

## LA SALUD PÚBLICA EN CUBA: AÑOS 2005–2014

*Enrique Beldarraín Chaple*

*Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Cuba*

### Resumen

Se analiza la Salud Pública Cubana durante los años 2005–2014, período que coincide con las últimas reformas económicas – sociales implantadas por el Estado y el impacto de las mismas sobre el acceso de la población, la organización y estructura de las instituciones de salud. El objetivo de la misma es evaluar la situación de salud en esos años y relacionarla con el proceso de reformas económicas. Para la realización de la misma se siguió el método histórico lógico, apoyados en la revisión documental. Se consultaron fuentes primarias y secundarias de datos, los registros estadísticos del Ministerio de Salud Pública, los Anuarios Estadísticos de estos años y un grupo de documentos publicados, que analizan diferentes aspectos relacionados con el funcionamiento de la salud pública. Se analiza la atención a la primera infancia y al adulto mayor, como expresión de los grupos sociales más vulnerables, la percepción de la población en relación con los servicios. Se hizo énfasis en un grupo de indicadores, entre ellos, el número de trabajadores del sector, la cantidad existente de médicos y estomatólogos, la cantidad de médicos de la familia que trabajan en la comunidad, los médicos especializados, la cantidad de enfermeros que prestan servicios en la red de salud. Se analizan cifras de morbilidad y mortalidad, las. Se concluye que las reformas, no afectaron el desarrollo de los servicios de salud, ni el acceso de la población a los mismos. Se mantiene la gratuidad de los servicios de salud para toda la población y su cobertura nacional. Existen vulnerabilidades sociales, con la existencia de grupos de personas con factores de riesgo y otras determinantes sociales que influyeron en la presentación de enfermedades que estaban controladas en años anteriores. El presupuesto asignado al sector salud se ha incrementado, y la formación de profesionales de la salud.

**Palabras clave:** salud pública, Cuba, historia de, análisis de

## Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Cuba quedó conformado en 1970, cuando se fundieron en uno todos los diferentes sistemas de atención médica que existían en el país, desde el siglo XIX, hasta esos momentos (Sistema de Medicina Privada, Sistema de Medicina Mutualista y Sistema de Medicina Público) y surgió un sistema de Medicina Público único en todo el país y dependiente del Ministerio de Salud Pública (Minsap) (Delgado García 1981; Beldarraín Chaple 2005).

Pero este SNS tiene sus antecedentes en 1959, cuando se iniciaron las transformaciones, una de las primeras fue el cambio del nombre del ministerio: de Salubridad y Asistencia Social a Salud Pública, que no fue un mero cambio de nombre, sino incluyó un cambio en la filosofía y la praxis relacionada con la salud de la población. A partir de esos momentos se enfocó la atención médica con una nueva orientación: de una medicina curativa, puramente asistencial, hacia una medicina preventiva, basada en la promoción de salud y prevención de enfermedades, se incorporó una visión salubrista (Beldarraín Chaple 2005).

Estas transformaciones estuvieron encaminadas a desarrollar la atención primaria de salud (APS) en 1964, con la creación de los Policlínicos Integrales, pero es un modelo que estuvo en continua transformación durante todos estos años. Hubo un cambio en 1974, se crearon los Policlínicos Comunitarios y diez años más tarde, en 1984 el modelo de APS conocido como medicina familiar, con la incorporación de los Médicos y Enfermeras de la Familia insertados en consultorios en la comunidad (Delgado García 1981). A la vez se amplió la cobertura de salud a toda la geografía del país y la accesibilidad total de toda la población.

Los principios del desarrollo de la APS en Cuba son: 1) La salud de la población es una responsabilidad del Estado, 2) Cobertura universal garantizada a todas las personas sin discriminación, 3) La población debe participar activamente en alcanzar y mantener altos niveles de salud y 4) La prevención es el principio fundamental de la atención a la población (Rojas Ochoa y López Serrano 2006).

Paralelo al desarrollo de la APS, se extendió la atención secundaria, construyéndose diversos tipos de hospitales en las ciudades importantes, municipios y montañas, y la atención terciaria con la creación de los institutos de investigaciones médicas y algunos centros especiales con tecnología de avanzada, que desarrollaron técnicas diagnósticas y tratamientos especiales, como los trasplantes de órganos.

Se alcanzaron cifras muy satisfactorias en el control de muchas enfermedades, como las transmisibles.

Con el período de la crisis económica de 1990, se afectaron muchos servicios y revertieron algunos de los buenos resultados alcanzados en el control de

enfermedades infecciosas, hubo problemas en el estado nutricional de la población.

A finales de la década de 1990 se empezó a observar un retorno al desarrollo y funciones normales del SNS y alguna recuperación en el control de las enfermedades que habían sufrido mellas. El Minsap y el Estado tomaron medidas especiales para controlar la situación

El presente artículo analiza la Salud Pública Cubana durante los diez años comprendidos entre el 2005 y el 2014, período que coincide con las últimas reformas económicas – sociales implantadas por el Estado en el país y el impacto de las mismas sobre el acceso de la población, la organización y estructura de las instituciones de salud. El objetivo de la misma es evaluar la situación de salud en estos años y relacionarla con el proceso de reformas económicas ocurridas en Cuba en este período. Para la realización de la misma se siguió el método histórico lógico, apoyados en la revisión documental. Se consultaron fuentes primarias y secundarias de datos, entre ellos los registros estadísticos de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública, los Anuarios Estadísticos de estos años y un grupo de documentos publicados, que analizan diferentes aspectos relacionados con el funcionamiento de la salud pública de estos años.

## **La reforma económica**

Desde que, en 2006, cuando asumió de forma interina la presidencia del Consejo de Estado y el Gobierno, Raúl Castro (entre julio de 2006 y febrero de 2008), anunció la necesidad de cambios económicos y promovió un nuevo debate sobre las cuestiones económicas (Miranda Parrondo 2012).

Los problemas de estos años algunos economistas los caracterizan como: 1) crecimiento económico insuficiente y distorsionado a favor de los servicios sociales con escaso impacto en el mejoramiento del nivel de vida de la población; 2) estancamiento de la producción industrial y de la producción agrícola; 3) escasa capacidad de demanda efectiva; 4) limitadas fuentes de acumulación de capital e insuficiente financiamiento, 5) deficiente inserción internacional, y 6) escasa credibilidad institucional frente a los negocios (Miranda Parrondo 2012).

Los servicios sociales tuvieron un crecimiento significativo, debido a la exportación de servicios profesionales de médicos, maestros, entrenadores deportivos e instructores culturales, y al proceso inversionista desplegado para la reparación de hospitales y escuelas.

A partir del 2008 se inició una reducción del gasto estatal, sobre todo en los gastos corrientes de la actividad presupuestada destinados a programas sociales. En las asignaciones para la asistencia social es donde el recorte fue

más importante (74%), tras una minuciosa revisión de las condiciones de los beneficiarios de 500 millones de pesos en el 2010 a 99 millones en el 2011 (Sánchez Egozcue y García Álvarez 2014).

La economía cubana tuvo un elevado ritmo de crecimiento económico en el período 2001 al 2007, donde la tasa promedio para el período alcanzó un 7,5% del producto interno bruto (PIB), influenciado por el crecimiento de las exportaciones de servicios profesionales (Pérez Villanueva 2014), ya comentados en párrafos anteriores. Aunque se observa una disminución significativa a partir del año 2007 (Figura No. 1).

Según el economista Pérez Villanueva en estos años hasta el 2007, se caracterizaron por un déficit en la disponibilidad total de alimentos para el consumo, aunque mejoró el estado nutricional de la población, con la excepción de las grasas que sus resultados fueron los esperados, es sintomático además conocer que aún existen un grupo de hogares, que presentan ciertos niveles de desnutrición (Pérez Villanueva 2014).

## La Salud Pública

Desde la mitad de la década de 1990, como parte de las estrategias para superar los efectos del Período Especial sobre la Salud Pública, el Minsap inició nuevas transformaciones, que comprendían la definición de las líneas estratégicas y los principales programas de trabajo, que permitirían consolidar y modernizar el sistema de salud, con nuevos métodos y estilos de trabajo. Desde esa fecha se incrementó el gasto en salud en el país, en detrimento de otras actividades presupuestadas (Dirección Nacional de Estadísticas 1998; Iñiguez Rojas 2012).

En los primeros años del siglo XXI, se desarrollaron en Cuba numerosos programas sociales, insertos en un proceso que se llamó ‘Batalla de Ideas’, algunos de estos programas incluyeron al sector salud, que fueron considerados como revolucionarios.

La salud pública a inicios de los años 2000 estaba con severas afectaciones como efecto directo de la profunda crisis económica de la década de 1990, y sus efectos secundarios ocasionaron el deterioro de la infraestructura de las instalaciones del sistema, carencias de recursos materiales, deficiencias en el desempeño profesional, falta de capacitación gerencial para la buena administración del sistema, a ello se le sumaba el incremento de la demanda de atención en los hospitales y la insatisfacción cada vez más sentida por la población incluyendo a los servicios de urgencias (Chang y cols. 1999).

En los policlínicos se identificaron problemas relacionados con la accesibilidad a los lugares donde se prestaban la atención básicamente de tipo geográfica, la falta de servicios necesarios en función del estado de salud de la población, la

situación de algunos servicios existentes que eran insuficientes para satisfacer la demanda, y problemas de seguridad social (Castro 2002).

Hay cifras de encuestas e investigaciones que señalan que el 70% de la población estaba medianamente insatisfecha y el 10,6% insatisfecha (Dirección Nacional de Estadísticas 1998; Iñiguez Rojas 2012) cifras consideradas por el autor como elevadas. Esta situación estuvo agravada por las dificultades con la obtención de créditos externos, el limitado acceso a compra de medicamentos, insumos y equipos médicos, que se vieron muy encarecidos, a causa de no poder comprarlos en el mercado norteamericano, o a empresas europeas subsidiarias de estadounidenses (Suárez 1997).

Es entonces que en el rediseño o reforma del sector de estos años se definieron como líneas prioritarias: la reorientación del sistema de salud hacia la atención primaria, la revitalización de la atención hospitalaria, la reanimación del trabajo de los programas de tecnología de avanzada en institutos de investigaciones, el desarrollo del Programa de Medicamentos y de Medicina Natural y Tradicional (MNT), así como la atención priorizada a objetivos tales como servicios de urgencia, estomatológicos y de ópticas. Estas actividades se incluyeron como parte de los llamados ‘Programas de la Revolución’, conocidos como ‘Batalla de Ideas’ (Luna y cols. 2009).

Y se consideraron de máxima prioridad los programas de atención materno infantil, de enfermedades crónicas no transmisibles, de enfermedades transmisibles y del adulto mayor.

Con estos cambios se evidenció la necesidad de transformar la estructura organizativa del sistema de salud, en particular la atención ambulatoria (Luna y cols. 2009).

En este proceso de renovación llegó a la atención primaria con el ‘Programa de Reconstrucción y Modernización de los Policlínicos’, estas unidades de salud, de cobertura nacional (473 en todo el país en esa fecha), estaban severamente afectados tanto estructural como funcionalmente.

Se repararon los edificios en su estructura arquitectónica, se ampliaron los servicios mediante la transferencia tecnológica de los niveles secundarios y terciarios (hospitales generales y especializados), hacia el primer nivel de atención, fue un crecimiento de una dimensión novedosa y un gran espectro de servicios de atención especializada (García 2006).

Se incluyeron como promedio 20 servicios en los policlínicos remodelados, en algunos de cabeceras de municipios llegaron hasta 30, entre ellos: rehabilitación, radiología, ecografías, optometría, endoscopia, trombolisis, servicios de urgencia, traumatología, laboratorio clínico, planificación familiar, urgencias odontológicas, atención materno infantil, inmunización, atención a los diabéticos y a las personas de edad avanzada, además de consultas en las especialidades de

medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, dermatología, psiquiatría y cardiología.

Junto con este crecimiento de los servicios especializados en los polínicos, ocurrió un cierre escalonado de consultorios del médico y la enfermera de la familia, que produjo un incremento del trabajo de los médicos y enfermeras que quedaron, lo que afectaba seriamente la calidad de la atención, se descuidó las acciones de promoción de salud y el trabajo de terreno. Esta medida se asoció con la salida de gran cantidad de médicos y enfermeras a trabajo de colaboración médica en varios países, entre ellos Venezuela, asociado con serios problemas organizativos (Dirección Nacional de Estadísticas 1998; Iñiguez Rojas 2012).

En este período la insatisfacción de la población aumentó notablemente, asociada a la inestabilidad de los servicios, al tiempo de espera para la atención, a la ausencia del médico por estar cumpliendo otras funciones administrativas o tareas docentes nuevas, en el marco de la ‘adaptación’ de un nuevo médico en el territorio (Dirección Nacional de Estadísticas 1998; Iñiguez Rojas 2012).

En el mismo momento que se acometió la remodelación de los policlínicos, para lo cual algunos de ellos cerraron y se reducía el número de consultorios funcionando en la comunidad, se inició la remodelación de los hospitales, que igualmente se cerraron muchos de ellos parcial o en su totalidad, para instalar nuevos equipos modernos de alta tecnología. Este cierre de hospitales complicó más el panorama de dificultades en la atención que estaba sufriendo la población. Que se puede demostrar por la reducción observada en el número de consultas médicas ofrecidas a la población.

