



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ECONOMÍA
FACULTAD DE ECONOMÍA ♦ DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Un análisis sobre la política de salud en Cuba, 1980-2010

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

Maestra en Economía

EN EL CAMPO DE CONOCIMIENTO:

Economía Política

PRESENTA:

Zaida Marilyn Vázquez Peralta

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Alejandro Rogelio Álvarez Béjar
FACULTAD DE ECONOMÍA

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL DE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres y hermanos, por su fuente interminable de aliento, por ser yo el barco, y ellos el puerto de partida y llegada.

A mi tutor, por ser una casa de puertas y ventanas abiertas.

A Juan Carlos, por su amor de ventisca y en plural. Por su sostenimiento material y espiritual incuestionables para la consumación de este quehacer académico.

A Yessica, por su amistad entrañable, fiel y protectora como firme refugio.

A mis amigos más cercanos que me acompañan en la proximidad y a la distancia. A Gabriela y Sergio, particularmente, por ser amigos, cómplices y amantes de esta travesía.

A los titulares del campo y a mis maestros, por su luz y todo el raudal de conocimientos, como un tesoro compartido. A su recinto, el Posgrado de la Facultad de Economía.

A la UNAM, por su oportunidad, calidez y solidaridad, por ser aún el baluarte de lo público en México; por no habernos dejado todavía solos.

A CONACYT, por la importante labor de manutención y aportación a los fines del desarrollo humano. Por ser aún la balsa y el relámpago que nos ha dejado el incesante hurto de nuestro futuro.

A las lecturas obtenidas y realizadas, a lo hecho y no hecho. A la experiencia adquirida en Cuba.

A mis verdugos inasibles y al fantasma del mundo mejor, porque un día dejen de serlo.

A mí, por el arrostre de mí. Por ser la primera en albergar lo incontenible e inextricable en mi voz, el silencio en la vorágine antes de ser ningún lenguaje; por comparecer ante la vicisitud de la vaguedad, y quedarse. La leal confidente en esta barahúnda que me habita.

En una afán de honestidad, mi gratitud a todos y a todo.

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	22
<i>Introducción</i>	22
<i>1.1 La primacía del desarrollo económico sobre el desarrollo social: los modelos capitalistas</i>	23
<i>1.1.1 La política social en el neoliberalismo: ¿desarrollo social o compensación social?</i>	23
<i>1.1.2 Privatización, focalización y descentralización: el confinamiento de la política social a disuadir la tensión social</i>	29
<i>1.1.3 Desigualdad y dependencia</i>	36
<i>1.2 La primacía del desarrollo social sobre el económico: las alternativas socialistas</i>	39
<i>1.2.1 El redimensionamiento de la política económica y social cubana de principios de los noventa</i>	39
<i>1.2.2 La política social cubana: universal y focalizada, integral y no mercantilizada</i>	44
<i>1.2.3 La salud como derecho humano y sus determinantes sociales: el Estado y la coherencia política</i>	47
CAPÍTULO II. CONTEXTO HISTÓRICO: VICISITUDES Y DESARROLLO DE LA REVOLUCIÓN CUBANA	53
<i>Introducción</i>	53
<i>11.1 Contexto internacional de la Revolución cubana</i>	54
<i>11.2 La integración al CAME y el desarrollo social en Cuba</i>	57
<i>11.3 Principios y mecanismos básicos de planificación en Cuba</i>	59
<i>11.4 Contexto internacional de la desintegración de la URSS</i>	63
<i>11.4.1 Neoliberalismo y globalización</i>	63
<i>11.5 Hitos</i>	67
<i>Conclusiones</i>	71

CAPÍTULO III. POLÍTICA SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA REVOLUCIÓN CUBANA	74
<i>Introducción</i>	74
<i>III.1 Organización de la prestación de los servicios sociales</i>	77
<i>III.2 Formas de financiamiento</i>	82
<i>III.3 Gastos sociales públicos</i>	83
<i>III.4 Política social cubana</i>	88
<i>III.4.1 Objetivos y estrategias</i>	88
<i>III.4.2 Institucionalidad</i>	96
<i>Conclusiones</i>	99
CAPÍTULO IV. POLÍTICA DE SALUD CUBANA	
<i>Características, instrumentación y reestructuración de la política de salud cubana</i>	102
<i>Introducción</i>	102
<i>IV.1 Aspectos sectoriales de la política de salud cubana</i>	103
<i>IV.2 Principales políticas desarrolladas en la década de los años noventa</i>	106
<i>IV.3 Principales políticas desarrolladas en la primera década del año dos mil</i>	110
<i>IV.4 La integralidad del sistema de salud en Cuba y su vínculo con la población como sujeto activo</i>	112
<i>IV.5 Financiamiento de la salud pública</i>	115
<i>IV.6 Panorama general de la salud en Cuba</i>	118
<i>IV.7 Recursos humanos y materiales de salud pública</i>	128
<i>IV.8 Principales deficiencias y desafíos en los servicios de salud</i>	139
<i>Conclusiones</i>	140
CAPÍTULO V. POLÍTICA EXTERIOR DE SALUD CUBANA	146
<i>Introducción</i>	146
<i>V.1 El internacionalismo médico cubano y la ELAM: ¿una nueva forma de entender la globalización?</i>	147
<i>V.1.1 Apuntes sobre educación</i>	157
<i>V.2 La experiencia de Cuba en el comercio exterior de servicios de salud</i>	159

<i>V.3 Estado general de la salud y el desarrollo humano a nivel internacional</i>	<i>163</i>
<i>V.3.1 Tendencias de algunos indicadores de salud: Cuba y México</i>	<i>163</i>
<i>V.3.2. Índice de Desarrollo Humano (IDH) e IDH que no refiere ingresos: Cuba y México</i>	<i>169</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>171</i>
CONSIDERACIONES FINALES	174
REFERENCIAS	191

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Gasto público social como porcentaje del PIB, 1990-2010	86
Cuadro 2. Gasto público social en salud como porcentaje del PIB, 1990-2009	87
Cuadro 3. Indicadores demográficos seleccionados, 1970, 1990, 2000, 2010	122
Cuadro 4. Médicos y estomatólogos en 1975, 1980, 1985, 1990 – 2010 y según provincia, 2010	130
Cuadro 5. Unidades según tipo y provincia, 2010	132
Cuadro 6. Médicos de la familia, cobertura y número de consultorios según provincia, 2010	134

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Ingresos hospitalarios, 1980-2010	109
Gráfica 2. Ejecución del presupuesto y gasto por habitante, 1959, 1960, 1965, 1970-2010	116
Gráfica 3. Esperanza de vida, 1950-2015	119
Gráfica 4. Tasa de mortalidad materna por provincia, 2010	120
Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil, 1980-2010	120
Gráfica 6. Tasa bruta de natalidad, 1960-2015	121
Gráfica 7. Mortalidad proporcional según grupo de edad, 1970, 1980 y 2010	122
Gráfica 8. Principales causas de muerte de todas las edades (ambos sexos), 1993, 2000 y 2010	123
Gráfica 9. Principales causas de muerte según sexo, 2010	124
Gráfica 10. Mortalidad por algunos tumores malignos, 1990, 2000 y 2010	125
Gráfica 11. Mortalidad por tumores malignos en el sexo masculino y femenino, según principales localizaciones, 2010	126
Gráfica 12. Incidencia de tuberculosis, varios años	127
Gráfica 13. Trabajadores de salud, 1980, 1990 y 2000-2010	129
Gráfica 14. Trabajadores de salud según sexo y porcentaje de la población en edad laboral, 1980, 1990 y 2000-2010	129
Gráfica 15. Mortalidad infantil según provincia, 2000 y 2010	135

Gráfica 16. Gasto per cápita en salud de Cuba y México, 1995-2013	164
Gráfica 17. Tasa de mortalidad infantil: Cuba y México, 1980-2010	167
Gráfica 18. Esperanza de vida: Cuba y México, 1950-2015	168
Gráfica 19. Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH): Cuba y México, 1980, 1990, 2000, 2005, 2010-2013	170

“Que la duda se despierte”.

Bertolt Brecht, Extracto de Loa de la duda.

POÉTICA

“Di LA VERDAD.

Di, al menos, tu verdad.

Y después

*deja que cualquier cosa ocurra:
que te rompan la página querida,
que te tumben a pedradas la puerta,
que la gente
se amontone delante de tu cuerpo
como si fueras
un prodigio o un muerto”.*

Heberto Padilla, Fuera del juego, 1968.

INTRODUCCIÓN

Hacia 1959 el gobierno que emana de la Revolución cubana emprende una estrategia de desarrollo de largo plazo, la cual pretende resolver los agudos problemas sociales que enfrentaba. El primer obstáculo que desafió la estrategia fueron los intereses de Estados Unidos, quien no tardaría en destacar como el principal adversario de este proyecto autónomo de desarrollo; el enfrentamiento derivó en un conjunto de sanciones económicas y políticas que perseguían aislar y obstruir cualquier alternativa económica y social en Cuba; ante esta circunstancia, el gobierno cubano se aproxima al baluarte que, en medio de la *Guerra Fría*, representó la extinta Unión Soviética y los países del campo socialista, al cual se integró económica, política e ideológica y militarmente como recurso indefectible para sobrevivir al impacto que el bloqueo de Estados Unidos le generaría en el plano económico. Los beneficios y la protección obtenidos del intercambio comercial con los países socialistas, sustentaron la estrategia de desarrollo social en Cuba, mismos que se prolongarían sin grandes restricciones hasta finales de los años ochenta. Como veremos más adelante, esta integración con el campo socialista no canceló la capacidad cubana de tomar las decisiones que juzgara convenientes.

Desde el inicio de la crisis de la deuda de los países en desarrollo en la década de los ochenta, y específicamente desde 1979, comienza a advertirse el retiro de crédito externo a Cuba, asociado al *acelerado proceso de endeudamiento externo de los países subdesarrollados, las altas tasas de interés internacionales, el desplome de los precios del azúcar y las presiones ejercidas por los Estados Unidos de América sobre terceros países para obstaculizar la obtención de financiamiento* (Banco Central de Cuba [BCC], 2001 : 5), Cuba se enfrentará a un escenario de restricción económica, el cual se exacerbará con las reformas instauradas en la Unión Soviética a partir de 1986, y finalmente con la sucesiva caída de la URSS y de los países socialistas de Europa Oriental entre 1990-1991, proceso que lo llevó a la crisis extrema. Cuba subsistió sin el 85% de su comercio exterior. Posteriormente, pretendiendo desestabilizar al régimen en un contexto de apertura comercial y globalización, sufrió la intensificación del bloqueo económico estadounidense.

De esta forma, mientras la *Crisis de la deuda externa* en América Latina y la posterior caída del bloque socialista parecen inaugurar la hegemonía del modelo *Neoliberal* para los países capitalistas, para Cuba, en cambio, significó el inicio del denominado «*Período especial*», decretado en 1990 por Fidel Castro. El primero involucró la implantación de un nuevo patrón de acumulación, el cual requiere para su funcionamiento de un conjunto de reformas orientadas a la liberalización, privatización—la mercantilización de la educación y la salud pública, por ejemplo- y la desregulación, donde la participación del Estado en la economía se reestructura, careciendo posteriormente de un proyecto de desarrollo social independiente del mercado, a este último dejada la función de distribuir los recursos. En el segundo, la caída del campo socialista y el recrudecimiento de la política de aislamiento provocado por Estados Unidos, forzaron al rediseño del patrón de acumulación cubano y, por tanto, de la política económica y social, la cual se iniciaría en grandes ajustes manteniendo la continuidad de ciertos objetivos sociales, sosteniendo entre ellos, la protección universal de salud.

La permanencia del modelo cubano -adaptado para sobrevivir-, demostró que éste no era una copia fiel del modelo soviético y que tampoco fue absorbido completamente por él cuando la adhesión a la URSS, como generalmente se asumió; por ende, su integración no constó de una dependencia perfecta, como se percibe en su capacidad de sobrevivencia a pesar de la caída del campo socialista. La existencia de motivaciones internas fue ostensible en el cambio y en la continuidad, una de éstas yacía en preservar a toda costa la aplicación de un programa integral de política social, que fuese capaz, aunque con importantes limitaciones en algunos sectores, de satisfacer un conjunto de necesidades básicas.

La relevancia del estudio de la política de salud en Cuba a partir de los años ochenta, radica precisamente en intentar responder a las interrogantes sobre el *por qué* y el *cómo* fue posible que una economía cercada por la pérdida de respaldo económico, político, ideológico y militar de su única base de integración con el resto del mundo, con déficit de recursos financieros y energéticos propios, con una estructura económica poco diversa -tan dependiente en 1959, como treinta años después de la producción y exportación de azúcar-

y resistiendo al asedio estadounidense, pudo preservar importantes logros en materia de salud pública de la época previa, y a la postre continuar desarrollándolos, lo cual se expresa primordialmente en la constante disminución de la tasa de mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida y un cuadro epidemiológico similar al de los países de alto desarrollo. Y que no obstante las restricciones económicas descritas, no haya abandonado sus principios esenciales durante el periodo de estudio, conservando una salud pública con carácter universal y gratuita. El desarrollo social, primero fue alcanzado por su integración al bloque socialista, y después de su caída, a manos de un modelo de desarrollo con un carácter *sui géneris*, como lo señala De Sousa (2009: 6), enmarcado en un contexto de insuficiente bienestar material, lo cual ha tendido a minimizar los logros de este sector.

