeres de edad mediana.

La prueba de comparación de medias en muestras independientes, corroboró las hipótesis ($P = 0,000$) de que para cada una de las variables psicosociales, el puntaje

promedio es mayor en el grupo de las satisfechas.

Discusión

Pese a que la tasa de insatisfacción personal obtenida en la investigación se encuentra ligeramente por debajo del estimado en el estudio que sirvió de pilotaje en la misma población en el primer semestre del año 95 (34 %), se puede considerar importante, si se tiene en cuenta que contiene a la cuarta parte de la población. El hecho de no existir trabajos anteriores que utilizan este instrumento imposibilitó la comparación de los resultados.

Si partimos del hecho de que el aumento del nivel escolar no solo trae consigo un nivel de expectativas superior, sino también mayores posibilidades de evaluación de la realidad, los resultados alcanzados en la variable escolaridad son compatibles con los supuestos elaborados por diversos autores en el sentido de que la satisfacción reportada es una función de la discrepancia o Gap entre lo real alcanzado y las expectativas que se tienen o se tenían,^{2,7,8,16-18} que a su vez actúa como una variable interviniente entre la satisfacción reportada y las magnitudes de otros 5 gaps.^{2,7,8,19-21}

Existe aquí una división en los valores puntuales de las tasas de las variables psicosociales comprendidas en nuestro estudio, en el que aparecen 2 grupos bien delineados: el primero, con valores superiores, compuesto por variables estrechamente vinculadas a la subsistencia y el otro, con tasas también altas, conformado por otras no directamente relacionadas con ella. Este hecho contrasta con los resultados de investigaciones realizadas internacionalmente⁸ en las que a pesar de incluir similares variables, no se mencionan marcadas diferencias en cuanto al peso de una u otras en la evaluación de la calidad de vida.

Estos resultados podrían ser explicados por la relevancia que para la población estudiada pudiera tener la subsistencia en la evaluación de su bienestar, y la relativa menor importancia atribuida al resto de las variables.

Diversos autores coinciden en señalar la importancia de la autoestima,^{6,13,14} al considerarla dentro de los factores psicológicos que intervienen en la evaluación de la calidad de vida percibida. *Michalos* la conceptualiza como una condicionante con base en la cual el sujeto juzga su satisfacción en diversos dominios.

El dominio salud ha estado siempre presente en los escrutinios realizados en la literatura referente a la calidad de vida percibida, donde prácticamente la totalidad de los autores la mencionan como un área de suma importancia,²² puesto que no solo garantiza las necesidades básicas de subsistencia, sino que potencializa otras como el trabajo, el estudio, la recreación, la creación y la comunicación entre otras.²³

Estos resultados en el grupo de las insatisfechas, podrían estar relacionadas con un inadecuado estilo de afrontamiento a los estímulos tanto internos como externos, así como con una pobre autoestima. Rasgos como la inseguridad y la excesiva preocupación, se encuentran en la base de las atribuciones que en cuanto a la salud ellas realizan. Generalmente los motivos realizados con esta área, se encuentran en lugares preferenciales de su jerarquía.

Por otra parte, las molestias ocasionadas por el climaterio, podrían incidir en la evaluación que de su salud hace este grupo de mujeres.

En cuanto al condicionamiento de género, su impacto en la insatisfacción personal, parece estar mediado por las posibilidades de regulación personal que posea la mujer y la cultura que sobre dicho aspecto tenga.

La construcción social del género, estereotipa, en función del sexo, rasgos, actitudes, normas, valores y conductas, de forma diferenciada, y socava la equidad entre ambos sexos, luego, para que estos atavismos no alcancen a socavar la satisfacción personal de la mujer, es necesario un sistema de cogniciones flexible, que sea capaz de escrutar en su raíces y un estilo de enfrentamiento no defensivo, sino más bien orientado hacia la asertividad como base fundamental de sus relaciones interpersonales en general.

El proyecto de vida ausente o deficientemente estructurado sugiere la presencia de un bajo nivel de aspiraciones, ideales, intenciones y metas a corto y largo alcance. Las dimensiones alarmantes que adquiere este condicionante en las insatisfechas, sugieren una importante relación entre la insatisfacción personal y esta variable. Estos resultados coinciden con el criterio de varios autores.

Por otra parte, el elevado porcentaje de mujeres con dificultades en la relación de pareja, habla a favor de un nivel bastante generalizado de dificultades en esta área de la población estudiada. Sin embargo, la magnitud que alcanza en las insatisfechas, podría estar asociada a un nivel mayor de conflictos y una deficiente regulación de la personalidad y la consiguiente dificultad en el afrontamiento.

Una parte importante de la población, en el momento del estudio se hallaba sin pareja, otra mantenía vínculos en los que prevalecían las vivencias negativas, frustraciones, incomunicación y falta de confianza.

Estos resultados contrastan con la infrecuente alusión a dificultades en el área sexual. Podría inferirse que los estereotipos asociados a la genitalidad como esfera tabú, reforzados por la religión judeocristiana y los prejuicios sobre el "apagamiento sexual" que se produce en estas edades, coartó su referencia.

Por todo lo anterior concluimos que la frecuencia relativamente alta de insatisfacción personal, en la población de mujeres de edad mediana del Policlínico "Cristóbal Labra", sugiere la necesidad de acciones en el nivel socio-psicológico, principalmente en el grupo de edad de 51 a 59 años y en los niveles de escolaridad más altos; que la prevalencia de insatisfacción personal con relación a las variables psicosociales estudiadas, resultó ser mayor en la insatisfacción con el trabajo que se realiza y la insatisfacción con las posibilidades económicas, es decir, las más relacionadas con la subsistencia; y además que el aporte de cada una de las variables psicosociales estudiadas, fue relevante en la caracterización de la insatisfacción con la vida; ellas propiciaron una clara diferenciación en cuanto a su comportamiento en la satisfacción con la vida.

SUMMARY: The importance attached to the studies on quality of life has been growing since the 70's when, after achieving the goals of increasing production and distribution, governments and researchers alike focused on quality. suffice it to say that as an average 1100 articles on this topic are annually published. the quality of life in its subjective side, i.e. individual satisfaction is the subject of this descriptive study (estimation of prevalence and description of the behaviour of a series of psychological variables regarding personal dissatisfaction) in which 567 middle-aged females (45-49) from a total of 600 women seen at "Cristobal Labra" polyclinics located in lisa municipality

and selected for a randomized simple sampling from a population of 3006 were surveyed in the first semester of 1997. the applied instrument was isp-releba to measure personal satisfaction. the statistical processing included the calculation of descriptive measures (rates and percentages) through the statistical package ep16 and univariate methods (comparison of means test in separate samples). a personal dissatisfaction prevalence rate of 25.6% was found. the dissatisfaction increased with the educational level. the dissatisfaction with economic opportunities and the type of job performed reached the highest prevalence rates.

Subject headings: PERSONAL SATISFACTION; QUALITY OF LIFE; INDICATORS OF QUALITY OF LIFE; WOMEN; MIDDLE AGE.

Referencias bibliográficas

1. Easternin, RA. "Does Economic growth. Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence". London. Academic Press; 1974:89-125.
2. Michalos, AC. "Satisfaction and Happiness". En Social Indicators Research, 8;1980:385-422.
3. Andrews, FM. "Subjective Social Indicators, Objective Social Indicators and Social Accounting Systems". New York Academic Press. 1981:18-32.
4. Inglehart, R; Rabier, JR. "Aspirations adapt to Situations: But why are the Belgians so much happier than the French? ISR. Detroit University of Michigan, 1986:1-56.
5. Kennedy, LW; Noticott, HC. & Kinsel, C. "Subjective. Evaluation of Well-Being: problems and prospect". En Social Indicators Research; 5;1978:457-474.
6. Gutek, BA; Bradley DC; Orbison, T. "The importance of internal Reference as Determinant of Satisfaction". En J Comm Psychol, 1983;11:111-20.
7. Michalos, AC. "Multiple Discrepancies Theory". En Social Indicators Research, 16; 1985:347-413.
8. Batista, JM; Artés, M. "La medida de la calidad percibida en la mujer" Madrid. 1994:29-48.
9. Botella, Llusía, J. La edad crítica: Climaterio y Menopausia. Barcelona Salvat Editores S.A. 1990:176-186.
10. Szalai, A. y Andrews, FM. (eds): The quality of life. Comparative Studies. Beverly Hills, Sage Publications 1989:41-57.
11. González Rey, F. Personalidad, modo de vida y salud México, Ed. UNAM. 1992:57-67.
12. Schwartz, MS. Y Schwartz, CG. Salud Mental. Enciclopedia de las Ciencias Sociales, 9; Madrid, Edit. Biblioteca Nueva 1991:456-61.
13. Silva, Alcaguer, LC. Muestreo para la investigación en ciencias de la salud. Madrid Ediciones Díaz de Santos, S.A. 1993:39-40.
14. Martínez Canalejo, H. Manual de procedimientos bioestadísticos. La Habana Ed. Ciencias Médicas. 1990:37-47.
15. Campbell, a. "Subjective Measures of well Being ". En American Psychologist, 31 1976: 117-124.
16. Andrews, FM. y Withey, SB. Social Indicators of Well Being. New York. Plenum Press, 1976:21-35.
17. Wills, TA. "Downward Comparison Principles in Social Psychology ". Psychological Bulletin 90. 1981:245-271.
18. Caplan, RD. "Person Enviroment Fit: past, present and future ". En C.I. Cooper (ed) New York Stress Research 1983.
19. Goodman, PS.; Friedman, A. "An examination of Adams Theory of Inequity ". En Administrative Sciences Quaterly, 16. N.Y. 1971:271-288.
20. Hartfield, E. "Equity and Sexual Satisfaction in Recently Married Couples". En Journal of Sex Research, N.Y. 1982:18-32.
21. Michalos, AC. "Global Report on Students Wellbeing". Vol 4. Religion, Education, Recreation, and Health. N.Y. Springer-Verlag. 47. 1989.
22. Moreno, B. Ximenez, C. Evaluación de la Calidad de Vida, Madrid Universidad Autónoma 1993:45-65.
23. Gómez, E. Género, mujer y salud en las américas. Washington, D.C. OPS/OMS. 1990:3-18, Publicación Científica 541..

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo del 2000.

Lic. *Guillermo Díaz Llanez*. Facultad de Salud Pública. Ave. 31 esq. 146, Playa 1600. Ciudad de La Habana, Cuba.

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

***EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
EN EL SUBSISTEMA DE URGENCIAS DEL MUNICIPIO
10 DE OCTUBRE, 1997***

Lic. Martha Chang de la Rosa,¹ Dra. María del Carmen Alemán Lage,² Dr. René García Roche,³ Dr. Raúl Jorge Miranda⁴

RESUMEN: Se realizó un estudio transversal, para evaluar algunos aspectos de la calidad de la atención médica brindada en los policlínicos principales de urgencia (PPU) del municipio 10 de Octubre. Para ello se aplicó un cuestionario autoadministrado a los usuarios seleccionados. La muestra quedó conformada por 328 pacientes. El comportamiento de los criterios seleccionados para medir la estructura y el proceso arrojó valores no aceptables en casi la totalidad de los criterios y manifestó amplias desviaciones de los valores obtenidos en relación con los establecidos. La calidad de estos servicios es susceptible de mejoras que permitan que estén a la altura de lo esperado por los usuarios y la resolutivez de sus problemas, la cual está determinada en gran medida por la falta de medicamentos en la farmacia. Se recomienda realizar estudios periódicos que permitan evaluar la calidad de la atención médica en los PPU del municipio 10 de octubre; con el fin de conocer cómo estos funcionan y si están en correspondencia con los objetivos para los que fueron creados.

Descriptores DeCS: CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD; SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA; SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA.

Los servicios de urgencia han llegado a ser en la actualidad los que primero contactan los pacientes con enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por lo que son considerados un eslabón fundamental de los sistemas de salud; además de ser

parte integral del sistema de vigilancia y control de epidemias.¹

El sistema de salud cubano se ha perfeccionado y fortalecido desde el triunfo de la Revolución y con él los servicios de urgencias, que se han adecuados a las exi-

¹ Licenciada en Sociología. Máster en Salud Pública. Aspirante a Investigador.

² Máster en Salud Pública. Especialista de I Grado en Administración de Salud.

³ Especialista de I Grado en Bioestadística.

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

gencias de hoy para conformar así un sistema capaz de dar solución de forma efectiva, adecuada y oportuna. En 1995, tras un análisis de la situación en que se encontraban los servicios de urgencia en la atención primaria de salud, surgió el actual subsistema de atención a urgencias (SUAPS), producto de la reorientación de dichos servicios, donde la atención primaria recobra su papel preponderante en cuanto a una mayor capacidad en la atención y poder resolutivo [Cuba, Ministerio de Salud Pública. Metodología para los SUAPS; 1995:168-72.], el cual persigue lograr una mejor atención estratificada de las urgencias para garantizar la satisfacción de las necesidades de la población, con el uso de los recursos materiales y humanos, así como para elevar el nivel de desempeño y competencia profesional y recuperar el poder resolutivo de los policlínicos, entre otros.

La creación de este nuevo subsistema impone velar por el cumplimiento de sus objetivos para garantizar así un servicio de calidad [Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Médica Integral a la Familia, 1989.].

Donabedian dio a conocer en 1966 una división clásica de los indicadores que se deben utilizar para medir el nivel de la calidad de la asistencia médica; para ello los clasificó en indicadores de estructura, *indicadores de estructura, indicadores de proceso, indicadores de resultado.*² Los de estructura son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención. Los de proceso se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, las habilidades, la destreza y

la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos. Los de resultado son los referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida, la cual otorga a esto último una importancia mayor, dado por la necesidad cada vez más creciente de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.^{3,4}

En diciembre de 1995, se inauguró en el municipio 10 de octubre el subsistema de urgencia en atención primaria de salud (SUAPS), con la creación de 2 policlínicos principales de urgencias (PPU): “Santos Suárez” y “30 de noviembre”; con guardias de especialistas clínicos y pediatras además de médicos generales integrales. Se comenzó la explotación de 3 ambulancias y se creó una red de consultorios de urgencias integrada básicamente por los antiguos cuerpos de guardia de los policlínicos; se mantuvo el hospital clínico quirúrgico “10 de octubre” como hospital de referencia, así como el hospital “Hijas de Galicia” como materno pediátrico. [Análisis de la Situación de Salud. Municipio 10 de Octubre. Facultad de Salud Pública, 1996.]. [Análisis del Comportamiento de la Regionalización en el municipio 10 de octubre. Ciudad Habana. Facultad de Salud Pública, 1997.].