En el proceso de remodelación y ampliación constructiva, con la instalación de nuevos equipos de alta tecnología en la atención primaria, el gasto fue muy elevado. No se encontraron datos disponibles del gasto total que conllevó esta remodelación y ampliación de los hospitales.

Las actividades quirúrgicas estuvieron seriamente afectadas desde la década del 1990, mantuvieron una tendencia a su disminución mantenida para llegar en el 2006 a menos 58,000 cirugías en relación con el año anterior, lo que demostró la pérdida de capacidades del sistema para satisfacer la demanda de este servicio (Dirección Nacional de Estadísticas 1998; Iñiguez Rojas 2012).

Los hogares de ancianos tuvieron en este período una ligera reducción de capacidades de ingreso, mantenida a partir del 2003 del orden de poco menos de 300 ancianos beneficiados. Como alternativa surgieron las casas de abuelos, para una atención integral al adulto mayor, ubicadas en la comunidad.

Los hogares maternos se mantenían por la necesidad de acercar a las gestantes a los centros hospitalarios, en ellos además de la atención prenatal, se cuida la nutrición y se brinda educación sanitaria con prioridad a la promoción de la lactancia materna y el cuidado del niño. En estas instituciones se incrementó el

ingreso de embarazadas, hasta el 2002, en que se inició un decrecimiento de sus ingresos, que alcanzó sus menores cifras en el 2006.

En el año 2008 la población tributaria a un consultorio llegaba a ser hasta de 2,500 personas, el Minsap decidió reorganizar nuevamente la APS. Para poder dar cobertura a toda la población, se estableció una clasificación y división de los consultorios en Tipo I, II y III, basada en horarios de funcionamiento, y dotación de recursos humanos según factores de localización y acceso a otras instituciones de salud. El tipo I funcionaba ocho horas diarias, media jornada los sábados y un día a la semana hasta horas de la noche, con un equipo multidisciplinario que atendía un promedio de entre 2,500 y 3,000 personas. El tipo II trabajaba con personal de enfermería solamente ocho horas, garantizando las labores orientadas por el médico a la población y el tipo III, con médico y enfermera las 24 h del día, localizados en los lugares más apartados y cuya población tenía una mayor dificultad en el acceso a los hospitales.

El sector salud siempre estuvo priorizado por el Estado cubano, y eso es notorio en la asignación de presupuesto desde 1959, que fue creciente en todos los años posteriores, se incrementó notablemente a principios de la década del 2000 y sobre todo después del 2006, coincidiendo con los programas citados, en el 2009, alcanzó la cifra de 440.30 pesos por habitante.

La ampliación de los servicios en la APS y en los hospitales conllevó un incremento de trabajadores, sobre todo de los nuevos egresados de las carreras de tecnología de la salud.

A finales del 2010 se anunció el inicio de un proceso de ‘reorganización, concentración y regionalización de los servicios de salud’, con el objetivo de reducir significativamente los gastos (Castro 2009).

Uno de los elementos que conspira con el buen funcionamiento del sistema de salud, es la desmotivación hacia el trabajo y la percepción de desigualdad de los trabajadores de la salud, motivado fundamentalmente por los bajos salarios que reciben históricamente los mismos.

Las transformaciones iniciadas en el SNS, están explicadas en un documento del Minsap, que plantea como centro de las reformas el uso más eficiente y racional de los cuantiosos y costosos recursos de que dispone el sector, con la eliminación subsecuente de los gastos. O sea que la economía está en el centro de la reforma (Ministerio de Salud Pública 2010).

La reorganización de las estructuras de dirección deberá responder a las necesidades de la situación de salud en cada territorio, con el personal estrictamente necesario y con la calificación y experiencia que permita lograr eficiencia en el trabajo. Junto a la reducción del número de trabajadores.

Se hicieron propuestas de redistribución de los servicios, en especial en la atención primaria, la mayoría de los cuales fueron implementados en el

marco de la revolución en salud, tales como los de rehabilitación, endoscopia, regulación menstrual, imagenología, cirugía menor y de urgencia, entre otros, es decir que los servicios implementados en la década anterior en el marco de la ‘Batalla de Ideas’, muchos fueron racionalizados, pues algunos estaban subutilizados y todos son muy costosos. Estos fueron regionalizados, para ampliar la cantidad de beneficiarios y el número de asentamientos, o municipios que integran el área que tributa a los servicios en cuestión, basado en la necesidad de una distribución cuya racionalidad asegure el mantenimiento de algunos de ellos.

Estos cambios constituyen una de las principales medidas de la actual reforma del sistema de salud.

La accesibilidad a su nueva ubicación puede ser un factor que frene los beneficios esperados de esta regionalización, pues si algunos quedan lejos de diversas comunidades hay serias dificultades de transporte en las ciudades y municipios de provincias para poder movilizarse a estos servicios.

Para decidir los cambios introducidos se hizo un análisis del nivel de actividad y de los recursos humanos necesarios en aquellos que policlínicos que atienden menos de 5 mil habitantes, y cuando se comprobó la subutilización de recursos o servicios, estos fueron convertidos en consultorios médicos, y se redefinieron sus funciones según el universo poblacional a atender.

En los hospitales también se racionalizó su estructura y funcionamiento, se evaluaron sus servicios y el índice ocupacional, para reajustar los recursos materiales y humanos. En los casos donde no se justificó la permanencia de un grupo de especialistas, o la existencia de un servicio determinado, estos fueron compactados o regionalizados.

Por ejemplo en el 24% de los municipios del país, donde existía una sola área de salud, o sea un solo policlínico, y también una Dirección de Salud Municipal, ambas estructuras se fundieron, donde el policlínico asumió la dirección y administración del sistema, desapareciendo la anterior Dirección Municipal, se eliminó la duplicación de funciones y se disminuyeron plazas de las que el Estado consideraba sobrantes.

En los consultorios del médico y la enfermera de la familia, se redefinió la población a atender, la cantidad de los que brindarán servicios estables, y los recursos humanos necesarios para su funcionamiento, fijándose como máximo una población de hasta mil 500 habitantes en consultas y trabajo de terreno. Hasta el 2004 tenían un universo promedio de entre 120 a 160 familias que atender, que aumentó después de esa fecha a más de 600 familias, se redujo en promedio a 300 a 400 familias por consultorio, en la reforma actual. Esto implicó la revitalización de la APS con la reapertura de algunos consultorios que estaban cerrados.

En la capital se aprobó una variante en la reorganización de los consultorios de la APS: en un mismo consultorio, se alternan dos equipos de enfermera y médico de la familia, que atienden poblaciones diferentes, vecinas.

También la racionalización se llevó a los servicios de ambulancia, donde se hicieron cambios en la organización de los lugares donde estas radican (bases). Estas medidas redujeron gastos, incrementaron los controles, para hacer más eficiente y racional el servicio.

La reorganización de los hogares maternos se basó en el índice de ocupación (gestantes por hogar materno), la distancia a policlínicos con camas y el acceso rápido al hospital ginecoobstétrico correspondiente, por lo que ocurrirá una reducción de la cantidad de estos y con ello, sus estructuras de organización.

Se reconoció como una de las causas del ‘excesivo número de trabajadores’, asociada con el incremento de la formación de recursos humanos en algunas especialidades, sobre todo de los formados en las carreras de tecnologías de la salud.

El incremento de los servicios en algunas instituciones y el reordenamiento de la asistencia y las unidades de salud, no significa siempre una mejora en la calidad de los mismos, igual que puede existir una brecha entre la calidad que se espera y la percibida por la población, en un momento en que todavía los niveles de satisfacción popular están resentidos por las dificultades de los últimos años. Este será uno de los retos a enfrentar por la APS y a evaluar por los investigadores.

Igualmente la calidad de la atención no va a ser igual en todos los territorios, en la capital habrá una mayor concentración de servicios de alta tecnología y especialistas con elevada calificación.

Es bien conocido que las políticas del sector no son suficientes para proteger, mejorar, ni mantener la salud de la población, y necesitan de la integración de numerosas políticas sectoriales, y de la aún por perfeccionar intersectorialidad, decisiva para mejorar la salud social.

El estado de salud y los niveles de salud de la población están determinadas por los niveles de cobertura, utilización, calidad, efectividad y eficiencia de los servicios de salud (Álvarez Pérez y cols 2011) y pueden verse como un resultado de las políticas de salud y del rediseño o mejoramiento de los servicios de salud.

Alvarez y cols. Plantean que el sistema de salud cubano demuestra una gran capacidad de resiliencia (resistencia y adaptación a los cambios y presiones externas), y mantiene un mejoramiento de sus indicadores de salud comparables, en algunos casos, con los de los países más desarrollados, a pesar de los diferenciales contextuales que aún persisten. Y que además existen algunas manifestaciones de inequidad, a pesar de la voluntad política de que todos los ciudadanos

disfruten del mismo acceso a las instituciones y programas de salud, estas inequidades se hacen presente en elementos como la oferta, el acceso y la utilización de los servicios, el financiamiento de la salud, la calidad de la atención, la situación de salud y la de salud y condiciones de vida, donde se destacan como categorías de análisis: la zona geográfica, la clase social, la renta, el género, el color de la piel, la ocupación/profesión, la escolaridad y la edad (Álvarez Pérez, Fariñas y Gorbea 2007; Álvarez Pérez y cols 2011).

Hay que tener en cuenta otras dimensiones que expresen condiciones socioeconómicas: como la proporción de población por debajo del umbral de pobreza, el nivel de alfabetismo o, incluso, la disponibilidad de algunos recursos como el abasto de agua potable en la población.

En el período que esta investigación hace referencia la salud pública cubana estuvo caracterizada por: a) una coherente voluntad y acción política, b) un desarrollo continuo del sistema y los servicios de salud con una formación de capital humano y social, c) una sólida acción intersectorial controlada por el Estado, d) la existencia de redes que propiciaron la inserción, participación y cohesión social como eje de transformación del capital (desarrollo) humano en social y e) el papel de la sociedad, la familia y el individuo (Álvarez Pérez, Fariñas y Gorbea 2007; Álvarez Pérez, Fariñas, Salvá y Gorbea 2007).

A pesar de esta presencia de inequidades, en el período a nivel nacional se mantienen los logros alcanzados en la salud desde hace más de 40 años, como veremos ahora con un análisis estadístico de estos resultados.

## La mortalidad

Las principales causas de muerte de la población cubana está ocupada principalmente por las enfermedades no transmisibles, las tres primeras son los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares, que aumentaron significativamente en los años del siglo XXI. La única enfermedad transmisible presente entre las diez primeras causas de muerte es la influenza y neumonía, que ocupa el cuarto lugar, le siguen los accidentes de todo tipo, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares; la diabetes mellitus, los suicidios y las enfermedades crónicas del hígado (Cuadro No. 1). Esta situación nos indica que hay un grupo importante de factores de riesgo actuando sobre la población cubana que no están controlados, que pueden tener una disminución importante modificando los estilos de vida de la población, para lo que es necesario incrementar el trabajo de educación para la salud en la comunidad y el diseño de efectivas acciones de intervención sobre la misma.

La mortalidad por enfermedades transmisibles en los años de estudio no constituye un problema, solo se presentan muertes por tuberculosis (Tb), que disminuyó en estos años hasta alcanzar una tasas de 0,3 por 100,000 habitantes (Cuadro No. 2).

Y la mortalidad infantil es el rubro de mejor evolución en el país, que disminuyó de 5,8 por 1,000 nacidos vivos (2004) a 4,2 en el 2014 (Figura No. 2), estas cifras son las más bajas de América Latina y está al mismo nivel de los países más desarrollados, semejante a la del Reino Unido (4 por 1,000 nv), más baja que Canadá (5 por 1,000 nv), USA (6 por 1,000 nv) y por encima de Noruega, Suecia, Finlandia e Islandia (2 por 1,000 nv respectivamente). Este resultado es debido al impacto del Programa de Atención Materno Infantil y de los partos institucionales que son casi del 100% (Ministerio de Salud Pública 2014a). La mortalidad en los niños de menores de 5 años se redujo en el período de 7,7 a 5,7 por 1,000 nacidos vivos. Lo que hizo que aumentara el por ciento de supervivencia de niños a los 5 años de 99,2 a 99,4. (Figura No. 2).

Las principales causas de mortalidad infantil en el año 2014 fueron: afecciones originadas en el período perinatal 256 casos (2,1), malformaciones congénitas 109 casos (0,9); influenza y neumonía 21 casos (0,2); septicemia excepto la del recién nacido 20 casos (0,2) y accidentes 16 casos (0,1) (Ministerio de Salud Pública 2014a).

Los ancianos en Cuba fallecen principalmente por enfermedades del corazón, las que tuvieron un aumento en el 2014 en relación con el año anterior (tasa de 1,310,9 por 100,000 hab.) y por tumores malignos (1,102,7 por 100,000 hab.), estas dos causas de mortalidad son muy superiores a las otras que integran el grupo de las primeras cinco causas de defunciones del grupo: enfermedades cerebrovasculares (530,8 por 100,000); influenza y neumonía (386,1 por 100,000) y accidentes (250,9 por 100,000). Se repite el patrón de enfermedades no transmisibles fundamentalmente y continúa como única casusa transmisible de mortalidad en la tercera edad la influenza y neumonía. (Figura No. 3).