Ante la cuestión planteada, el objetivo general de esta investigación se centra en la distinción, descripción y análisis de aquellos elementos esenciales de la política social cubana y en materia de salud particularmente, que han permitido mantener la masividad y gratuidad en el sector salud durante el periodo de estudio. De los objetivos específicos que se proponen, destaca como el primero, reconstruir algunos aspectos históricos, económicos, políticos y sociales que nos permitan contextualizar y ampliar la perspectiva sobre el desarrollo social, la política social y de salud en Cuba. Situar posibles causalidades y caracterizar la forma en que las mismas se han reestructurado durante el periodo de estudio; como segundo y último objetivo específico, identificar algunas características de los sistemas de salud en América Latina -especialmente de México-, además de mostrar algunos indicadores que expresen el estado general de la salud en la región y en otros países del resto del mundo, y posteriormente confrontarlos implícitamente con los resultados del sistema de salud cubano, a fin de enriquecer la discusión.

La hipótesis que orienta esta investigación sostiene que la masividad y gratuidad en el sector salud, además de los resultados efectivos en los esfuerzos por disminuir la tasa de mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida, se ha logrado a partir de una política social semi-integral y una política de salud no mercantilizada -es decir, cuya racionalidad en su condición de no mercantil, anula la maximización de la ganancia como criterio

fundamental-, de carácter redistributivo, de cobertura universal y focalizada, a través de una prioridad dada al gasto público social y particularmente al gasto en salud; asimismo, que es producto de una voluntad política, donde el Estado cubano a través de un proyecto de desarrollo de largo plazo, se ha fijado la salud pública como necesidad básica y su satisfacción como un objetivo social prioritario, bajo la noción de sociedad como un conjunto de individuos con derechos y no únicamente como consumidores. Por ello utiliza instrumentos que no se reducen al espectro económico como el uso de la medicina preventiva, la cual tiene detrás una concepción socialista que la conduce y le permite mayor eficiencia en el gasto y la posibilidad de hacer más con menos.

Para el logro de los objetivos anteriormente detallados, se ha organizado esta investigación alrededor de cinco capítulos. El primero constituye el marco teórico referencial, un debate que se extiende a partir de la tensión existente entre desarrollo económico y desarrollo social y la preeminencia de uno sobre otro, así pues, partimos de la modalidad que asume la política social y sus diversas esferas, específicamente la salud, en cada una de ellas. A la luz del modelo neoliberal, se identifican las implicaciones de la primacía del desarrollo económico sobre el desarrollo social, para ello se recurre a elementos abstractos y concretos de la experiencia latinoamericana y mexicana en materia de política social y de salud, donde finalmente se ve a la mexicana organizada como una reproducción de la latinoamericana. La supremacía del desarrollo social sobre el económico es abordada con la experiencia cubana, causa y fin de este proyecto de investigación, y su perspectiva integrada vincula el desarrollo social como antesala del económico, del que se infiere un determinado patrón de acumulación -que se atiende desde los primeros acápites para converger en el modelo de desarrollo cubano, de este último se detallarán las características esenciales-, y del que a su vez, se desprenderá el diseño esencial de la política social y de la concerniente política de salud, así como de su interrelación con las demás esferas y de los valores y derechos humanos que la sustentan. Para finalizar, asistimos a la discusión sobre el derecho humano a la salud y sobre las determinantes sociales de ésta.

El segundo capítulo versa sobre la situación y el conjunto de acontecimientos que contextualizan la Revolución cubana, condicionándola y determinándola en su aproximación al campo socialista. Posteriormente, se incorporan elementos que caracterizan la integración al Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME) y la influencia que tuvo en el desarrollo social que procedió, para dar paso, a la síntesis de algunos elementos del nuevo escenario mundial que se configuró a la par de (y por) la descomposición de la URSS y del campo socialista, es decir, el neoliberalismo fue la escena en la que Cuba tendría que insertarse como vía para sobrevivir la crisis de reproducción que siguió a la pérdida de su única base de integración al mercado mundial. Adicionalmente, se aborda el modelo de planificación en Cuba, el mismo reseña la procedencia y aspectos generales de su implantación, los rasgos esenciales del modelo, y las implicaciones de éste en la puesta en marcha del nuevo proyecto de desarrollo social que se emprendió, además de las que atañen directamente a la posterior conversión de la economía. Finalmente, se expresan algunos hitos que marcan todo el proceso, a fin de explicitar algunos sucesos que han sido puntos de referencia e inflexión de la Revolución cubana, y primordialmente, que han provocado y adaptado el diseño de la política de salud durante el período de estudio como parte de una adaptación más amplia.

El tercer capítulo se ocupa de la política social. La definición de ésta se va construyendo a través de esbozos y definiciones completas que van aportando diversos bordes de un mismo fenómeno, y que se integran al carácter general que reviste la política social, es decir, según la naturaleza del patrón de acumulación en curso, y a la tensión al que éste la somete. Así, se exponen las principales características de la política social cubana, haciendo hincapié en el sector salud y de otros elementos que sirven de contraste cuando hacen referencia a la política social del modelo neoliberal, cuya experiencia pudiese remitirnos a México, y que van marcando divergencias en ambos funcionamientos. Seguidamente, se hace referencia a las formas de organización de la prestación de los servicios sociales, deteniéndose en las experiencias al respecto de Cuba, Suecia y México, como de otras que resultan indispensables para ejemplificar los planteamientos; también se alude a las formas de financiamiento existentes, y se ofrece un panorama de los gastos sociales públicos y de salud en los últimos años a través de una serie de países y de regiones, mismos que dan

cuenta de la prioridad que otorga el sector público a los sectores sociales. A la postre, se definen los principales objetivos y estrategias de la política social cubana, la amplitud de su concepción, los criterios de acceso, así como las trascendentales adaptaciones que ésta sufrió durante los años noventa, las aspiraciones que debieron postergarse y las principales contradicciones entre las diferentes esferas de la política social; por último se recurre, al grado de institucionalidad de la política social cubana.

La política de salud cubana es abordada en el capítulo cuarto y quinto, el primero lo hace a partir del comportamiento nacional, y el segundo lo hará desde sus nexos con el exterior. El cuarto, como podrá colegirse, expone los aspectos sectoriales de la política de salud cubana desde sus inicios (posterior a 1959), de los principios básicos, las problemáticas que en el ámbito de la salud se perseguía combatir, así como de sus objetivos y los medios para alcanzarlos. Posteriormente, se señalan las principales políticas de salud desarrolladas en los años noventa y al inicio del año dos mil, de forma que se vislumbren los efectos que el déficit de recursos económicos tuvo sobre el rediseño de la política del sector salud, para dar continuidad a la integralidad del sistema de salud en Cuba y su vínculo con la población como sujeto activo, en los diversos niveles de gobierno. Sucesivamente, se plantea el tema del financiamiento de la salud pública, y la modalidad en que el Estado garantiza el acceso a servicios tales como consultas, diagnósticos, tratamientos y medicamentos, y de otro conjunto de productos propios del sector, así como aspectos generales sobre la condición del gasto público en salud durante el período, algunas cifras que muestran la distribución de éstos, y adicionalmente, buscamos denotar la existencia de algunos proyectos de colaboración internacional, donde Cuba se convierte en receptor de financiamiento externo a través de convenios con organismos internacionales, recuento que intentamos sin ser exhaustivos. Se ofrece un conjunto de indicadores que reflejan el estado general de la salud en Cuba durante el período que nos interesa, y según las fuentes estadísticas disponibles en cada uno de los casos, así como de los recursos humanos y materiales que sostienen este estado de salud pública, y por último, se exponen los principales desafíos de la política de salud cubana a través de identificar las principales deficiencias y problemáticas en los servicio de salud.

El quinto y último capítulo, pretende contextualizar el sector salud cubano en el exterior, a través del testimonio que ofrece el internacionalismo médico cubano y la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), y el precedente que con él se establece en la construcción de una nueva forma de entender y participar del proceso globalizador; de forma adyacente, se destacan algunos apuntes sobre la participación de la educación como una forma de internacionalismo; se comparte también, la experiencia cubana en el comercio exterior de servicios de salud, la cual describe y circunscribe algunos elementos generales de este reciente proceso, que transformó al sector salud en el sector estratégico cubano. Asimismo, se exhiben algunos indicadores de salud, que persiguen cotejar las tendencias entre Cuba, México y América Latina, y para un caso puntual con otros países, a efecto de bosquejar el comportamiento de variables relevantes que dan cuenta de ciertas aristas de la salud de la población y de los recursos que se valen para alcanzarlos; finalmente, se ofrece al lector una sección sobre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) e IDH que no refiere ingresos para el caso de Cuba, y la evolución que sólo el primero ha tenido para Cuba y México desde los años ochenta, éstos, al igual que los indicadores anteriores, aspiran a ampliar la discusión y reconfigurar la perspectiva, al confrontar los resultados obtenidos y contextualizarlos. Posteriormente, se arriba a las consideraciones finales, que pretenden recapitular y consumir las reflexiones más relevantes, así como presentar comentarios adicionales.

Para la elaboración del presente trabajo de investigación, fue de particular relevancia la estancia de investigación en Cuba y todas las dificultades y facilidades asociadas a esta experiencia. Para que dicha estancia, de invaluable aportación, fuese posible, agradezco infinitamente a los doctores Josefina Morales Ramírez del Instituto de Investigaciones Económicas (IIEC) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y a Fernando Martínez Heredia, este último quien me admitiera en el Instituto Cubano de Investigación Cultural “Juan Marinello”, en la capital cubana. Asimismo, mi agradecimiento por las conversaciones y orientaciones recibidas en La Habana a la Dra. Lía Añé de la Universidad de La Habana, Ms. Betsy Anaya Cruz del Centro de Estudios de la Economía Cubana (CEEC), Ms. Odalys Cárdenas Travieso del Centro de Estudios de Administración Pública y al Lic. Leonel Gutiérrez García de la Consultoría económica de la

Asociación Nacional de Economistas y Contadores de Cuba (CANEC, S.A.), como del material auspiciado por la Dra. Rita Castiñeiras del Instituto Nacional de Investigaciones Económicas (INIE), y todas las atenciones prestadas durante mis jornadas de revisión de material en el CEEC, por el personal que ahí labora.

En adición, estimo conveniente señalar la existencia de dificultades halladas en la construcción de un marco teórico adecuado al objeto de investigación, fundamentalmente asociadas con su circunscripción a la realidad cubana o como expresión de un fragmento de ésta, la cual funciona de un modo excepcional y distó de pertenecer íntegramente a una doctrina económica particular. Situación que creí resuelta con la elaboración de un marco teórico heterodoxo, que reunió las principales características y contradicciones y por tanto hiciera posible un abordaje más preciso, y a la vez general del problema de estudio. De igual forma, dificultades fueron descubiertas al respecto de la disponibilidad de datos, principalmente para encontrarlos de forma continua durante el período de estudio, y especialmente durante la década de los ochenta, así como la divergencia de datos según las fuentes consultadas, o las modificaciones a veces sustantivas a las que son sometidos por actualizaciones periódicas, esto referido para consideración de los lectores.

Así también, me sirvo de este espacio para denominar algunas fases que a mi consideración describen más concisamente el proceso interno que dio como resultado el trabajo de investigación, a razón de lo indispensable que constituyen los frutos de la experiencia recogida en Cuba en la consumación de éste, y de las transformaciones sufridas durante el proceso de conocimiento. Primeramente, denominaría a la etapa inicial, antes de mi llegada a Cuba, como la fase de *expectativa y expectación*, la que traía consigo algunas hipótesis, planteamientos primarios y otros conclusivos, algunas esperanzas; después de ésta, siguió la fase que permaneció lo que mi permanencia en Cuba, la fase *catártica* o de *conmoción*, que significó la remoción de lo antes referido y que desembocara en una última fase de *duda y replanteamiento*, para convergir en una nueva perspectiva, más terminada, decidida o resuelta e inevitablemente en nuevas esperanzas que contiendan el vacío dejado por el

abandono de las primeras, tal y cómo éstas habían sido concebidas; no obstante, advirtiendo de antemano que esta fase no concluye ahí, pues esta nueva etapa es también perecedera.

«*Abandonen toda esperanza, ustedes los que van a observar*» cita Manfred Wekwerth, como extracto de un diálogo de Galileo en un pasaje de la obra *Vida de Galileo Galilei* de Bertolt Brecht. O tal como Ernst Bloch quien asegurara «*la esperanza es lo contrario de la seguridad, de un ingenuo optimismo. En su seno siempre está al acecho la categoría de peligro*». La observación, y fundamentalmente el involucramiento en la cotidianeidad cubana, dada su necesidad al ser ésta una ciencia social, acabaron con los primeros constructos de esperanza.

Podrá parecer vulgar y pueril esta exposición o podrá juzgarse de ingenua y de sobra, no obstante, para estimarse útil la estancia en Cuba, me encuentro en cierto modo obligada a compartirla. De suerte que, la fase que comprende la estancia en Cuba se justifica al posibilitar la evolución de la perspectiva de estudio, la amplió y resignificó al incluir en ella diversas de las múltiples aristas de las que consta cada fenómeno social, imposibles de abarcar y captar en su totalidad, pero que permitió captar al desarrollarlas, al menos, una esencia más general de la difusa realidad tal cual acaece y desde cómo la viven hombres y mujeres; además, hizo posible la emergencia de un nuevo ordenamiento de conceptos e ideas.

A efecto de lo referido, con honestidad agrego que la perspectiva teórica y las ideas hasta ese momento reflexionadas sobre Cuba resultaron conmocionadas durante mi estancia en la isla. La praxis del socialismo en Cuba resulta poco satisfactoria, en un sentido frustrante, cuando se le confronta con la proposición del socialismo, con la manifestación conceptual del ideal de un “mundo mejor” casi paradisiaco, que debe ser posible y deseable, y que ha sido recurrentemente exaltado por el pensamiento de izquierda como la utopía a materializar, misma que encontró de forma regular en el modelo cubano un arquetipo o referente al cual asirse, si no como la utopía materializada, al menos en camino de, o de forma contraria, como la utopía traicionada. Prontamente pensé que la realidad quedó corta,

o más bien que el concepto es grande. El desengaño llegó como a los grupos más jóvenes de la sociedad cubana que no poseen el referente histórico del antes, el durante y el “después” (visto como una segunda etapa del “durante”) de la Revolución cubana, que son sólo partícipes de los vestigios de un relato sobre los años más prósperos, y que por otro lado viven ajenos a la dinámica capitalista, entretanto desde su aislamiento, su realidad aparece como la peor de las realidades.