A los efectos de conocer si la calidad de estos servicios está a la altura de los objetivos para los que fueron creados, se llevó a cabo este estudio, conjuntamente con la Dirección Municipal de Salud y con él se pretendió responder a la siguiente interrogante: ¿cómo se comportan los elementos de la estructura, del proceso y del resultado en el servicio brindado por los policlínicos principales de urgencia “Santos Suárez” y “30 de noviembre” del municipio 10 de octubre?.

Para ello se estableció el objetivo de evaluar el comportamiento de algunos ele-

mentos de la estructura, del proceso y de la resolutivez de la atención médica brindada en los PPU del municipio 10 de octubre.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los PPU "Santos Suárez" y "30 de noviembre" del municipio 10 de octubre en Ciudad de La Habana.

El universo de estudio se estimó en aproximadamente 5 874 pacientes que se consultan como promedio en los PPU en 21 días (tiempo en que se realizó la investigación).

El tamaño muestral se calculó en 328 usuarios de los PPU, para lo cual se tomó en cuenta que el parámetro que se debía estimar es la satisfacción de la población y que aproximadamente el 70 % de ella está medianamente satisfecho [Cuba, Ministerio de Salud Pública. Informe de los resultados de la encuesta nacional sobre satisfacción de los usuarios con los servicios de atención médica, 1990.]; el error de muestreo estimado para ese parámetro no excedió el 10 %. Se trabajó con una confiabilidad del 95 %. Se seleccionaron expertos del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) y de la Dirección de Salud de dicho municipio, a quienes se entrevistaron mediante una guía previamente confeccionada para determinar por su conducta los criterios, indicadores y valores de referencia, que permitan medir el comportamiento de los elementos de estructuras, procesos y resolutivez de la asistencia médica brindada en los PPU, de interés para la investigación.

Los elementos que se debían tener en cuenta dentro de los indicadores antes mencionados, según los expertos, fueron los siguientes: conocimiento de la existencia del PPU por el usuario externo y el ambiente físico referido a la higiene, orden y confort del servicio (estructura); tiempo de espera para ser atendido (contempla antes de los

15 min como mínimo hasta más de 30 min); interrogatorio por parte del médico; realización del examen físico; cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de enfermería; tiempo de espera para realizarse los complementarios (contempla antes de 30 min como mínimo hasta su no indicación); tiempo de espera para ser visto por interconsulta (contempla antes de los 10 min como mínimo hasta más de 20 min); reconsulta médica y claridad de la información brindada por el médico sobre la enfermedad (proceso); resolutivez del problema (resultado).

Características generales de los PPU

El policlínico hospital "Santos Suarez" (Acción Médica) está ubicado en las calles Coco y Rabí, reparto Santos Suárez, municipio 10 de octubre.

Este brinda cobertura al Consejo Popular Tamarindo, integrado por 48 consultorios casas, todas selladas por el Programa de Atención Integral a la Familia. La población total es de 33 670 habitantes, conformada por 15 725 hombres y 17 945 mujeres. En ella los grupos de edad de mayor representatividad son los ancianos (65 y más) seguidos por los de 20 y hasta 34 años. [Evaluación de algunos aspectos del subsistema de urgencias, Santos Suárez. Municipio 10 de octubre. Facultad de Salud Pública, 1996.].

El área de salud, situada al norte del municipio, tiene una extensión de 1,9 km². Esta atiende las áreas 14 de junio, Luyanó, Pasteur y el consultorio de urgencias Mekong.

El PPU "30 de noviembre" se ubica en la calle A e/ 10 y 11 en la barriada de Lawton; su área de salud limita con los policlínicos "Lawton", "Luis de la Puente Uceda" y "Luyanó".

Este brinda cobertura al Consejo Popular Lawton, integrado por 38 consultorios del médico y la enfermera de la familia, con una población total de 37 482 habitantes, de los cuales 23 740 son hombres y 13 742 son mujeres y, en cuanto a los grupos de edad, se comporta como el de "Santos Suárez". Atiende a las áreas de salud "Luis de la Puente Uceda", "Turcios Lima" y "Lawton". [Evaluación de algunos aspectos del subsistema de urgencias, 30 de Noviembre. Municipio 10 de Octubre. Facultad de Salud Pública, 1996.].

Ambos PPU poseen el transporte necesario para el traslado de los pacientes, aunque en estos momentos sólo presta servicios el de "Santos Suárez", ya que en el caso de "30 de noviembre" las 2 ambulancias están de baja a pesar de ser nuevas, lo que trae como resultado que se recargue el funcionamiento de la de "Santos Suárez", pues su servicio es municipal.

Por último, hay que decir que el hospital de referencia de dicho municipio es el Clínico Quirúrgico de 10 de octubre (Dependiente).

Comportamiento de los criterios de la estructura y el proceso de la atención médica en los PPU

Al analizar el cumplimiento de los criterios seleccionados para medir el comportamiento de la atención médica en estos servicios, el primer resultado es una evaluación no aceptable en 6 de los 10 criterios seleccionados dentro de los indicadores estudiados (tabla).

TABLA. Comportamiento de los elementos de la estructura, proceso y resultado según valores de referencia. Policlínicos principales de urgencia. Municipio 10 de octubre, 1997.

Criterios	Resultados No.	Obtenidos %	Valores de referencia	Comportamiento
Ambiente físico	216 (n = 328)	65,9	≥ 75 %	No aceptable
Tiempo de espera para ser atendido	278 (n = 328)	84,8	≥ 95 %	No aceptable
Realización del interrogatorio	326 (n = 328)	99,4	≥ 95 %	Aceptable
Realización del examen físico	275 (n = 328)	83,8	≥ 95 %	No aceptable
Cumplimiento de indicaciones médicas por enfermería	223 (n = 229)	97,4	≥ 95 %	Aceptable
Tiempo de espera para complementarios	93 (n = 120)	77,5	≥ 90 %	No aceptable
Reconsulta	141 (n = 328)	42,9	≥ 60 %	No aceptable
Tiempo de espera para interconsulta	21 (n = 26)	80,7	≥ 80 %	Aceptable
Información brindada	315 (n = 328)	96,0	≥ 80 %	Aceptable
Resolución del problema	279 (n = 328)	85,0	> 90 %	No aceptable

Fuente: Cuestionario aplicado a los usuarios externos.

ELEMENTOS DE LA ESTRUCTURA

Como se puede apreciar, el criterio acerca del ambiente físico arrojó el 65,9 % con una desviación de 9,2 % en relación con el valor establecido. Con respecto a este resultado y, aunque se dice que una evaluación correcta de la estructura no asegura una buena atención a la salud, se puede prever un deterioro de la calidad, si no se cumplen los criterios mínimos exigidos en la planificación.

Este elemento cobra importancia dentro del indicador estructura, pues no se debe olvidar que los usuarios externos evalúan el servicio desde el primer momento en que solicitan la atención médica y esperan encontrar en él un ambiente agradable y acogedor, a pesar de su gravedad.³

Otro de los elementos seleccionados fue el conocimiento que tienen los encuestados acerca del funcionamiento de los PPU. En este caso no se estableció un valor, pues el interés en este caso, es puramente informativo.

De los usuarios encuestados, 235 (71,6 %) expresaron que su conocimiento sobre el PPU lo deben al médico y la enfermera de la familia; lo cual demuestra que el trabajo de apoyo brindado por el equipo de salud dentro del Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) en función del logro de los objetivos establecidos para el funcionamiento del SUAPS, a los 2 años de su creación, no está a la altura de lo esperado.

ELEMENTOS DEL PROCESO

Los criterios considerados dentro del proceso de los PPU, se seleccionaron en mayor número por la importancia que revisten para el usuario externo los elementos vinculados al proceso de atención médica y su influencia en el alcance de un resultado con calidad.

Los resultados obtenidos demostraron que de los 8 criterios escogidos, la mitad no es aceptable.

Al profundizar en el análisis estos resultados fueron: el tiempo de espera para ser atendidos, con una desviación de 10,3 % en relación con el valor establecido; el cumplimiento del examen físico el cual se le realizó al 83,8 % con una desviación del 11,2 % sobre el valor fijado; el tiempo de espera para la realización de los exámenes complementarios, en el que de un total de 120 usuarios a los que les fue indicado, el 77 % expresó habérselos realizado antes de los 30 min, con una desviación del 12,5 %; la reconsulta, donde el 42,9 % refirió haberse visto nuevamente con el médico con una desviación del 17,1 %.

Como se aprecia, el comportamiento de estos resultados indica que el proceso de la atención médica presenta dificultades, ya que los elementos analizados son de gran importancia para los usuarios cuando realizan la valoración de la atención médica recibida; también es importante el comportamiento de la reconsulta, donde aproximadamente el 60 % de los usuarios que acuden al servicio es visto solo en una ocasión por el médico, aún cuando se obtuvo un elevado número de ellos a los que se les indicó alguna acción terapéutica de curación y tratamiento.

Al comparar estos resultados con los hallazgos del estudio evaluativo de los PPU “Santos Suarez” y “30 de noviembre” en el año 1996, aparecen evaluaciones no aceptables en dichos elementos. En virtud de los objetivos propuestos para el SUAPS, y a 2 años de su creación, se hace prioritario velar por aquellos factores que atenten contra la calidad del servicio, por lo que deberá intensificarse el trabajo, no solo en su detección, sino que deberá insistirse en el perfeccionamiento de la calidad de la atención. [Evaluación de algunos aspectos del

subsistema de urgencias, Santos Suárez. Municipio 10 de octubre. Facultad de Salud Pública, 1996.]. [Evaluación de algunos aspectos del subsistema de urgencias, 30 de Noviembre. Municipio 10 de Octubre. Facultad de Salud Pública, 1996.].

Los restantes criterios: realización del interrogatorio médico; cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de enfermería; tiempo de espera para ser interconsultado e información brindada sobre la enfermedad, arrojaron un comportamiento aceptable y muy por encima de los valores establecidos.

En comparación con los resultados que se encontraron en el estudio antes mencionado, estos criterios mejoraron su comportamiento.

El criterio empleado para medir el resultado según el valor establecido fue la resolución del problema que llevó a la solicitud de estos servicios; donde 279 (85 %) expresaron haber resuelto su problema, lo que al ser comparado con el valor fijado, se comportó por debajo de este y clasificó como no aceptable. Los motivos explorados, para no sentir la resolutivez del problema por parte de los usuarios encuestados fueron los siguientes: traslado al hospital, falta de medicamentos en la farmacia, insatisfacción con la atención del médico y otras causas.

Si se conoce que el traslado al hospital puede resultar un motivo necesario para la solución de algunas patologías presentadas por los usuarios, aun cuando ellos consideren que en ese nivel y por ese motivo no se resolvió su problema, el 28,6 % encontrado pudiera ser un dato justificado. Sin embargo, según los resultados obtenidos, la causa fundamental que influye en la no resolutivez del problema es la falta de medicamentos en la farmacia con el 34,7 %.

Por todo ello se concluye que el comportamiento de los criterios seleccionados para medir la estructura y el proceso arrojó valores no aceptables en casi la totalidad de los criterios y manifestó amplias desviaciones de los valores obtenidos en relación con los establecidos, por lo que la calidad de estos servicios es susceptible de mejoras que permitan que estén a la altura de lo esperado por los usuarios y la resolutivez de sus problemas, la cual está determinada en gran medida por la falta de medicamentos en la farmacia.

Se recomienda realizar estudios periódicos que permitan evaluar la calidad de la atención médica en los PPU del municipio 10 de octubre; con el fin de conocer cómo marcha su funcionamiento y si están en correspondencia con los objetivos para los que fueron creados.

SUMMARY: A crosswise study was conducted to evaluate some aspects of the quality of health care services provided by the main emergency polyclinics in 10 de octubre municipality. to this end, a questionnaire was given to selected users for them to answer it. the sample was made up of 328 patients. the performance of the selected criteria to assess the structure and process yielded unacceptable values in almost all the criteria and showed large deviations of the achieved values from the set values. the quality of these services can be improved so that they can match up to the expectations of the users and the solution of their problems which is largely determined by drug shortages in pharmacies . it is recommended to carry out systematic studies to find out how these polyclinics work and whether they fulfill the objectives for which they were created.

Subject headings: QUALITY OF HEALTH CARE; COMMUNITY HEALTH SERVICES; EMERGENCY MEDICAL SERVICES.

Referencias bibliográficas

1. Fajardo G. Servicio de urgencias. En: Atención médica: teoría y prácticas administrativas. 1ed. México, DF: Editorial Mexicana, 1983;481-90.
2. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS/OMS, 1992:382-404. (Publicación Científica; 534).
3. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud. Pública Mex 1990;32(2):623-9.
4. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud. 1ed. México, DF: Instituto de Salud Pública, 1990:10-21.

Recibido: 4 de febrero de 1999. Aprobado: 2 de marzo del 2000.

Lic. *Martha Chang de la Rosa*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 e/ Llinás y Clavel, Ciudad de La Habana, Cuba.

EDUCACIÓN

Facultad de Salud Pública

LOS CONVENIOS MUNICIPALES COMO PROPUESTA PARA LA RELACIÓN DOCENCIA-SERVICIO-INVESTIGACIÓN

*Dra. Silvia Martínez Calvo,¹ Dr. Juan Cabrera Trujillo,² Dra. Leonor Jiménez Cangas,³
Dra. Ana T. Fariñas Reinoso⁴*

RESUMEN: La relación docencia-servicio-investigación ha sido una premisa en el quehacer sanitario del país desde las etapas fundacionales del sistema nacional de salud. En ocasiones, esa relación padeció de cierto grado de inmovilismo administrativo, aunque de las excepciones surgían ejemplos bien concretos en algunas etapas. Las políticas gubernamentales de descentralización, establecidas para los niveles locales en los inicios de la actual década, estimularon propuestas más avanzadas para desarrollar esa relación. En la Facultad de Salud Pública de Cuba, se enfrentó el desafío, no solamente para demostrar su factibilidad, a partir de las experiencias en los servicios. Este trabajo muestra los resultados de una de estas propuestas: los resultados de los convenios de colaboración municipales, que traducen el esfuerzo colectivo, tanto de los profesores en la Facultad, como del personal intra y extrasectorial en los municipios, con el propósito primordial de contribuir a elevar la calidad de la gestión de los recursos humanos ubicados en ese nivel.

