

FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS DEL ESTE DE LA HABANA
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO "EMILIA DE CORDOVA RUBIO". SAN
NICOLÁS.

LA SALUD PÚBLICA EN CUBA

*Dra. Florinda García Chico¹, Dra Gilda Scull Scull², Lic. Juana de los Ángeles Govín Scull³,
Dra. Marisela Iglesias Camejo.⁴*

1. Especialista de I grado en Administración y Organización de Salud, Profesora Instructora, Master en Enfermedades Infecciosas.
2. Especialista de II grado en Administración y Organización de Salud. Profesora Auxiliar. Master en Enfermedades Infecciosas.
3. Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora, Master en Enfermedades Infecciosas.
4. Especialista de I grado en Microbiología. Profesora Asistente. Master en Enfermedades Infecciosas.

RESUMEN

Se relatan los principales momentos por los que ha transitado la Salud Pública en Cuba a partir del año 1825, y se expresan las múltiples funciones de los médicos estatales gratuitos en esa etapa, haciéndose referencia a firmas ilustres de la medicina en esas épocas, se relaciona la atención médica en las etapas anteriores con la atención primaria de salud actual. Se reflejan los primeros cambios que ha tenido la salud pública al triunfo de la revolución, desde las Postas Sanitarias Rurales, la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles, la participación de organizaciones de masa en salud, la creación del Policlínico Integral, el surgimiento del Policlínico Comunitario, los principales programas de salud implantados. La creación de la Medicina Familiar, así como las Estrategias y programas priorizados en el Sistema Nacional de Salud Cubano.

Descriptores DeCS: **SALUD PÚBLICA**

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública en Cuba se caracterizó antes del triunfo de la Revolución en enero de 1959, en

lo más general por un sistema de Asistencia Pública característico de países pobres, subdesarrollado, que se enmarcan en el tercer mundo. No existía un Sistema de Salud Único, sino tres subsistemas: el privado, el mutualista y el estatal. Este último ofrecía una medicina, eminentemente curativa, de deficiente calidad y la unidad más representativa de ella eran las Casas de Socorro las cuales no cubrían las demandas y necesidades de la población en lo referente a la atención primaria a la población que como todos sabemos es la que más se requiere. En lo referente a la atención hospitalaria se debe señalar que las camas de estas instituciones eran totalmente insuficientes y para poder tener acceso a ellas en no pocas ocasiones la población tenía que valerse de las gestiones con políticos de turno que le exigían su voto en las elecciones a cambio de una cama hospitalaria. Desde la época del Asalto al Cuartel Moncada en el programa de este se consideró la salud del pueblo como una de las principales necesidades a atender, ya en la Sierra Maestra el Ejército Rebelde brindaba atención con sus médicos a pobladores cercanos a los combatientes que lo necesitaban, La Revolución Cubana trajo consigo, desde sus inicios, transformaciones esenciales en Campo de la Salud, Se creó un Sistema de Salud único, integral y regionalizado, garantizando con este el acceso equitativo de la población a estos servicios. Los logros del campo de la salud en Cuba constituyen una de las principales conquistas de la Revolución. Nuestro Sistema de Salud ha demostrado una alta eficiencia, y ha rebasado los límites del territorio nacional, para extenderse al resto del mundo con un enfoque internacionalista y humano, siendo estos valores que distinguen la práctica médica del país. Todo esto ha motivado la realización de este relato de momentos más relevantes en la Salud Pública del país. Se considera importante el conocimiento de estos hechos para las nuevas generaciones, y la población de otros países que este momento están en contacto con el personal de salud tanto cubano, como estudiantes o en calidad de pacientes y observadores en general, por ello se propone con este trabajo reflejar los hechos más relevantes de la revolución de la Salud Pública en Cuba a partir de 1825.

DESARROLLO

En 1825, y lo describe así el historiador médico *Gregorio Delgado García*: "Este modelo consistía en nombrar semanalmente dos facultativos, un médico y un cirujano, que rotaban sin excepción alguna entre todos los de la ciudad, los cuales debían atender gratuitamente a los enfermos y accidentados que se presentaran entre los pobres de solemnidad de la población, les imponían tratamiento en sus casas y si fuera necesario los enviaban a los hospitales de caridad; realizaban también funciones de médico forense; inspeccionaban las condiciones higiénicas de los establecimientos públicos y se ocupaban de la higiene de los alimentos que se expedían en los comercios de la ciudad."¹

La rotación se cumplía con gran rigor, sin exceptuar ningún médico o cirujano. Hicieron sus guardias personalidades como *Tomás Romay*, figura central de la medicina cubana en su época y *Nicolás J. Gutiérrez*, primer presidente de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales. Obsérvese que estos facultativos de semana prestaban un servicio estatal (municipal) gratuito, para toda la población, aunque orientado a los más pobres, de carácter obligatorio para los médicos, y desarrollando funciones diversas, no solo curativas. El modelo se mantiene hasta 1873, en que son sustituidos por los médicos municipales, que se comenzaron a designar en 1871.