Fue, sin embargo, el desencanto en Cuba el que me remitió a un punto inicial: la permanencia o imposición de regímenes, modelos de desarrollo o patrones de acumulación exclusivos, en mayor o menor medida. Esta existencia se tradujo en dos cuestionamientos, ¿valdría la pena identificar las diferencias entre dos modelos de desarrollo que se afirman como tiranías y se viven como inamovibles? y ¿cuáles son estas diferencias? A la primera pregunta me respondí que sí, no todas las tiranías son iguales, y por tanto su separación es siempre conveniente (además, de permitirme dudar sobre algo que me parecía dado: la posibilidad de vivir sin ninguna tiranía -como fin-, y la posibilidad de alcanzar un estadio social más desarrollado sin la custodia de una tiranía -como medio-. Cuestionamiento al que, como será previsible, no puedo dar una respuesta, pero no importando la ausencia de resolución, sin duda coadyuvó a los fines personales de la prudencia y tolerancia).

Se podrán preguntar a qué me refiero con tiranía o dictadura, mas no hago sino remitirme al hecho de vivir ambos dominados por un yugo, uno, el capitalista en su fase neoliberal, en muchos de los casos ejemplificado por México, que en este entendimiento, Anderson (2004: 42) ha hecho mención *que hoy a las personas les cuesta menos imaginar el fin del mundo que el fin del capitalismo*, y otro que aspira a construir un socialismo, Cuba, que visto con objetividad, tiene grandes logros pero también importantes deficiencias que ocasionan equivalentemente insatisfacciones a quienes integran su sociedad. A este respecto, Baudrillard (2007) ha descrito que *la alergia a todo orden definitivo, a todo poder acabado, es por fortuna universal*, sobre todo si este orden, en mayor o menor medida, genera algún tipo de marginación dentro de sus propios parámetros y de otros más genéricos, y partiendo del antecedente de que todo modelo o patrón de acumulación ha

supuesto una proporción de población excedente. Ambos aparecen, pues, como dos sistemas monolíticos, sin reparar en la disyuntiva sobre cuál más que otro y qué sociedad aparece más insatisfecha que otra.

A la pregunta segunda me respondí con el diseño de la política social de cada modelo dominante, y particularmente al desarrollar la política de salud cubana, tema que se expone en este trabajo bajo la proposición tácita de “existen diferentes tiranías”, dirigida a la aportación de la política social cubana a la satisfacción de las necesidades básicas, ilustrada específicamente en la salud pública, y “toda tiranía debe ser perfeccionada”, haciendo hincapié en las insuficiencias de la política social cubana, y en su potencialidad al ostentar cierta soberanía de la que no goza la política social neoliberal.

Es pues, que reconsideré y decidí después de vivir mi desconcierto y sentido desencanto - donde no es menor la responsabilidad de los propios deseos y expectativas-, y luego de plantearme las interrogantes previas, hacer de mi tesis un rescate sobre lo eminentemente heroico de la Revolución cubana, entonces, el proyecto inicial se mantenía pero ahora el enfoque se “ampliaba” al replantear la experiencia de salud cubana desde la enseñanza que, vista desde la perspectiva que se presenta, consigue dejar a América Latina y al resto del mundo, recuperando y sirviéndose de lo sustancial que surge de asimilar el objeto de estudio sin la omisión de su contexto y de sus más destacadas contradicciones. Reemprendiendo el estudio de la temática de salud en busca de lo auténtico, o de lo *auténticamente revolucionario*, de su afirmación, desde una perspectiva más profunda, transversal y capaz de legitimar su funcionamiento, mientras que, paralelamente, advierte sus deficiencias, pues son éstas indispensables para la construcción de un verdadero proyecto social o de su perfeccionamiento.

Se hizo indispensable describir sus logros y ser contrastados con sus principales contradicciones y limitaciones, en un afán de lograr mesura y objetividad; intenté rescatar lo que hizo posible Cuba al margen de los preceptos del modelo neoliberal, compartiendo una restricción de recursos y una crisis que, no teniendo el mismo origen, ha justificado la

implantación del neoliberalismo en un conjunto de países en América Latina, haciendo de la historia cubana un referente del cómo es también posible caminar, siendo otros los criterios que lo han consentido. Admití resignificar la utopía cubana y que ésta se posara en tierra, descendiera hacia los fines pragmáticos de su contribución mundial en la construcción de alternativas, de las enseñanzas que, sin duda, su desobediencia ha dejado. Esta reconsideración está en conformidad con la premisa obligada y analogía sugestiva que Habermas abrevia como *pensar sin utopías es un desierto sin oasis*; en tanto la utopía se constituye como el fin, pero también como las vías de construcción alternas, el atrevimiento y la construcción misma como aserto de la esperanza y de que las cosas pueden ser de otra manera, y si son de otra manera, entonces, esto encarna la posibilidad de que puedan ser mejores.

Valré como necesario comprender el modelo cubano en mayor hondura, sin reservas, al menos permisible dentro de los límites naturales del problema de estudio, de la disposición de datos como de las fuentes encontradas; alejada en la medida de lo posible de prejuicios, más allá de traiciones e insuperables, de satanizaciones y glorificaciones, ambos apasionamientos que no permiten observar y separar los actos precisamente gloriosos de los discutibles, polarización que si no justifica totalmente el estado de las cosas, contrariamente, no justifica nada. A un análisis más pulcro le considero fundamental para el siempre necesario perfeccionamiento, de los planes y proyectos que puedan proceder de él, además, que la exposición de las contradicciones en el ámbito de la política social fue el mecanismo descubierto para incorporar la voz que no podía ser ignorada, la voz de los cubanos con los que conversé y de los que vi más cercanamente vivir: cubanos de escritorio, de a pie, de campo, extranjeros en Cuba, trabajadores estatales y no. En definitiva lo que predeciblemente viví, observé y ratifiqué durante mi estadía de investigación.

Además, intenta ser este análisis un diálogo simbólico, un acercamiento entre el pueblo y el poder y del poder con el pueblo, históricamente disgregados, un diálogo que no se materializa pero queda convocado en la fidelidad del Estado socialista y en las demandas

sociales que deben ser valoradas y atendidas. Conforme a lo dicho, y bajo la certera proposición brechtiana de «*Falta algo*», en términos de este análisis en particular y haciendo referencia a las contradicciones descubiertas en las aspiraciones utópicas, si contribuye modestamente estas reflexiones a una discusión más efectiva y justa, si la experiencia cubana alienta un poco en medio de la realidad contemporánea, me daré por satisfecha.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Introducción

El capítulo que sigue examina el marco teórico de referencia, aportando la línea argumentativa y el conjunto de conceptos centrales que intentan constatar, dar consistencia y cohesión al programa de investigación propuesto. El debate se desarrolla partiendo de la premisa en la que modelos de acumulación capitalista han dado prioridad al desarrollo económico por encima del desarrollo social, mientras que otras alternativas, específicamente modelos socialistas, han optado por dar prioridad al desarrollo social. Se inicia con la crítica al diseño de la política social y de salud del modelo neoliberal, mismo que proviene de sus preceptos más generales, se le identifica como una política social marginal y mercantilizada, focalizada y descentralizada, que no está destinada a los fines de la justicia social y de la equidad, sino más bien provee dependencia, desigualdad y exclusión, asistencia y compensación social. Luego se detalla, a manera de confrontación, aspectos nucleares de la concepción y ejecución de la política social y de salud desarrollada por Cuba desde el inicio de la Revolución, y de la continuidad preservada incluso durante el rediseño del modelo económico-social cubano durante los años noventa. El modelo de desarrollo cubano otorga cierta prioridad al desarrollo social a través de una voluntad política. La política social, y primordialmente de salud, posee un enfoque de derechos humanos al identificarla como una necesidad básica para la vida, es preventiva e integral, focalizada, no obstante, previa universalización, sin fines de lucro, garantizada por el Estado y que promueve el desarrollo social, la equidad y la solidaridad con el resto del mundo. Por último, se ofrece una perspectiva sobre las principales limitaciones y determinantes sociales para el genuino ejercicio del derecho universal a la salud, donde fuerzas económicas, políticas y sociales globales y nacionales figuran como las más importantes condicionantes de la salud, y particularmente, de un conjunto de políticas públicas coherentes que sean capaz de garantizarla.

Quedan identificados como conceptos centrales y en interrelación de lógica oposición: el modelo neoliberal y el modelo de desarrollo cubano; siendo este último quién otorga cierta prioridad al desarrollo social. La política social con un enfoque de derechos humanos, universal y focalizada, integral, no mercantilizada y que promueve el desarrollo social, como el lado anverso de una política social marginal y privatizada, focalizada y asistencial, que no logra coadyuvar a los fines del desarrollo humano y la equidad, sino que por el contrario reproduce desigualdad y dependencia.

1.1 La primacía del desarrollo económico sobre el desarrollo social: los modelos capitalistas

1.1.1 La política social en el neoliberalismo: ¿desarrollo social o compensación social?

La última mitad del siglo XX presenció una profundización de la controversia histórica sobre la relación entre el desarrollo económico y el desarrollo social, debate que prevaleció en el centro de la teoría económica por más de dos siglos, y que constituyó un elemento esencial en el tratamiento del modelo de sociedad que orientó la acción política. A partir de la década de los setenta, el modelo neoliberal hizo hincapié en que el fortalecimiento económico, *dando rienda suelta al mercado sentaría automáticamente las bases de las condiciones materiales para el desarrollo social y el logro de la equidad, lo cual reduce el papel del Estado y la política. Otros modelos -especialmente experimentos en construcción socialista-, han considerado el desarrollo social y el logro de la equidad como una condición necesaria para el desarrollo económico, que más tarde se podría convertir en un mayor desarrollo social. El papel del Estado y su voluntad política son importantes para este fin* (Domínguez, 2009: 82). Asimismo, el desarrollo social es también concebido como una cuestión de justicia social. La globalización del modelo neoliberal y el derrumbe de la construcción socialista en Europa del Este a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, alentaron la idea de que los defensores de la primera tenían razón, sin embargo, la realidad social en la mayor parte del mundo, mostró rápidamente que la balanza no falló a favor de los sectores populares. *Muy por el contrario, la desigualdad y la pobreza en el mundo están aumentando diariamente* (Domínguez, 2009: 82).

Como sugiere Krugman, *el cambio en las ideas no pudo producirse sin la caída del "socialismo real" que, no sólo ayudó a "desacreditar las políticas estatistas" en todo el mundo, sino también a asegurar a "los inversores que sus activos en los países en desarrollo no serían expropiados por los gobiernos de izquierda"* (Rapoport, 2002: 360). Los activos existentes no sólo no serían expropiados, sino además la propiedad privada se ampliaría. Como indica el caso mexicano, entre 1982 y 1994 -inicio del proceso de ajuste estructural como derivación de la crisis de la deuda externa en México y firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), respectivamente-, se experimentó una primera generación de reformas estructurales, *periodo estelar del cierre de paraestatales y de la nacionalización a la privatización de la banca, las telecomunicaciones, las autopistas, las siderúrgicas, las mineras y el transporte aéreo* (Álvarez, 2011: 77), que se extendería con una segunda generación de reformas a partir de 1995, *la privatización de algunas empresas estratégicas (ferrocarriles, puertos y aeropuertos), la mercantilización de la educación y salud públicos; en un segundo momento, la privatización de la seguridad social* (Álvarez, 2011: 78), y posteriormente la privatización de las empresas del sector energético.

El denominado Consenso de Washington o también conjunto de ideas neoliberales que deberían conducir, a partir de la crisis de rentabilidad de los países más desarrollados en la década de los setenta y de la crisis de la deuda en la década de los ochenta, las políticas económicas de la economía mundial y de las economías en desarrollo, reunía esencialmente diez trazos de política económica: la disciplina fiscal, priorización del gasto público en áreas de alto retorno económico, reforma tributaria, tasas positivas de interés fijadas por el mercado, tipos de cambio competitivos y liberalización financiera, políticas comerciales liberales, apertura a la inversión extranjera, privatizaciones, desregulación amplia, protección a la propiedad privada (Vilas, 2000: 35). *En opinión de sus voceros, el conjunto de estas premisas debería alcanzar el mismo nivel de aceptación que los derechos humanos o la lucha contra el racismo, en vez de estar sometidas a la controversia entre partidos, o (...) al terreno contencioso del debate político* (Vilas, 2000: 35). Aceptación que dio lugar a una contradicción en materia de derechos humanos, pues en un diseño global que asigna prioridad a las consideraciones financieras por encima de las sustantivas, no puede ser la

salud un derecho humano y a la par, bajo este patrón de acumulación, un bien mercantilizado. Este escenario generaría posteriormente, *un efecto de exclusión social más fuerte y dinámico que el efecto de compensación pretendido por las políticas sociales* (Vilas, 1997: 952). En este sentido, evidenciaría que los más significativos perjuicios y obstáculos en menoscabo del respeto a los derechos humanos y del combate contra la exclusión, emanan del corazón del proyecto de acumulación global y nacional.

Exhortado como pensamiento único y reducida su política al interés que deriva de la predominancia del mercado, el modelo neoliberal reemplazó a cualquier otra ideología. Para finales de la década de los años ochenta, y como correctivo a la prodigalidad de las décadas anteriores, los gobiernos latinoamericanos asumen un proyecto único, los Estados deben *limitarse a fijar el marco que permita el libre juego de las fuerzas del mercado pues sólo éste puede repartir de la mejor manera posible (racionalmente) los recursos productivos, las inversiones y el trabajo (...)* el Estado como garante del bienestar social desaparece *y el individuo vuelve a ser así enteramente responsable de su propia suerte* (Rapoport, 2002: 360). Sólo se acepta la intervención estatal orientada a restablecer el libre juego del mercado, sin embargo, esto último aún con desconfianza, pues se proclama que el mercado tiene mecanismos autorreguladores capaces de recobrar el equilibrio.