Descriptores DeCS: INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL; RELACIONES INTERPROFESIONALES.

La formación y superación de recursos humanos, representa una de las más importantes e ineludibles tareas para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, "pues prácticamente no hay proceso o movimiento social en que el papel de los

recursos no sea crucial para el alcance de los objetivos y metas que se persiguen",¹ En este sentido, al conformarse el Sistema Nacional de Salud de Cuba a inicios de la década del 60, el vínculo docencia-servicio-investigación se concibe como uno de

¹ Doctora en Ciencias Médicas. Vicedecana Docente.

² Máster de Salud Pública. Profesor Titular.

³ Máster de Salud Pública. J'Grupo Maestrías.

⁴ Epidemióloga. Máster de Salud Pública. J'Grupo Especialidades.

sus principios básicos, aunque su desarrollo ha tenido diversos matices, desde etapas florecientes unido a la formación de pregrado, hasta “estancamientos” derivados de formalismos administrativos.² En el último lustro retoma su merecida ubicación dentro de las estrategias sanitarias, como parte sustancial de la reforma sectorial, que promueve el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, los procesos de descentralización y la calidad en la competencia y el desempeño del personal de salud.

En ese mismo período, es decir, estos últimos 5 años, en la antigua Facultad de Salud Pública se desarrolló la propuesta para traducir en la práctica los postulados de esa relación docencia-servicios-investigación, cuya instrumentación fue el establecimiento de sendos convenios con los 3 municipios ubicados en su área de influencia. Exponer la fundamentación, ejecución y algunos resultados de esos convenios, es el propósito de este trabajo, como una modesta, pero obvia contribución a la renovación iniciada en los servicios de salud.

Fundamentación del convenio

En 1992 entre los objetivos de la política de desarrollo de la Facultad de Salud Pública estaba el incremento de la relación docencia-servicio-investigación, que propició entre otros elementos:

- espacios de ejercitación teórico-prácticos a los estudiantes de todos los cursos que se desarrollan en la institución.
- actualización profesoral sobre el desarrollo de la gestión sanitaria local.
- capacitación en servicios del personal ubicado en esos territorios.

El procedimiento para ello fue la firma de convenios de colaboración con 2 municipios colindantes: La Lisa y Playa. Dos años después, y estimulado por los resultados del convenio en esos 2 municipios, se recibe del director de salud del municipio Marianao –por cierto egresado de la Maestría de Salud Pública- la solicitud de establecer un vínculo similar, lo cual se efectuó de inmediato. Los 3 convenios fueron firmados en presencia de los representantes máximos de los gobiernos locales, y en el municipio Marianao, en la propia sede de la Asamblea Municipal del Poder Popular del territorio.

ESBOZO DE LA FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

Desde mediados de 1986 esta institución docente de posgrado se ubicó geográficamente en el centro de los 3 territorios, y su objetivo era continuar y perfeccionar la tradición formativa en Salud Pública que recibió de los centros precedentes, el último, el Instituto de Desarrollo de la Salud y actualmente se reestructura para transformarse en la Escuela Nacional de Salud Pública, directamente vinculada al Ministerio [Hadad J, Capote R, Betancourt R, Castell-Florit P. La revitalización de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1995.]. Posee una plantilla de 47 profesores de los cuales 26 son de tiempo completo, con reconocida experiencia científica y docencia en el campo de las ciencias de la salud y entre sus funciones principales están las siguientes:

1. Contribuir a las estrategias de desarrollo del Sistema Nacional de Salud.
2. Diseñar, ejecutar, coordinar, controlar y evaluar los planes y programas formativos y de superación profesional.

3. Organizar el sistema de preparación y superación del personal de dirección.
4. Diseñar, coordinar y ejecutar investigaciones que respondan a las necesidades de la política de salud.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS MUNICIPIOS

Características generales

Todos están situados al oeste de la provincia Ciudad de La Habana que comprende la capital del país lo cual les confiere ciertos rasgos interesantes, ya que poseen zonas rural-urbanas y zonas residenciales con condiciones especiales, que garantizan un proceso de enseñanza muy enriquecedor, activo y sustentado en su abigarrada situación de salud. Las peculiaridades del contexto socio-político del país, hace uniforme su estructura, organización y funciones político-administrativas, de tal forma que los territorios poseen dos niveles de subordinación: administrativamente a las Asambleas Provincial y Municipal del Poder Popular y metodológicamente a la Dirección Provincial de Salud. El director municipal de salud integra el Consejo de Administración Municipal con el cargo de Vicepresidente y los directores de áreas de salud forman parte de los Consejos Populares de su zona, siempre que estos sean coincidentes con sus áreas. [El Consejo Popular: nueva forma para el trabajo de la Salud Pública. Documento fotocopiado s/f]. [Jiménez L. Cangas. El Consejo Popular: un espacio de concentración y participación social en salud. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1996.].

A esta estructura también se incorporan las organizaciones de masas como: Comités de Defensa de la Revolución (CDR), Federación de Mujeres Cubanas (FMC),

Central de Trabajadores de Cuba (CTC), y otros. En cuanto a instituciones de servicios de salud, además de centros para prestaciones específicas, todos los municipios poseen:

- Policlínicos (centros de salud)
- Unidad de Higiene y Epidemiología
- Consultorios de Medicina Familiar
- Clínica Estomatológica
- Hogar de ancianos
- Farmacias
- Banco de sangre
- Facultad de Ciencias Médicas (común para los tres)
- Institutos de investigación (polo científico)
- En todos los municipios la cobertura es suficiente en recursos humanos: médicos de familias, enfermeras, estomatólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, geriatras, pediatras, internistas, ginecólogas, epidemiólogos, higienistas, licenciados y técnicos medios de la salud.

Características específicas

Municipio La Lisa

Ubicado al suroeste de Ciudad de La Habana, limita al oeste con la provincia Habana y tiene una extensión territorial de 37,5 km² y una población de 113 367 habitantes que representa el 5,17 % de la población provincial y de la cual el 50,99 % son mujeres y el 49,01 % hombres. La densidad poblacional es de 3 023, 12 hab/km². Referente a la organización de los recursos y servicios de salud el municipio posee 6 áreas de salud y la institución no común con los otros 2 municipios es un Hospital Psiquiátrico.

Municipio Marianao

Ubicado al noroeste de la provincia, su extensión territorial es de 21,69 km² y la población estimada es de 140 424 habitantes de los cuales el 51,98 % pertenecen al sexo femenino y el 48,02 % al masculino. La densidad poblacional es de 6 474,1 hab/km² y la distribución es desigual pues existen áreas sin habitar. Sus instituciones para servicios de salud no presentes en los otros 2 municipios son: 7 hospitales provinciales: clínico-quirúrgicos, pediátrico, ginecobstétrico y oftalmológico, y una posta médica.

Municipio Playa

Limita al oeste con la provincia Habana tiene una extensión territorial de 37 km² y 17 km de litoral y su población asciende a 180 740 habitantes de la cual el 51,9 % es femenina y el 48,9 % pertenece al sexo masculino. La densidad poblacional es de 4 884 hab/km². Para brindar servicios de salud a esa población cuenta con 7 áreas y 214 consultorios de medicina familiar y no posee hospitales de subordinación municipal. Para la atención dispone de las instalaciones provinciales y nacionales. En cuanto a instituciones específicas del municipio posee: una Clínica del adolescente, una Unidad de Seguridad Acuática y un Hospital de Neuropsiquiatría.

Características de los servicios municipales

En cuanto al ámbito singular en que se desarrollan los servicios de salud, los municipios también poseen algunos rasgos comunes como son:

- el fortalecimiento de la estructura local de gobierno, con el perfeccionamiento

de los Consejos Populares y los Consejos de Administración, y una tendencia creciente a la descentralización político-administrativa, que contribuye a favorecer la solución de los problemas de salud en el nivel local.

- la necesidad de reorientar y desarrollar la estructura municipal de salud y de sus instituciones, para ejecutar la estrategia sanitaria propuesta.
- la cobertura total de los territorios con el modelo de Medicina Familiar.
- equipos de dirección completos en sus áreas de salud, integrados mayoritariamente por especialistas de Medicina Familiar, aunque con limitada preparación que les facilite un buen desempeño gerencial.
- la disminución sensible de los recursos económicos en el sector, originada básicamente por la crisis económica general, que agudiza el permanente bloqueo.
- las necesidades sentidas de capacitación identificadas en los propios territorios desde el inicio de los convenios, pero unidas a un enorme interés de suplirlas por parte de los máximos dirigentes de los servicios.

Condiciones del convenio

Entre los principales acuerdos del convenio se destacan:

- La Facultad de Salud Pública se responsabiliza con la capacitación del personal de esos territorios en lo referente a las ciencias de la salud; brinda asesorías y consultorías; facilita el acceso al fondo bibliográfico disponible en la institución y desarrolla la preparación

docente-metodológica de los profesionales y técnicos ubicados en los servicios.

- El *Municipio* debe solicitar cursos y entrenamientos o participar en los ya programados según sus necesidades, ofrecer áreas demostrativas como campo de adiestramiento para la Facultad en sus programas de estudio; incorporar personal profesional y técnico a los diferentes Grupos de Estudio existentes en la Facultad, e invitar a los integrantes del claustro a sus principales reuniones de trabajo.

Ejecución del convenio

REUNIONES DE CONTROL

El objetivo principal de estas reuniones -más que un esquemático control del plan anual- fue un intercambio ágil y productivo sobre las experiencias de ambas partes. Los resultados fueron muy beneficiosos y propiciaron elevados niveles de confianza para desarrollar el convenio, pues no era la clásica “rendición de cuentas”, sino la confrontación del trabajo responsable de los involucrados. Sustentados en las actividades convenidas, se obtuvieron los resultados siguientes:

Resultados

Se muestran los resultados agrupados según las diversas actividades establecidas en el convenio, y se añade el resultado de una *encuesta de opinión* enviada por correo a los 3 directores municipales.

* Actualmente una profesora prepara su tesis doctoral sobre un tema vinculado al desempeño de los egresados de la Facultad.

CAPACITACIÓN DE PERSONAL: EGRESADOS

Como se puede observar en la tabla 1, esta actividad alcanzó un elevado índice de cumplimiento y sobre todo se mantuvo estable durante los 4 años analizados. Egresaron 38 maestros distribuidos en: 13 de Salud Pública, 13 de Atención Primaria y 12 de Psicología de la Salud; de esta cifra el 40 % corresponde al municipio Playa. Aunque no se ha estudiado con rigurosidad su desempeño* esa cuantía conforma una buena reserva científica para los municipios y para la propia Facultad pues algunos de los egresados están incorporados a tiempo parcial al claustro.

TABLA 1. Egresados de maestrías procedentes de municipios con convenio. Facultad de Salud Pública 1992-1996.

Maestría	Salud Pública			Atención Primaria			Psicología		
	L	M	P	L	M	P	L	M	P
93-94	-	2	-	1	-	2	-	-	5
94-95	4	-	1	2	3	1	1	2	-
95-96	5	-	1	3	1	-	-	2	2
Total	9	2	2	6	4	3	1	4	7

Leyenda: L-Lisa, M-Marianao, P-Playa.
Fuente: Secretaría Académica, Fac. Salud Pública.

ACTUALIZACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la tabla 2 se ofrecen las cifras de participantes en los cursos de actualización de la Facultad: 436 egresados. Los municipios Lisa y Playa envían el mayor número

de participantes y el curso académico 1994-1995 resultó el de mayor asistencia. Estos cursos eran diversos, pero todos vinculados a la gestión sanitaria local.

TABLA 2. Participación en cursos cortos del personal procedente de los municipios con convenio. Facultad de Salud Pública. 1992-1996.

Municipio	Curso	Participantes
Lisa	92-93	14
Playa		49
Marianao		42
Sub-total		105
Lisa	93-94	44
Playa		57
Marianao		4
Sub-total		105
Lisa	94-95	34
Playa		54
Marianao		63
Sub-total		151
Lisa	95-96	8
Playa		6
Marianao		56
Sub-total		70
Total		431

Fuente: Secretaría Académica, Fac. Salud Pública.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Resultó la actividad mejor valorada por los equipos de dirección municipales, pues además del entrenamiento académico que recibían, les quedaba un documento útil para su trabajo cotidiano. Se reconoció el aporte docente para la solución de sus problemas prioritarios, el procedimiento metodológico fue novedoso, contribuyó al desempeño profesoral y a la adquisición de habilidades integrales de los estudiantes en

ese sentido. Por ejemplo, se desarrollaron diferentes enfoques del análisis, desde la utilización de indicadores convencionales derivados de los elementos del campo de la salud [Martínez S. Análisis de situación de salud del municipio Playa. Ejercicio docente en la residencia de higiene y epidemiología. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1996.] y el estudio de grupos específicos de población [Pría MC. Análisis de situación de salud del grupo de senescentes del municipio Marianao. Ejercicio docente en la residencia de Higiene y Epidemiología, La Habana: Facultad de Salud Pública, 1996.] hasta el abordaje según condiciones de vida [Astraún ME. Análisis de situación de salud de la mujer según condiciones de vida. Municipio Lisa. Ejercicio docente de la residencia de Higiene y Epidemiología. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1998.].

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS MUNICIPALES

Los Consejos de Dirección municipales celebran sus jornadas científicas, con prioridad anual y los profesores y directivos de la Facultad participan activamente, no solamente con intervenciones que han enriquecido los debates, sino en la asesoría de varios temas presentados. También se asiste a los "Activos" de programas priorizados y a los Consejos Municipales de Salud.