La mortalidad materna aumentó ligeramente entre los años 2012 y 2014, fundamentalmente en base a las causas directas relacionadas con el embarazo y el parto (Figura No. 4). El motivo de este aumento puede estar vinculado con un manejo inadecuado durante la atención prenatal.

## La morbilidad

Las enfermedades infectocontagiosas no son un problema en Cuba, su incidencia es bastante baja (Cuadro No. 3), que en la década de estudio las tuvieron una incidencia realmente baja, se mantuvo con una cifra estable la Tb, entre 6,5 por 100,000 hab y 6,1. Esta enfermedad disminuye su incidencia desde el alza

vertiginosa que alcanzó a mediados de la década de 1990, que se elevó en 1994 a 14,7 por 100,000 (Beldarraín Chaple 2015), motivado por falta de exigencia en el programa de control de la enfermedad, dificultades en la atención médica, desmotivación de los profesionales de la salud y agravado por las dificultades alimentarias y de todo orden a que se vio sometida la población cubana, en el momento de crisis que se conoce como Período Especial (Beldarraín Chaple y Morales 2015). La dirección de Ministerio de Salud Pública y del Programa Nacional de Control de Tuberculosis hicieron un análisis exhaustivo de la situación y modificaron las actividades del programa, el cual tuvo varias versiones en el resto de la década y la situación de la incidencia de la enfermedad se controló y comenzó a disminuir (Cuadro No. 4), (Figura No. 4).

La lepra se mantiene estable, con una ligera tendencia a la disminución, aunque el diagnóstico de casos nuevos es bajo. Las enfermedades que si se mantuvieron muy altas en el período de estudio fueron las de transmisión sexual, a pesar de la fuerte campaña de educación sanitaria que existe a través de propagandas en los medios masivos de difusión, distribución de folletos y plegables, charlas educativas a grupos de riesgo y poblaciones diana como los adolescentes, etc. (Cuadro No. 3).

La disminución creciente que se observa en Cuba en relación a las enfermedades infectocontagiosas (Cuadro No. 5) es un resultado histórico del trabajo de prevención y promoción de salud, que se inició en los primeros años de la década de 1960 con las campañas epidemiológicas, la educación sanitaria masiva que cambió muchos hábitos que tenía la población que incidieron favorablemente en el control de estas enfermedades, así como la mejora de las condiciones de vida de la población, el aumento de la alfabetización, la construcción de acueductos en muchos pueblos y comunidades y la cloración de las aguas de consumo, aunque en la década de 1990 hubo afectaciones en este servicio (Beldarraín Chaple 2005).

También influyó muy favorablemente el impacto del Programa Nacional de Vacunación, el cual se inició en 1962 y logró porcentajes de cobertura de población muy elevados (Cuadros Nos. 6 y 7), de un 100% en casi todas las vacunas en el año 2014. Con las enfermedades inmunoprevenibles se logró un control estricto, llevándose la incidencia a cifras muy bajas o la eliminación de muchas de ellas. Ejemplo podemos analizar la presencia de la enfermedad meningococcica, que tuvo un comportamiento epidémico en la década de 1980, con tasas de incidencia de 12,7 por 100,000 habitantes en 1985 y mortalidad de 2,1; se introdujo la vacuna a finales de la década y se controló la enfermedad a partir de 1995, llegando a tasas de incidencia de 0,1 por 100,000 en el 2014 y cero de mortalidad (Gráfico No. 6).

Es interesante analizar de que enfermaron los cubanos en la década de estudio, o sea en la actualidad. Pues los datos nos dicen que padecen enfermedades

no transmisibles, propias de países desarrollados y muy estrechamente relacionadas con los estilos de vida y conductas poco saludables, vinculadas con los factores de riesgo, donde el trabajo educativo y de promoción de salud no tuvo un gran impacto, como se planteó en relación a la mortalidad por estas enfermedades, se sabe que cambiar conductas es muy difícil, pero hay que profundizar el trabajo preventivo sobre los hábitos tóxicos como el tabaquismo y el consumo de alcohol, los hábitos alimentarios, la práctica de ejercicios físicos, hay que hacer un adecuado trabajo de análisis e intervención de acuerdo a las determinantes sociales de la Salud en la comunidad.

La prevalencia de asma, diabetes mellitus e hipertensión arterial (HTA) es muy elevada en la población, en los últimos tres años se ha visto una tendencia al aumento en la diabetes e HTA, no así con el asma que se observó cierta disminución (Cuadro No. 8), la media internacional de prevalencia es entre un 5 y 10% para el asma bronquial, entre 5 y 12% para la diabetes y entre 20 y 40% para la HTA.

Otra de las enfermedades que ocasionan gran morbilidad son las cardiovasculares, las cerebrovasculares, los accidentes y el cancer.

Con relación al cáncer hay que analizar las diversas localizaciones según sexo. En los hombres los órganos más afectados son la piel, el pulmón y la próstata (Figura No. 7). En las mujeres la primera causa la ocupa la piel seguido la mama, del pulmón y el cuello de útero (Figura No. 8). Existe un Programa Nacional de Control de Cáncer, que desarrolla actividades específicas de control que engloba el Programa de Control de Cáncer de Cuello de Útero, que se ejecuta en la APS, iniciado en 1970, y se centra en una acción de screening a poblaciones de riesgo con la prueba de Papanicolau, o examen de citología vaginal. El mismo ha examinado en todos estos años a millones de mujeres, logrando un porcentaje elevado de diagnósticos en grados 0 y I, entre un 60 y 88% para el grado 0 y entre 9,5 y 20% para los del grado I, se puede observar que hay diagnósticos en grado II, III y IV, aunque en menor porcentaje (Cuadro No. 8), esto puede ser consecuencia de que todas las mujeres en riesgo no se hacen tempranamente el examen, que es un fallo de la educación sanitaria y de la captación del médico y la enfermera de la familia. Existe desde los años de 1970 el Programa de Control de Cáncer de Mama, que hace exámenes a personas en riesgo en la comunidad, utiliza un método de screening, la mamografía, además de las técnicas de autoexamen mamario, que han sido enseñadas a las mujeres y sobre la que se realiza actividades de educación sanitaria y del examen médico de las mamas por los médicos de la familia. El programa también en estos momentos tiene actividades de pesquizaje sobre cáncer de próstata a los hombres mayores de 55 años, que incluye examen de la próstata y realización de PSA [prostate specific antigen], también hay un método de tamizaje para cáncer colorectal, utilizando el marcador tumoral CEA [carcinoembryonic antigen] en sangre.

Es el índice de bajo peso al nacer, se redujo desde 1985 de un 8,2% a 5,3% en el 2014, durante los años de estudio, mantuvo una cifra estable, (Figura No. 9). Estos resultados están ligados al trabajo del Programa Materno Infantil que se comentó en anteriormente.

En relación al control de la natalidad llamó la atención las cifras de aborto, que fueron muy elevadas, si bien se parte de estadísticas de 1980, en que alcanzaba el 42,1 por cada 1,000 mujeres entre 12 y 49 años. Logró reducirse a 19,1 en el 2005, volvió a incrementarse en el 2014 a 27,6 (Figura No. 10). Este método de interrupción de embarazo se apreció que fue utilizado mayoritariamente como una forma de control de natalidad, para solucionar un embarazo no deseado, entre las jóvenes, menores de 20 años. Es un indicador de fallo de las estrategias educativas acerca de la práctica del sexo seguro, del embarazo deseado y del uso de los métodos anticonceptivos correctos.

### **Los recursos humanos del sector de la salud pública**

En el sector de la Salud Pública en Cuba trabajan una gran cantidad de personas, que llegó hasta el medio millón en el año 2014 (Cuadro No. 10). Situación contradictoria con la política oficial de los últimos años de reducir a los trabajadores estatales, y de hecho con la reforma que se aplicó de aplanamiento y reestructuración de los servicios de los últimos dos años. Puede ser una explicación que los trabajadores cuyas plazas se racionalizaron, pasaran a ocupar otras dentro del mismo sector y no quedaran disponibles. Este es un elemento a investigar.

Los profesionales de la salud se incrementaron notablemente desde la segunda mitad de la década de 1960; de 3,500 médicos que quedaron en el país en 1967 (Beldarraín Chaple 2005) habían registrados 85,563 en el 2013, lo que hace un incremento de 82,063 médicos en un período de 51 años (Cuadro No. 11). Esto se corresponde con las estrategias del Estado y la voluntad política de extender el sistema de salud cubano a una cobertura total tanto territorial, como poblacional. Para ello incrementó paulatinamente las matrículas de los estudios de medicina y estomatología, abriendo nuevas escuelas de medicina en diferentes provincias, hasta tener en el 2014 una Escuela de Medicina en cada provincia del país.

Esta cifra tan elevada de médicos proveyó a la población cubana la existencia de un médico por cada 130 habitantes, una de las proporciones más elevadas del mundo y del continente americano (Cuadro No. 12) (Médicos del Mundo 2008).

Los estomatólogos también incrementaron su número de 2,319 en 1975 a 16,630, lo que nos da una razón de 671 habitantes por estomatólogo (Cuadro No. 11).

La APS en los últimos cuatro años se ha beneficiado con la presencia de más de 13 mil médicos, el numero mayor de este período correspondió con el año

2012, con 13,419 y se observó una reducción de los mismos a 12,842 en el año 2014. Lo que está en concordancia con lo explicado anteriormente de la reestructuración de la APS y los consultorios, a pesar de la disminución de galenos, se mantiene la cobertura del 100% del territorio nacional. El número más elevado de consultorios estos años correspondió al 2013 con 11,550 consultorios funcionando, la cifra del 2014 no está disponible en el Anuario Estadístico (Cuadro No. 13).

La calificación de los médicos se elevó en todos los años de la investigación y en el cuatrienio 2011–2014 culminaron estudios de especialidad 33,645, que corresponde a un 39,32% y 22,625 médicos no especializados que están estudiando la especialidad (residencia) o que están haciendo el servicio social que corresponden a un 26,44% del total de 85,563, por lo que un 34,76% del total de los galenos son médicos generales (Cuadro No. 14).

Los profesionales de la enfermería presentan una situación inversa a los médicos, el número total de los mismos disminuyó en el cuatrienio en 5,659 personas, una de las explicaciones posibles es la falta de incentivo para trabajar, problemas de salario y largas jornadas de trabajo. Sin embargo se transformó muy notoriamente su nivel de capacitación, cambiado su dinámica interna, pues los graduados universitarios aumentaron en 10,977 profesionales, mientras los técnicos medios disminuyeron en 11,126 y los enfermeros básicos en 5,570 (Cuadro No. 15).

## La formación de los recursos humanos

Para poder desarrollar el SNS cubano fue necesario incrementar notablemente el número de profesionales de la salud. En 1959 estaban registrados en el Colegio Médico Nacional 6,300 galenos, en 1967 quedaban en el país 3,400, casi la mitad emigró fundamentalmente a los Estados Unidos de América, como resultado del cierre de muchas clínicas y consultorios privados, que fue ocurriendo mientras avanzaba la primera fase de la reforma de salud que culminó con la creación de SNS único y estatal. Con la extensión de las diferentes instituciones de salud a todo el territorio nacional, la constitución del Servicio Médico Rural, los inicios de la red de APS, la creación de hospitales, etc., se necesitaban una gran cantidad de médicos, para lo que se incrementaron los estudiantes de medicina, los estudios fueron gratuitos y se admitió en la Escuela de Medicina a todo el que tenía interés en la carrera y cumplía con los requisitos, es importante señalar, que no se acortaron los estudios, se mantuvieron los seis años de formación de pre grado, no se eliminaron asignaturas, por el contrario se fueron incrementando las mismas a través de los años y en relación a los avances internacionales de las ciencias médicas (Beldarraín Chaple 2010).

Así de una graduación de galenos de 728 en 1959, ascendió a 9,612 en el 2013 y a 8,509 en el 2014, con un total de 142,910 egresados en 55 años. En estos mismos años se graduaron de Estomatología 22,515 estudiantes, los estudios superiores de enfermería se iniciaron en 1979, los de Tecnologías de la Salud en 1994 y Psicología de la Salud en el 2009, y se han graduado 79,927; 76,710 y 2,732 estudiantes respectivamente. Lo que constituyen un gran total de 324,164 profesionales de la salud graduados en todos estos años que integraron en diferentes momentos el SNS (Cuadro No. 17).

Los médicos en número elevado continuaron su superación profesional, formando una masa crítica de especialistas que dotan al sistema de una elevada calificación, que constituyó una fortaleza (Cuadro No. 18).

### **Los servicios de salud**

La colaboración médica con otros países estuvo presente desde los primeros momentos del trabajo del Ministerio de Salud Pública y se consideraba como uno de los principios de la salud pública socialista. El primer servicio de este tipo se efectuó relacionado con una situación de desastre natural: un terremoto ocurrido en Chile en 1960, con notable afectación de su población. Desde entonces misiones médicas cubanas trabajaron en diversos países de Asia, África y América Latina. En 1998, después de las afectaciones ocasionadas por el Huracán Mitch en Centroamérica, Cuba brindó una amplia colaboración con equipos y personal médico a los países de la región y las autoridades políticas y sanitarias decidieron además organizar un programa integral de salud (PIS) que incluyera la atención a todos los aspectos de la salud de estas poblaciones. Este programa funciona exitosamente en un grupo de países, a los que actualmente se ofrece colaboración médica (Beldarraín Chaple 2006).