En 1881 Carlos Juan Finlay Barrés da a conocer su teoría del contagio de enfermedades infecciosas y las medidas para erradicar la Fiebre Amarilla, en 1882 se eliminan el Cólera y la vacuna antirrábica, en 1889 se funda la escuela de Enfermería en el hospital Nuestra Señora de las Mercedes y ya en 1890 se crea la Escuela de Cirugía Dental. Para 1902 se nombra a Carlos Juan Finlay frente al servicio de sanidad y a Manuel Delfín Zamora en el servicio de Beneficencia. La atención primaria de salud estuvo relegada a la condición de *medicina para pobres*, en lo que al sistema estatal concierne, y se prestaban las atenciones en establecimientos denominados *casas de socorro* o *dispensarios*, escasos en número, pobremente dotados en lo material, y con escaso personal. Su principal ocupación era la atención pronta de lesionados, y esto con limitaciones en cuanto a la importancia de la acción que podían realizar.

Las esferas de la vigilancia higiénica y epidemiológica dependían de las Jefaturas Locales de Salubridad, una en cada municipio, donde lo más común era la práctica de la corrupción, base de la burla a las disposiciones legales que regulaban la higiene pública y el control de enfermedades transmisibles.

Con las excepciones que en lo anterior puedan encontrarse, la valoración de este autor más favorable en lo que a APS se refiere es la que brindaban los médicos enfermeros (llamados comúnmente practicantes, en que predominaron los empíricos, pero con buena competencia y en su gran mayoría hombres), y otros, trabajadores de hospitales y consultorios enclavados en los centrales azucareros.

En este contexto, un mes después del triunfo revolucionario, en febrero de 1959, se crea el Departamento de Asistencia Técnica, Material y Cultural al Campesinado del Ejército Rebelde, y entre sus funciones se incluyen la atención a la salud de la población campesina.²

Esto no era cuantitativamente suficiente para la necesidad de la población, y en enero de 1960 se aprueba la Ley 723, creando el Servicio Médico Social Rural (SMSR), que ofrece a todos los recién graduados de medicina, contrato con salario muy atractivo y estimulante para su tiempo y para un recién graduado. A este estímulo se añadió la cláusula de ser obligatorio cumplir este ejercicio por un período mínimo de 6 meses, para acceder posteriormente a cargos médicos estatales. No se obligaba a todos a concurrir al servicio, pero 318 de 330 se acepta. Al siguiente período concurrieron 386, y al tercero 347 y 46 estomatólogos que se añadieron a este servicio al amparo de la Ley 919, del Servicio Dental Rural. En 1973 el servicio registró 1 265 profesionales trabajando en el mismo. Cada uno por un período de 2 años. En ese momento el 100 % se unía al servicio, ya se había hecho tradición proclamar en el juramento de los graduados, desde 1965, la renuncia al ejercicio privado de la profesión.^{3,4}

El Servicio Médico Rural fue el primer programa de impacto en lo relativo a APS y a la salud pública en general. Las razones de esa prioridad la encontramos en el secular abandono que a lo largo de nuestra historia colonial y republicana se tenía a la población rural (en salud y otros aspectos); la muy clara idea que de esta situación tenían los líderes de la Revolución por el contacto estrecho con los campesinos cuando libraban su lucha armada contra la tiranía; el compromiso político de la Revolución con el campesino que había nutrido de combatientes a su ejército; el complemento que los servicios de salud (y educación) representaban para la Reforma Agraria, eje principal de la política revolucionaria en sus primeros años y motor del desarrollo económico.⁵

Coincidiendo con la implantación del SMSR en las pequeñas ciudades, cabeceras de municipios,

se crearon las Unidades Sanitarias. Estas realizaban exclusivamente tareas de APS: atención ambulatoria a pacientes bajo control de los programas contra tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas, embarazadas, diarreas agudas infantiles y niños desnutridos. Ejecutaban los planes de vacunación, administraban los servicios de disposición de residuales sólidos y líquidos, y ejercían la inspección sanitaria. En estas unidades se integraron algunos programas verticales que existían desde la administración anterior, como los de Profilaxis de la Lepra, Enfermedades Cutáneas y Sífilis (PLECS), y el de control de la Tuberculosis. Posteriormente estas Unidades Sanitarias asumieron todas las funciones propias de la APS en las zonas urbanas de su municipio, dirigiendo las Casas de Socorro que continuaban funcionando y los dispensarios infantiles de la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI), que fue disuelta e integrada al Ministerio de Salud Pública. Esto ratifica que desde fecha muy temprana la idea de integración de servicios se fue aplicando.