EVALUACIONES Y CONSULTORÍAS

Como parte del proceso docente de la residencia de Higiene y Epidemiología se desarrolla un módulo sobre "Evaluación de programas, servicios y tecnologías", y por supuesto, que se escojen prioritariamente

las unidades situadas en estos 3 municipios. Los resultados de estas evaluaciones se analizan con sus responsables y han contribuido a la solución de importantes problemas de salud, y a mejorar la eficacia de la gestión [Sabido VT. Evaluación del programa de control de la sífilis. Policlínico "Aleida Fernández" Municipio Lisa. Tesis de Maestría en Salud Pública. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1997.] [Torres JM, T. Evaluación del sistema de vigilancia de la sífilis congénita. Municipio Lisa, 1996. Tesis de Maestría en Salud Pública. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1996.]. En lo concerniente a consultorías, en varias ocasiones se recibieron solicitudes de los directores municipales, y en 1994 se inició un diseño para el "Desarrollo Organizacional", con el propósito de mejorar la gerencia de los recursos humanos y los estilos de dirección. El primer ejercicio se realizó en un policlínico del municipio Playa, [Jiménez Cangas, L. Un modelo de integración docencia-servicio para el cambio organizacional en el sistema de salud. Tesis de Maestría en Salud Pública. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1998.], y hasta la fecha se ha aplicado el diseño en un policlínico del municipio Lisa, y en varias unidades del municipio Playa como: servicios de urgencia, unidades de Higiene y Epidemiología, clínica estomatológica y al propio municipio [González A. Proyecto de desarrollo organizacional para el Policlínico Principal de Urgencia del Municipio Playa. Tesis de Maestría en Salud Pública, Facultad de Salud Pública, 1998.].

Los resultados son verdaderamente asombrosos en cuanto al cambio organizacional, y a la participación activa de todo el equipo local de salud. Simultáneamente se realizó una consultoría sobre "Dirección por objetivos" al consejo de dirección del Hospital Clínico Quirúrgico "J. Albarrán" -centro de referencia del municipi-

pio Playa- durante varios meses, que no incluyó solamente el curso-taller inicial, sino un real adiestramiento servicio por servicio de la institución.

ASESORÍA EXTRANJERA DIRECTA

Todos los asesores y consultores en Recursos Humanos de OPS/OMS contratados o invitados por la Facultad en estos 4 años, visitaron los 3 municipios y participaron en actividades puntuales como: Consejos de Dirección, entrevistas con los directivos, y observación de ejercicios docentes. Su evaluación aparece en los informes que permanecen en los archivos de la Facultad.

APOYO BIBLIOGRÁFICO Y DE MATERIAL DOCENTE

Se entrega a los territorios material de apoyo docente, y también se refuerzan los cursos y talleres propuestos y ejecutados por el equipo local. En reciprocidad, los directivos de la Facultad recibieron información escrita y actualizada sobre los servicios.

DIVULGACIÓN

De ambas partes se divulgaron y promovieron las ventajas del convenio. El espacio para ello ha sido desde los Consejos de Dirección Provinciales hasta las visitas de inspección local y las asambleas políticas. El claustro utiliza la información territorial para enriquecer sus actividades académicas dentro y fuera de las aulas, lo cual estimula y promueve el trabajo de los municipios.

PROYECTOS CAPACITANTES E INVESTIGATIVOS

La existencia del convenio permitió la concentración con los territorios para la ejecución, monitoreo y evaluación de un proyecto capacitante para la "Actualización a equipos de dirección", que con la cooperación técnica de OPS/OMS se desarrolló en la Facultad en ese período [Martínez S. Proyecto de superación a equipos de dirección del sistema nacional de salud. Facultad Salud Pública, 1995. Publicación financiada OPS/OMS]. En 1997 fue evaluado el proyecto en el municipio Lisa. [Cabrera J. Evaluación del "Proyecto de superación a equipos de dirección". Municipio Lisa 1993-1996. Tesis de Maestría en Salud Pública. La Habana: Facultad de Salud Pública, 1997.] y para ello se utilizaron los indicadores propuestos en el subsistema de evaluación incluido en el proyecto. Entre las principales conclusiones evaluativas están:

- las mejoras en cuanto a *indicadores de resultado* se hicieron más evidentes en uno de los 6 policlínicos del municipio, que cumplió satisfactoriamente tanto en la ejecución del proceso capacitante, como en la selección del personal que había que capacitar.
- el proyecto presentó una *continuidad* en el territorio, a partir de la identificación de necesidades de aprendizaje que sirvieron de soporte al diseño de nuevos cursos y adiestramiento en servicio, a favor de la estrategia sanitaria local.
- el curso-taller inicial, *se multiplicó* en todas las áreas del municipio, aunque en ciertas ocasiones las adecuaciones a la propuesta original, no incluyó algunos contenidos evaluados como esenciales.

- Resultó insuficiente en los cursos programados, la *participación extrasectorial* y de los integrantes de equipos locales simultáneamente.

Se iniciaron 2 nuevos proyectos derivados del anterior: "Participación social" en el municipio Lisa, y "Gestión de calidad" en los municipios Playa y Marianao. Las tesis de residencias y maestrías abordan frecuentemente estos proyectos, y resultan modelos de vinculación docente-asistencial-investigativa.

ENCUESTA DE OPINIÓN

Para confrontar los criterios sobre la utilidad del convenio, se aplicó una encuesta a 4 de los 6 directores municipales que se desempeñaron en la etapa (Anexo), y con afán de síntesis, seleccionaron las respuestas con criterios unánimes:

- consideran estable el vínculo docencia-servicio-investigación.
- perciben cambios en su trabajo y en el desempeño del personal capacitado.
- sus subalternos conocen la existencia del convenio y se evalúa semestralmente.
- realizan: análisis de situación de salud, evaluación de servicios y programas, ejercicios de terreno, tesis y asesorías.
- consideran como actividades más útiles el análisis de situación de salud y la evaluación de servicios y programas.
- han participado satisfactoriamente en: seminarios, talleres y conferencias.
- entienden que no han utilizado todo el potencial que les ofrece la Facultad.
- desean renovar el convenio.

Consideraciones finales

1. La Facultad de Salud Pública elevó considerablemente su prestigio académico y “perdió sus paredes”, al introducirse de forma directa en los servicios. Y como respuesta a la política de liderazgo que compete a una institución de este perfil, pudo contribuir a identificar y solucionar problemas comunitarios.
2. El nivel de actualización adquirido por los profesores es un resultado inobjetable:
 - ampliaron conocimientos sobre los principales problemas de salud en el ámbito local.
 - Comprobaron la realidad existente en los territorios.
 - Contribuyeron a la solución -directa o indirectamente- de los problemas de salud prioritarios.
3. Fue obvia la efectividad del convenio para desarrollar algunos de los elementos de la estrategia sanitaria, como la capacidad de gestión, descentralización y calidad gerencial.
4. La utilización de los municipios como "áreas experimentales" de un proyecto capacitante, ya establecido el convenio, reforzó la calidad de la superación en posgrado, especialmente para los procesos docentes vinculados a las ciencias de la salud.

ANEXO. Análisis de la relación docencia-servicios

Cuestionario para directores municipales

Aclaración

Este cuestionario será aplicado exclusivamente a los directores municipales de los territorios Lisa, Mariano y Playa con los cuales desde hace 4 años la Facultad de Salud Pública mantiene un convenio de colaboración, por tanto las respuestas se utilizarán solamente para el fin propuesto:

Analizar la relación docencia-servicios

Nombre: _____

Especialidad: _____

Director Municipal de: _____

Tiempo en el cargo: _____ Desde _____ Hasta _____

1.- ¿Tiene copia del convenio? _____ Sí _____ No

2.- ¿Conocen sus subalternos la existencia del mismo? _____ Sí _____ No

3.- ¿Con qué periodicidad lo evalúa? _____ mensual _____ bimensual

_____ trimestral _____ semestral _____ anual. Si no lo evalúa ¿Por qué? _____

4.- Si lo evalúa. ¿en cuál reunión o reuniones? _____

5.- Escriba el nombre del profesor responsable de las actividades del convenio en su municipio:

Si respuesta negativa ¿Por qué? _____

6.- ¿Ha propuesto cambios al convenio en alguna ocasión?

_____ sí _____ no. ¿Por qué? _____

7.- ¿Considera que entre su Municipio y la Facultad se desarrolla el vínculo docencia-servicio?
_____ sí _____ no.

¿Por qué? _____

8.- ¿Qué tipo de actividad docente se realiza en su municipio en coordinación con la Facultad?

a) ejercicios de terreno de residentes y estudiantes de maestrías. _____sí _____ no

b) análisis de situación de salud. _____ sí _____ no

c) evaluación de programas y servicios. _____ sí _____ no

d) realización de tesis. _____ sí _____ no

e) conferencias. _____sí _____ no

g) asesorías y consultorías. _____ sí _____ no

h) jornadas científicas. _____ sí _____ no

9.- ¿Cuál ha sido la actividad más útil? (escriba la o las letras) _____

¿ Por qué? _____

10.- ¿Cómo utiliza en los servicios los resultados de esa o esas actividades?

11.- ¿En cuáles actividades realizadas en la Facultad ha participado y con qué frecuencia?

Actividad No. de veces (subraye)

a) conferencias 1 2 3 4 5 + 5

b) seminarios 1 2 3 4 5 + 5

c) talleres 1 2 3 4 5 + 5

d) jornadas científicas 1 2 3 4 5 + 5

e) preparación de prácticas 1 2 3 4 5 + 5

f) coordinación de actividades 1 2 3 4 5 + 5

g) evaluación del convenio 1 2 3 4 5 + 5

12.- ¿Cuál considera más importante? (escriba la o las letras). _____

¿Por qué? _____

13.- Cómo se relaciona con el personal docente de la Facultad? _____

14.- Si no se relaciona, ¿por qué? _____

15.- ¿Percibe cambios en los servicios vinculados con las actividades docentes? _____sí _____ no

Explique: _____

16.- ¿Cuántos profesionales y técnicos de su municipio –antes o después de establecido el convenio- han recibido capacitación en la Facultad?

Tipo	Nro. de personas	
	antes	después

Maestría Salud Pública _____

Maestría APS _____

Maestría Psicología Salud _____

Residencia Bioestadística _____

Residencia Hig y Epidem. _____
Cursos cortos _____
Entrenamientos _____
Talleres _____

17.- ¿Percibe cambios en el desempeño de los capacitados?
_____ sí _____ no. ¿Por qué? _____

18.- ¿Se encuentra en condiciones de proponer cambios a los programas de estudio que conduce la Facultad?
_____ sí _____ no. ¿por qué? _____

19.- ¿Realizan alguna investigación o proyecto conjunto?
_____ sí _____ no. Si respuesta afirmativa, ¿cuál? _____

20.- ¿Considera que ha utilizado toda la potencialidad que le ofrece la Facultad para mejorar los servicios?
_____ sí _____ no. ¿Por qué? _____

21.- ¿Desea Ud. renovar el convenio de colaboración?
_____ sí _____ no. ¿Por qué? _____

Gracias por su tiempo.

SUMMARY: The teaching-service-research relationship has been a premise of the sanitary work in the country since the foundation of the national health care system. This relationship occasionally was affected by certain degree of administrative stagnation although there were quite specific exceptions in some stages. The decentralizing policies set by the government for local levels at the beginning of the present decade encouraged more advanced proposals for developing such relationship. The Cuban Faculty of Public Health faced the challenge so as to show their feasibility based on the experience gained in services. This paper presents the results of one of these proposals: the results of the municipal cooperation agreements that reflect the collective efforts made by the professors and the staff within and outside the sector in the municipalities, with the main objective of contributing to increasing the quality of human resources management at that level.

Subject headings: TEACHING CARE; INTEGRATION; INTERPROFESSIONAL RELATIONS

Referencias bibliográficas

1. OPS, OMS. Recursos humanos y sistemas locales de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994: (Serie Desarrollo de Recursos Humanos; No. 99).
2. Iglesias B, Martínez M, Pérez C, Pomares E. Inter-relación docencia-investigación en el

área de salud desde el 1er año de la carrera.
Rev Educ Méd Sup 1993;7(2):75.

Recibido: 24 de febrero del 2000. Aprobado: 13 de marzo del 2000.

Dra. *Silvia Martínez Calvo*. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.

HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA

Facultad de Salud Pública

LA ECONOMÍA Y LA SALUD PÚBLICA EN CUBA EN LA DÉCADA DE 1940

Dra. Carmen Arocha Mariño¹

RESUMEN: Se describe la situación económica por la que atravesó Cuba en los años de la década de 1940, caracterizada en su primera mitad por el incremento en la producción y la exportación del azúcar y sus derivados a causa de la demanda de estos productos que provocó la II Guerra Mundial. El fin de esta contienda bélica conllevó a un decrecimiento en las exportaciones por los efectos del ajuste de posguerra con el consiguiente reflejo en el nivel de la población cubana. Se exponen algunas de las obras de salud pública realizadas bajo los mandatos de los presidentes de la época y los manejos presupuestarios que ellos hicieron con los fondos que debían ser destinados a mejorar las condiciones sanitarias del país. Se citan algunos trabajos y campañas en favor de la salud del pueblo emprendidas por personalidades como los doctores *José A. Presno Bastiony, Alfredo M. Antonetti* y *Manuel Ampudia Gonzábz*, entre otros.

Descriptores DeCS: ECONOMIA DE LA SALUD; SALUD PUBLICA; ASISTENCIA MEDICA; CUBA.

Desde el pasado siglo Cuba tenía una tradición y un cierto desarrollo en el campo de la salud pública, que lograron sobrevivir a pesar de los distintos gobiernos prerrevolucionarios, y que a partir de 1959 recibieron un impulso sin precedentes en la historia del país.

Con los esfuerzos realizados por el Gobierno Revolucionario, la población cuba-

na disfruta actualmente de niveles de atención médica comparables a los países desarrollados, así como indicadores de salud tales como la mortalidad infantil y la esperanza de vida, que ocupan el primer lugar en América Latina. El hecho de que la población de cubanos con más de 60 años haya crecido a un ritmo superior al que crece la población total, es una característica

¹ Profesor Asistente.

que se da en nuestra nación al igual que en otros países que tienen un Producto Interno Bruto Percápita mucho mayor, entonces cabe preguntar, ¿no hay relación entre la situación económica de un país y su nivel de salud?

A esta interrogante es a la que se pretende dar respuesta dada la importancia que tiene para los profesionales de la salud el estar comprometidos con la labor que realiza y en este sentido se describe el decursar de la economía y el sistema de atención médica en Cuba durante 30 años, que aunque son continuos fueron de significativos cambios, al caracterizarse la primera década por ser una etapa de democracias representativas, la segunda por el regreso de las dictaduras y la tercera por la socialización.

En esta publicación se hace referencia a la década de los años 40, dejándose las otras 2 para publicaciones posteriores.