La colaboración médica se mantuvo estable, entre el 2011 y el 2014, con presencia de equipos médicos cubanos en 66 países (Cuadro No. 19). Se desarrolló el Programa Integrado de Salud en países de América Latina, Asia y África, disminuyó de 45 a 32 en los últimos cuatro años (Cuadro No. 20) y el continente africano fue el más beneficiado con este programa.

En la segunda mitad del 2014, un equipo médico cubano, perteneciente al Contingente ‘Henry Reeve’, especializado en manejos de casos en situaciones de desastres naturales y grandes epidemias, por acuerdo de Cuba con la OMS, partió a trabajar en el control de la epidemia de Ébola en África austral: un total de 256 profesionales de la salud cubanos integraron el grupo, de los cuales 165 laboraron en Sierra Leona, 53 en Liberia y 38 en Guinea Conakry. Este equipo de cooperantes arribó a esos países a finales de octubre y trabajaron allá hasta el mes de mayo del 2015 (Vázquez Hernández 2015).

Las unidades de servicios médicos a la población sufrieron una reducción ligera entre los años 2011 y 2012, cuando se inició la reforma económica de la actualidad. Los hospitales disminuyeron en 9 unidades, a expensas de los generales (5), los clínicos – quirúrgicos (3). Los hospitales cerrados están incluidos en los grupos de 50 a 99 camas y de 100 a 199 (Cuadro No. 22), es decir que se corresponden con centros pequeños. Los pediátricos, materno infantiles y ginecobstétricos mantuvieron la misma cifra, como expresión de la máxima prioridad del programa materno infantil. Entre las demás unidades, según su tipo la reducción más drástica en el país ocurrió entre las clínicas estomatológicas con 15 de menos, las clínicas de retinosis disminuyeron en 7, los hogares maternos en 5, dos bancos de sangres y un policlínico y un instituto de investigación. (Cuadro No. 21).

Los hogares de ancianos y casas de abuelos aumentaron en estos años, como una respuesta a las necesidades crecientes del grupo de la tercera edad, de una población que envejece rápidamente.

Las camas de hospitalización disponibles en el país tuvieron su máximo en 1995 y se redujeron en 20,454 hasta el 2014, de 6 camas por 1,000 habitantes hasta 4,1 (Cuadro No. 23).

Las unidades de terapia intensiva decrecieron en 14 servicios, todos a expensas de las de medicina (Cuadro No. 24).

Las consultas aumentaron en su totalidad, así como por tipo, las de medicina casi se duplicaron en los años del estudio, creciendo en 25,269,626 consultas, lo que elevó el índice de consultas por habitantes de 3,5 a 5,5; las de servicios de urgencias crecieron en 319,138, cuyo índice de consultas por habitantes se mantuvo casi igual y las de estomatología se incrementaron en 8,194,386, elevando el índice de 1,6 a 2,3 (Cuadro No. 25). Estos incrementos sugieren una mayor racionalización de los servicios, mayor volumen de trabajo de los médicos y estomatólogos, que está en relación con el reordenamiento de los médicos en la comunidad, con la reapertura de consultorios.

La actividad quirúrgica tuvo un discreto aumento en este decenio, a expensas fundamentalmente de la cirugía mayor con 44,003 intervenciones, por mínimo acceso se incrementaron en 17,674 y la cirugía de urgencia se mantiene más o menos en las mismas cifras (Cuadro No. 26).

Los ingresos hospitalarios tuvieron un incremento no significativo en este período. Si hay una apreciable disminución desde sus cifras más elevadas que se alcanzaron en 1985 con 16,0 ingresos por cada 100 habitantes, que se disminuyó a 10,5 en el 2005 y 11,7 en el 2014 (Cuadro No. 27). Se puede pensar también en una mayor racionalidad en las conductas médicas relativas a ingresar pacientes, y a políticas de ahorro en diferentes servicios hospitalarios.

La atención de pacientes por MNT es un fenómeno interesante, en los últimos cuatro años del estudio, que se pudo obtener cifras, su uso se incrementó

en 9,723,207 atenciones, las cuales fueron abrumadoramente mayoritarias a nivel de la APS, constituyendo alrededor del 65% de las mismas (Cuadro No. 28). Lo que nos habla de una aceptación cada vez mayor de estas prácticas y técnicas sobre todo curativas por los equipos médicos. La MNT fue introducida en Cuba en la década de 1990, cuando la grave crisis económica, que existieron severas dificultades con los tratamientos médicos y la existencia de medicamentos, como una alternativa, para resolver ese vacío terapéutico, pero con el tiempo fue ganando espacio y ha permanecido y como se puede apreciar su uso se incrementa. En sus inicios hubo reticencias a su indicación y empleo por una gran parte de los profesionales, que están formados en una medicina muy biologicista y veían a la MNT como prácticas populares, empíricas y hasta sin fundamentos científicos.

Para mantener el SNS con sus tres niveles de atención, a todas las unidades al que se mencionan en este estudio a los diferentes servicios y programas de salud, así como al desarrollo de los recursos humanos y el mantenimiento de los trabajadores de la salud, el Estado ha concedido un presupuesto cada vez creciente, que partió de una cifra de 25,690,200 pesos en 1959, que representó un gasto en salud de 3.72 pesos por habitante, y alcanzó los mil millones de pesos en 1990 (1,038,884,500 pesos), un gasto por habitante de 97.11 pesos y llegó en el año 1914 a la cifra record de 5,951,622,700 pesos, con un gasto por habitante de 533.11 pesos (Cuadro No. 29). Esto demuestra la voluntad política de Estado cubano de mantener el SNS y su crecimiento y no está reñido con la política de racionalización del sector que se aplicó en los últimos dos años del estudio, que estuvieron encaminadas a ahorrar, a mejorar y optimizar los recursos disponibles, para hacer más eficientes y efectivos los servicios de salud. El resto que está por ver es si se logra.

Esta actividad de la Salud Pública cubana contribuyó notablemente al incremento de la esperanza de vida al nacer alcanzada por la población cubana, que en el trienio 2011–2013 llegó a 78,45 años, de manera diferencial, las mujeres muestran una expectativa de 84,45 años y los hombres de 76,50 (ONE 2014).

## **Principales epidemias del período**

### **El Dengue**

Cuba logró disminuir la morbilidad por dengue desde la gran epidemia de 1981 y posee un sistema integrado de lucha contra la enfermedad a partir de la comunidad, que incluye el enfrentamiento al agente trasmisor, la vigilancia, diagnóstico y manejo clínico de los casos.

En Cuba no es endémico, sino importado y lo más importante es la vigilancia en la APS, donde se identifican los casos para poder ser tratados y evitar consecuencias mayores.

En Cienfuegos, se confirmó un gran número de desde octubre del 2013 hasta el 22 de mayo del 2014, se citaron por los medios masivos de comunicación varias cifras (Infobae 2014) pero oficialmente no hubo datos concretos.

A principios de julio del 2014 el Minsap reconoció la existencia de brotes de dengue en todo el país, con mayor afectación en las provincias de Cienfuegos, Santiago de Cuba, Camagüey, Villa Clara y La Habana, y que la situación con los focos del mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad, ‘es la más compleja de los últimos 17 años’, excepto en 16 municipios. Señaló que hay reportes de más de 55,000 criaderos de mosquitos, debido al incremento de las temperaturas en las últimas semanas y el deterioro de las condiciones medioambientales (Diario de Cuba 2014).

Al menos en los tres los últimos años del estudio se presentaron brotes de dengue, de diferente magnitud en casi todas las provincias cubanas, pero los datos han sido manejados oficialmente con mucha discreción y no podemos ofrecer una cifra concreta en el período, pues no aparece la morbilidad en el Anuario Estadístico. Oficialmente se manejan los casos como ‘sospechosos’, a los cuales se les realiza prueba serológica para diagnóstico, el que es retrospectivo, pues es necesario la comparación de dos sueros, con un intervalo de varios días entre cada muestra (sueros pareados), no se tuvo acceso a cifras de confirmación serológica de los casos sospechosos.

### El Chikungunya

El 17 de junio del 2014 el Minsap emitió un comunicado de prensa donde se alertaba a la población de la presencia en el área del Caribe de la enfermedad y la confirmación de la existencia de 6 casos importados en la isla (Ministerio de Salud Pública 2014b).

El Minsap confirmó el 28 de agosto del 2014 la existencia de 13 casos de fiebre chikungunya en el país, todos ellos importados, y anunció el refuerzo de la vigilancia epidemiológica en las fronteras por esta enfermedad. Los casos detectados en el país fueron importados de República Dominicana y Haití, y presentaron una buena evolución. Además de los 13 casos confirmados, se presentaron otros 60 casos sospechosos de la enfermedad, que fueron descartados (Cubadebate 2014).

No se pudo confirmar la cantidad de casos presentados durante el 2014, pues tampoco se reportaron en el Anuario Estadístico.

## El cólera

El 24 de octubre del 2010 la OPS emitió el aviso de la confirmación de casos de cólera en Haití, presentes desde el día 19, después de más de 200 años sin presentarse la enfermedad en dicho país (OPS 2010). Se confirmó el *Vibrio cholerae* 01 biotipo EL Tor serotipo Ogawa, muy rápido se extendió por todo el país y la vecina República Dominicana.

Dado el riesgo que esta epidemia representaba para Cuba, por la vecindad geográfica y los fuertes lazos de cooperación existentes entre los dos países, en Cuba, el Minsap activó el Plan Nacional de Prevención y Enfrentamiento al Cólera, para evitar su introducción y si esto sucedía minimizar los daños que pudiera ocasionar (Batlle Almodóvar y Dickinson Meneses 2014).

El 3 de Julio de 2012, el Ministerio de Salud Pública de Cuba comunicó la existencia de un brote de cólera en la ciudad de Manzanillo, en la provincia de Granma, al sur-oeste del país (Ministerio de Salud Pública de Cuba 2012). En las semanas previas, el sistema de vigilancia de Cuba había detectado un aumento de casos de gastroenteritis aguda, que se relacionaron con el aumento de las temperaturas y las intensas lluvias (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias 2012).

Según la información facilitada por las autoridades sanitarias cubanas, se implementaron las medidas de control necesarias, incluyendo el muestreo y cierre de los pozos públicos y privados contaminados, tratamiento del agua residual, reparación de fugas de agua, cloración del agua en las zonas afectadas, limpieza de pozos sépticos y campañas sanitarias para mejorar las prácticas higiénicas de la población.

La OPS informó que desde la semana epidemiológica No.27 del 2012 hasta la No. 34 del 2013, se diagnosticaron en Cuba 678 pacientes, de los que fallecieron 3. Estos brotes se presentaron en las provincias de Granma, Camagüey, Guantánamo, Santiago de Cuba y La Habana (OPS/OMS 2013).

## Otros aspectos que influyen en la salud pública

Un aspecto muy importante que está presente en el imaginario de la población cubana es el ideal de la salud, que es una representación colectiva, desarrollada durante 55 años y que se formó desde el discurso oficial del deseo de fomentar la salud de la población y que fue respaldada con hechos, primero las campañas masivas de educación para la salud, que utilizaron la radio fundamentalmente, pues en los inicios de la Revolución, el índice de analfabetismo de la población era elevado, sobre todo la rural, entonces el mensaje oral tenía más recepción,

y se dirigía fundamentalmente a las amas de casa. Fue utilizada también la prensa escrita y la impresión y distribución de carteles y vallas con mensajes sobre salud. El objetivo fundamental de este trabajo era aumentar el conocimiento de la población sobre una vida sana y promover el cambio de aptitudes para prevenir un grupo de enfermedades sobre todo infecciosas, como las diarreicas agudas que producían gran morbilidad entre los niños. Se utilizó también la televisión tanto con anuncios de lo que hoy se conoce como mensajes de bien público y mesas redondas en las cuales participaron especialistas destacados que le hablaban a los televidentes sobre algunas enfermedades y como luchar contra ellas. Fueron muy importantes las mesas redondas que se realizaron entre 1959 y 1962 sobre las campañas epidemiológicas que se iniciaron en esos años: contra el paludismo, vacunación contra la Tb, tétanos a embarazadas, poliomiélitis, difteria, etc.

Se desarrollaron audiencias sanitarias en la comunidad, escuelas, centros de trabajos, donde especialistas hablaban sobre diversos temas y respondían las preguntas del auditorio.

Influyó en este sentimiento, el desarrollo de los diversos programas de atención a la población, el desarrollo paulatino de la APS y la divulgación de los diversos resultados que tuvo la salud pública a través de estos años, las enfermedades que fueron controladas y eliminadas y la gratuidad y accesibilidad a los diversos servicios que tuvo la población.

Así se formó ese ideal de la salud de la población cubana, respaldada por un sentimiento colectivo de que estaban protegidos y que vivían en un país que era mucho más saludable.