En estos primeros años y en estrecha coordinación con los servicios de salud e impulsado por la actividad de educación para la salud, generó la aparición de acciones comunitarias, populares, que se expresaron primero en Postas Sanitarias Rurales, luego en Colaboradores Voluntarios del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SNEP), y algo más tarde, en los Responsables de Salud de los Comités de Defensa de la Revolución y las Brigadas Sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas. Un apoyo a los servicios de APS en el área rural lo dieron los Agentes Comunales (trabajadores sociales), del Ministerio de Bienestar Social, durante el período de vigencia de este organismo.

En 1962 fue creado el hogar materno, que se ha evaluado como útil por su contribución a los resultados del programa materno infantil.

En 1964 se creó una institución que será el centro de la APS en años sucesivos y es el Policlínico Integral. Existían ya unidades con el nombre de policlínico, pero se limitaban a la prestación de consultas a pacientes ambulatorios. El nuevo policlínico es sometido a prueba asignándole una población de 45 000 habitantes y un área de 9 km². Son innovaciones de la prueba, la adopción de la carpeta familiar, como expresión de la política propuesta de atención integral a la familia; la sectorización de la población; la implantación de programas orientados según daño o enfermedad (tuberculosis, enfermedades venéreas, mortalidad infantil, enfermedades diarreicas agudas); el estímulo a la participación comunitaria; el programa de inmunizaciones y la educación para la salud. Se fortalece la atención de los consultorios.⁶

Al proponerse la generalización del experimento del Policlínico Integral, que se realizó en el denominado "Aleyda Fernández Chardiet", bajo la dirección del doctor *Roberto Fernández Elías*. En estos años contribuyeron a la solución de problemas de salud los avances económicos y sociales que lograba el país, tales como la erradicación de la corrupción, que desviaba recursos de los presupuestos del estado;⁷ la promulgación de la nueva ley de seguridad social (Ley 1100 de 1963), que define esta como de aplicación a todos los trabajadores, en régimen no contributivo, o sea, a cargo del Estado;^{8,9} el establecimiento de la gratuidad de los servicios médicos a partir del 1ro de junio de 1960;¹⁰ la rebaja de precios de las medicinas y la nacionalización de los laboratorios farmacéuticos privados;¹¹ la implantación de la ley de Reforma Agraria, que liberó del pago de renta al 85 % de los campesinos, elevó su poder de compras, y aumentó la ocupación en la agricultura en 208 000 puestos;¹² la rebaja de tarifas telefónicas y eléctricas y de alquileres de viviendas, entre un 30 y 50 %;¹³⁻¹⁵ así como también la

reducción del desempleo, hasta una situación de virtual pleno empleo. El porcentaje de población económicamente activa desempleada, en algunos años seleccionados fue de 12,5 en 1958, 11,8 en 1960, 9,0 en 1962 y 1,3 en 1970.¹²

El policlínico integral generalizado a partir de 1964 y todo lo relativo a la APS fue revisado 10 años después, encontrándose que surge un nuevo modelo de APS, que llamamos de medicina en la comunidad y a su unidad base Policlínico Comunitario. En esta ocasión se llevó a cabo la prueba experimental en el Policlínico de Alamar, que hoy lleva el nombre del director que condujo el experimento, el doctor *Mario Escalona Reguera*

Las tareas fundamentales a desarrollar por estas unidades van encaminadas a cumplimentar los Programas Básicos del Área, agrupados de forma coherente para la atención a las personas y al medio, y se clasifican de la forma siguiente:

En el modelo propuesto, estos equipos horizontales lo integran el médico (internista, ginecoobstetra o pediatra), y el personal de enfermería, responsabilizado cada uno de ellos con un sector o número de habitantes"; es además: integral sectorizado, regionalizado, continuo, dispensarizado, en equipo y con participación activa de la comunidad.

Este modelo de atención representa un avance en la cantidad y calidad de la Salud a nuestra población, pero transcurridos alrededor de 15 años, se hicieron evidentes ciertas limitaciones: déficit de recursos humanos calificados para la atención primaria; dinámica organizativa que dificultaba la atención continua y oportuna de las personas; inoperante relación con los hospitales de referencia, en especial en cuanto a información cruzada sobre los pacientes; inadecuada sectorización de la población; acentuado desbalance entre el desarrollo de los hospitales y la atención primaria en el policlínico; creciente número de especialistas para la atención secundaria, frente a indefinición del tipo de médico para atención primaria e insatisfacción de la población. Estas circunstancias motivaron una nueva evaluación integral de la situación de la APS en el país, que condujo a la formulación de un nuevo modelo, el actualmente vigente que llamamos de Medicina Familiar, o del Médico y Enfermera de la Familia en 1984 y en 1999 se inaugura la ELAM como elemento fundamental en la medicina cubana.