Desarrollo

En 1940 durante la presencia del *General Fulgencio Batista Zaldívar*, y producto de la Segunda Guerra Mundial (1939-1941), se encontraban dispersos el comercio y la transportación marítima, por lo que en Cuba se produjeron mermas importantes que obligaron al gobierno a buscar un crédito exterior para mejorar la situación económica, que ascendió a 25 millones de dólares con el Banco de Importación y Exportación de Estados Unidos.

Aumentada la demanda de azúcar y otros productos en 1941 a causa de la guerra, y ya regularizada la transportación marítima, la exportación pasó de 127 millones de pesos a 211 millones. El salto de la exportación azucarera de 95 millones en 1940 a 167 millones en 1941, no se debió a un incremento de la zafra sino al alza del precio del azúcar, lo que permitió vender ventajosamente

la totalidad de este producto que se encontraba en los almacenes y vender las mieles, subproducto de la zafra, por más de 20 millones que engrosaron la economía del país.

Al entrar Estados Unidos en la guerra tuvieron necesidad de grandes cantidades de azúcar y mieles para el abasto de las fuerzas armadas de ese país y de sus aliados, así como de la población civil, por tal motivo solicitaron que Cuba les vendiese el total de las zafras, exceptuando lo que se requería para el consumo nacional, y esto se mantuvo de 1942 a 1947. Lo obtenido por el comercio del azúcar en los años 1942, 1943 y 1944 ascendió a 7 992 893 toneladas de azúcar crudo y refinado por valor de \$ 54 723 000.¹ Durante estos 3 años el precio fue de 2,65 centavos la libra y en 1945 se elevó a 3,10 centavos la libra.²

Estados Unidos necesitaba además tabaco en gran cantidad para sus tropas, y otros productos de Cuba. Dadas las dificultades de comunicación con el país del norte; la concentración de la producción americana en artículos para la guerra; y los altos precios y fuerte demanda para muchos de los de Cuba, hubo estímulo para nuevas industrias de consumo interno en la isla, como tejidos, gomas de automóviles, zapatos y otros. Con todas estas ventas, la exportación había llegado al último año de la zafra bajo el gobierno de Batista (1944), a la cifra de \$ 427 058 000, y las exportaciones estaban mejor equilibradas entre azúcar 80 %, tabaco 12 % y otros productos 8 % (estos últimos \$ 54 127 000).

En los 4 años, de 1945 a 1948, que ocupó la presidencia el doctor *Ramón Grau San Martín*, las exportaciones arrojaron un saldo de 409 millones, 475 millones, 746 millones y 709 millones de pesos respectivamente; o sea, un total general en los años de 1942-1948 de \$ 2, 888, 448, 000.

Terminada la II Guerra Mundial en 1945, la demanda de productos cubanos por Estados Unidos continuó con igual intensidad en 1946-1947, aunque reducida al azúcar, por lo que esta volvió a representar en esos 2 años el 88 % de la exportación, a la vez que la del tabaco y otros productos descendían al 5 y al 7 %. En 1948, Estados Unidos no compraron globalmente la zafra de Cuba y comenzaron a sentirse los efectos del ajuste de posguerra. La exportación total descendió en 37 millones de pesos y se acentuó el desequilibrio de la economía.¹

En el período posterior a la II Guerra Mundial, también las inversiones de Estados Unidos decrecieron, pues fueron en gran medida desviadas hacia otros países latinoamericanos para proyectos petroleros, industrias manufactureras y minería, y Cuba fue alrededor de esos años el país que recibió la menor cantidad de préstamos internacionales a largo plazo; información esta que fue expuesta por el economista doctor *Felipe Pazos*, primer presidente del Banco Nacional de Cuba, en su artículo "El Capital Extranjero en la Economía Cubana".³

Cuando se hace un análisis económico crítico de la política desarrollada por el gobierno del doctor *Grau San Martín*, aparece que de las enormes posibilidades de capitalización, inversión y cimentación de la economía nacional, solo se lograron algunas obras públicas que fueron hechas desordenadamente, a un costo excesivamente alto y que quedaron buena parte de ellas inconclusas. Todos estos factores favorecieron que al principio de la década hubiera un cierto aumento en el número de personas empleadas y del nivel de vida de una parte de la población pero predominantemente fueron años de dificultades para el pueblo, de inflación desbordada, de especulación, de bolsa negra y de vivir angustiado.

En lo referente a la salud pública, al ponerse en vigor la Constitución de 1940, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia pasó a ser el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, y a su frente se nombró al médico militar doctor *Demetrio Ernesto Despaigne Grave de Peralta*, quien emprendió un grupo de acciones, entre las que puede citarse la creación de la Junta de Gobierno Autónoma del Hospital "General Calixto García" integrada por profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad; el saneamiento de las playas públicas; el soterramiento de las basuras, las campañas antimosquitos; la acción sanitaria contra la rabia; además se incorporaron al Ministerio un grupo de Instituciones que fueron creadas con carácter autónomo durante el primer mandato del entonces coronel *Fulgencio Batista*, que con esto trató de demostrar una falsa preocupación por los problemas de la población, cuando en realidad solo lo movían los intereses políticos y el tener la posibilidad de malversar los escasos fondos que se destinaban a ellos.

Otras obras de salud que fueron realizadas durante el primer mandato de Batista fueron el Hospital "Ambrosio Grillo" en Oriente; en La Habana los hospitales "Militar", "Maternidad Obrera" y el Antituberculoso "Angel Arturo Aballí"; el Hospital de Isla de Pinos; el Leprosorio de "San Luis de Jagua" y el Instituto de Cirugía Ortopédica en la capital.⁴

En el año 1940 el país contaba con 196 clínicas privadas y mutualistas.

Sin embargo, 16 años después, existían 49 centros más, lo que nos da una muestra de la calidad de la atención que se brindaba en la mayoría de los hospitales estatales, que cada vez era peor, y la población prefería pagar mensualidades en las clínicas privadas y mutualistas a pesar de tener que realizar, en muchos casos, grandes esfuerzos económicos en busca de la seguri-

dad de la familia en caso de contraer alguna enfermedad o necesitar otro servicio de salud.⁵

Durante toda esta década se violaron importantes preceptos institucionales, como el de que "los Ministerios de Salubridad y Asistencia Social; Educación, Agricultura y Obras Públicas actuarían como organismos técnicos", pues todos estos se movieron bajo los intereses políticos de una minoría que trabajaba con el fin de obtener ganancias para sus intereses particulares.⁶

De los presupuestos que se daban para la construcción de hospitales, una gran parte de ellos se dedicaba a "mejorar" las condiciones físicas de los ya existentes, lo que permitía desviar grandes sumas a otros fines.

Al tomar la presidencia de la República el doctor *Ramón Grau San Martín*, designó como Ministro de Salubridad al doctor *José A. Presno Bastiony*, quien se dedicó a atender las necesidades de salud de la población que había sido azotada por un ciclón y emprendió la reconstrucción del hospital "Las Animas".

En 1945, el nuevo ministro, doctor *Octavio Rivero Partagás*, trabajó por la campaña antitísica en el país; mejoró las Juntas Locales de Salubridad del interior de la República, inauguró un grupo de dispensarios que fueron construidos por el Consejo Nacional Antituberculoso, se realizaron importantes trabajos de saneamiento; se creó el Departamento de Control de Estupefacientes, e intensificó la acción contra la Fiebre Tifoidea; todo este trabajo fue continuado por el Ministro que lo sucedió en el poder, doctor *José R. Andreu Martínez*. Además se realizaron importantes actividades como la subvención de 78 instituciones privadas de protección a la niñez; campañas contra el parasitismo intestinal; ampliación de la fábrica de letrinas sanitarias;

vigilancia del abasto de agua, creación del Servicio de Anatomía Patológica en el Hospital de Dementes de Mazorra; la construcción de la biblioteca, morgue, laboratorio clínico, servicio fotográfico, departamento de electricidad médica y servicio de cardiología en el Hospital "Las Animas"; la ampliación del Hospital "Ángel Arturo Aballí"; la creación del primer Centro Epidemiológico en provincias y la instalación de equipos en un grupo de hospitales, entre otras.⁴

Hubo también en este período grandes conflictos entre el Ministerio de Salubridad y Asistencia social y la Universidad de La Habana en los que se vieron involucrados el Instituto de Vías Respiratorias, fundado en 1929, que contaba con 120 camas, un Departamento de Cirugía Torácica, una Clínica para Embarazadas Enfermas y un Dispensario; y el Instituto de Cirugía Ortopédica, conflictos que quedaron resueltos muchos años después, pero que repercutieron sobre el buen funcionamiento de dichas instituciones.

En el caso del Instituto de Vías Respiratorias, estas contradicciones motivaron la renuncia de los doctores *Alfredo M. Antonetti Vivar* y *Manuel Ampudia González* a sus puestos de profesores de la Facultad de Medicina, y que en 1948 cesaran los escasos créditos de que disponía el Dispensario de Lucha Antituberculosa del Hospital Universitario "General Calixto García".

Ante toda esta situación, un grupo de profesores renunciaron a sus sueldos y con un fondo de \$ 15 000 procedente por este concepto, de los catedráticos *José Bisbé Alberni*, *Antonetti*, *Ampudia* y *Orfilio Suárez de Bustamante*; \$ 10 000 cedidos por el Hospital "General Calixto García"; \$ 19 000 cedidos por el rector, del presupuesto universitario, y \$ 6 000 procedentes

del presupuesto de la Facultad de Medicina, se comenzó a construir por tercera vez el Instituto, que posteriormente llevaría el nombre de "Pabellón Bisbé".⁴

El Instituto de Cirugía Ortopédica edificado en gran parte con las contribuciones públicas y particulares que donaron sumas hasta llegar a alcanzar la cifra de \$ 133,906,01, fue construido porque el brote epidémico de poliomielitis que azotó La Habana en 1934, sorprendió al país con un Hospital de Enfermedades Infecto-Contagiosas que carecía de las condiciones necesarias para atender los casos que quedaban con determinadas secuelas y la adaptación de la Sala "San Juan de Dios", del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes", solucionó a medias el problema, pero con la reaparición de otra terrible epidemia en el año 1942, la entonces Primera Dama de la República, Sra. *Elisa Godínez de Batista* y su secretaria, la señora *Corall Rodríguez San Pedro de López Castro*, que había sufrido la enfermedad en su propio hijo, emprendieron una campaña para recaudar fondos para la construcción de un hospital donde se trataran esos casos.

La campaña, que comprendió un magnífico festival "Salve una Vida", celebrado en el parque "José Martí" de La Habana, culminó con la recaudación de \$ 133,906,01 de cuya suma \$ 90 000 fueron aportados por la Corporación Nacional de Asistencia Pública. A esta suma se añadieron los créditos dados por el ejecutivo que la llevó hasta \$ 357 000 y la inversión escrupulosa de los fondos fue auditada por los contadores públicos de *William P. Field y Cía*, que rindieron información al presidente del patronato, el cual fue dado a conocer a la opinión pública.

En junio de 1945, cuando fue terminada la construcción del edificio, el profesor *Grau San Martín*, disolvió el Patronato y pasó el Instituto al Ministerio de Salubri-

dad, y las discrepancias surgidas por esta razón afectaron las tan importantes relaciones que existían entre la Escuela de Medicina y dicha institución.

En el inicio del mandato del presidente doctor *Carlos Prío Socarrás*, fue Ministro de Salubridad el doctor *Alberto Oteiza y Setien*, quien inmediatamente después de ocupar su cargo tuvo que enfrentarse al control de 3 casos de la ya desaparecida viruela en Cuba durante 25 años. Se trabajó además en estos años en la intensificación de la vacunación contra la fiebre Tifoidea; en medidas contra el parasitismo intestinal en el campo, la labor antimosquitos, la construcción de 3 800 letrinas; se emprendieron importantes estudios de investigación contra la poliomielitis y se fomentó el intercambio científico con las universidades norteamericanas.⁴

Toda esta información obtenida en documentos primarios como periódicos de la época e informes oficiales del gobierno nos puede dar la falsa imagen que los servicios funcionaban a la perfección, lo que en la realidad no fue así, ya que gran parte de los recursos económicos se desviaban a otros fines completamente diferentes para los que fueron creados.

Consideraciones finales

En los primeros años de la década de 1940 la economía cubana se vio favorecida por el aumento de las exportaciones a expensas fundamentalmente de la producción azucarera causada por la demanda internacional de este producto como consecuencia de la II Guerra Mundial, pero al arribar a 1948 se comenzaron a sentir en el país los efectos del reajuste de posguerra y se acentuó el desequilibrio económico. Al bajar las exportaciones se incrementó el desempleo,

los precios sobrepasaron la demanda popular, se contrajo el consumo y hubo un gran déficit en el tesoro público.

La asistencia médica se brindaba a la población por 3 subsistemas:

- Estatal por el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social a través de instituciones públicas con recursos muy escasos.

- Centros Mutualistas que estaban mejor dotados.
- Consultas Privadas.

Toda la organización de la salud pública se movía bajo los intereses políticos de una minoría que desviaba gran parte de los recursos destinados a la sanidad del país y a la construcción y funcionamiento de las instituciones de salud.

SUMMARY: The economic situation that Cuba went through in the 40's, characterized by an increase in sugar production and export in the first half of the decade as a result of the great demand on this product caused by the Second World War is described. The end of this war led to a reduction in sugar exports resulting from post-war adjustments with the respective impact on the economic level of the Cuban population. Some of the public health works carried out under the governments at that time and the handling of the budgets by these presidents using funds that should be allocated to the improvement of the country's sanitary conditions are set forth. Some works and campaigns in favor of the people's health led by Dr Jose A. Presno Bastiony, Alfredo M. Antonetti and Manuel Ampudia, among others, are cited in the paper.

Subject headings: HEALTH ECONOMICS; HEALTH PUBLIC; MEDICAL ASSISTANCE; CUBA.

Referencias bibliográficas

1. Guerra Sánchez R. La economía cubana en el período de la República (1902-1950). *Bohemia*, 1950;(Mayo):64-7.
2. Jiménez Soler G. Las zafras azucareras en Cuba. *Rev Bim cub Soc Econ Amigos del País* 1995;78:95-100.
3. Pazos F. El capital extranjero en la economía cubana. *Diario de la Marina*, 1957;(Ext):97.
4. Colectivo de autores. Libro de Cuba. Edición Conmemorativa del Cincuentenario de la Independencia (1902-1952). La Habana: Edit. Pub. 1954;229-38.