Neoliberalismo es un término que alude a diversas variantes de aplicación de la teoría neoclásica. Esta teoría, como planteamiento abstracto, no postula un lugar particular para la política social o económica –excepto esta última, permitida en un momento inicial de la puesta en práctica del modelo-, ya que ambas constituyen intervenciones del Estado en el mercado que motivadas por criterios políticos, ideológicos, en general no económicos, son las principales generadoras de distorsiones o desequilibrios, mismos que se identifican ajenos al funcionamiento puro del mercado. No obstante, numen del enfoque neoclásico, los preceptos que dan origen al modelo neoliberal se apartan de ser durante su ejercicio lo propuesto en el programa teórico, quedando expuesto en que la función del capital y la práctica de los mercados en el neoliberalismo requieren de un conjunto de condiciones que se le están vedadas producir, y que por tanto, quedan en atribución del Estado (Altvater,

1976). La creación de mercados en aquellos sitios donde aún no existe (Harvey, 2005), y en primer lugar, la conversión de todos aquellos sectores productivos que estaban anteriormente a su cargo, constituyó una de las funciones del Estado en la implantación del modelo neoliberal; fenómeno que involucró a escala global una exacerbación de la mercantilización en cualquier recinto de la acción y explotación, el alcance y la previsión humana. Dando pie a que la cosa, y ésta constituida en palabra, el cuerpo, la naturaleza, finalmente la materia en toda manifestación, se torne mercancía. Este fue el camino que transitaron los sistemas de salud de casi todos los países latinoamericanos, donde la mercantilización de la salud amplió el campo de acumulación capitalista; a excepción de Cuba, como se verá posteriormente.

Adicionalmente, el modelo neoliberal se ve obligado a adaptarse a la realidad social y sus diferentes escenarios, según las condiciones socioeconómicas y político-culturales concretas de cada nación y de la demarcación histórica-estructural, como la *cultura política, dotación de recursos y otros* (Vilas, 1997: 932). De esta manera, *los gobiernos neoliberales tienen políticas económicas y sociales que se desvían en alguna medida de los cánones, porque las cosas no son exactamente como las plantea la teoría, y porque a diferencia de los teóricos de la economía neoclásica, y de los funcionarios de organismos financieros internacionales, los gobiernos necesitan ganar elecciones.* (Vilas, 1997: 931) Así pues, desde mediados de los ochenta del siglo XX, este esquema coexiste con regímenes políticos que requieren, en mayor o menor medida, legitimarse por la vía de la representación electoral, por tanto, en alguna forma explica la dilación y/o inercia de la aplicación de las reformas neoliberales en los países. Como ejemplo de lo antes referido, véase el caso mexicano con la experiencia de Pronasol, que se instaló como eje de la política social durante el periodo 1988-1994, el cual fungió *como un medio para mantener la gobernabilidad, con lo que se diluye el objetivo original de atacar frontalmente la pobreza extrema* (Pardo, 1996: 319).

Partiendo de estos razonamientos, como enuncia Carlos Vilas (1997), sin negar ni reducir su especificidad, toda política social debe ser analizada en el marco más amplio del

esquema de acumulación en curso en un país determinado. *Cada esquema imprime modalidades, alcances y sesgos específicos en las políticas sociales. Esto dicho sin perjuicio de los análisis históricos del tema que indican que, por encima de las diferencias entre modelos particulares de acumulación, en el estado moderno -tal como este se desarrolla a partir del siglo XVIII en Europa- las políticas sociales desempeñan dos funciones básicas: a) apoyar el proceso de acumulación a través de la reproducción de la fuerza de trabajo; b) legitimar el orden político* (Vilas, 1997: 932, idea también referida por Offè, 2007 en Laurell, 2013).

A partir de lo referido y conforme a los fines propuestos, se señala a partir de aquí el uso indistinto entre los conceptos “modelo de desarrollo” y “patrón de acumulación” a lo largo de este trabajo de investigación, y se sugiere la definición que de este último hace Valenzuela Feijóo, como *una modalidad de la acumulación capitalista históricamente determinada* (Valenzuela, 1990: 61), y *lo que supone una unidad específica entre formas específicas de acumulación, producción y realización de la plusvalía y (en América Latina) una articulación específica del polo dominante interno con las formas precapitalistas (y capitalistas) subordinadas, y también una articulación determinada con los centros capitalistas dominantes* (Valenzuela, 1990: 65). Terminología marxista que se construye a partir de la definición que de la propia categoría de acumulación hace Marx, *la inversión de la plusvalía como capital o la reversión a capital de la plusvalía se llama acumulación de capital* (Marx, 2009 [1867]: 488). El mismo Feijóo advierte, *que no todo patrón de acumulación es de carácter capitalista* (Valenzuela, 1990: 65), y con esto partimos para enfatizar la existencia de un modelo o patrón de acumulación cubano, que tiene un carácter sui géneris, en la medida que coexisten en una amalgama relaciones capitalistas y socialistas, sin haber una supeditación absoluta de una sobre la otra.

Al identificarse la política social como una función legitimadora no implica desconocer la existencia de otras formas de legitimación del orden político. Por otro lado, con el desarrollo de la clase obrera y sus organizaciones, la política social se transformó en un campo de conflicto social y político, cuya representación fue el resultado de las tensiones y

conflictos entre trabajadores y empresas, y de la capacidad reguladora del Estado. De esta manera, la administración de la política social proporciona al Estado la *posibilidad de manipular uno de los instrumentos más eficaces para mantener los equilibrios sociales* (Pardo, 1996: 320).

Partiendo de este razonamiento, si la redefinición de política social pertenece al carácter del modelo de acumulación neoliberal, y éste no la contempla sino para un reducto de la sociedad que merced del modelo precedente ha debido sufrir las consecuencias negativas del ajuste, y que asume se incorporará a la reactivación de la economía en el largo plazo por la asignación racional de los recursos en que la libre operación de los mercados devendrá, la política social queda minimizada a una herramienta marginal, de paso, pues su actuación no implica integrar, igualar en un sentido estructural de desarrollo o como intervención hacia los fines de la justicia social. La política social es confrontada como un conjunto limitado de medidas predominantemente transitorias: *superada esta etapa inicial, la reactivación y el saneamiento de la economía de mercado generará los equilibrios básicos, quedando a lo sumo una pequeña proporción necesitada de atención pública* (véase por ejemplo Zuckerman, 1989 (...); Bourguignon y Morrison, 1992 en Vilas, 1997: 934).

La política social, marginada desde la teoría y la praxis política, queda canalizada a los grupos de extrema marginación, no obstante, tampoco es detenida la expulsión de la masa de trabajadores al círculo de la pobreza. La política social *asume un carácter eminentemente asistencial, apuntando a segmentos determinados de la población en condiciones de pobreza extrema. La política social deja de tener una función integradora; mucho más que incorporar a la población de bajos niveles de ingreso a condiciones satisfactorias de empleo y de vida* (Vilas, 1997: 935), adquiere una forma de donación, una política social de perfil caritativo o filantrópico que no permite de forma estructural el abandono de la pobreza. En tanto *lo social es considerado ante todo una dimensión del gasto, no de la inversión; el concepto de desarrollo social se diluye y cede terreno al de compensación social* (Brodersohn, 1992 en Vilas, 1997: 934). Los riesgos de ineficacia en el combate a la pobreza son evidentes, una cosa es hacer política asistencial cuando la

población en condiciones de pobreza constituye un segmento reducido de la población, y otra muy distinta, cuando componen alrededor de una tercera parte de la población total de América Latina, como sugiere la Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2012). En el mismo sentido, la experiencia de México, que para 2012 muestra un 37.1% de la población total en pobreza, según la fuente anterior; o un 45.5% según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2012: 22), para el mismo año.

La instauración del modelo neoliberal en América Latina abre su propio paso con la crítica a las ineficiencias de la política social perteneciente al modelo *keynesiano-fordista*, señalando las limitaciones de ésta, pero una vez implementada la nueva política social del neoliberalismo, ésta no mejora los resultados alcanzados por la previa. Los modelos de acumulación se asientan en una correlación de fuerzas sociales y políticas, en particular, en una instrumentación del Estado y sus instituciones en beneficio de actores sociales determinados, mismos que ostentan el poder suficiente para convertir sus intereses sociales y económicos particulares en políticas públicas (Idea expresada en Vilas, 1997), y que por tal motivo, a fin de ser sus intereses particulares los que están en riesgo, se muestran muy poco interesados en una modificación real del modelo de acumulación en turno. Se advierte sin esfuerzo, que cualquier modificación al modelo requiere a su vez modificaciones en la correlación de fuerzas sociales.

1.1.2 Privatización, focalización y descentralización: el confinamiento de la política social a disuadir la tensión social

La contracción de la política social en Latinoamérica ha impactado a cada uno de los sectores de interés social. *Durante la década de los noventa el gasto público en salud, al igual que la mayoría de los componentes del gasto público social —con la sola excepción del gasto en seguridad social— fue afectado por variaciones significativas.* En particular en el sector salud, donde *sus reducciones o estancamientos se debieron a que se tendió a utilizar el sector como dispositivo de ajuste ante las necesidades de contraer el gasto*

público, o bien los recursos que se le destinaban se mantuvieron constantes frente a caídas reales o proyectadas de la recaudación fiscal (CEPAL, 2013: 204b). Circunstancia que develaría la falta de prioridad política, en donde la "salud" de una economía -disociada de lo social- resulta más apremiante que la salud de amplias capas de la población. El recorte del presupuesto en el sector de salud pública, o el traslado de fracciones de ese presupuesto a otras modalidades más excluyentes de prestación de servicios de salud, ha resultado para la experiencia mexicana, como señala Laurell (2013), en innegables deficiencias que han sido el sustrato real para impulsar las reformas privatizadoras.

Las disminuciones del gasto público en salud en América Latina no afectaron de forma tan importante el gasto corriente (remuneraciones o reposición de insumos), como lo hizo con el componente de inversión (construcción y mantención de hospitales y consultorios, adquisición de nuevas tecnologías, entre otros). Es importante resaltar que no sólo merecen atención las magnitudes del gasto en salud como porcentaje del PIB, sino también resulta crucial el diseño de cada sistema de salud, el cual le confiere su efectividad; de los destinos y de cómo se gasta el presupuesto. En este sentido, que el promedio de gasto público social de América Latina haya aumentado de 2.7% del PIB en 1992-1993 a 3.9% en 2010-2011, puede ocultar otras características que reflejan más cabalmente su funcionamiento.

La política de salud está entonces supeditada a la política social, y ésta a su vez corresponde al patrón de acumulación en curso; la política de salud mínima que asiste en el modelo neoliberal, es pues más mínima, cuando la política social es integralmente mínima. En este sentido, Carlos Vilas define la política social, como *el conjunto de intervenciones públicas (estatales) en las relaciones de mercado; se realizan para encarar situaciones consideradas injustas o inconvenientes de acuerdo con los criterios valorativos predominantes en la sociedad, y/o para promover el mejoramiento de la calidad de vida de determinados actores a quienes se consideran discriminados por el libre desenvolvimiento de las fuerzas del mercado, y que se aplica en situaciones consideradas como incidiendo negativamente en la capacidad de reproducción de segmentos determinados de la población o que resultan disfuncionales al proceso de acumulación* (Vilas, 1998: 9). Como

derivación de lo anterior, si la política social no permite la incorporación o reincorporación de la población en pobreza al mercado de trabajo formal o informal, si no podrá convertirlos en pequeños emprendedores (generalmente de baja productividad), si no puede transformarlos en plenos consumidores, tiene entonces que quedar prácticamente limitada a prevenir o sofocar posibles estallidos sociales. El objetivo parece consistir esencialmente *en la prevención de situaciones sociales críticas que podrían conducir a conflictos abiertos y en asegurar la gobernabilidad de esa población* (Vilas, 1997: 946); intervenir en situaciones límites que pueden desencadenar focos de oposición política, *alimentando la inestabilidad social, creando factores de inseguridad que afectan negativamente al flujo de fondos financieros externos, y cuestionando la gobernabilidad del modelo* (Vilas, 1997: 936). En este sentido, resulta también supeditada a la evolución de la coyuntura política: inminencia de elecciones, conflictos políticos o sociales o manifestaciones de descontento.

La política social de condición mínima o no, debe impulsar el patrón de acumulación sin deteriorar la función de legitimación del Estado o poner en duda el orden social, es decir, impulsar el proceso de acumulación seguido regularmente de un discurso sobre la justicia social que lo justifique. Los Estados latinoamericanos concedieron la apertura del sector salud como un nuevo ámbito a las ganancias privadas, favoreciendo la acumulación de capital; de la misma forma, bajo el concepto de competencia regulada (Laurell, 2013: 36) y con el posterior discurso del “aseguramiento universal” propuesta desde los organismos supranacionales –el cual ha carecido de literalidad y del carácter de un derecho humano, ya que en la mayoría de los casos está restringido a condicionantes económicas, barreras institucionales y a una “universalidad de servicios médicos y medicamentos limitada”-, ha permitido *constituir formalmente los fondos de salud que son clave para que exista un mercado solvente, y para que cuya administración se convierta en un nuevo negocio de los grandes grupos financieros. Para esto es preciso liberar en el mercado los fondos de salud del seguro social público o cuasi-público ya existentes en la mayoría de los países, que son los más cuantiosos, y adicionalmente destinar fondos públicos para subsidiar a los pobres* (Laurell, 2013: 26). De este modo, el denominado aseguramiento universal ha sido también funcional al proceso de acumulación neoliberal y ha logrado reestablecer, desde lo universal del término, cierta legitimidad estatal y un momentáneo optimismo. Se añade que,

pese a la existencia de estos programas de universalidad observados tempranamente en varios países como Chile y Colombia, y luego en México, todavía hay en este último un 33.2% de la población sin seguro social (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010) y un 33.6% para América Latina en 2011, promedio para 16 países (CEPAL, 2013b).