El elevado conocimiento de la población sobre temas de salud, de enfermedades, de acceso a diferentes medios de diagnóstico y tratamientos, produjo una sociedad muy medicalizada, que tiene aspectos positivos y negativos. Entre los primeros podemos citar un mayor interés de la población por cuidar de su salud individual y colectiva, el apoyo mayoritario a las campañas sanitarias colectivas, la aceptación de diversos tratamientos y someterse a un gran abanico de posibilidades diagnósticas. Entre los elementos negativos, el conocimiento por gran parte de la población de la existencia en el país de diferentes tecnologías de avanzada para el diagnóstico de muchas enfermedades y las posibilidades del empleo de diversos tratamientos, según los grupos de medicamentos, crearon una población con una elevada expectativa de la atención médica y que demanda ciertos servicios e incluso tipos de tratamientos medicamentosos (Beldarraín Chaple 2009).

Estas demandas de la población en muchas ocasiones entorpece el buen funcionamiento del trabajo del médico y alcanzar una adecuada relación médico – paciente, sobre todo en la APS. El médico entonces tiene que iniciar un proceso

de negociación con el paciente, para convencerlo del uso adecuado de la tecnología o la indicación de un antibiótico específico. Muchas veces los pacientes se van disgustados porque no se accedió a sus demandas. En algunas oportunidades, dada la incompreensión de los pacientes, el médico termina por acceder a sus pedidos y cae en una actitud de complacencia con todo lo negativo que conlleva.

Cuando las demandas de la población no son satisfechas por su médico y el mismo no fue capaz de convencerlos racional y científicamente, se marchan con sentimientos de insatisfacción, que se suma a la que siente la población en el período estudiado relacionada con la redistribución de los consultorios, la etapa en que estuvieron cerrados una gran cantidad de ellos, que coincidió con la reparación y cierre parcial de varios hospitales, que despertaron sentimientos de vulnerabilidad, desatención y de que estaba en riesgo los logros de la salud alcanzados.

Uno de los objetivos de la reforma de la salud es rescatar el buen funcionamiento de los servicios de salud, la optimización de los recursos, que ayudará a restablecer el sentimiento del ideal de la salud que un día se tuvo.

Otro factor externo que influencia el estado de salud de la población, es la higiene de los pueblos y ciudades del país. Hay un gran deterioro de la higiene de las ciudades, sobre todo de las más grandes y especialmente en la capital, problemas constructivos en las edificaciones, las calles y aceras con roturas, acumulación de escombros, dificultades en la recolección de basuras. Abundantes salideros de aguas limpias, que junto a las lluvias se acumulan en las roturas de las calles y aceras y fomentan los criaderos de mosquitos y otros vectores, que constituyen un riesgo para enfermedades como el dengue y el chikungunya. También hay salideros de aguas albañales, que pueden contaminar las aguas limpias y son un riesgo para la transmisión de las enfermedades diarreicas agudas.

El abasto de agua potable es muy deficiente en cuanto a cantidad, lo que obliga a la población a tener en sus casas recipientes para almacenarla, que si no se protegen de forma adecuada pueden transformarse en criaderos de mosquitos.

La calidad del agua es buena cuando sale del acueducto, pero se producen contaminaciones en la red de distribución, por el mal estado en que se encuentran y la antigüedad de las mismas, lo que provoca que el agua que recibe la población no tenga la calidad adecuada en muchos lugares.

Otro aspecto de preocupación es la gran cantidad de extranjeros residiendo temporalmente en el país (inmigración temporal), procedentes de países de África, Asia y América Latina, que viene a realizar estudios superiores, de medicina y otras especialidades, que pueden constituirse en un riesgo para la reintroducción de enfermedades que ya están eliminadas como es el caso del paludismo, incrementar otras que están controladas como la

Tb, el cólera y la introducción de algunas que nunca existieron en el país. Sobre este grupo especial de población deben establecerse controles sanitarios, para diagnosticar la presencia de enfermedades exóticas para Cuba u otras infectocontagiosas de baja incidencia en el país y tratarlas, para así disminuir el riesgo. Es necesario el fortalecimiento de las actividades de vigilancia epidemiológica.

Un aspecto muy importante es el envejecimiento de la población. Cuba es uno de los países más envejecidos del continente, y la tendencia es creciente. La población está inmersa en una transición demográfica casi concluida, en la cual la fecundidad, como principal variable determinante en el crecimiento poblacional, se mantiene por debajo del nivel de reemplazo desde el año 1978. La esperanza de vida supera los 78 años, que, junto a la migración externa de grupos de población en edades jóvenes, empeora el panorama del envejecimiento.

Cuba se encuentra en la última de las etapas de la transición demográfica, con niveles muy bajos de fecundidad y mortalidad. Este es un comportamiento, que empezó hace más de 35 años, cuando no había crisis económica y social, no había pasado el período especial, ni había cambios en los valores sociales y de comportamientos (Jiménez 2015), lo cual no descarta que hoy estos últimos elementos puedan incidir también en el fenómeno.

La población joven de Cuba al cierre de 2014 era de 2,945,696, lo que representa el 26,21 por ciento del total Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). La Tasa Global de Fecundidad de las jóvenes de 15 a 34 años es de 1,57 hijos por mujer, y la Tasa Bruta de Reproducción es de 0,77 hijas por mujer (Jiménez 2015).

Esta gran cantidad de población perteneciente a la tercera edad imprime ya una carga nueva a la SNS, que debe prepararse para este reto y desarrollar servicios adecuados y específicos a este grupo de población, igual que eliminar las barreras arquitectónicas que puedan constituir una limitante al acceso de estas personas a las unidades de salud, ya que muchas de ellos tienen algún tipo de limitación motora.

Otro reto que se presenta ante el sistema de salud es relacionado con las vulnerabilidades climáticas: la presencia de ciclones y tormentas tropicales, así como desastres naturales de otra índole, motivados por el proceso del cambio climático y que pueden afectar a grandes grupos de la población. Aunque tradicionalmente fueron bien manejados desde todo punto de vistas y en particular desde el SNS, hay que preparar al mismo para un posible aumento de estos fenómenos.

Un aspecto que limita una verdadera comprensión del fenómeno que se desarrolla alrededor de la salud, es que faltan estudios sobre las opiniones y creencias

tanto de la comunidad, como de los profesionales de la salud sobre el mismo. Hay muy pocas investigaciones cualitativas que hagan análisis de entrevistas tanto a población consumidora de los servicios, como a los profesionales que los brindan, elemento este que debe ser fundamental para una comprensión adecuada de este proceso salud- atención.

## Conclusiones

La salud pública cubana se afectó por el Periodo Especial. La sociedad cubana cambió desde ese momento, se puede considerar como un parteaguas. Se identificaron nuevos problemas.

Se apreció que las desigualdades que emergieron en la década de 1990 se reflejan hoy y afectan el estado de salud de la población: desigualdades económicas, de género y grupos étnicos, así como de accesibilidad geográfica.

Hay desigualdades en el desarrollo de la salud pública, desde el punto de vista de cantidad de instituciones tanto de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria, entre la capital del país y el resto de las provincias, privilegiándose con mucho la primera. Lo mismo ocurre con las tecnologías de avanzada tanto para diagnóstico como para los tratamientos médicos.

El SNS demostró una gran capacidad de flexibilización, adaptándose a los cambios de visión y estrategia introducidos en los últimos 55 años y especialmente en el periodo estudiado.

Una de las características importantes identificadas del SNS fue su resiliencia, desde el inicio del mismo, su capacidad de cambio durante todas las épocas o períodos por los que atravesó.

Las reformas de los años de análisis, no afectaron el desarrollo de los servicios de salud, ni el acceso de la población a los mismos.

Se mantiene la gratuidad de los servicios de salud en el país para toda la población y la cobertura nacional de los mismos.

No obstante existen vulnerabilidades sociales, con la existencia de grupos de personas con factores de riesgo, como son el alcoholismo, desnutrición y otras determinantes sociales que influyeron en la presentación de enfermedades que estaban controladas en años anteriores.

El presupuesto asignado al sector salud se incrementó durante todos los años posteriores a la Revolución cubana, así como la formación de médicos y profesionales de la salud.

## Anexos

### Cuadros and Figuras

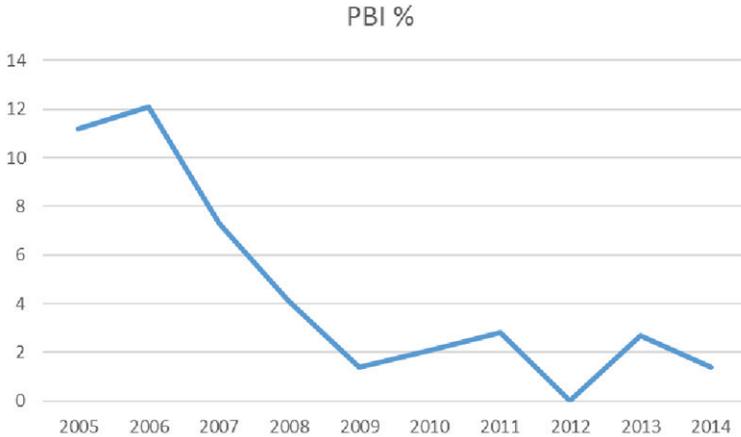


Figura No. 1 Evolución del PBI, Cuba, años 2005–2014

Fuente: Núñez 2014

Cuadro No. 1. Principales causas de muerte, todas las edades. Cuba, años 2000, 2005, 2010, 2012, 2013 y 2014. Tasa por 100 000 habitantes

Causa	2000	2005	2010	2012	2013	2014
<b>Tumores malignos</b>	146,8		198,4	201,4	205,9	212,6
<b>Enfermedades del corazón</b>	181,8		212,7	191,9	204,5	211,6
<b>Enfermedades cerebro vasculares</b>	72,8		87,1	79,4	81,2	82,9
<b>Influenza y neumonía</b>	51,3		44,4	46,3	50,3	56,3
<b>Accidentes</b>	44,3		43,0	43,5	45,4	47,0
<b>Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores</b>	21,0		29,1	30,3	34,8	35,3
<b>Enfermedades arterias, arteriolas y vasos capilares</b>	33,0		24,3	22,9	23,5	26,2
<b>Diabetes mellitus</b>	13,3		23,9	20,0	20,9	19,8
<b>Lesiones autoinflingidas intencionalmente</b>	16,5		13,9	13,3	13,4	12,8
<b>Cirrosis y otras enfermedades hígado</b>	8,8		10,7	11,4	12,1	12,7

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 2. Mortalidad por algunas EDO. Cuba, 1970, 1980, 2000, 2010, 2012, 2013 y 2014. Tasas por 100 000 habitantes

000 habitantes

Causa	1970	1980	2000	2010	2012	2013	2014
<b>FT</b>	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-
<b>TB</b>	7,3	1,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
<b>Difteria</b>	0,0	-	-	-	-	-	-
<b>Tétanos</b>	0,9	0,1	0,0	-	0,0	-	-
<b>Polio</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>Sarampión</b>	0,5	0,0	-	-	-	-	-
<b>Paludismo*</b>	-	0,0	-	0,0	0,0	-	-
<b>Sífilis</b>	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tos ferina</b>	0,3	0,0	-	-	-	-	-

\* Casos importados e introducidos

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

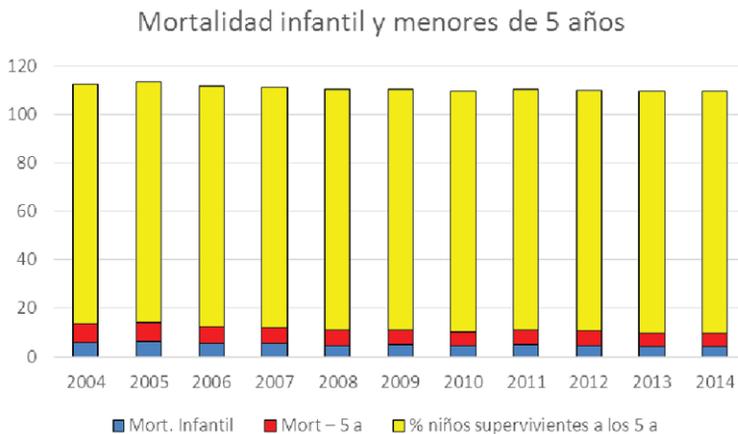


Figura No. 2 Mortalidad infantil y menores de 5 años. Cuba, 2004–2014.

Tasas por 1 000 nacidos vivos

Fuente: Anuario Estadístico de Minsap 2014

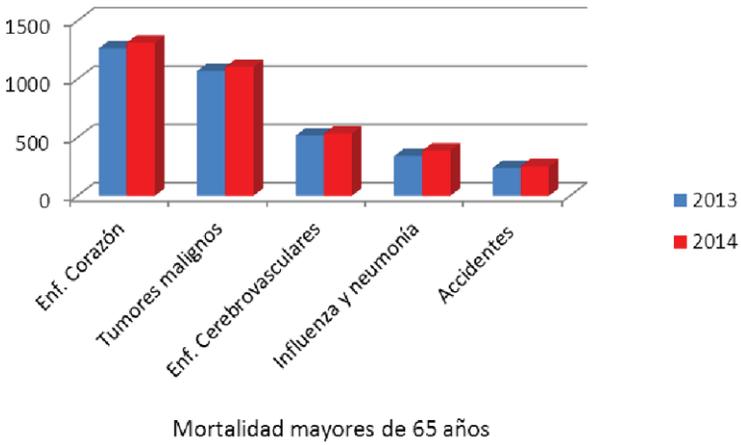


Figura No. 3 Principales causas de muertes de 65 años y más. Cuba, 2013 y 2014, tasas por 100 000 hab.