5. García Careaga FO. La atención hospitalaria estatal en Cuba durante el período de la república burguesa. Trabajo de Terminación de Especialidad Facultad de Salud Pública. La Habana, 1990.
6. López Serrano E. Efemérides médicas cubanas. *Cuad Hist Sal Pub* 1985;(69):138.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo del 2000.

Dra. *Carmen Arocha Mariño*. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.

Facultad de Salud Pública

LA ECONOMÍA Y LA SALUD PÚBLICA EN CUBA EN LA DÉCADA DE 1950

Dra. Carmen Arocha Mariño¹

RESUMEN: Se describe la situación económica y de la salud pública en Cuba en los años de la década de 1950 como continuación de una publicación anterior sobre dichos aspectos en los años de la década de 1940. Se cita un grupo de trabajos de destacados economistas que reflejan la inestabilidad de la economía del país y la deplorable situación de las familias cubanas. Se señala un grupo de instituciones y campañas de salud a las que fueron asignados créditos extraordinarios, como los aprobados para la lucha antituberculosa, y el desvío que se hacía de esos recursos, que iban a parar a manos particulares. Se hace referencia a la crisis médicas y las causas que la provocaron.

Descriptores DeCS: ECONOMIA DE LA SALUD; SALUD PUBLICA; ASISTENCIA MEDICA; CUBA.

En los años de la década de 1950 en Cuba aún no se había comenzado a enfocar la economía de la salud como una disciplina independiente, aunque hubo prestigiosos economistas como el doctor *Jacinto Torras de la Luz*, que contribuyeron con sus análisis a despertar una entusiasta colaboración entre los profesionales más representativos del gremio médico, para que por primera vez se estudiaran los problemas de la salud pública teniendo en cuenta los factores sociales y económicos de la nación, en el "Forum Nacional sobre Crisis Médica", celebrado durante los días 20 al 23 de septiembre de 1956, auspiciado por el Colegio Médico Nacional de Cuba.

No es casualidad que los peores resultados de los indicadores de salud se observen entre los países más pobres del Tercer Mundo.

El 25 % de la humanidad, que vive en la parte desarrollada de la Tierra, cuenta con la mayor cantidad de médicos, en sus países se produce y se controla más del 90 % de la producción de medicamentos, se dispone de 9 de cada 10 camas hospitalarias y es también la que disfruta de los mayores estándares de salud. Si bien no hay una relación matemática entre los recursos materiales y humanos dedicados a los servicios de salud y sus resultados, las estadísticas mundiales reflejan que en las zonas de

¹ Profesor Asistente

mayor nivel de producción industrial y de investigaciones científicas; las enfermedades más comunes tienen patrones diferentes a las que se padecen en las zonas pobres del mundo.

En África muere antes de cumplir 1 año, 1 de cada 8 niños que nacen, mientras que en Suecia eso solo ocurre en 1 de cada 150 nacidos vivos. En Asia y África continuamente brotan epidemias en su mayoría evitables, que cobran cientos de miles de vida, mientras que en Europa y América del Norte ya ni recuerdan sus sintomatologías, pues las sufrieron sólo hasta el siglo pasado como por ejemplo la fiebre amarilla y la viruela. [El potencial económico que respalda la salud pública. Facultad de Economía de la Universidad de La Habana, Abril, 1989.].

La responsabilidad del Estado sobre la salud del pueblo en Cuba, quedó bien esclarecida con la Constitución de 1940, pero los gobernantes de turno hasta 1958 dieron a ella la interpretación que más le convenía a sus intereses, caracterizándose este período por la insuficiencia cuali-cuantitativa de los servicios médicos y su concentración en la capital, trayendo como consecuencia un pésimo cuadro de salud, sobre todo en zonas rurales y marginales.

Desarrollo

En los años de la década de 1950, América Latina experimentó una seria crisis socio-económica de la cual Cuba no escapó, por el contrario, fue de gran relevancia por su profundidad y gravedad, convirtiéndose la economía cubana en un apéndice del mecanismo productivo de los monopolios norteamericanos.

En desastroso estado de la economía representaba una pesada carga para los trabajadores y se contradecía con los intere-

ses de los amplios sectores de la población Cuba figuraba entre los países de la región donde la miseria y el desempleo masivo habían cobrado dimensiones trágicas.

El número de desempleados total o parcialmente (los que trabajaban menos de 40 horas semanales) en el período de máxima actividad económica -mayo de 1956 a abril 1957- ascendía a 584 000 personas, o sea, algo más del 25 % de la población apta.

Sobre el Ingreso Nacional los datos indican que a pesar de que hubo un aumento casi del triple en 1955 con relación a 1941, la situación de la población de Cuba, medida por sus ingresos reales "per cápita"; fue en los últimos 5 años de esa década igual o solo ligeramente mejor que en 1941, año que no fue de auge económico. [Torres de la Luz, J. Los factores económicos de la crisis médica. Trabajo entregado para el Fórum Nacional sobre crisis médica efectuado en el Col. Med. Nac. del 20 al 23 de septiembre. La Habana, 1956.].

La situación descrita anteriormente se debió al crecimiento que tuvo la población y al incremento de los precios en los productos alimenticios y del costo general de la vida, entre los que estaban la vivienda, vestidos, educación, transporte, medicamentos y artículos de uso caseros entre otros; representando por tanto \$ 313.00 en el año 1955 de \$ 145.00 en 1941.

En un artículo titulado "Inestabilidad y Desarrollo Económico en Cuba" publicado en el No. Extraordinario del Diario de la Marina, el 15 de septiembre de 1957, el profesor *Julián Alienes Urosa*, economista español de prestigio internacional, residente en Cuba, hizo un análisis del país y señaló que la inestabilidad es la característica más acusada de la economía cubana, poniendo el argumento de que el Producto Nacional Bruto varió de 1945 al 1947 el 58 % de incremento, para luego reducirse el 7 % en 1949 y elevarse nuevamente en 1952 al 34 %, dis-

minuir el 24 % en 1955 y aumentar el 42 % en 1957.

"Todo esto revela que el producto nacional bruto varía como promedio por encima de los 200 millones de pesos anuales y en términos relativos por no menos del 13 %. El mal de la inestabilidad es por ende evidente".¹

Según lo descrito por el prestigioso economista y comentarista de temas económicos en la prensa, doctor *Rufo López Fresquet* con la colaboración del también economista *Antonio Jorge*, en el artículo "Las Instituciones de Crédito: Desarrollo de la Banca de Cuba", el principal problema en la eliminación de la inestabilidad dentro de la economía cubana consiste en alcanzar la transformación de la inestabilidad de la propia naturaleza de la industria hasta convertirla en la estabilidad que necesita la economía general de la nación.²

Para agravar la situación económica del pueblo cubano se unía el carácter estacional de su producción, vinculada fundamentalmente con la producción azucarera, trayendo como consecuencia el desempleo permanente y estacional, el subempleo y el desempleo tecnológico.

Sobre esta situación del desempleo en Cuba, el economista doctor *Hugo Vivó* hace un análisis en su artículo "El Trabajo en Cuba. Contribución a la Riqueza Nacional".³

Al analizar la estructura económica de Cuba es necesario examinar el papel particular que jugó Estados Unidos en este proceso, ya que a mediados del siglo XIX Cuba ocupaba un lugar especial en los planes expansionistas de esta potencia en América Latina. El capital monopolista norteamericano se apoderó rápidamente de las posiciones dominantes de casi todas las ramas claves de la economía nacional.

En los años de la década de 1950 el país importaba el 88 % de las grasas que se consumían, el 33 % de las legumbres, más

del 40 % de los cereales, el 63 % de los productos cárnicos, el 90 % del pescado y el 84 % de las conservas de fruta entre otros, o sea, el 19 % de los comestibles que se consumían en el país.

En esencia, el mercado cubano estaba monopolizado por las mercancías norteamericanas.

Todo lo expuesto muestra que la política norteamericana después de la Segunda Guerra Mundial profundizó la dependencia de Cuba y contribuyó a que la crisis de la economía semicolonial se transformara en una crisis permanente e insoluble dentro de la mecánica del mundo capitalista.

La extracción cada vez más intensa de riquezas cubanas, el saqueo de los fondos públicos, la dilapidación de las reservas nacionales, que como se estima, en 1952 Cuba poseía 500 millones de dólares y se transfirieron al extranjero por concepto de beneficios y fraudes más de 200 millones, por lo que en 1959 ya no alcanzaban los 100 millones y la consolidación del latifundio azucarero, constituyen las más importantes características de la economía cubana en ese período.⁴

El área latifundiaria en Cuba alcanzaba el 56,9 % del área nacional en fincas, es decir, 385 000 caballerías, quedando como fincas con menos de 30 caballerías 155 000, para el 43,1 % restante, lo que traía aparejado la limitación de la productividad de la tierra, el desempleo, el bajo nivel de ingresos de la población campesina, la tendencia al monocultivo y el atraso técnico en la agricultura. [Rodríguez CR. La reforma agraria en Cuba Conf. Televisada e impresa. Of. Hist. MINSAP].

En esta década la producción azucarera, exceptuando 1952, no alcanzó los niveles del año 1925 que fue una zafra de alrededor de 5 millones de toneladas de azúcar, hasta 1959 en que se logró un volumen de producción similar pero con una población

que duplicaba la de entonces, lo que quiere decir que a partir del año 1925 el ritmo de crecimiento poblacional fue superior al de la industria azucarera.

La economía cubana no se desarrolló entre otros factores por la rígida estructura institucional que existía (agraria, arancelaria, bancaria y crediticia) que la hacían cada vez más dependiente de la producción azucarera y de las importaciones extranjeras. [Pino Santos O. Estructura de la economía cubana. Conferencia mimeografiada. 20 pgs. Of. Historiador MINSAP.].

En 1959 en Cuba habían 161 centrales azucareros y más de la mitad de ellos pertenecían a 28 grandes propietarios, dentro de estos, 8 eran de importantes consorcios norteamericanos y el resto de diferentes nacionalidades aunque radicaban en el país.⁵

El economista y escritor cubano doctor *José A. Guerra y Deven*, señaló en su artículo "La Industria Azucarera de Cuba. 1932-1957" que aunque era aconsejable desarrollar otras fuentes potenciales de riqueza en el país, la nación cubana tenía en esos momentos en la industria azucarera un activo de un valor inapreciable que no podía ser abandonado, y que por el contrario, se debía sostener como pilar fundamental alrededor del cual se ampliara y completara una estructura económica sólida y bien balanceada.⁶

Al relacionar toda la situación económica vivida por el pueblo de Cuba en los años de la década de 1950 con su estructura sanitaria, se pueden detallar algunos de sus aspectos.

En 1950, la tuberculosis estaba entre las 10 primeras causas de muerte, la gastroenteritis ocupaba el tercer lugar y la tasa de mortalidad infantil era de 79 por cada mil nacidos vivos.

En el trabajo titulado "Revisión estadística sobre las causas más frecuentes de

mortalidad y morbilidad en Cuba" del doctor *Ortelio Martínez Fortún*, aparece un llamado del autor a sus compañeros de profesión en Cuba para que contribuyeran a mejorar las estadísticas médicas haciendo un mejor reporte de los casos, pues muchas de las muertes causadas por enfermedades como la tuberculosis pulmonar aparecían como causadas por bronconeumonías y bronquitis capilar. Los niños que fallecían en las primeras horas de nacidos se informaban como muertes fetales, distorsionando las cifras reales de la mortalidad infantil y así hubo de citar algunos otros ejemplos.

Sobre las primeras causas de morbilidad en Cuba, aparecen en trabajos del doctor *Martínez Fortún* que la tuberculosis alcanzó sus mayores cifras en los años 1944, 1945 y 1946 con 67,2 casos cada 100 000 habitantes y las menores a partir de 1950 con 20,9 casos por 100 000 habitantes. La fiebre tifoidea de 78,2 casos cada 100 000 habitantes en 1945 descendió a 10,4 cada 100 000 habitantes en 1951, algo parecido a lo que sucedió con el paludismo que de 54,9 casos cada 100 000 habitantes en 1944 pasó a 3,64 en 1953 y con la difteria, pues de 10,4 enfermos cada 100 000 habitantes en 1944 llegó a 2,84 en 1953.

Con todas estas cifras expuestas, que sin dudas muestran que la medicina cubana desde principios de siglo comenzó a tener notables éxitos, no se puede pensar que la situación sanitaria del país era buena, pues todavía morían anualmente alrededor de 5 000 niños antes de alcanzar la adolescencia de un total de 2 068 598, y de esas defunciones, unas 3 500 podían atribuirse a las enfermedades entéricas, al parasitismo intestinal y a la desnutrición, es decir, a males evitables que predominaban en las zonas rurales.⁷

En los primeros años de esta década siendo ministro de Salubridad el doctor *José R. Andreu*, se reorganizaron los servicios

hospitalarios y se restablecieron los créditos, se aumentó la consignación de instrumental quirúrgico, equipos y medicinas; y en el orden sanitario se realizó una activa campaña en el campo a través del Instituto Técnico de Salubridad para erradicar enfermedades parasitarias, gastrointestinales e infecciosas; además se llevaron a cabo campañas de higienización. El Consejo Nacional de Tuberculosis prosiguió la obra del Instituto de Vacunación "BCG", se creó en el Sanatorio "La Esperanza" la primera Escuela de Rehabilitación del Tuberculoso; se fundaron además, el Servicio de Cirugía Cardiovascular en el Instituto de Cirugía Ortopédica, absolutamente gratuito para enfermos pobres; el pabellón de niños en el Hospital "San Juan de Dios" de Santa Clara y la Clínica del Cáncer en la misma ciudad. También inició sus servicios el nuevo Hospital de Holguín; se reconstruyeron los hospitales "Saturnino Lora", de Santiago de Cuba; de "Maternidad e Infancia" de Pinar del Río; el "Civil" de Matanzas y el "Lilia Hidalgo" de Rancho Boyeros; además de que se erigieron otras. En este mismo período se subvencionaron creches y asilos de ciegos y ancianos, y se promulgó la Ley de Retiro Médico entre otro gran número de actividades.⁸

En el nuevo mandato del General *Fulgencio Batista*, después del golpe de estado del 10 de marzo de 1952, éste crea 2 nuevos organismos autónomos, que arrastrarán un mal que había sido suprimido después de su primer período de gobierno.