Los programas de ajuste macroeconómico y las políticas neoliberales derivadas de ellos no incluyen una agenda de desarrollo social; el mismo concepto de desarrollo económico, (...) es cuestionado por el neoliberalismo (Vilas, 1997: 941). Cualquier esquema neoliberal, en la exposición de las medidas económicas a detalle, no tiene correspondencia en materia de política social, a lo sumo, se presenta una enumeración de programas y acciones orientados a compensar o mitigar el impacto de la reforma de la economía y del Estado. Lo social es un aditamento de lo económico; la pobreza es, en definitiva, un producto de ineficiencias intervencionistas anteriores, que se eliminan, por el efecto de derrame generado indefectible y autónomamente por el mercado (Vilas, 1997: 941-942).

Para Rosen (1972), desde finales del siglo XIX se ha demostrado que hay una correlación directa entre las condiciones de vida y trabajo y la enfermedad y la muerte (Laurell, 2013: 17), cuestión que se ha traducido en la relación existente entre pobreza y salud; *en general, las tasas de mortalidad más altas se registran en las zonas más pobres de los países* (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003: 1). Se identifica una relación causal, la pobreza como determinante de una salud deficiente, y ésta (generada o no por la pobreza) como determinante de empobrecimiento mediante altos gastos de bolsillo o gastos catastróficos en salud. Si bien existe una relación entre ambas, que una vez coexistiendo pueden generar una acentuación, en un sentido amplio y estructural no es la ausencia de salud una causa de pobreza, aunque no impide que coadyuve. En este sentido, es factible mencionar que la pobreza deviene de una expoliación histórica originada en el ámbito económico, y que a su vez, la pobreza contiene el germen del empobrecimiento.

Si durante el modelo desarrollista, particularmente entre 1960 y 1980, la población en condiciones de pobreza se redujo de 51 % a 33 % de la población total de América Latina (Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe [PREALC], 1988: 12), resultados obtenidos sin programas de combate a la pobreza (pero sí de una política social de carácter más integral), ciertamente, *no se había logrado mejorar sustancialmente las condiciones de salud de toda la población o disminuido la desigualdad ante la enfermedad y la muerte* (Possas, 1989 en Laurell, 2013: 20). Con algunas excepciones como Cuba, tampoco se habían construido instituciones públicas de salud que garantizaran el acceso universal a los servicios requeridos. Si la apuesta en muchos de los países era extender la cobertura de la seguridad social laboral, el escenario cambió drásticamente con las crisis sucesivas y los ajustes estructurales de los años ochenta. *El creciente desempleo, el empleo precario y la depresión tajante de los salarios minaron las bases mismas de las instituciones de seguro social e hicieron crecer aceleradamente la población sin acceso a sus servicios de salud* (Laurell, 2013: 20-21). Estas dificultades profundizaron los problemas estructurales de los sistemas de salud, y también debilitaron o destruyeron *el tejido institucional público, hecho que dificulta la reconstrucción de una política social con sostén en la institución pública* (Laurell, 2013: 23). Los sistemas públicos de salud en América Latina se encuentran entre las instituciones deterioradas con el ascenso del modelo neoliberal.

Durante 1930-1970, periodo de vigencia del *modelo desarrollista* o patrón de acumulación *keynesiano-fordista*, la política social se desarrolló como una dimensión de la inversión y no del gasto, pese a que contribuyó al desarrollo capitalista, el cual le imprimió un carácter reformista, *en términos generales, el paradigma implícito en la acción pública y no sólo en las políticas sociales fue el de la integración* (Vilas, 1997: 933). Mudando posteriormente a la dinámica mayormente marginadora y de creciente desigualdad del modelo neoliberal.

A continuación se describen las características y efectos más recurrentes de la política social efectuada en el modelo neoliberal, sin desconocer, que las generalizaciones suelen regularmente abstraernos de las especificidades de cada país, las cuales se saben del mismo

modo significativas. Las principales características operativas de la política social del Estado neoliberal, cuyo objetivo como se ha visto es compensatorio, son la privatización, la focalización y descentralización. El primero, ha involucrado *el abandono de la noción de servicio público y su reemplazo por el de operación mercantil orientada hacia la ganancia* (Vilas, 1997: 937); igualmente, ha introducido irracionalidades, generado ineficiencias o favorecido la instauración o consolidación de estructuras oligopólicas. Es indispensable no reducir la privatización a la venta de activos públicos al sector privado, vista ésta como un cambio de propiedad, que es la característica distintiva del proceso de privatización de las empresas estatales. En esencia, el proceso en el caso de las instituciones de salud y seguridad social no ha sido la venta en sí, sino la *(re) mercantilización. La constitución de este campo como un ámbito directo de acumulación de capital. En esta perspectiva habría otras modalidades de privatización que incluyen la administración privada de fondos – control pero no propiedad–; la subrogación de servicios médicos y servicios auxiliares; la opción de aseguramiento privado con reversión de cuotas; el pago por los servicios públicos; la introducción de formas gerenciales de administración basadas en el cálculo costo-efectividad, la apertura de áreas de atención privada dentro de las instituciones públicas, etc.* (Laurell, 1995: 84).

El segundo, ha respondido a la necesidad *de confrontar la masificación de los problemas sociales con fondos recortados; se busca ante todo un uso más eficiente de los recursos escasos* (Vilas, 1997: 938-939), además, se han encontrado importantes limitaciones en definir *quiénes son los beneficiarios, y cómo llegar a ellos*. El interés por excluir de los beneficios a los no pobres, ha redundado frecuentemente en mantener al margen de los beneficios a muchos pobres. Para Laurell (2013), *se configura de esta manera una política social mínima que incrementa la discrecionalidad y endurece los requisitos de inclusión (comprobación de la pobreza) en los programas de asistencia social;* y el tercero, ha perjudicado la ejecución de los programas, *la falta de capacidades en las instancias a las que se transfieren los servicios (...) suele traducirse en ineficiencia (por lo menos inicial) en la prestación de los servicios* (Vilas, 1997: 941).

En específico, se argumenta la ineficacia de los enfoques de política social inspirados en el neoliberalismo para reducir la profunda, y aparentemente creciente, polarización social y pobreza, y para otorgar una cobertura universal en salud a sus ciudadanos como una garantía básica de bienestar. En este caso, el estudio de Cristina Laurell (2013), *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*, demuestra que el seguro popular no logra cubrir a 10.5 millones de personas que se encuentran en extrema pobreza; es decir, no sólo no es universal, sino tampoco logra permear en la población más vulnerable.

Siguiendo el planteamiento que al respecto de la participación del Estado hace Vilas (1997: 947), digamos que, en las sociedades modernas, los ciudadanos se vinculan con el Estado y las estructuras de poder a través de cuatro instituciones principales: la escuela, el hospital, las obras públicas y la policía. En Cuba, como se verá posteriormente, la sociedad continúa vinculándose con el Estado de estas cuatro maneras. La crisis y el neoliberalismo en América Latina, ha conducido la mayoría de las veces a una contracción drástica del plan de obras, al deterioro de la educación básica y superior pública y su privatización, a la crisis de los servicios de salud pública y su mercantilización. Los empleos formales se han reducido y, en consecuencia, ha quedado la ampliación de los cuerpos de seguridad como el medio de vinculación de mayor expansión entre el Estado y los ciudadanos. El proyecto de desarrollo social se disuelve, y da paso a que el control y la fuerza “contengan” los efectos de la descomposición social que deja el abandono del Estado de ámbitos cruciales como la salud, la educación y el empleo, así como de las diversas expresiones de descontento social que proceden de la insatisfacción de estas necesidades y de las existentes en otros ámbitos sociales.

El desarrollo social es asimilado por la naturaleza del desarrollo económico al Estado conferir ambas funciones a la iniciativa privada y a su denominada “responsabilidad social” (con las limitaciones consabidas), eludiendo que ambas, tal y como funciona la economía, son excluyentes, lo que ha supuesto regularmente desigualdad en la prestación de los servicios y un mayor número de marginados de las prestaciones sociales. La función privada resulta generalmente en beneficio privado, a la par que en privaciones sociales, y en

ese sentido al Estado, sin más voluntad que la renuncia de ser garante del desarrollo social, le ha quedado legitimar la gobernabilidad del sistema mediante la combinación en los usos de la fuerza pública y la compensación social.

1.1.3 Desigualdad y dependencia

Se argumenta que la equidad no constituye uno de los objetivos del modelo neoliberal, de acuerdo con esta orientación, la equidad de ser, es una consecuencia del funcionamiento del mercado. No obstante, en sociedades afectadas por desigualdades profundas, como es el caso de América Latina, *la inercia del mercado conduce a ahondar la polarización, con efectos negativos sobre la acumulación, sobre la capacidad estatal para extraer y movilizar recursos y para definir objetivos que sean efectivamente nacionales* (Vilas, 1997: 947).

El modelo neoliberal, desde su diseño esencial –infalibilidad que supone la tiranía del pensamiento único-, está desligado de sus consecuencias. Los cuestionamientos al funcionamiento del sistema económico por impulsar la desigualdad de ingresos, la pobreza, el desempleo, la ausencia y/o deterioro de los servicios de salud y educación -y sus diferencias entre los estratos-, no parecen constituir una carga social ni ser atenuados por políticas de Estado sino en última instancia, por niveles críticos. No figuran como problemas fundamentales de la sociedad a las que se deba dar una respuesta directa y prioritaria, el desarrollo social asoma por efecto del “progreso”, y no al revés. Si el crecimiento económico y la idea de progreso que sugiere, evidencia que poco fomenta el desarrollo social o una satisfacción de las necesidades básicas de la población, convendría cuestionar ambos términos. Sin embargo, *una sociedad regida principalmente por la idolatría del enrichissez-vous*, como señala Schumacher (1983: 263), se ve impedida a fomentar el desarrollo social *per se*, en la medida que la ausencia de éste es una condición de aquél.

La hipótesis de que el crecimiento genera por sí mismo un aumento del empleo y una disminución de la pobreza no resiste la comprobación con los datos. *Al contrario, lo que surge de la evidencia latinoamericana es que el empleo, cuando crece, lo hace a un ritmo inferior que el producto y el incremento de la población activa, y los salarios reales se mantienen deprimidos (...). Más aun, el mayor crecimiento del empleo tiene lugar en el sector informal, con elevados niveles de precarización* (PREALC, 1993b; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 1993 en Vilas, 1997: 945), mismo que ha fungido como un creciente mecanismo de escape ante la falta y precarización del empleo, proceso acelerado desde la reestructuración neoliberal de las economías; del mismo modo, el fenómeno de la informalidad ha asistido en detrimento de la posibilidad de obtener un seguro social a través del trabajo formal, como ocurre en México. O inclusive el *Informe sobre Desarrollo Humano 2010* ha confirmado que existe muy poca correlación entre el crecimiento económico y las mejoras en salud y educación, incluso en largos periodos de tiempo (PNUD, 2010).

Recurrir al argumento circular en el que promesas no materializadas redundan artificiosamente en que la praxis no ha sido como la postulada por la teoría, puede ser una postura todavía común desde el *mainstream economics*, desde la reflexión empirista o positivista que indaga la cuestión a través de los datos, donde un 10% de aumento o disminución de la pobreza en treinta años resulta una cifra alentadora para un enfoque cuya existencia cualitativa no le considera por sí misma ya discutible; asimismo, no menos discutibles son los diversos programas y apoyos financieros para el combate contra la pobreza, donde lo que la política social sugiere contener, la política económica parece revertirlo. Se presentan las cifras positivas en material social como azarosas, resultado de una política marginal que no puede esperar sino resultados marginales, como divergencia ocasional entre dos fuerzas, la política y económica, mientras la última es precisa, la primera pareciera ser más ambigua en sus fines, o quizás simplemente derivación de las metodologías utilizadas o sometidas a la manipulación política. Lo mencionado anteriormente no desconoce o niega la importancia de los efectos positivos que surgen de algunos programas sociales en su condición de *mecanismos compensatorios de situaciones críticas*, pero llama la atención sobre la magnitud de los obstáculos que esos programas

deben enfrentar -obstáculos que emergen del esquema global de reformulación de la economía y de la intervención estatal que define este tipo de política social, mucho más que de las limitaciones técnicas de los programas (Vilas, 1997: 943).

Según el modelo ortodoxo, la espera de la supuesta igualdad de oportunidades que el acelerado crecimiento de las economías proporcionará, es lo que brindará la solución a largo plazo, mientras tanto, *en lo inmediato, recae en la sociedad civil, a través de la acción privada y de instituciones no gubernamentales de distinto tipo, la responsabilidad de hacerse cargo de los excluidos del sistema* (Rapoport, 2002, 361). De continuar la reproducción de los mismos postulados económicos y políticos, no hay garantía para esperar la solución en el largo plazo, sino más bien, cabe esperar una exacerbación de las problemáticas existentes. En las últimas tres décadas, *el capitalismo reveló, como nunca antes, su orientación autodestructiva, del crecimiento absurdo de la concentración de la riqueza y de la exclusión social a la crisis ambiental, de la crisis financiera a la crisis energética, de la guerra infinita por el control del acceso a los recursos naturales a la crisis alimentaria* (De Sousa, 2009: 10).