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2014

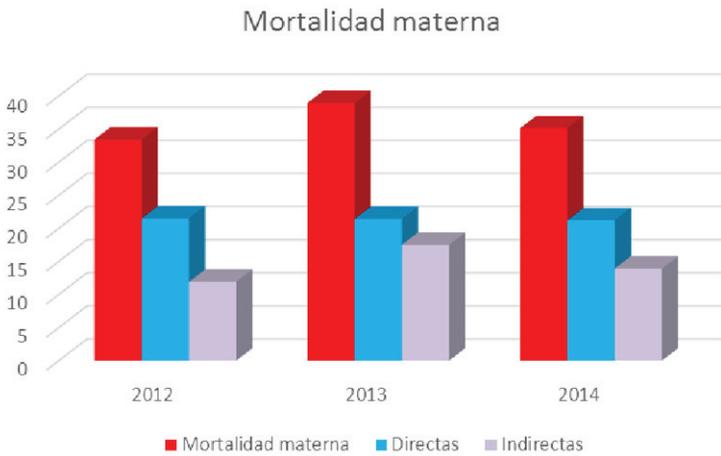


Figura No. 4 Mortalidad maternal directa e indirecta, Cuba 2012–2014. Tasas x 100 000 nacidos vivos

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2014

Cuadro No. 3. Incidencia de EDO. Cuba, 2000, 2005, 2010, 2012 y 2013.  
Tasas por 100 000 habitantes

Enfermedad	2000	2005	2010	2012	2013	2014
F Tifoidea	0,3	0,0	-	0,0	-	-
<b>TB total</b>	<b>10,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,9</b>	<b>6,1</b>	<b>6,4</b>	<b>6,1</b>
Meningitis Tb	0,0		-	-	-	-
<b>Lepra</b>	<b>2,5</b>		<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>
Difteria	-		-	-	-	-
<b>Tos ferina</b>	-	-	-	-	-	-
Tétanos	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tétanos Neonatal</b>	-		-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	-
<b>Rabia humana</b>	<b>0,0</b>		-	-	<b>0,0</b>	-
Paludismo *	0,3		0,1	0,2	0,2	
<b>Mening. Meningococcica</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
<b>Blenorragia</b>	<b>170,4</b>	<b>53,1</b>	<b>37,5</b>	<b>47,8</b>	<b>42,5</b>	<b>36,9</b>
<b>Sífilis</b>	<b>82,2</b>	<b>16,9</b>	<b>12,9</b>	<b>23,4</b>	<b>29,6</b>	<b>36,2</b>
<b>SIDA **</b>	<b>23,2</b>		<b>68,0</b>	<b>44,0</b>	<b>28,3</b>	<b>30,8</b>
<b>Poliomielitis</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Rubeola</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Parotiditis</b>	-		<b>1,0</b>	-	-	-
<b>Leptospirosis</b>	<b>5,0</b>	<b>4,9</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	<b>1,6</b>
<b>Mening. H. Influenzae</b>	<b>0,3</b>		<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,1</b>
<b>Meningitis Strep. Neumoniae</b>	<b>1,7</b>		<b>0,6</b>	<b>1,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>

\* Casos importados e introducidos

\*\* Tasa por 100 000 hab según sexo

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 4. Incidencia de Tb según grupo de edad y localización. Cuba, 1990, 2000, 2012, 2013 y 2014

Edad	Localización	1990	2000	2012	2013	2014
<b>- 15 a</b>	Total	0,3	0,6	0,9	0,5	0,8
	Pulmonar	0,2	0,4	0,8	0,4	0,6
	Extrapulmonar	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
<b>15 - 64</b>	Total	5,1	12,1	7,1	7,2	7,3
	Pulmonar	4,5	9,8	5,9	6,5	6,4
	Extrapulmonar	0,6	2,3	1,1	0,8	0,9
<b>Más 65</b>	Total	18,5	17,8	7,7	9,6	6,7
	Pulmonar	17,5	16,1	6,3	8,7	6,4
	Extrapulmonar	0,9	1,6	1,4	0,9	0,3
<b>Total</b>	Total	5,1	10,1	6,1	6,4	6,1
	Pulmonar	4,6	8,3	5,1	5,7	5,4
	Extrapulmonar	0,4	1,8	1,0	0,7	0,7

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

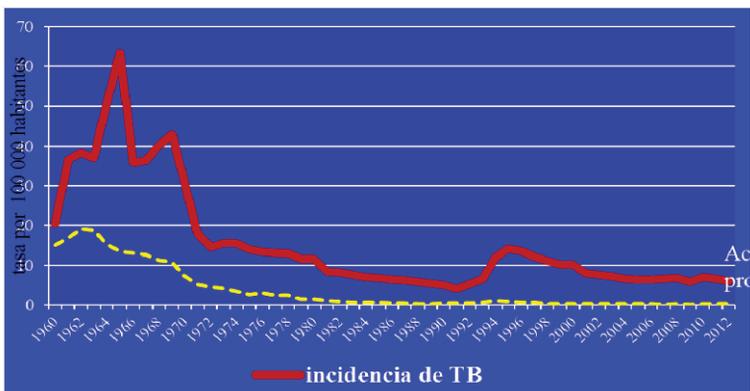


Figura No. 5 Incidencia y mortalidad por Tb, Cuba, 1960–2012. Tasas por 100 000 habitantes

Fuente: Programa Nacional de Control Tb, Minsap, Cuba

Cuadro No. 5. Incidencia EDO seleccionadas Cuba, 1970 - 2013

Enfermedad	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014
<b>TB</b>	30,5	13,6	11,6	6,8	5,1	14,2	10,1	6,5	6,9	6,4	6,1
<b>Sarampión</b>	104,2	113,4	38,9	28,6	0,2	-	-	-	-	-	-
<b>Rubéola</b>	12,5	31,6	31,0	102,3	0,2	0,0	-	-	-	-	-
<b>Varicela</b>	148,3	161,7	200,6	825,7	354,4	1138,1	432,1	225,3	288,1	144,6	113,8
<b>Ft</b>	4,9	4,0	1,0	0,6	0,6	1,0	0,3	0,0	-	-	-
<b>Tétanos</b>	0,7	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tos ferina</b>	13,9	3,5	1,3	1,9	0,2	-	-	-	-	-	-
<b>Leptospirosis</b>	...	...	4,6	3,4	4,9	20,0	5,0	4,9	1,6	2,3	1,6
<b>Parotiditis</b>	32,9	220,7	318,2	341,5	0,4	0,1	-	3,1	0,0	-	-
<b>Hepatitis</b>	101,4	217,0	208,1	210,5	124,6	161,2	163,8	206,9	11,3	4,2	3,5
<b>Sífilis</b>	7,2	47,6	44,7	62,8	86,1	130,6	82,2	16,9	12,9	29,6	36,2
<b>Blenorragia</b>	2,8	47,0	168,4	361,0	334,0	411,7	170,4	63,6	37,5	42,5	36,9
<b>E. meningococ</b>	0,5	0,3	5,7	12,7	4,2	0,6	0,5	0,2	0,0	-	-

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 6. Total de dosis de vacunas aplicadas según tipo de vacuna. Cuba, 1962 - 2014

Tipo de vacuna	Total de dosis aplicadas
<b>Toxoide tetánico (TT)</b>	85 823 032
<b>Antipolio (OPV)</b>	82 240 752
<b>Antitifoidea (AT)</b>	40 401 396
<b>Triple bacteriana (DPT)</b>	32 274 524
<b>Duple (DT)</b>	13 987 228
<b>BCG</b>	13 265 627
<b>Antimengococcica (tipo B)(1)</b>	12 594 958
<b>Hepatitis B (HBV)(2)</b>	12 705 722
<b>Triple viral (PRS) (3)</b>	7 554 662
<b>Haemofilus influenzae (Hib) (4)</b>	5 176 661
<b>Tetravalente (DPT + HB) (5)</b>	439 799
<b>Pentavalente (DPT+Hb+Hib)(6)</b>	3 062 636

(1) comenzó a partir de 1988/ (2) comenzó a partir de 1992/ (3) comenzó a partir de 1986/ (4) comenzó a partir de 1999/ (5) se vacunó del 2005 al 2007/ (6) comenzó a partir de 2006

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 7. Cobertura de vacunación en población – 1 a, según tipo de vacuna. Cuba, 2000 – 2014

Año	Antipolio	DPT	PRS	Enf. Meningocc.	Hept. B	Meningo. H. influenzae	BCG
2000	99,0	94,8	94,0	100	100	74,0	99,0
2001	99,0	100	100	100	100	100	99,6
2002	98,0	100	98,0	95,8	98,0	80,2	99,0
2003	98,0	71,0	100	100	100	100	99,1
2004	97,8	88,7	100	92,0	100	100	99,5
2005	98,7	98,0	99,0	99,0	99,0	97,0	98,9
2006	99,7	90,5	96,0	100	100	97,0	99,4
2007	100	98,4	100	99,4	98,4	98,4	99,5
2008	100	100	100	99,2	100	100	99,1
2009	99,8	95,4	100	100	95,4	95,4	99,2
2010	100	95,6	100	100	99,4	100	99,4
2011	99,9	100	100	100	98,7	100	98,7
2012	98,2	100	100	100	99,2	100	99,5
2013	99,2	100	100	100	100	100	99,7
2014	99,5	100	100	100	100	100	99,3

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

### Enfermedad Meningococcica

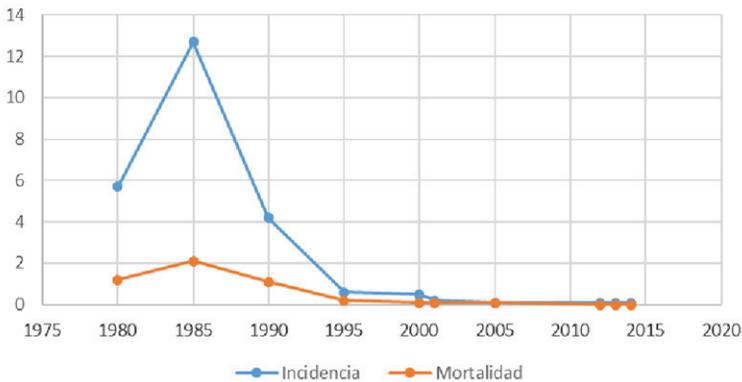


Gráfico No. 6 Incidencia y mortalidad por enfermedad meningococcica. Cuba, 1980, 2013. Tasa por 100 000 habitantes

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 8. Prevalencia de DM, HTA y Asma. Cuba 2005, 2010, 2012, 2013 y 2014

Año	DM	HTA	Asma
2012	50,7	208,9	100,4
2013	53,7	214,8	94,0
2014	55,7	214,9	95,3

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

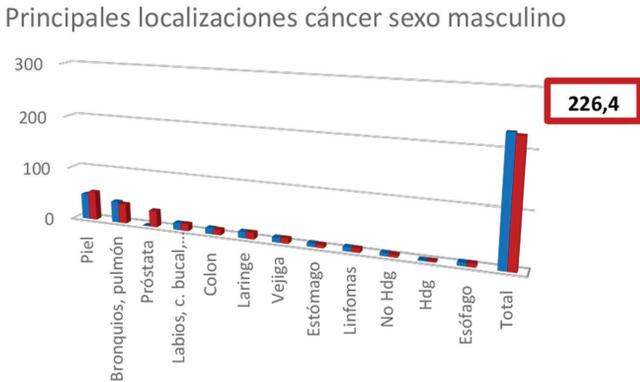


Figura No. 7 Incidencia de cáncer, principales localizaciones. Sexo masculino. Cuba. Tasa ajustada, años 2010 y 2011

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

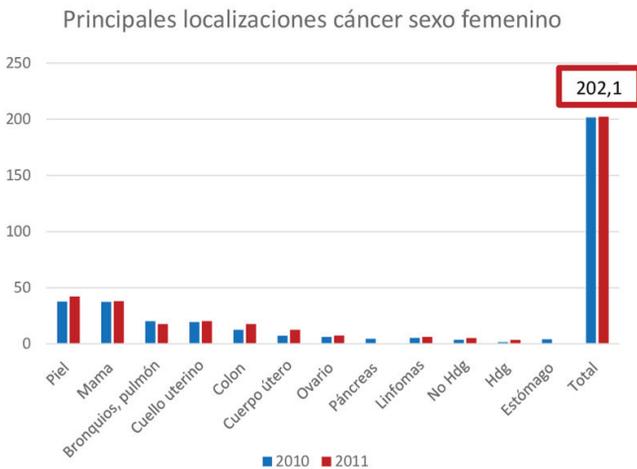


Figura No. 8 Incidencia de cáncer, principales localizaciones. Sexo femenino. Cuba. Tasa ajustada, años 2010 y 2011

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 9. Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino. Cuba 1970 - 2014