En cuanto al servicio de hospitales, la situación del país fue considerada totalmente inadecuada e insuficiente por los participantes en el IX Congreso Médico Nacional celebrado en La Habana en el año 1955, a pesar de que en los años 1931, 1947, 1948, 1949 y 1952 se había discutido y aprobado resoluciones y proyectos por diferentes

Asambleas Médicas Nacionales para solucionar los problemas de la Asistencia Hospitalaria de Cuba.

En ese importante evento se expuso que según el último censo realizado en 1953, en el país había en esos momentos 5 832 852 habitantes por lo que se debía disponer de 67 000 camas, de acuerdo con el indicador aceptado de 1,15 camas por 1 000 habitantes y que en la realidad existían 17 000 camas entre las instituciones del Estado, las autónomas y las privadas.

En una intervención realizada por el doctor *Rodrigo Bustamante Marcaida* expresó "... cuando se analiza superficialmente el status hospitalario cubano, sorprende y deprime que en 53 años de vida republicana no se haya dado por parte de las esferas oficiales ningún paso firme, ni haya realizado ninguna modificación básica encaminada a superar el caos de nuestros hospitales que a veces no merecen ni siquiera su nombre, permaneciendo relegados a la categoría de almacenes de enfermos".³

En el gobierno de Batista se crearon nuevos servicios de medicina preventiva para la asistencia a los enfermos y para la protección general de la población en salud, como fueron:

- Instituto Nacional de Cardiología
- Clínica de Cirugía Cardiovascular y Torácica en el Instituto de Radium del Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes" de La Habana
- Servicio de Cardiología para el tratamiento de la trombosis coronaria en el Hospital "Lilia Hidalgo" de Rancho Boyeros.

También se cedieron créditos extraordinarios para reforzar instituciones hospitalarias:

- \$ 29,000 destinados a la alimentación del Hospital "San Lázaro" del Rincón, Santiago de las Vegas.

- \$ 8,400 anuales para el Hospital "Juan de Dios" de Sagua la Grande, provincia Las Villas.
- \$ 50,000 para equipos del Hospital de "Emergencia" de Santiago de Cuba.
- \$ 62,600 para cocina, calderas y alcantarilla del Hospital de Dementes de Cuba, "Mazorra", así como \$ 195,000 para nuevas construcciones, ropas y alimentos.
- \$ 45,000 para reforzar los créditos de otros hospitales.

Aunque se han relacionado un grupo de acciones emprendidas por los distintos gobiernos en la década del 50 aun la salud pública en Cuba no lograba cubrir las necesidades de la población, pues a pesar de estar bien explícita la función social del Estado en la Constitución de la República, la organización hospitalaria del país era deficiente, había una ausencia de medidas reguladoras, de la asistencia médica a los grupos de más bajos ingresos y no se daba una verdadera protección a la salud en general porque se desviaba gran parte del presupuesto para intereses particulares.¹⁰

Los presupuestos no eran encaminados a la solución de los problemas fundamentales de la población, ni de forma general ni en el caso de la salud pública, incurriendo muchas veces en gastos inútiles e improductivos, y en el caso particular del personal médico se venía manifestando un fenómeno que se denominó "Crisis Médica", para lo cual el Colegio Médico Nacional convocó a un Forum para estudiar los factores económicos que originaban esta situación por lo que el prestigioso economista, doctor *Jacinto Torras* elaboró en 1956 un informe a punto de partida de las 2 manifestaciones fundamentales que tenía dicha crisis.

- La insuficiencia o escasez de oportunidades que un elevado porcentaje de mé-

dicos (más agudamente los recién graduados) encontraban para ejercer su profesión.

- Los sueldos o ingresos insuficientes en la mayoría de los médicos para cubrir sus necesidades.¹⁰

Del personal médico, se conoce que en este período (1956) existían en el país 6 250 médicos colegiados, lo que da un índice de 1 médico por cada 960 habitantes, o lo que es lo mismo, 104 médicos por cada 100 000 habitantes, que al ser comparado con otros países según los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, Cuba se situaba en el undécimo lugar en cuanto a la disponibilidad relativa de médicos.

Esta buena posición del país en cuanto a personal médico no está dentro de las causas que provocaron la crisis médica, lo que quiere decir que no fue precisamente un exceso de este personal lo que motivó su difícil situación de manera general, sino las condiciones económicas de la mayoría de las familias cubanas, la ausencia de presupuestos nacionales técnicos, la débil organización hospitalaria y el poco desarrollo de los seguros de salud, exceptuando el mutualismo, además de la menor demanda de servicios por la población por sus bajos ingresos.

A partir de lo expresado anteriormente se puede asegurar que existía una estrecha relación entre el nivel de los ingresos promedios de los médicos y la situación económica general del país, favoreciendo entonces, que apareciera el subempleo o desempleo de los profesionales con la consiguiente "Crisis Médica" a la que se enfrentó Cuba en la década de los años 50 y que el nivel del Ingreso Nacional y de los ingresos familiares fueran insuficientes para proporcionar condiciones de salud adecuadas a la población.

Consideraciones finales

En la década de 1950 se incrementaron las exportaciones por el establecimiento de la cuota azucarera al contar Cuba con mercados fijos, pero a pesar de ello la situación real de las familias cubanas se mantuvo muy difícil, por el aumento del costo general de la vida y por el crecimiento de la población.

La estructura sanitaria del país permaneció igual que en las décadas anteriores

aunque se incrementaron las instituciones médicas así como los créditos para ellas, pero a pesar de ello la calidad de la atención continuó siendo deficiente pues no cubría las necesidades y estaban mal distribuidas geográficamente, además de que los grupos de más bajos ingresos, estaban desprotegidos pues continuaba desviándose gran parte de los recursos para fines particulares. Toda esta situación conllevó a la denominada crisis médica de los años 50.

SUMMARY: The economic and public health situation in Cuba in the 50's are described as a continuation of a previous paper dealing with these aspects in the 40's. A group of papers presented by outstanding economists which revealed the instability of the economy of the country and the very bad situation of the Cuban families at that time are mentioned. Also, a group of institutions and health campaigns to which extraordinary credits were granted, for example, the funds given for fighting tuberculosis and the embezzlement of such resources which were kept by individuals are pointed out. Reference is made to the medical crisis and its causes.

Subject headings: HEALTH ECONOMICS; HEALTH PUBLIC; MEDICAL ASSISTANCE; CUBA.

Referencias bibliográficas

1. Alienes Urosa J. Inestabilidad y desarrollo económico en Cuba. Diario de la Marina 1957;(Ext):84.
2. López Fresquet R, Antonio J. Las instituciones de crédito. Desarrollo de la banca en Cuba. Diario de la Marina, 1957; (Ext.):91-6.
3. Vivó H. El trabajo en Cuba. Su contribución a la riqueza nacional. Diario de la Marina. 1957; (Ext):118.
4. Bodomolov A. Cuba: experiencia del desarrollo social. Moscú: Progreso, 1983:263-310.
5. Jiménez Soler G. Los propietarios de los centrales azucareros cubanos al triunfo de la Revolución. Rev. Bim. Cub. Soc. Econ. Amigos del País 1995;78:100-7.
6. Guerra Deven JA. La industria azucarera de Cuba. 1932-1957. Diario de la Marina, 1957; (Ext):98.
7. Recio Foms A. Breve reseña de la situación epidemiológica y sanitaria en Cuba. Memorias de IX Congreso Médico Nacional. La Habana: Editorial P. Fernández, 1985:119-23.
8. Colectivo de autores. Libro de Cuba. Edición Conmemorativa del Cincuentenario de la Independencia (1902-1952). Cuarta Parte. Ministerio de Salubridad y Asistencia Social. Edit. Pub. S.A. La Habana, junio 1954:229-38.
9. Bustamante Marcaida R. Sistema hospitalario de Cuba. Memorias de IX Congreso Médico Nacional. La Habana. Editorial P. Fernández, 1955:99-105.
10. Forum Nacional sobre Crisis Médica. Conclusiones y Recomendaciones. Rev Trib Med 1956; (Sept.-Oct.):9-88.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo del 2000.

Dra. *Carmen Arocha Mariño*. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.

Facultad de Salud Pública

LA ECONOMÍA Y LA SALUD PÚBLICA EN CUBA EN LA DÉCADA DE 1960

Dra. Carmen Arocha Mariño¹

RESUMEN: Se exponen un conjunto de medidas económicas dictadas por el gobierno revolucionario en los años de la década de 1960 como fueron la Ley de Reforma Agraria, la Nacionalización de los Monopolios Extranjeros y la creación de algunos ministerios entre otros, todas con el objetivo de mejorar la situación del país y elevar el nivel de vida de la población, a la vez que se destacan las importantes obras emprendidas para resolver un conjunto de problemas sanitarios que caracterizaban al sistema de salud, además de señalar algunos de los resultados positivos en la gestión de este sector en beneficio de todos los cubanos durante esta década.

Descriptores DeCS: ECONOMIA DE LA SALUD; SALUD PUBLICA; ASISTENCIA MEDICA; CUBA.

El bajo nivel de salud que la Revolución encontró en 1959, consecuente con el también bajo nivel de vida de la mayoría de la población constituyó un reto para el Gobierno Revolucionario que tuvo que iniciar un proceso de transformaciones radicales, tanto en las instituciones económicas y sociales como en el carácter y la práctica de las actividades sanitarias.¹

El propósito del presente artículo como continuación de los anteriores en que se estudió la economía y la salud pública en Cuba en los años de las décadas de 1940 y 1950, es describir la situación económica por la que atravesó el sistema de atención médica en Cuba en la década de los años 1960, para de esta forma poder analizar y

comprender con más claridad lo que significa para el Estado mantener los actuales indicadores sanitarios a pesar de las difíciles condiciones que afronta el país.

Esta etapa se caracterizó porque se tomó un conjunto de medidas encaminadas a resolver los problemas económicos más apremiantes, al igual que en el sector de la salud donde hubo que hacer un proceso acelerado de formación de recursos humanos y de creación de instalaciones sanitarias que permitieran ampliar la cobertura asistencial que estaba limitada fundamentalmente a las zonas urbanas.

Muchos fueron los esfuerzos desplegados en el país para obtener los significativos logros que caracterizaron a esta década.

¹ Profesor Asistente.

da y que prepararon el camino por el que se transitaría después.

Desarrollo

Los primeros pasos dados por el Gobierno Revolucionario fueron la disolución del ejército de la tiranía y su reemplazo por un ejército popular, la recuperación de los bienes malversados, la Ley de Reforma Agraria que permitió poner fin a los latifundios extranjeros y nacionales, la creación del Banco para el Comercio Exterior de Cuba, la intervención de las Refinerías de Petróleo y la nacionalización de los monopolios norteamericanos de energía eléctrica, teléfono, azúcar y la banca; todo esto en 1960 y en ese año también se creó la Junta Central de Planificación para la formulación y elaboración de la política económica del Gobierno.

El prestigioso economista e historiador doctor *Julio Le Riverend* en su libro "*Historia Económica de Cuba*" señala que la Revolución del 1ro. de enero tuvo que emprender todo este proceso de transformaciones para establecer una nueva estructura económica.²

La primera Ley de Reforma Agraria que liquidó la propiedad latifundista, las leyes que rebajaban los alquileres y las tarifas telefónicas y eléctricas y la introducción del control obrero en las grandes empresas industriales pertenecientes a compañías extranjeras fundamentalmente estadounidenses, en 1959-1960, afectaron de una manera directa los intereses de los monopolios norteamericanos y despertaron en ellos una furiosa resistencia, expresada en abierta rebelión contra las leyes revolucionarias, como diversas formas de sabotajes y, más tarde sanciones económicas como el cese de las entregas de petróleo y de las compras de azúcar cubana.

En 1962 se nacionalizaron las propiedades de la burguesía urbana y en octubre de 1963 los bienes de la burguesía rural con la Segunda Ley de Reforma Agraria.³

El presupuesto del Estado se formaba a partir de las ganancias de las empresas del sector estatal y los impuestos al sector privado, pero los esfuerzos del gobierno por lograr una economía planificada no resultaron. A finales de 1965 se disolvió el Ministerio de Haciendas y parte de sus funciones pasaron al Banco Nacional. A finales de 1967 se suspendieron los cobros y pagos entre las empresas estatales, lo que condujo a perder el control sobre la ejecución del presupuesto del Estado, este control se sustituyó por asignaciones centralizadas para lograr los salarios en el sector estatal, los créditos y suministros de medios técnico-materiales al sector privado y la compra de sus productos.

En ese período, el objetivo fundamental de la economía era el incremento del nivel de vida de la población.⁴

En una conferencia impartida por el gran economista cubano doctor *Regino Botí León* sobre "*La Reforma Agraria y la Industrialización*", él hace un análisis de la relación que se establece entre la agricultura y la industria en cualquier país y señala que para que haya un rápido crecimiento industrial, la agricultura tiene que proveer a los trabajadores industriales de más alimentos a precios adecuados y a la propia industria de mayores cantidades de materias primas. Al mismo tiempo, para que la industria crezca es necesario que aumente el nivel de vida del campesinado para que compre productos manufacturados.

En el caso de Cuba, el crecimiento de la industria había sido bastante lento y no jugó un papel dinámico en la economía, además de que había un cuantioso déficit de producción agrícola, lo que obligaba a importar alrededor de 120 millones de dóla-

res al año en alimentos, cifra que representa una proporción notablemente alta de las importaciones cubanas.

En el análisis que realiza *Boti*, refiere que la causa de la escasa producción agrícola cubana de los años de las décadas de 1930, 1940 y 1950 se debía a la presencia de los latifundios, entendiéndose por ello una combinación de factores de la producción en que hay poco capital, poca mano de obra y mucha tierra y que la Reforma Agraria le limitaba la tierra al agricultor para obligarlo o inducirlo a transformar la agricultura en intensiva, donde se use poca tierra, mucho capital y mucha mano de obra. [Boti León R. La reforma agraria y la industrialización. Conferencia mimeografiada. 25 pgs. Of. Hist. MINSAP].

El profesor de historia de Cuba de la Universidad de La Habana, doctor *Elías Entralgo Vallina*, en 1959 hizo un análisis histórico de la propiedad de la tierra en Cuba y argumentó la necesidad en este país de la Reforma Agraria, en medio de una revolución eminentemente campesina, de hombres humildes, y citó a tres pensadores de alta significación en las postrimerías del siglo XIX, *José Martí*, *Enrique José Varona* y *Manuel Sanguily*, que siempre destacaron el papel principalísimo que representan en la historia los hombres humildes. [Entralgo Vallina E. Análisis histórico de la propiedad de la tierra en Cuba. Conferencia mimeografiada. 22 pgs. Of Hist. del MINSAP].