El modelo neoliberal ha revelado su incapacidad para generar un bienestar social de manera conjunta, *la libertad absoluta de los mercados supone, en particular, el derecho de los capitales y de las empresas transnacionales a moverse por el mundo sin ningún tipo de controles mientras que, por el contrario, los gobiernos de los países en desarrollo deben sujetarse al control de los organismos internacionales para asegurar esa libertad de mercados* (Rapoport, 2002, 362). La obligación de respetar y acondicionar el derecho a la libre reproducción del capital, viene seguida de un incremento de la pérdida de libertad o soberanía de las funciones del Estado para diseñar proyectos únicos de desarrollo nacional, donde objetivos sociales autónomos, de carácter popular, puedan posicionarse ajenos a los intereses del capital. Tal sería un proyecto sostenible y sustentable para la satisfacción de las necesidades básicas de salud, educación, alimentación, seguridad social, vivienda y agua.

Si bien las reformas de mercantilización y privatización son hegemónicas en América Latina, no son las únicas. Recientemente un conjunto de países han optado por reformas progresistas con la constitución de sistemas de salud de acceso universal y gratuito, entre ellos destacan Brasil y Cuba, este último con una tradición que surge posterior a 1959 y que ha venido evolucionando, fortaleciéndose a través de las décadas, cuyas premisas residen en un sistema de salud de cobertura universal y tratamiento diferencial o focalizado, gratuito, preventivo, y con un alto nivel de monitoreo, evaluación y control.

1.2 La primacía del desarrollo social sobre el económico: las alternativas socialistas

1.2.1 El redimensionamiento de la política económica y social cubana de principios de los noventa

Mientras la reestructuración en América Latina se orientaba a la privatización de empresas públicas, al control del gasto público y la disciplina fiscal, a la desregulación y reforma del Estado primordialmente, Cuba, de forma contraria, y de frente a la unipolaridad hostil que prevalecía en el mundo, a la presión de la globalización y del rechazo de su mono-producción azucarera, se atrevió a caminar por una vía distinta. La imperiosa necesidad de enfrentar la *crisis de reproducción de la economía cubana* (Morales, 1997: 131) y sobrevivir al doble aislamiento, el primero ocasionado al inicio de los noventa por *la implosión de la Unión Soviética* (Suárez, 2009: 119) y la desintegración del bloque socialista, con quienes Cuba mantenía su única base de integración económica, y el segundo, con la intensificación del bloqueo comercial estadounidense, fueron los sucesos que condujeron la reestructuración de la economía, la cual partiría fundamentalmente de un cuestionamiento político, *la cantidad de cambio y en qué dirección* (Kapcia; 2009: 31).

A la misma se respondió con un conjunto de reformas económicas de redimensionamiento y descentralización de la función del Estado, una nueva orientación que provocó concesiones a la figura del capital –fundamentalmente asociaciones con capital extranjero y la promoción del trabajo por cuenta propia-, abriendo las puertas al capital extranjero a

todos los sectores económicos, excepto la defensa nacional, la salud, y la educación (Xianglin, 2007: 98). Aperturas que no fueron absolutas, como sugiere Corrales (2004: 45), *el gobierno liberalizó selectivamente, y en cada liberalización, introdujo restricciones sustanciales*. Exhibiendo una considerable soberanía con respecto a la dirección de la política social, al continuar preservando como prioritarios ciertos objetivos sociales como el acceso universal y gratuito a la salud y la educación, subsidios a ciertos alimentos básicos, y de esta forma *salvar (...) los principales logros del socialismo* (Suárez, 2009: 120). Asimismo, de la correspondencia inherente entre el sector salud y educación, toda vez que para controlar efectivamente el primero, se debe estratégicamente intervenir en el suministro de recursos humanos de la salud, a través de la formación educativa, además del control de otros recursos materiales o insumos. La estrategia de sobrevivencia y desarrollo planteada en septiembre de 1990, si bien no fue suficiente para afrontar las dimensiones de la crisis, como sugiere Morales (1997: 210), *sí abrió paso a nuevas experiencias y, sobre todo, en el curso de la crisis permitió replantear la reinserción internacional de la economía cubana, la apertura al capital extranjero y la búsqueda de nuevos mercados*, por otro lado, agrega la autora, impulsó el debate interno que se pronunció en el IV Congreso del Partido Comunista Cubano.

Para Cuba, *en primer lugar, el colapso del bloque socialista removió la sombra protectora de la economía y de la seguridad militar, además del modelo social e ideológico. En segundo lugar, la escala de la crisis debilitaba la capacidad del Estado benefactor para proveer y proteger* (Kapcia, 2009:32), básicamente en la misma magnitud que los años anteriores. El reordenamiento para subsistir a través de las reformas ejecutadas se basaron esencialmente en *una atención inmediata a la escasez de alimentos y un desarrollo acelerado de productos que pudieran generar divisas, la adopción de medidas de austeridad, y la introducción de flexibilidad en la economía, y la creación de un ambiente económico atractivo al capital extranjero (...) al mismo tiempo, Cuba canalizó los esfuerzos al desarrollo del turismo internacional, biotecnología y equipo médico para expandir sus fuentes de capital* (Xianglin, 2007: 96). Algunas de las principales medidas de austeridad introducidas por el Estado para intentar superar la escasez de alimentos y energía, fueron administradas a través de recortes en el suministro de gas y luz, aumento

del racionamiento de los artículos de uso diario, mediante el reemplazo de harina y arroz por papas y plátanos, tractores por tracción animal y carros por bicicletas, por mencionar algunos.

Mientras los programas para la producción de alimentos no obtuvieron los resultados esperados, la biotecnología, la producción de equipo médico y el turismo crecieron de una manera sustancial, permitiendo reestablecer la estabilidad económica. Del mismo modo coadyuvó el giro dramático ocasionado por *el aumento significativo en el flujo de remesas a la Isla* (Prevost, 2009: 139). A pesar que las reformas comprendidas entre el periodo 1990-2010 permitieron una recuperación económica, es preciso resaltar que lo hicieron *a costa de una política de igualdad en el ingreso que fue gradualmente revertida como resultado de los precios, impuestos y los cambios en la política de salarios* (Xianglin, 2007: 103), generando un crecimiento desigual de los niveles de consumo (Alzugaray, 2009: 16) y desencadenando, iniciada la década de los noventa, pobreza, un fenómeno que ya había sido erradicado y el cual reviste características específicas en el modelo cubano, pues implica una pobreza con cierta protección.

En palabras de Boaventura de Sousa Santos (2009: 6), *una sociedad capitalista no lo es porque todas las relaciones económicas y sociales sean capitalistas, sino porque estas determinan el funcionamiento de todas las otras relaciones económicas y sociales existentes en la sociedad. Inversamente, una sociedad socialista no es socialista porque todas las relaciones sociales y económicas sean socialistas, sino porque éstas determinan el funcionamiento de todas las otras relaciones existentes en la sociedad.* En este sentido, actualmente en Cuba hay una situación *sui géneris*, en tanto que coexisten relaciones capitalistas y socialistas sin haber una determinación absoluta de una sobre la otra, sin embargo, donde la participación del Estado como ente interventor mantiene el control absoluto de la actividad económica y social, el mismo que asigna la distribución de los recursos y que *se ha negado a comprometer sus principios básicos* (Landau, 2009: 137), ha logrado mantener de forma indiscutible la prioridad en el acceso a la educación y la salud, siendo este último el caso de interés a lo largo de esta investigación.

Sobre el sistema económico, Fidel Castro (2005c) expresó en un discurso en la Universidad de La Habana, *una conclusión que he sacado al cabo de muchos años: entre los muchos errores que hemos cometido todos, el más importante error era creer que alguien sabía de socialismo, o que alguien sabía de cómo se construye el socialismo. Parecía ciencia sabida* (...). En este sentido, el debate en Cuba en la década de 1990, fue para Antoni Kapcia (2009), más próximo a la discusión sobre qué es una revolución en sí misma, que del significado de una revolución socialista. Es importante la distinción de ambos conceptos, en sus palabras, *no porque la revolución cubana no era o no es socialista, sino, más bien, porque, dados los prejuicios que acompaña a la palabra "socialismo", siempre ha sido más útil ver a Cuba como la revolución -un proceso dinámico con los esfuerzos, tensiones y crisis de un proceso continuo de transformación-* (Kapcia, 2009: 37).

En tanto no funciona de forma íntegra bajo la racionalidad capitalista –estructura que persigue la máxima ganancia-, Cuba puede concebirse como un sistema socialista, no obstante, conforme a ideales supremos del socialismo, la realidad cubana manifiesta todavía significativas contradicciones y limitaciones. Así pues, desde la perspectiva del ciudadano, *la diferencia entre un socialismo ineficaz y un capitalismo injusto puede ser menor de lo que parece. Una relación de dominación (basada en un poder político desigual, insatisfacción material y ausencia de libertades políticas) puede tener en la vida cotidiana de las personas consecuencias extrañamente semejantes a las de una relación de explotación (basada en la extracción de plusvalía)* (De Sousa, 2009: 7). Desde las utopías, como ideales o aspiraciones dispuestos a perfeccionar los sistemas económico-social, asumir que Cuba no es socialista, es también asumir potencialmente que la condición de su sistema es (y debe ser) perfectible y, paralelamente, identificar sus logros como un importante ensayo en la construcción de sistemas alternativos.

Así que, si bien la perspectiva neoliberal da predominancia a los mercados sobre cualquier objetivo social, de forma contraria, la lógica que ha regido el modelo de desarrollo en Cuba ha dado prioridad al desarrollo social desde el inicio de la Revolución. La relación entre el desarrollo social y el económico ha variado con el tiempo, ha habido períodos donde se ha

otorgado prioridad máxima al ámbito social de forma independiente a las oportunidades económicas, como ocurrió durante la década de 1960 con la denominada “etapa de construcción conjunta del socialismo y el comunismo”, por otro lado, los periodos de concentración en los mecanismos económicos, tales como el Sistema de Dirección y Planificación de la Economía de la década de 1980 y de la búsqueda de alternativas económicas durante el Período especial en la década de 1990, manteniendo solamente la preservación de los logros (en algunos casos mínimos) en materia social, hasta ese momento alcanzados.

Entender el desarrollo social requiere considerar las transformaciones producidas en la sociedad a través de la influencia de factores que operan a una variedad de niveles. *Al menos dos de ellos son esenciales: transformaciones materiales y espirituales en las condiciones de vida, estructura social, grado de equidad en la conciencia y la cultura, las formas de la actividad social y las relaciones sociales* (Domínguez, 2009: 81). El desarrollo social está estrechamente condicionado por las esferas económicas y políticas, en el caso de la primera, no solamente como el soporte material de los planes sociales sino también por el tipo de estructura económica y las relaciones sociales que condiciona, y la segunda, porque es el sistema político imperante el que determina la naturaleza de la política social desarrollada, el tipo de actores que promueven que la política del Estado sea para garantizarlo, y el tipo de actividad social que genera.

En última instancia, cuando se habla de desarrollo social se habla de la transformación de la sociedad en su conjunto, misma que se concibe en los ámbitos políticos y académicos como el conjunto de objetivos y acciones dirigidas a la "esfera social" -empleo, educación, salud, alimentación, cultura, seguridad social, vivienda, transporte y comunicaciones, entre otras-. De manera simbiótica, los movimientos en la esfera social afectan a la actividad económica y política a través de su influencia en el tipo de fuerza de trabajo generado, de las transformaciones en la estructura social -de clase y demográfica-, y los niveles de satisfacción o ausencia de ella a partir de las condiciones materiales de vida y de las políticas estatales. La noción de política social abarca un conjunto de leyes, instituciones y

acciones que se circunscriben a cierta configuración económica-social, y a un conjunto de objetivos en torno a una visión de gobierno sobre la sociedad a la que se aspira; en el caso del modelo cubano, esta ha sido orientada por valores distintos de los que derivan de las libres fuerzas del mercado, y descansa en una determinada ideología y forma de relación entre el Estado y la sociedad.

1.2.2 La política social cubana: universal y focalizada, integral y no mercantilizada

El modelo cubano se distingue por *la prioridad que se da a la esfera social (y que constituye) una importante fuente de fortaleza para hacer frente a las amenazas y las crisis* (Domínguez, 2009: 82). Aunque existe debilidad en ciertos sectores, fases o procesos, el balance especialmente en el sector salud es muy positivo. Los logros en salud pública no son el reflejo de una planificación perfecta, sino que han sido también el resultado de fallas y rectificaciones a lo largo del tiempo; del mismo modo, no son necesariamente resultado de una planificación social integral y sistemática, lo cual plantea que existen diferencias y rezagos en los distintos ámbitos sociales, potenciándose como conjunto hasta convertirse en obstáculos que frenan el continuo desarrollo de la salud de la población.

En los análisis de política social cubana se ha reiterado que Cuba tiene su propio modelo de desarrollo, el cual corresponde a una determinada concepción de desarrollo y a un conjunto de medios vinculados al logro de los fines en tal concepción. Sobresaliendo un programa que, pragmáticamente asevera, no hay desarrollo si inicialmente no existe una salud y educación de cobertura universal, de calidad y sin costo. O visto de otra manera, un nivel mínimo de subsistencia. El modelo de desarrollo cubano *se caracteriza por un cambio en la propiedad de los medios de producción, la identificación de la justicia con la igualdad social, la consideración de las necesidades básicas de la vida (educación y salud, el empleo y la seguridad social) como un derecho del ciudadano, su carácter universal y planificada, el protagonismo del Estado como gerente, y la prioridad asignada al gasto social* (Espina, 2005 en Domínguez, 2009: 83). Como se ha advertido, la concepción de política social cubana no se remite sino al patrón de acumulación cubano, es decir, que el

mismo es consecuencia de formas específicas de producción, realización y acumulación del valor; así como de una determinada dimensión del sistema de fuerzas productivas, de heterogeneidad estructural, dependencia estructural y de la dimensión sociopolítica (Valenzuela, 1990: 90), las cuales se mencionan para ilustrar la índole amplia y compleja del fenómeno, aunque no sea menester en este trabajo de investigación su profundización.