Año	Mujeres examinadas	Tasa	Casos posit. En mujeres examinadas por el programa					Etapa clínica % del total	Total
			0	I	II	III	IV		
1970	176 307	78,5	-	-	-	-	-	-	
1975	432 093	172,8	-	-	-	-	-	-	
1980	426 186	156,4	-	-	-	-	-	-	
1985	550 951	176,2	-	-	-	-	-	-	
1990	904 709	254,5	88,1	9,5	2,0	0,4	-	100	
1995	1 076 858	276,6	90,4	8,6	1,0	0,0	-	100	
2000	470 082	132,4	84,5	12,4	3,0	0,1	-	100	
2005	682 232	179,0	81,9	14,5	2,8	0,8	-	100	
2010	759 206	196,0	75,5	15,5	6,3	2,5	0,2	100	
2013	765 822	195,8	66,3	17,3	11,6	3,6	1,2	100	
2014	798 159	204,0	60,0	20,3	13,9	4,6	1,2	100	

Años 1970 – 1996: Tasa/1000 mujeres de 20 a. y más con examen c/2 años  
 A partir de 1997 tasa es/1000 mujeres de 25 a y más con examen c/3 años

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

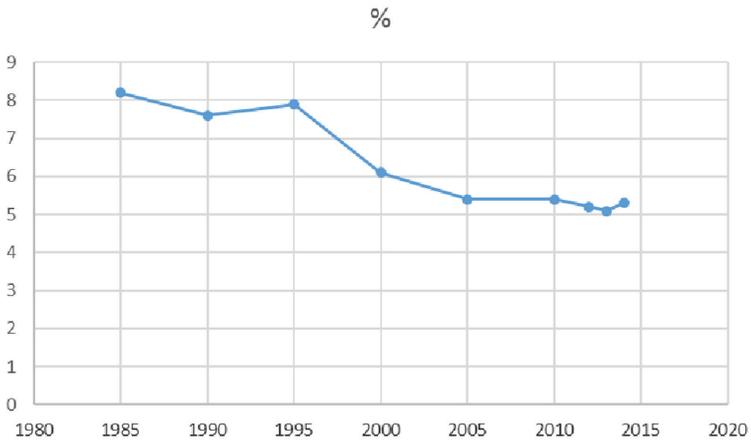


Figura No. 9. Índice de Bajo Peso al nacer. Cuba, 1985–2014. Porciento

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

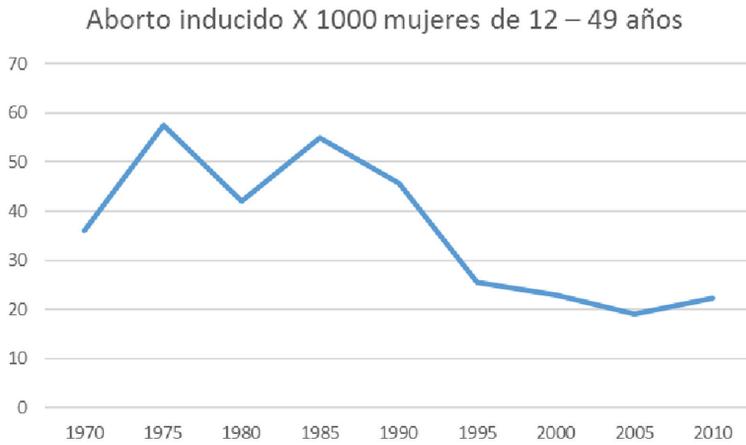


Figura No. 10 Índice de aborto inducido. Cuba, años seleccionados, 1980–2014

Fuente: Anuraio Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 10. Trabajadores de la salud, 1976 – 2014. Años seleccionados

Año	Total	% de Mujeres	% total de la población en edad laboral
1976	138 201	66,2	3,0
1980	157 933	69,3	3,2
1985	248 643	69,7	4,3
1990	298 708	72,4	4,9
1995	320 427	72,6	5,0
2000	359 653	72,4	5,5
2005	447 023	70,2	6,9
2010	535 307	69,5	7,0
2011	497 021	69,8	6,8
2012	490 425	70,0	6,8
2013	481 960	70,3	6,6
2014	500 000	69,7	6,8

Fuente: Anuario Estadístico del Minsap 2013 y 2014

Cuadro No. 11. Médicos y estomatólogos. 1975 – 2014, años seleccionados

Año	Médicos			Estomatólogos		
	Total	Por 100 mil hab.	Hab/médico	Total	Por 100 mil hab.	Hab/estomat
1975	9 328	10.0	996	2 319	2.5	4 007
1980	15 247	15.6	641	3 646	3.7	2 682
1985	22 910	22.8	439	5 335	5.3	1 885
1990	38 690	36.5	274	6 959	6.6	1 524
1995	56 836	51.8	193	9 148	8.3	1 200
2000	65 997	59.0	170	9 917	8.9	1 128
2005	70 594	62.7	159	10 554	9.4	1 066
2010	76 506	68.1	147	12 144	10.8	925
2011	78 622	70.1	143	12 793	11.4	878
2012	82 065	72.9	137	13 998	12.4	804
2013	83 698	75.0	133	15 249	13.7	732
2013	85 563	76,6	130	16 630	14,9	671

Fuente: registro de profesionales de la salud. Minsap. Anuario Estadístico 2011/2012/2013/ 2014

Cuadro No. 12. Número de habitantes por médico algunos países seleccionados, año 2006

País	Habitantes / médico
México	500:1
Guatemala	1100:1
Nicaragua	2700:1
Panamá	700:1
Colombia	750:1
Brasil	900:1
Bolivia	800:1
Uruguay	270:1
Argentina	330:1
Canadá	470:1
USA	390:1
España	300:1
Gran Bretaña	440:1
Francia	300.1

Fuente: Médicos del Mundo. Número de habitantes por médico

**Cuadro No. 13. Médicos de la familia en la comunidad, cobertura y No. consultorios**

Año	Ubicados en la comunidad	% cobertura	No. consultorios
<b>2011</b>	13 367	100.0	11 486
<b>2012</b>	13 419	100.0	11 506
<b>2013</b>	13 382	100.0	11 550
<b>2014</b>	12 842	100.0	

Fuente: Dpto. Nacional APS. Minsap. Anuario Estadístico 2011/ 2012/2013/ 2014

**Cuadro 14. Médicos dedicados y/o especializados (\*1)**

Año	Dedicados		Especializados	
	Total	Mujeres	Total	Mujeres
<b>2011</b>	78 622	47 179	55 997	32 544
<b>2012</b>	82 065	49 996	56 168	32 832
<b>2013</b>	83 698	51 520	57 454	33 977
<b>2014</b>	85 563	52 984	56 529	33 645

Nota: Dedicados: especialidad fundamental en la que laboran

(\*1) Hay 22 625 médicos no especializados: residencia, servicio social y el resto de los no especializados.

Fuente: Registro de profesionales de la Salud. Minsap. Anuario Estadístico 2012/2013/2014.

**Cuadro No.15. Personal de Enfermería**

Año	Licenciadas	Técnicas	Básicos	Total
<b>2011</b>	53 264	36 080	7 080	96 424
<b>2012</b>	56 539	31 386	4 206	92 131
<b>2013</b>	60 343	25 357	2 664	88 364
<b>2014</b>	64 241	24 954	1 570	90 765

Fuente: Registros Administrativos de la Dirección Nacional de Recursos. Minsap. Anuario Estadístico 2012/2013.

Cuadro No.16. Red nacional de Bibliotecas Médicas (CNICM)

Año	Hospitales	Univ.* Médicas	CPCI M	Inst. inversiones	poli-clínicos	Clínicas Est.	Centros Nac. Especializados	otras	Total Bibliotecas	Conectadas Informed
2011	138	51	16	14	451	25	14	43	752	603
2012	138	55	16	13	451	24	17	35	747	591
2013	134	53	16	13	454	26	15	32	743	629

\*Incluyen filiales de Centros de Educación Médica Superior y de Postgrado

Cuadro No. 17. Graduados de Educación Superior, 1959 – 2013

Año	Medicina	Estomatología	Lic. Enfermería (1979)	Tecnología salud (1994)	Psicología salud (2009)
1959	728	61	-	-	-
1970	700	101	-	-	-
1980	764	218	-	-	-
1990	4 223	555	1 273	-	-
2000	1 840	141	1 957	15	-
2010	4 149	784	7 315	14 069	283
2011	5 463	1 132	6 916	11 663	417
2013	9 612	2 039	4 960	7 576	635
2014	8 509	1 865	3 961	7 550	785
<b>Total del período</b>	142 910	22 515	79 297	76 710	2 732
<b>Total general</b>	324 164				

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 18. Profesionales de la salud graduados de especialistas

Especialidad	1962 – 2002	2005	2010	2011	2013	2014
<b>MGI</b>	27 420	1 308	1 257	1 294	1 153	2 258
<b>Medicina Int.</b>	4 101	75	35	59	82	112
<b>Pediatría</b>	3 427	56	35	44	62	117
<b>Cirugía Gral.</b>	1 890	26	48	75	58	122
<b>Ginecol Obstet</b>	3 122	57	65	71	78	86
<b>Otras esp quir.</b>	6 154	57	316	271	174	241
<b>Otras esp clín.</b>	6 337	196	436	577	581	641
<b>Especialidades diagnósticas</b>	1 994	26	66	157	122	89
<b>Salud Pública</b>	2 047	14	91	85	81	66
<b>Estomatológicas</b>	2 161	408	301	382	515	518
<b>Biomédicas</b>	964	33	59	51	63	52
<b>Total</b>	59 617	2 253	3 328	3 740	3 043	4 352

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 19. Países con colaboración Médica

Año	No.
<b>2011</b>	66
<b>2012</b>	66
<b>2013</b>	66
<b>2014</b>	66

Fuente: Unidad Central de Colaboración. Minsap. Anuario Estadístico 2012/2013/2014

Cuadro No. 20. Programa Integral de Salud. Países que lo integran por continente

Año	Total	América	África	Asia	Europa
<b>2011</b>	45	13	24	7	1
<b>2012</b>	40	12	22	6	-
<b>2013</b>	35	11	19	5	-
<b>2014</b>	32	10	18	4	-

Fuente: Unidad Central de Colaboración. Minsap. Anuario Estadístico 2012/2013/2014.

Cuadro No. 21. Tipos de Unidades de Salud

Tipo de unidad	2011	2012	2013	2014
<b>Asistencia médica</b>				
<b>Hospitales</b>				
Generales	57	56	54	52
Clínicos – Quirúrgicos	34	29	30	31
Pediátricos	23	23	23	23
Materno Infantiles	4	4	4	4
Ginecobstétricos	12	12	13	13
Oncológicos	2	2	2	2
Ortopédicos	2	2	2	2
Psiquiátricos	18	17	18	19
Cardiocentro	2	2	1	1
Centro Cirugía Endoscópica	1	1	1	1
Oftalmológicos	1	1	1	
Anti Tb	1	1	1	1
Anti leprosos	1	1	1	1
<b>TOTAL HOSPITALES</b>	<b>161</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>152</b>
Institutos Investig.	14	13	13	13
Clínica Retinosis Pig.	8	1	1	
Policlínicos	452	452	451	451
Clínicas Estomatológicas	126	118	118	111
Hogares Maternos	143	150	142	138
Bancos de Sangre	26	27	27	25
<b>ASISTENCIA SOCIAL</b>				
Hogares Ancianos	124	144	146	143
Casa abuelos	224	233	246	247
Hogares impedidos	31	31	30	30

Fuente: Registros Administrativos Dirección Nacional de Planificación Económica. Minsap. Anuario Estadístico 2012/2013/2014.

Nota: Incluye hospitales militares e instituciones privadas.

Cuadro No. 22. Hospitales según Número de Camas

No. camas	2011	2012	2013	2014
- 50	7	4	5	4
50 a 99	26	25	23	26
100 a 199	61	58	58	55
200 a 399	40	40	39	40
+ 400	27	25	27	27
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>152</b>

Nota: Excluye Sanatorios de SIDA, unidades de Becarios Institutos de Investigaciones.

Fuentes: Registros Administrativos Dirección Nacional de Planificación Económica. Minsap. Anuario Estadístico 2012/2013/2014.