Como medidas de reajuste económico, se llevó a cabo en 1964 el alza de los precios de algunos productos, tales como la cerveza, la carne y los cigarrillos con lo que se logró reducir la circulación monetaria alrededor de 100 millones de pesos; esto se debió fundamentalmente a fuertes desequilibrios que se produjeron entre ingresos y gastos monetarios en la población a causa de la acumulación de recursos financieros en manos de ella.

Hubo en los primeros años escasez de algunos productos por utilización de malas técnicas en la agricultura y por el disgusto de los campesinos por los errores cometidos con ellos. Cuando se examinan las cifras de la producción bruta y neta de la agricultura entre los años 1956 - 1962 se encuentran crecimientos en la agricultura no cañera, en la ganadería y en la pesca. Hubo un estancamiento azucarero en 1962 y 1963 que después se recuperó con el incremento de caballerías que se sembraron. La política de precios agrícolas fue una política de precios dirigidos. [JUCEPLÁN. Instrucciones metodológicas para la elaboración del plan anual. La Habana, 1963:129.].

En esa década ocurrió un desastre natural producto de un intenso ciclón (Flora), que afectó las provincias de Camagüey y Oriente que estaban densamente pobladas de campesinos y que trajo serias afectaciones a la economía nacional. Como respuesta a lo ocurrido, el Gobierno condenó las deudas y créditos bancarios, se entregaron animales productivos y créditos para la nueva producción.

El proceso de nacionalización por el Estado se realizó en 2 etapas, la primera en mayo de 1959 cuando se pasó a propiedad estatal el 40 % de la tierra y la segunda el 6 de agosto de 1960 con la industria y la banca, rescatando desde ese momento 36 centrales azucareros, la compañía de electricidad y teléfono, además de las refinerías de petróleo, o sea, inversiones por unos \$ 700 000 000. A partir de ese año la Unión Soviética, con un crédito inicial de \$ 100 000 000 para inversiones, comenzó su colaboración.

El gobierno de Estados Unidos en 1960 suprimió la cuota azucarera cubana en su mercado, cuando sólo faltaban por embarcar 700 000 toneladas para cubrir el compromiso que le correspondía al país ese año en el mercado norteamericano, esta medida de represalia redujo la capacidad de exportar

tación de nuestro país en 3 000 000 de toneladas que de inmediato fueron asumidas por la Unión Soviética y el resto de los países socialistas, y a partir de ese momento se estableció un intercambio con dichos estados, donde Cuba exportaba su azúcar e importaba medios de producción y las materias primas que el área socialista era capaz de suministrarle. Esto aseguró a la economía cubana un mercado sólido y estable.⁵

Para que en Cuba se decidiera mantener durante esta década su economía basada fundamentalmente en la agricultura se tuvieron en cuenta los siguientes factores:

1. Las características de las tierras de cultivo del país.
2. Fuerte capacidad instalada para la industria azucarera.
3. Considerable tradición de conocimientos sobre producción de azúcar.⁶

Este pequeño país con 6 millones de habitantes en esa década y continuamente hostigada por Estados Unidos a través de una política muy bien formulada de agresiones, comenzó todo un proceso de transformaciones económicas sociales que le permitieron sobrevivir y alcanzar algunos indicadores que constituirían la base de su desarrollo.

Al frente de la Salud Pública Cubana, regida por el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, después de la toma del poder revolucionario, se nombró como ministro el doctor *Julio Martínez Páez* que provenía del cargo de Comandante, Jefe de los Servicios Médicos del Ejército Rebelde.⁷

En los 3 primeros años después de la toma del poder revolucionario, las actividades que se llevaron a cabo estuvieron encaminadas a resolver los principales problemas de salud que tenía la población y a extender los servicios a todas las zonas del

país, a la par que se comenzaba el proceso de integración que culminó en 1970 al desaparecer el subsistema mutualista y establecerse el Sistema Único de Salud.

A partir de 1960 se tomó un conjunto de medidas que beneficiaron a la población, como lo fue la rebaja de los medicamentos (15 % a los de producción nacional y 20 % a los importados) y la creación del Servicio Médico Social Rural por medio de la Ley No. 723 del 22 de enero de ese año, aunque hubo que enfrentar situaciones muy difíciles, pues inmediato al triunfo de la Revolución comenzó a manifestarse el éxodo de médicos que entre 1959 y 1961 alcanzó la cifra de 1 360 y dentro de ellos un gran número de profesores, lo que obligó al país a llevar a cabo un aumento en la formación de dichos profesionales, además de que hubo que separar del Ministerio a un grupo de funcionarios que estuvieron vinculados al régimen de Batista o estaban en actividades fraudulentas.

Inmediatamente se comenzó a destinar una mayor cantidad de recursos al presupuesto dedicado a la Salud, lo que permitió terminar algunos hospitales que estaban inconclusos, elevándose a 7 000 el número de camas. Además se extendió el Servicio Médico Social Rural a todo el país, lo que requirió de la construcción de hospitales rurales y puestos médicos, también se nacionalizaron los laboratorios farmacéuticos y las droguerías y se realizaron las primeras labores internacionalistas a partir de cuando Chile se vió azotado por un terremoto en 1960, todo esto con las implicaciones económicas que conlleva al comenzar a variar la estructura y el funcionamiento del Sistema de Salud. [El potencial económico que respalda la salud pública. Facultad de Economía de la Universidad de La Habana, Abril 1989.].

Entre 1961 y 1969 se emprendió un gran número de actividades, entre las que pue-

den citarse la realización de un Plan de Salud Pública que contenía 15 tareas para el cuatrienio 1962-65 y se nacionalizaron las clínicas privadas y mutualistas, creándose la Empresa Mutualista, todo esto a partir de la Ley No. 959 de agosto de 1961 en que se acreditó al Ministerio de Salud Pública como órgano rector de las actividades de salud en el país.

Además se incrementó el presupuesto de las instituciones, se distribuyeron los recursos de manera uniforme; se fundaron los policlínicos integrales y las clínicas estomatológicas, se llevaron a cabo grandes campañas de vacunación como la antipoliomielítica, a la que se sumó la población a través de las organizaciones de masas, sin tener necesidad el Estado de contratar personal adicional, y desde entonces esto constituyó uno de los principios de la Salud Pública: el de la participación popular; también se logró reducir a niveles insignificantes la difteria y el tétanos; hubo una rebaja del 50 % de los medicamentos de uso continuo y el 60 % de los antibióticos; y se colaboró con varios países del Tercer Mundo, entre ellos, Argelia, Congo, Guinea Bissau, Malí y Viet Nam.

Para transformar la política sanitaria cubana, entre 1961 y 1969 se pasaron al sector estatal las diferentes formas de la medicina privada, por lo que se incrementó el número de consultas, y los recursos monetarios para la alimentación de los hospitalizados creció 6 veces, y los de medicamentos y otros materiales 26 veces.

Considerando los gastos por conceptos de las incorporaciones de las clínicas privadas y mutualistas en unos 40 millones de pesos, se puede estimar, que al finalizar la década de los sesenta, el país destinaba 4 veces más recursos a la salud que en 1958, lo que significa una tasa de crecimiento promedio anual de alrededor del 12 %.

A causa de que antes de 1959 el país contaba con un solo hospital en las zonas

rurales, en Ventas de Casanovas, a partir de 1960, se invirtieron más de 44 millones de pesos en la construcción de una red de instalaciones como respuesta al Servicio Médico Social Rural, que ya en 1965 era de 43 hospitales rurales y 40 puestos médicos.

También fueron creados dentro de las unidades asistenciales los policlínicos, que sustituyeron a partir de 1961 a las Casas de Socorro, y que ya en 1962 alcanzaron la cifra de 141.

El presupuesto dedicado a salud pública en 1958 era poco más de 22 millones de pesos, que en la práctica se reducía, a causa del robo al presupuesto nacional por parte de los gobernantes de turno, y ascendió en 1964 a \$ 121,890,000, o sea, más de 5 veces con respecto al último año de la tiranía. [García Careaga FO. La atención hospitalaria en Cuba durante el período de la república burguesa. Trabajo de Terminación de Especialidad. Fac. Sal. Púb. La Habana, 1990.].

En lo relacionado con la docencia, como estructura fundamental dentro de un sistema de salud para garantizar la formación de recursos humanos, se realizaron importantes gestiones, pues el plan de estudios vigentes al inicio de la Revolución databa de 1940 y en 1962 se produjo la Reforma Universitaria, adaptando los planes a la formación de médicos según los requerimientos económicos, políticos y sociales del país, donde se priorizó la medicina preventiva.

En ese mismo año, se incorporaron al Ministerio de Salud Pública los hospitales universitarios y se acreditaron como docentes otros de La Habana, se inauguró además la Escuela de Medicina de la Universidad de Oriente y el Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" en La Habana, lo que marcó el inicio de un amplio programa de formación de médicos. En 1963 se estableció un nuevo

plan de estudios emergente con una duración de 5 años, que luego sufrió modificaciones en 1966 al aumentarse a 6 y en 1969 al establecerse el Plan de Estudios integrado. La matrícula en los centros superiores se incrementó por la situación que atravesó el país en esos años con el éxodo de médicos y en 1969 ya habían 40 hospitales docentes y se había fundado una Facultad de Medicina en la ciudad de Santa Clara en 1966.

Por el desarrollo que desde los inicios de la década se le comenzó a dar a la medicina en Cuba, se impuso la necesidad de llevar la docencia médica a otras provincias y se fueron creando por esta razón nuevas Facultades de Medicina, Politécnicos de la Salud, Escuelas de Estomatología y otros. A partir de 1961 se comenzaron a crear nuevas Escuelas de Enfermería y de Auxiliares de Estadísticas y Codificadores, y al año siguiente, técnicos medios, lo que permitió a partir de 1963 contar con un sistema de información de calidad reconocida internacionalmente. Además de la formación de personal paramédico como técnicos en laboratorio, rayos X, anestesia y otros.

En el terreno de las investigaciones esta década fue muy prolija, pues ya desde el inicio se conformó una conciencia en el personal de la salud sobre la necesidad de emprender una política científico técnica que permitiera avanzar rápidamente hacia el desarrollo, a pesar de que en los 2 primeros años se requirió trabajar en función de los problemas más apremiantes de la población, pero no obstante a ello, se comenzaron a desarrollar actividades combinadas de docencia-investigación.

En 1962, se fundó la nueva Academia de Ciencias de Cuba, y en ese mismo año se comenzó la construcción del Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC) y se creó el Consejo Científico del Ministerio

de Salud Pública, que luego pasó a ser su principal órgano asesor. Tres años después, en 1965, se organizó el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas que se extendió a todas las provincias a partir de 1969. Con esta institución centro, se pudo lograr penetrar en la red de información internacional que había sido parte también del bloqueo de Estados Unidos a nuestro país.

A solo 6 años de establecido el gobierno revolucionario dirigido por el Comandante doctor *Fidel Castro Ruz*, se crearon diez centros de investigación, que fueron los institutos de: Endocrinología y Enfermedades Metabólicas; Cardiología y Cirugía Cardiovascular; Oncología y Radiobiología; Neurología y Neurocirugía, Gastroenterología; Nefrología; Angiología; Hematología e Inmunología; Higiene, Epidemiología y Microbiología y el de Medicina Deportiva.

Los años de la década de 1960 constituyen un período de intensas transformaciones económicas, políticas y sociales en el país, y en el sector de la salud fueron muchas las medidas adoptadas, que a su vez tuvieron repercusiones económicas y que sirvieron de punto de partida para lograr el desarrollo con que cuenta Cuba en su camino para alcanzar la condición de potencia médica.

Consideraciones finales

Entre 1960 y 1969 en el país se emprendieron un grupo de transformaciones basadas en la socialización de los medios de producción a punto de partida de las nacionalizaciones de la tierra, las grandes industrias y la banca, a través de leyes dictadas por el gobierno revolucionario con el objetivo de mejorar el nivel de vida de la población, a pesar de las agresiones emprendi-

das por Estados Unidos hacia Cuba a partir de la suspensión de la cuota azucarera como parte del bloqueo económico.

La situación sanitaria del país cambió radicalmente pues se comenzaron a resolver los problemas más apremiantes de la población, extendiéndose los servicios mé-

dicos a toda la isla y creándose nuevas instituciones. En este período se obtuvieron importantes logros entre los que se destacan la erradicación de la poliomielitis, la disminución progresiva de la tasa de mortalidad infantil y los altos niveles de inmunización.

SUMMARY: The paper sets forth a set of economic measures put into practice by the revolutionary government in the 60's such as Agricultural Reform Law, Nationalization of Foreign Companies and the setting of some Ministries, among others. All these actions were aimed at improving the situation of the country and raising the life standards of the population and at the same time, the paper underlines some important works carried out to solve a series of sanitary problems that characterized the Cuban health care system. It also points out some of the positive results in the management of this sector for the benefit of all the Cubans during that decade.

Subject headings: HEALTH ECONOMICS; HEALTH, PUBLIC; MEDICAL ASSISTANCE; CUBA

Referencias bibliográficas

1. Font Pupo C. La salud del pueblo, preocupación básica de la Revolución. Rev. Cuba Socialista. 1983;(Abr.):43.
2. Le Riverend Brussone J. La crisis permanente 1934-1958. En: Historia económica de Cuba. La Habana. Instituto del Libro, 1987:246-55.
3. Bodomolov A. Cuba. Experiencia del desarrollo social. Moscú. Editorial Progreso, 1983: 263-310.
4. Martínez EA. Plan de la economía nacional de 1964. Rev Cuba Socialista. 1964;(mar.):1-22.
5. Cepero Bonilla R. La Conferencia Azucarera de Ginebra. Rev Cuba Socialista, 1962; (2): 45-62.
6. Rodríguez Rodríguez CR. La revolución cubana y el campesinado. En: Letra con filo. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1983;t 2:239-66.
7. Delgado García G. La Salud Pública en el período revolucionario socialista; conferencia de historia de la administración de salud pública. No. 12. Cuad Hist Sal Pub 1996;(81):143-59.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 1 de marzo del 2000.

Dra. Carmen Arocha Mariño. Facultad de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.