Se profundiza en el trabajo de las estrategias y programas priorizados en salud:

1. Revitalización de los hospitales
2. Perfeccionamiento en APS
3. Tecnología de punta
4. Desarrollo de la industria farmacéutica

PROGRAMAS PRIORIZADOS

1. Atención Programa Materno Infantil
2. Control Enfermedades Transmisibles
3. Control Enfermedades no Transmisibles
4. Atención Adulto Mayor

Hoy se continúa trabajando y logrando éxitos en la salud como son:

1. Programa materno infantil
2. Enfermedades eliminadas
3. Claustro profesoral, instituciones docentes y matrícula actual
4. Presupuesto en moneda nacional Colaboración Médica Internacional
5. Red Telemática de Salud Infomed
6. Resultados del polo científico
7. Salas de rehabilitación
8. Atención al adulto mayor Estrategia cubana contra el SIDA.

PROGRAMAS:

Reparación de Policlínicos

Reparación de Consultorios

Aurika

Ultrasonido

Laboratorio Clínico

Rayos X

Endoscopia

Trombolisis

Estomatología

Oftalmología

Rehabilitación

Traumatología

Alergia

Cirugía Menor Reparación de Hospitales

Ópticas y Receptoras

Cirugía de Mínimo Acceso

Farmacia

Servicio de Hemodiálisis

Nefrología

Ortopedia y Ortopedia Técnica

Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Genética Médica

Servicio de Urgencia

Unidades de Cuidados Intensivos

Informatización de la Salud

En este trabajo se ha sintetizado lo encontrado como lo más relevante en los antecedentes históricos del movimiento de la salud en Cuba, desde el primer cuarto de siglo XIX.

La Salud es el campo de acción por excelencia para la aplicación de las ciencias sociales en la investigación y la solución de problemas de salud colectivos. Es por esto que se considera esencial el fortalecimiento de los conocimientos y habilidades del personal profesional y técnico

de la APS en estas disciplinas. Se valoró el pensamiento de *Virchow*, *Shemasko*, *Sigerist*, *Escalona*, *Ilizástigui*, y sobre todo el del *Comandante Fidel Castro*, que en fechas recientes ha tratado extensamente el tema de los problemas sociales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado García G. Facultativo de semana: antecedente histórico del médico de la familia. La Habana: ECIMED; 1993 (Cuadernos de Historia de la Salud Pública; No. 78).
2. Cuba. Ley 100 de 23 de febrero de 1959. Gaceta Oficial de 26 de febrero de 1959.
3. Cuba. Ley 723 de 22 de enero de 1960. Gaceta Oficial de 1ro. de febrero de 1960.
4. Cuba. Ley 919 de 1ro de agosto de 1961. Gaceta Oficial de 3 de agosto de 1961.
5. Rojas Ochoa F. Acerca de la historia de la protección de la salud de la población. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1988.
6. Rojas Ochoa F. *Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba*. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es Acceso: 15 sept 2006.
7. CEPAL. Cuba: estilo de desarrollo y políticas sociales: siglo XXI. México: CEPAL; 1980.
8. Cuba. Ley 1100 de 27 de marzo de 1963. Gaceta Oficial de 14 de abril de 1963.
9. Comité Estatal de Trabajo y Seguridad Social. 24 años de Revolución en la Seguridad Social Cubana. La Habana: CETSS; 1983.
10. Ministerio de Comercio. Decreto ministerial 709 del 20 de marzo de 1959. Gaceta Oficial del 23 de marzo de 1959.
11. Rodríguez JL, Carriazo Moreno G. Erradicación de la pobreza en Cuba. La Habana: Ciencias Sociales; 1987.
12. Cuba. Ley 122 del 3 de marzo de 1959. Gaceta Oficial del 4 de marzo de 1959.
13. Cuba. Ley 502 del 19 de agosto de 1959. Gaceta Oficial del 25 de agosto de 1959.
14. Introducción a la Medicina General Integral: selección de temas: literatura básica. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
15. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001; Vol. 1: Salud y Medicina.
16. Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de la salud pública en Cuba. La Habana: Ciencias Médicas; 2004; T 1.

SUMMARY

The principal moments that Public Health in Cuba has passed through since the year 1825 are narrated, and the multiple functions of free state physicians at that time are expressed, making reference to illustrious signatures of medicine in that age, medical attention in previous stages is connected with the current primary health care. The first changes that Public Health underwent at the beginning of the Revolution are evidenced, from rural doctors' office, the National Organization of Infantile Dispensaries, the participation of mass organizations in health, the

creation of the Integral Polyclinic and the Communitary Polyclinic, the principal health programs introduced. The creation of Familiar Medicine, as well as the Strategies and prioritized program in the Cuban National Health System.

Subject Headings: **PUBLIC HEALTH**

Dra Florinda García Chico.

E-mail: floragarcia@infomed.sld.cu