La prioridad asignada al gasto social se expresa en que durante 1993, año de acentuación de la crisis, éste ascendió a 34.1% del PIB, mientras el gasto en salud fue de 6.6% del PIB, no obstante, la estrepitosa caída del PIB durante ese mismo año; para 2010 este se había incrementado a 42.2% y 10.6%, respectivamente (CEPAL, 2013a). Por otro lado, la lógica de salud en Cuba mantiene una racionalidad de satisfacción de necesidades básicas como derecho humano, y no bajo una racionalidad de mercado que satisface la necesidad como consumidor; mientras la racionalidad del primero no debe encontrar ninguna condición para ser satisfecha, para el último, la salud humana aparece como una mercancía, quedando condicionada a costos de producción y precios, supeditada a la oferta y la demanda, y por tanto, quedando como un sector permisible de enriquecimiento. Se destaca igualmente, que el sector salud se orienta a través de la medicina preventiva, aspecto medular que ha redundado en la eficiencia del sector *a partir de la relación causal salud-enfermedad* (Fonseca y Valenzuela, 2013: 6), y desde luego, en un mayor bienestar de la población.

Por otro lado, el principio de universalidad presente en el carácter del modelo social cubano y particularmente en el ámbito de la salud, fue impulsado en la práctica política por el pensamiento de Ernesto Guevara de la Serna “Che”, mismo que fue la expresión de su adhesión al pensamiento de José Martí y al de Karl Marx. Aspectos morales como la soberanía, la igualdad humana o la unión continental que fueron versados por Martí en su obra, asimismo, el internacionalismo, la solidaridad universal, y la crítica a la opresión, a la desigualdad, a la alienación humana y explotación pertenecientes a la tradición marxista, generaron un entramado de normas morales y valores humanos que integrados con el programa teórico derivaron en la manifestación de un humanismo cultivado desde principios de naturaleza ecuménica en diversos ámbitos del bienestar social. Así pues,

aprobado el concepto de igualdad humana y, por tanto, la existencia de una sola raza humana (Kronenberg, 2009: 67), la política social cubana en tanto expresión de una ideología, aspiró con orientación utópica a la construcción de un determinado humanismo.

Por otro parte, el acceso popular a la protección social dispone de tres elementos básicos, *salarios, seguridad social, y el fondo de consumo social que garanticen el servicio social universal y gratuito. Durante muchos años, los últimos han sido el principal mecanismo de acceso a los bienes y servicios, concentrados principalmente en las esferas de la educación, la salud y la seguridad social* (Domínguez, 2009: 83). Importantes esfuerzos han producido sustanciales logros en estas esferas. Particularmente en el área de salud, la población goza de cobertura universal y gratuita, con medicamentos gratuitos o a precios asequibles (subsidiados); la mortalidad materna, las tasas de mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas y la mortalidad infantil han descendido a niveles mínimos, esta última para 2010 era de 4.6 por cada 1,000 nacidos vivos. La tasa de morbilidad-mortalidad es similar a la de países de alto desarrollo económico, y la esperanza de vida ha seguido elevándose, situándose en 79 años, 81 años para mujeres y 77 para hombres, para el mismo año.

A través del Internacionalismo Médico Cubano y, posteriormente, con el surgimiento de la ELAM, los beneficiarios de la salud pública cubana se han extendido al contribuir éstos a la salud de la comunidad mundial. La ELAM es el último avance de una iniciativa de política exterior que se centra en el tratamiento preventivo, la accesibilidad y la creación de capacidades. La política exterior médica de Cuba se basa principalmente *en ofrecer su más abundante recurso: capital humano, (...) en el conocimiento y experiencia sobre el cuidado de salud de las comunidades* (Huish y Kirk, 2007: 78). Harris (2009), sitúa éste como un importante factor que ha contribuido a la supervivencia del régimen cubano pues, *a cambio, estas medidas internacionalistas han ganado el apoyo, la gratitud y la admiración de los gobiernos, organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales, movimientos progresistas, y cientos de millones de personas en todo el mundo* (Harris, 2009: 28).

1.2.3 La salud como derecho humano y sus determinantes sociales: el Estado y la coherencia política

La protección de la salud es un derecho constitucional en la generalidad de los países de América Latina. *Esto refleja la idea de que es éticamente inaceptable que quien se enferme no pueda atenderse por falta de recursos y pueda morir o quedar discapacitado. Es el reconocimiento de que todo ser humano tiene el mismo valor* (Laurell, 2013: 13). No obstante, el cumplimiento de este derecho normativo encuentra a menudo limitaciones para validarse, principalmente debido a la extensión de la pobreza, la segmentación y fragmentación de los sistemas nacionales de salud, la falta y desigual distribución de los recursos financieros, físicos y humanos en el sistema de salud, así como el recorte del gasto social, la depresión salarial y el crecimiento del empleo precario a raíz de los ajustes estructurales (Laurell, 2013: 13); además, la falta de voluntad política expresada en todas las anteriores.

El marco histórico social de la medicina social latinoamericana plantea *que la política de salud sólo es comprensible en el contexto de la sociedad concreta en la cual se desarrolla, o sea, obedece a procesos económicos, políticos, sociales y culturales* (Laurell, 2013: 46). Considera que los objetivos que se persiguen en economía y política determinan el conjunto de políticas a efectuar, esta perspectiva posiciona un objeto de estudio complejo, que al incluir tales dimensiones *lo aparta del objeto del pensamiento positivista dominante que asume que la práctica médica es la simple aplicación técnica del conocimiento existente, y excluye particularmente la dinámica compleja de los procesos económicos y políticos* (Laurell, 2013: 46). Una expresión de este pensamiento tiene lugar en la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS que, basada en la nueva economía de la salud positivista, encuentra en las “métricas sofisticadas” el único criterio de validez.

En términos del derecho a la salud, aun con las inconsistencias que yacen en su planteamiento, *la Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho*

a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Asimismo, que el derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible (OMS, 2013), además agrega, que el derecho a la salud no debe pensarse como el derecho a estar sano, y que los problemas de salud suelen afectar en una proporción mayor a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud integrada por la OMS en el año 2005, elaboró un amplio informe con la colaboración de redes de conocimiento integradas por expertos, países asociados y una red de organizaciones civiles, que constituyó una exhaustiva revisión del conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud, analizándose de forma extensiva literatura académica, experiencias de gobierno y estudios de caso de éxito y fracaso. En el estudio señalan que *la justicia social es cuestión de vida y muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura (...) Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009: 1).*

El trabajo es el ámbito donde muchos de los aspectos substanciales que afectan la salud despliegan su influencia, el cual incluye las condiciones de trabajo y la propia naturaleza del mismo. *Se considera que una mano de obra flexible beneficia la competitividad económica, pero ello repercute en la salud. Estudios realizados muestran que la mortalidad es considerablemente mayor entre los trabajadores temporeros que entre los fijos. Hay una correlación entre los problemas de salud mental y la precariedad en el empleo (por ejemplo, contratos de trabajo temporal, trabajo sin contrato y trabajo a tiempo parcial) (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009: 5).* La precariedad laboral que percibe el trabajador tiene importantes efectos perjudiciales para su salud física y mental, al mismo tiempo afectan la equidad sanitaria. Las malas condiciones

de trabajo hacen que el individuo se vea expuesto a una serie de riesgos físicos para la salud, que tienden a concentrarse en los trabajos de nivel inferior.

Otro respaldo al planteamiento se encuentra en que *el estrés laboral está relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias*; además, los datos demuestran *que los trabajos con un nivel de exigencia elevado, la falta de control y el hecho de que el esfuerzo realizado no se vea suficientemente recompensado son factores de riesgo que pueden desembocar en problemas de salud física y mental* (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009: 5).

La Comisión tiene una visión integral y global de los determinantes sociales de la salud. La deficiente salud de los pobres, la desigualdad social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a escala global y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y servicios; igualmente, por las resultantes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población de forma inmediata y perceptible -el acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda- dentro de sus comunidades, pueblos o ciudades y que, por tanto, los apartan de la posibilidad de alcanzar el florecimiento humano. En este razonamiento, Doyal y Gough (1991) sugieren a través de argumentos filosóficos-valorativos *que la salud es una necesidad humana básica que debe ser satisfecha para evitar el dolor y el sufrimiento, y permitir el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas* (Laurell, 2013: 47).

El informe sobre los determinantes también destaca que *esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país* (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009: 1).

En un trabajo conjunto, la OMS y el Banco Mundial (BM) definieron la cobertura universal de salud *como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, un contexto en el que cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras* (OMS, 2014: 1a), y establecieron como objetivos de salud deseables de alcanzar *acabar con las muertes que podrían evitarse y promover la esperanza de vida sana, además de reducir la pobreza y proteger los ingresos familiares* (OMS, 2014: 1a).

Es de reconocimiento social *que las personas deben tener derecho a tratar su enfermedad, evitar la discapacidad y sobrevivir accediendo a y usando los servicios de salud, independientemente de su condición social, económica, género, etnia, etcétera* (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; Protocolo de San Salvador, 1988 en Laurell, 2013: 46), no obstante, a pesar de ser éste un valor mayoritariamente aceptado, el ascenso del modelo neoliberal y la tesis privatizadora lo ha puesto en entredicho. Más allá del debate sobre la satisfacción de las necesidades básicas, no existe mayor desacuerdo en reconocer a la salud humana como un derecho humano incontrovertible, inalienable y prioritario, desde luego, el problema no es el reconocimiento, sino la ausencia de un ejercicio eficaz para salvaguardar este derecho, la contradicción e incongruencia de los medios utilizados para alcanzarlos. Para la sociedad cubana el derecho a la salud es un valor social profundamente arraigado, naturalizado, cuya ausencia en otros países les resulta en la actualidad incomprensible. Esto constituye a través del tiempo, uno de los efectos de la práctica política del Estado sobre la sociedad en su función de adiestrar, avezando determinadas conductas o asentando determinados valores en la conciencia de la población por medio de su ejercicio.

Prácticamente todos los países latinoamericanos reconocen en su legislación el derecho a la salud o a su protección, aunque en algunos casos no se especifique el sujeto obligado de garantizarlo, como es el caso de México. *Esta circunstancia da origen a equívocos y*

condicionamientos en las leyes secundarias que restringen de distintas maneras este derecho. Esto deriva, por un lado, en un derecho condicionado que significa que se tiene un derecho siempre y cuando se satisface ciertas condiciones, por ejemplo pagar una cuota o prima, contribuir a la seguridad social, adoptar una conducta definida, etcétera. Por otro lado se puede establecer un derecho selectivo para determinados grupos poblacionales, por ejemplo, grupos clasificados como vulnerables o grupos de edad. En ambos casos se introducen criterios de inclusión/exclusión respecto al derecho a la salud y, en muchos casos, márgenes de discrecionalidad importantes (Laurell, 2013: 47).

El efectivo ejercicio del derecho a la salud también está supeditado a la coherencia con el resto de la política social. Una buena política pública puede tener efectos beneficiosos en la salud de forma inmediata y a largo plazo, para ello es cardinal que exista una coherencia política, es decir, que *las políticas de los distintos departamentos de la administración pública han de complementarse, en lugar de contradecirse, con el fin de promover la salud y la equidad sanitaria*. Por ejemplo, el caso de *una política comercial que fomente la producción, comercialización y consumo sin restricciones de alimentos ricos en grasas y azúcares, en detrimento de la producción de frutas y verduras (y sus precios), va en contra de una política sanitaria que recomiende un consumo relativamente limitado de alimentos ricos en grasas y azúcar, y un mayor consumo de frutas y verduras (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009: 10).*

Así también, sobre el mismo planteamiento la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2009: 10) asocia, que *un urbanismo que favorezca la proliferación de barrios periféricos con un número insuficiente de viviendas asequibles, escasos servicios públicos locales y medios de transporte irregulares y caros no contribuirá mucho a promover la salud para todos*. En consecuencia, las políticas sociales contradictorias o deficientes combaten el valor de la prioridad y los efectos positivos que una política de salud eficaz y equitativa alcanzase. En Cuba, las dificultades con respecto al aprovisionamiento de alimentos y el déficit de vivienda pueden ejemplificar la alusión anterior (Domínguez, 2009: 84-85). La puesta en práctica de políticas y acciones coordinadas entre el sector

sanitario y el resto de los sectores no sanitarios, es una estrategia intersectorial importante para alcanzar los objetivos en defensa de la salud.

Así como la esfera de la salud requiere de la integración con los suministro de alimentos, las condiciones higiénico-sanitarias de la comunidad, y la vivienda (Dominguez, 2009: 85), en el mismo sentido, los avances educativos siempre están determinados por las opciones de trabajo existentes y la escala de salarios, que especialmente desde la crisis económica de la década de 1990 ha dejado de ser un estímulo en Cuba para obtener mayores niveles de cualificación. En síntesis, uno de los más importante desafíos en Cuba, con el fin de fortalecer lo que ya se ha alcanzado, es lograr una política social más integral.

La centralidad de los conceptos antes descritos con base en la experiencia cubana se verifican a través de su historia, en la continuidad de un proyecto social que con modificaciones, ha prevalecido desde 1959 y que ha quedado manifiesto mediante la permanencia de una voluntad política que lo salvaguarda, misma que ha tenido que adaptarse o asimilar el orden mundial dominante en al menos dos momentos de inflexión fundamentales, sin perder la autonomía que es capaz de inclinarse por un proyecto que, con mayor holgura, incide en el desarrollo social, como se advertirá en los capítulos siguientes.