Cuadro No. 23. Dotación de camas de Asistencia Médica y Social, 1985 – 2014

Año	Asistencia médica		Asistencia social		Total	
	Camas	Por 1 000 hab	Camas	Por 1 000 hab	Camas	Por 1 000 hab
<b>1985</b>	52 267	5,1	11 517	1,1	63 784	6,3
<b>1990</b>	63 205	6,0	13 848	1,3	77 053	7,3
<b>1995</b>	66 116	6,0	14 227	1,3	80 343	7,3
<b>2000</b>	58 713	5,2	14 444	1,3	73 199	6,5
<b>2005</b>	54 857	4,9	14 650	1,3	69 507	6,2
<b>2010</b>	51 487	4,6	14 833	1,3	66 320	5,9
<b>2011</b>	45 606	4,1	12 077	1,1	57 683	5,1
<b>2012</b>	45 649	4,1	14 393	1,3	60 042	5,3
<b>2013</b>	45 690	4,1	11 992	1,1	57 682	5,2
<b>2014</b>	45 662	4,1	13 533	1,2	58 995	5,3

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 24. Cantidad de Unidades de Terapia Intensiva

Año	Pediatría	Medicina	Total
2011	34	93	127
2012	35	95	130
2013	35	96	131
2014	34	79	113

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 25. Consultas médicas y estomatológicas. Cuba, 1985 – 2014

Año	Médicas			Estomatológicas	Total
	Externa	C. Guardia	Sub total		
1985	39 166 669	20 473 707	59 640 376	13 767 766	73 408 142
1990	48 079 149	20 122 071	68 201 220	15 002 994	83 204 214
1995	56 915 885	18 213 646	75 129 501	16 156 145	91 285 646
2000	60 708 748	19 835 106	80 543 854	26 521 402	107 065 256
2005	36 206 257	20 792 319	59 998 576	17 943 732	77 942 308
2010	57 172 305	21 788 808	78 961 113	18 649 854	97 610 697
2011	59 779 883	21 270 036	81 049 919	19 763 097	100 813 016
2012	59 883 556	21 276 057	81 159 613	21 907 216	103 066 829
2013	60 252 614	20 918 309	81 170 923	23 748 667	104 919 590
2014	61 475 893	21 111 459	82 587 352	26 138 118	108 725 470
<b>CONSULTAS POR HABITANTES</b>					
1985	3,9	2,0	5,9	1,4	7,3
1990	4,5	1,9	6,4	1,4	7,8
1995	5,2	1,7	6,8	1,5	8,3
2000	5,4	1,8	7,2	2,4	9,6
2005	3,5	1,8	5,3	1,6	6,9
2010	5,1	1,9	7,0	1,7	8,7
2011	5,3	1,9	7,2	1,8	9,0
2012	5,3	1,9	7,2	1,9	9,2
2013	5,4	1,9	7,3	2,1	9,4
2014	5,5	1,9	7,4	2,3	9,7

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 26. Incidencia de la actividad quirúrgica

Año	Total operaciones	Mínimo acceso	Mayores			Menores	
			Total	Ambulatorias	Ingresadas		Urgentes
<b>2000</b>	953 372	26 017	441 964	165 730	170 132	106 102	511 408
<b>2005</b>	936 212	27 694	492 972	251 838	134 271	106 863	443 240
<b>2010</b>	948 694	34 428	514 818	266 785	128 833	119 200	433 876
<b>2011</b>	1 048 884	40 594	567 539	301 683	141 218	124 638	481 445
<b>2012</b>	1 044 787	41 005	535 258	282 492	128 116	124 650	509 529
<b>2013</b>	1 032 930	41 339	539 528	283 467	125 859	130 202	493 402
<b>2014</b>	1 025 120	45 368	536 975	285 530	123 177	128 268	488 145

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 27. Ingresos hospitalarios

Año	No. ingresos	Ingresos x 100 hab
<b>1970</b>	1 073 439	12,6
<b>1975</b>	1 249 798	13,4
<b>1980</b>	1 263 593	13,0
<b>1985</b>	1 608 551	16,0
<b>1990</b>	1 607 365	15,2
<b>1995</b>	1 434 458	13,1
<b>2000</b>	1 332 235	11,9
<b>2005</b>	1 333 275	10,1
<b>2010</b>	1 134 889	10,1
<b>2011</b>	1 171 763	10,4
<b>2012</b>	1 249 375	11,1
<b>2013</b>	1 242 465	11,1
<b>2014</b>	1 310 103	11,7

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No. 28. Casos atendidos por MNT

		2011	2012	2013	2014
<b>Casos atendidos</b>		29 018 272	32 816 007	36 002 694	38 741 479
<b>APS</b>	No	18 992 545	21 404 494	23 222 934	24 984 199
	%	65,5	65,2	64,5	64,5
<b>Hospital</b>	No	2 103 608	2 818 311	3 138 120	3 387 715
	%	7,2	8,6	8,7	8,7

Fuente: Anuario Estadístico, Minsap, 2013/2014

Cuadro No 29. Ejecución del presupuesto y gasto por habitante. Años 1959 – 2014

Año	Ejecución presupuesto	Gasto/ habitante
1959	25 690 200	3,72
1960	51 279 900	7,30
1965	148 878 200	19,07
1970	216 443 200	25,25
1975	304 154 500	32,73
1980	440 174 800	45,01
1985	875 217 200	85,88
1990	1 038 484 500	97,11
1995	1 310 078 500	119,03
2000	1 857 035 500	165,99
2005	2 596 300 000	230,64
2010	4 792 212 100	426,49
2012	4 903 980 100	435,91
2013	4 901 622 700	439,06
2014	5 951 622 700	533,11

Fuente. Anuario Estadístico, Minsap, 2014

## Bibliografía

- Álvarez Pérez, Adolfo Gerardo, Anaí García Fariñas y Mariano Bonet Gorbea (2007) ‘Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba’, *Rev Cubana Salud Pública* 33(2). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es). (Acceso enero 2015.)
- Álvarez Pérez, Adolfo Gerardo, Anaí García Fariñas, Armando Rodríguez Salvá y Mariano Bonet Gorbea (2007) ‘Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba’, *Rev Cubana Hig Epidemiol* 45(3). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es). (Acceso enero 2015.)
- Álvarez Pérez, Adolfo Gerardo, Milagros Alegret Rodríguez, Isabel Pilar Luis González, Ángela Leyva León, Armando Rodríguez Salvá, Mariano Bonet Gorbea, Pol De Vos y Patrick Van der Stuyft (2011) ‘Diferenciales de salud y una aproximación mediante el empleo del coeficiente de Gini y el índice de concentración en las provincias cubanas, 2002-2008’, *Rev Cubana Hig Epidemiol* 49 (2): 202-217.
- Battle Almodóvar, María del Carmen y Félix Orlando Dickinson Meneses (2014) ‘Notas para una historia del cólera en Cuba durante los siglos XIX, XX y XXI’, *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* 4(1): 1-10.
- Beldarraín Chaple, Enrique (2005) *Apuntes para la medicina en Cuba. Historia y publicaciones*. Capt. 6. La Habana, Cuba: Editorial Ecimed, 194-299.
- Beldarraín Cahple, Enrique (2006) ‘La salud pública en Cuba y su experiencia internacional (1959-2005)’, *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos* 13(3): 709-16.
- Beldarraín Chaple, Enrique (2009) ‘¿Estudia el proceso Salud – Enfermedad la Antropología cubana?’, *Cuicuilco* 16(46): 55-70.
- Beldarraín Chaple, Enrique (2010) ‘Medical Education in Cuba’, en S.E. Mason, D.L. Strug, y J. Beder (eds) *Community Health Care in Cuba*. Chicago, IL: Lyceum Books, 44-56.
- Beldarraín Chaple, Enrique (2015) ‘Comportamiento de la tuberculosis en la década de 1990 en Cuba’, *Revista Cubana de Salud Pública* 41(3): 441-58.
- Beldarraín Chaple, Enrique y Niurka Morales (2015) ‘Aspectos económicos y sociales relacionados con el comportamiento de la tuberculosis en Cuba. Década de los 90’, *Medisur* 13(2). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2015000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000200004).
- Castro, Fidel (3 de diciembre del, 2002) *Discurso pronunciado en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas*. La Habana, Cuba: CITMATEL. Disponible en <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2002/esp/f031202e.html>. (Acceso febrero 2015.)
- Castro, Raúl (21 Diciembre del, 2009) *Discurso pronunciado por el Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de la República de Cuba, General de Ejército Raúl Castro Ruz en la clausura de la Asamblea Nacional del Poder Popular, en el Palacio de Convenciones, el 20 de diciembre de 2009*. La Habana, Cuba: Periódico Granma. Disponible en <http://www.cuba.cu/gobierno/rauldiscursos/2009/esp/r201209e.html>. (Acceso diciembre del 2014.)

- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (2012) Ministerio de Sanidad y Política Social. Detención de un brote de cólera en Cuba. Evaluación del riesgo para España. Informe día 17/07/12, Madrid, Spain.
- Chang, M., M.L. Alemán, M.P. Cañizares y A.M. Ibarra (1999) ‘Satisfacción de los pacientes con la atención médica’, *Revista Cubana de Medicina General Integral* 15(5): 541–47. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es), La Habana. (Acceso febrero 2015.)
- Cubadebate* (28 agosto, 2014) ‘Confirman 13 casos de chikungunya en Cuba; no hay Ébola’. Disponible en [http://www.cubadebate.cu/noticias/2014/08/28/confirman-13-casos-de-chikungunya-en-cuba-no-hay-ebola/#.VW3UuGcZ\\_eI](http://www.cubadebate.cu/noticias/2014/08/28/confirman-13-casos-de-chikungunya-en-cuba-no-hay-ebola/#.VW3UuGcZ_eI). (Acceso junio 2015.)
- Delgado García, Gregorio (1981) ‘Conferencias de Historias de la Salud Pública Cubana’. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* No. 81.
- Diario de Cuba* (2 de Julio de, 2014) ‘El Gobierno admite brotes de dengue en todo el país’. Disponible en [http://www.diariodecuba.com/cuba/1404295118\\_9329.html](http://www.diariodecuba.com/cuba/1404295118_9329.html). (Acceso junio 2015.)
- Dirección Nacional de Estadísticas (1998) *Sistema de Salud*. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública. Disponible en [http://www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/estrategias.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html). (Acceso febrero 2015.)
- García, J. (2006) ‘Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana’, *Revista Cubana de Salud Pública* 32(1). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es). (Acceso enero 2015.)
- Infobae* (2014) ‘Epidemia de dengue en Cuba: hay 3.500 casos en Cienfuegos’. Disponible en <http://www.infobae.com/2014/05/31/1569117-epidemia-dengue-cuba-hay-3500-casos-cienfuegos>. (Acceso junio 2015.)
- Iñiguez Rojas, Luisa (2012) ‘Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba’, *Rev Cubana Salud Pública* 38(1). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100011).
- Jiménez, Mayte María (31 de Mayo del, 2015) ‘La vejez que pesa sobre los jóvenes’. *Juventud Rebelde*. Disponible en <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2015-05-31/la-vejez-que-pesa-sobre-los-jovenes/>.
- Luna, E.M., D.P. Sierra y S.L. Pérez Gandul (2009) ‘La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI’, *Revista Cubana de Medicina General Integral* 25(2). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es). (Acceso enero 2015.)
- Médicos del Mundo (2008) ‘Número de habitantes por médico en el año 2006’. Disponible en <http://thewvsr.com/doctors.htm>. (Consultado Mayo del 2015.)
- Ministerio de Salud Pública (2010) *Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública*. La Habana, Cuba: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (2014a) *Anuario Estadístico 2013*. La Habana, Cuba: Editorial Ecimed.
- Ministerio de Salud Pública (17 de junio de, 2014b) ‘Cuba preparada para enfrentar presencia del virus de Chikungunya’. *Periódico Granma*. Disponible en <http://www.granma.cu/cuba/2014-06-17/cuba-preparada-para-enfrentar-presencia-del-virus-de-chikungunya>. (Acceso junio 2015.)

- Ministerio de Salud Pública de Cuba (3 de julio de, 2012) *Periódico Granma*. Disponible en <http://www.granma.cubaweb.cu/2012/07/03/nacional/artic09.html>. (Acceso junio 2015.)
- Miranda Parrondo, Mauricio de (2012) ‘Los problemas actuales de la economía cubana y las reformas necesarias’, en Mauricio de Miranda Parrondo y Omar Everleny Pérez Villanueva (eds.) *Cuba: Hacia una estrategia de desarrollo para los inicios del siglo XXI*. La Habana, Cuba: Ciencias Sociales, 191–224.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2014) *Censo de población y Viviendas 2012*. La Habana, Cuba: ONE.
- OPS (27 de octubre de, 2010) ‘Alerta epidemiológica: Cólera’. Disponible en [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/alerta\\_epi\\_2010\\_27\\_octubre\\_brote\\_colera.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/alerta_epi_2010_27_octubre_brote_colera.pdf). (Acceso junio 2015.)
- OPS/OMS (26 de septiembre de, 2013) ‘Alerta epidemiológica: Cólera’. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23094&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23094&Itemid=270). (Acceso junio 2015.)
- Pérez Villanueva, Omar Everleny (2014) ‘La economía cubana: un balance actual y propuestas necesarias’, *Estudios Económicos Cubanos*. Disponible en <http://www.cuba-economia.org/articulos/la-economia-cubana-un-balance-actual-y-propuestas-necesarias>. (Acceso 30 abril 2014.)
- Rojas Ochoa, Francisco y Elena López Serrano (2006) *Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60*. OPS Concursos Regionales Reforma Sanitaria en Perspectiva Histórica, No. 30. Washington, DC: OPS.
- Sánchez Egozcue, Jorge Mario y Anicia García Álvarez (2014) ‘Análisis de coyuntura. La Actualización del modelo económico cubano: evolución, oportunidades y desafíos’, Reporte de Ensayo en Proceso, CEI – CEEC – UH, La Habana, Cuba.
- Suárez, J.J. (1997) ‘El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000’, *Revista Cubana de Salud Pública* 23(1–2): 5–16. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es). (Acceso enero 2015.)
- Vázquez Hernández, M. (23 marzo, 2015) ‘Ya están en Cuba colaboradores de la salud que combatieron el Ébola’. *Cubadebate*. Disponible en <http://www.cubadebate.cu/fotorreportajes/2015/03/23/ya-estan-en-cuba-colaboradores->. (Acceso mayo 2015.)