CAPÍTULO II. CONTEXTO HISTÓRICO: VICISITUDES Y DESARROLLO DE LA REVOLUCIÓN CUBANA

Introducción

El presente capítulo intenta describir los rasgos esenciales del orden económico y político mundial en que acontece el triunfo de la Revolución cubana, y durante los primeros años de la puesta en marcha del proyecto nacional que se forjaba en su seno, de cómo este condicionó el proyecto de desarrollo cubano, marcando los primeros límites y acercamientos al entonces campo socialista que era encabezado por la extinta Unión Soviética. Adicionalmente, se examina el modelo de planificación en Cuba, algunos precedentes y aspectos generales de su implantación, así como los rasgos esenciales y sus implicaciones en la puesta en marcha del nuevo proyecto de desarrollo social que se emprendió, y de otras que atañen a efecto de la posterior conversión de la economía. El objetivo fundamental es caracterizar la importancia de la planificación a través de la intervención del Estado cubano en la ejecución de un proyecto social integral y de largo plazo, el mismo que proveería de grandes resultados en materia de desarrollo humano. Se persigue adicionalmente, contextualizar y definir el otro gran momento de la Revolución cubana, la caída del campo socialista y la nueva configuración mundial a la cual tendría que asirse para subsistir: el mundo nuevamente global y liberalizado, dejando atrás la bipolaridad que caracterizó al orden mundial de la segunda posguerra. Por último, se señalan a forma de sumario, cuatro momentos decisivos en el rumbo de la Revolución cubana, que abordando los sucesos referidos, detallan sus características más elementales a través de los móviles que los condujeron, propiciando entonces transformaciones fundamentales que le confieren el carácter de "hitos" de la Revolución cubana. Previsiblemente, es este el capítulo del recuento histórico, que nace de las contradicciones y dificultades que provienen de la necesidad de ejecutar un proyecto autónomo de desarrollo, cuyo objetivo fundamental descansa, en ofrecer al lector un breve pasaje sobre la génesis que reviste la política de salud cubana, correspondiente al carácter de una política social más amplia, además de la adaptación y evolución por la que ha tenido que transitar el

modelo de desarrollo para ser propio, eminentemente cubano. Y finalmente, circunscribirlo a la naturaleza del fenómeno que reside en su continuidad, la afirmación que yace en la existencia que ha prevalecido durante más de cinco décadas, que no en lo inalterado.

De acuerdo con esto, el capítulo comienza con la reconstrucción del contexto internacional en que se enmarca la Revolución cubana a causa de que identifiquemos algunos acontecimientos que orientan su rumbo, si el socialismo no fue concretamente una motivación originaria de la Revolución cubana, si lo fue en cambio el proyecto de desarrollo social nacional que se ajustó a él, se hizo compatible y posible a través de su vinculación con la URSS. La posterior desintegración de la URSS y del campo socialista, demostraría la preservación y adaptación de este proyecto social como sostén fundamental en la construcción de su propio socialismo.

II.1 Contexto internacional de la Revolución cubana

A fines de la Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos hegemonía de los países capitalistas, y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) líder de los países socialistas, se sumergen en un conflicto de carácter predominantemente ideológico, económico y político conocido como la “*Guerra fría*”, llamado así debido a que ambos bloques emprendieron acciones militares directas pero sin alcanzar un enfrentamiento armado directo entre ellos.

Si bien, la primer tensión de carácter ideológico se remonta a 1917, a partir de la Revolución rusa, donde es éste quien emerge como el primer país del llamado *socialismo realmente existente*, los límites del enfrentamiento se ubican entre 1945-1947, fin de la Segunda Guerra Mundial y hasta la disolución de la Unión Soviética, suceso ocurrido entre 1985 y 1991.

El Plan Marshall, diseñado e implementado desde Estados Unidos, cuyo objetivo al finalizar la Segunda Guerra Mundial consistía en acelerar la reconstrucción europea para dar impulso a los intereses norteamericanos en Europa y, al mismo tiempo, el uso de ésta como dique de contención ante el riesgo que implicaba la posible propagación del socialismo en Europa Occidental, promueve el Estado de bienestar, el cual responde a la experiencia lograda a partir de la Gran Depresión y del pensamiento económico dominante que emergió, el *keynesiano*. El entonces reciente pensamiento económico, proponía el objetivo del pleno empleo a través de una responsabilidad del Banco Central, mismo que *había estado vigente desde el "new deal" de los años treinta* (Álvarez, 2011: 73), sin embargo, es hasta 1946 que se aprueba en Estados Unidos la ley de empleo, una de las primeras leyes importantes aprobadas tras la guerra, *que reconocía la responsabilidad del Estado en el mantenimiento de "cifras de empleo, capacidad de producción y poder de compra máximos"*, y en realidad *convirtió la política keynesiana en ley* (Friedman y Friedman, 1983: 137-138).

Así pues, el Estado de bienestar se caracteriza por el protagonismo del Estado en la promoción de la economía, un tipo de democracia y de política social que podría resumirse como la responsabilidad del Estado para asegurar una mínima protección social a sus ciudadanos (misma que no tuvo un carácter universal e integral, pero que tampoco mostró tan alta condición marginadora como la que posteriormente sobrevendría), funcional al patrón de acumulación y en consecuencia circunscrita a los márgenes del sistema capitalista, y con diversos matices en su aplicación.

Las medidas puestas en práctica por Roosevelt estaban *inspiradas en la experiencia previa de la Alemania de Bismarck, la Inglaterra Fabiana y la Suecia que seguía un camino intermedio* (Friedman y Friedman, 1983: 136). Principalmente el primero, pues el tipo de medidas de bienestar instituidas en el imperio alemán, bajo la dirección de Otto von Bismarck, son consideradas como el primer Estado moderno. Por ejemplo, *a lo largo de los primeros años de la década de 1880 creó un extenso sistema de seguridad social, que ofrecía protección al trabajador contra accidentes, enfermedad y vejez. Las razones que*

condujeron a la creación de este sistema consistían en una mezcla compleja de preocupación paternalista (...) y astutas motivaciones políticas. Sus medidas sirvieron para minar la atracción política del pujante grupo socialdemócrata (Friedman y Friedman, 1983: 142-143).

El triunfo de la Revolución cubana ocurrido el 1 de enero de 1959, se desarrolla bajo el contexto de la *Guerra fría* entre Estados Unidos y la Unión Soviética, dos sistemas económico-políticos en conflicto que aspiraba cada cual expandirse al resto del mundo, cuyo enfrentamiento fue administrado por el compromiso de distribución del mundo pactado en Yalta, el cual lleva el mismo nombre. El compromiso de *Yalta* contenía en lo fundamental tres cláusulas: la primera consistía en que el mundo quedaría dividido entre una zona capitalista (la mayor parte del mundo), bajo el yugo estadounidense, y la otra socialista (el resto), bajo el liderazgo soviético, quedando delimitada la separación desde el final de la Segunda Guerra Mundial y donde cada parte debería asegurar desde un punto de vista militar, mantenerse en esas fronteras. En la segunda se acordaba que la zona soviética, si así lo deseaba, podría llevar colectivamente una política mercantilista, es decir, reducir al mínimo sus transacciones con la zona americana hasta que consiguiera fortalecer su propio aparato productivo, aunque ello implicaba que Estados Unidos no contribuiría a la reconstrucción de esa zona, y en la tercera, las dos partes conservarían libertad para comprometerse en una vigorosa retórica de hostilidad recíproca, e incluso comportarse así con el objeto de consolidar el control político de Estados Unidos y la Unión Soviética sobre sus respectivas zonas.

Quienes no se aprovecharon de las ventajas de Yalta –el tercer mundo en su conjunto, los países menos favorecidos del mundo occidental, y los Estados satélites soviéticos de Europa central y oriental- soportaron este yugo sin ningún entusiasmo (...) se rebelaron con cierta regularidad, en ocasiones con violencia (Wallerstein, 2002: 77). En este proceso se sitúa la Revolución cubana de finales de la década de los cincuenta, desde la toma de poder del gobierno en que derivó y al responder Estados Unidos adoptando a manera de punitivo una política hostil a la isla y, por tanto, declararse como su principal opositor,

condicionó a Cuba en aras de sobrevivir a gravitar *hacia la Unión Soviética y a los países socialistas de Europa del Este (...) y decidió construir su sistema socialista con la ayuda de esas naciones*, en palabras de Xianglin (2007: 94), o a ser absorbido por la URSS, idea expresada por Wohlförth y Wallerstein (1983: 207-211 y 2002: 77, respectivamente).

II.2 La integración al CAME y el desarrollo social en Cuba

A partir del 1° de enero de 1961, Fidel Castro, líder de la Revolución cubana, anuncia *su adhesión a la ideología conveniente del marxismo-leninismo* (Wohlförth, 1983: 210), formalmente estuvo del lado del campo socialista, al cual se integró en el marco de la *división internacional socialista del trabajo*, lo que privilegió el aumento de las exportaciones, *en lo fundamental, el país se especializó en la producción de bienes primarios como azúcar, níquel y cítricos, y se benefició de una favorable relación de precios de intercambio, en particular gracias a condiciones preferenciales que posibilitaban la adquisición de petróleo barato proveniente de la antigua Unión Soviética y la venta a dicho país de azúcar a precios altos* (García, 2005: 24).

Con el propósito de incrementar la disponibilidad de divisas, el esfuerzo económico se orientó hacia las exportaciones, mientras se privilegiaron las importaciones de bienes intermedios y de capital. En 1972, Cuba ingresó oficialmente al CAME (García, 2005: 25); así pues, por impulso soviético, el CAME dividió el trabajo entre los distintos países, creando zonas productoras de materias primas, siderurgia, industria petroquímica, entre otras.

Cuba tenía escasos recursos energéticos, no tenía carbón, ni hierro y tenía poco petróleo. *El desarrollo de una industria metalúrgica exigiría importaciones masivas de materias primas. El embargo comercial cerraba los mercados de productos industriales en América Latina y en Estados Unidos. Sus nuevos socios comerciales, las naciones socialistas, necesitaban productos agrícolas, no productos industriales. Cuba podía producir azúcar*

más barata que el cultivo de remolacha en la Unión Soviética y Europa oriental. Pero las naciones capitalistas avanzadas eran la fuente lógica de productos industriales sofisticados que todavía no se producían a bajo costo en las naciones socialistas. El mercado interno cubano era demasiado pequeño para sostener una producción industrial importante (Wohlförth, 1983: 224).

La economía cubana careció de los recursos internos necesarios para realizar un desarrollo industrial como el efectuado en la URSS, y otros países del bloque socialista. Para Wohlförth (1983: 277), *su carácter agrícola dependiente significaba que solamente se podía desarrollar en forma seria dentro del contexto de una economía socialista mundial integrada –o al menos en una economía socialista regional efectiva*. Por consiguiente, la economía de monocultivo de Cuba continuaba manteniendo una posición económica dependiente, incluso en el mundo socialista. Tan dependiente de la exportación de azúcar era en la década de los ochenta, como lo era en 1958.

Durante las tres décadas en que se mantuvieron tales relaciones comerciales y financieras, se posibilitó el inicio del proceso de rehabilitación de las instalaciones existentes, y de creación en escala ampliada de nuevas industrias y centros de producción, igualmente impulsó significativamente la creación de infraestructura económica que Cuba demandaba para su posterior desarrollo. *De esta forma, el país paulatinamente fue pasando de ser una economía de base agrícola, con un escaso nivel de industrialización, a una economía con un grado de desarrollo industrial medio* (BCC, 2001: 4).

Durante el periodo, la economía cubana creció a un ritmo promedio anual de 4.6% y la tasa de desempleo se redujo a 5.5%; en materia social se concretó un acceso masivo y gratuito a la educación y a la salud pública, así como la cobertura universal de la seguridad social, la cultura y el deporte (BCC, 2001: 5). Los resultados de esta política se aprecian sintéticamente en que, de 1959 a 1980, aumentó la esperanza de vida al nacer en 10.7 años; la mortalidad infantil en menores de un año se redujo a 17.30 por cada mil nacidos vivos, y el nivel de la seguridad social alcanzó el 100%.

El desarrollo de la economía cubana hasta 1989 fue dependiente de su inserción mono-exportadora primaria al CAME, pese a sus esfuerzos de industrialización y de sustitución de importaciones. El 80% del comercio exterior cubano se realizaba con la URSS y los países de Europa Oriental. Con la descomposición de la URSS y del bloque socialista, Cuba perdió su espacio de inserción al mercado internacional, situación que mostró su vulnerabilidad al revelar *los problemas estructurales del subdesarrollo cubano, la preeminencia en su economía de la vieja estructura agroexportadora y su enorme dependencia externa, así como el colapso de sus condiciones de reproducción* (Morales, 1997: 258), determinando su vertiginosa transformación y obligándole a buscar la forma en la cual se insertaría a un sistema económico que le impondría nuevas condiciones.

II.3 Principios y mecanismos básicos de planificación en Cuba

La intervención directa del Estado cubano en los asuntos económicos y sociales, estuvo prácticamente ausente hasta antes de 1959. Los escasos esbozos de lo que pudiera considerarse un “esfuerzo planificador” se remontan a 1936, cuando se elaboró un plan trienal dirigido a la expansión del gasto público en sectores como la educación, y a la formación de fuerza de trabajo calificada mediante los denominados institutos cívicos militares, sin embargo, una vez que este esfuerzo llegó a realizarse no tuvo un impacto significativo. Cabe señalar, que durante esos años los estudios acerca de la economía cubana de carácter más integral, se elaboraron por expertos estadounidenses.

Con la Revolución cubana, arribó también una forma primaria de planificación, una estrategia de desarrollo cuyas direcciones fundamentales se recogían en el alegato de defensa de Fidel Castro, donde se resumía en seis puntos los problemas fundamentales que se deberían atender: *el problema de la tierra, el problema de la industrialización, el problema de la vivienda, el problema del desempleo, el problema de la educación y el problema de la salud del pueblo* (Castro, 2009 [1999]: 51-52). Cabe agregar, que en los dos últimos ámbitos se registran los logros sociales fundamentales de la Revolución cubana que subsisten hasta la actualidad. No obstante, los problemas sociales más significativos aún

prevalecientes, se vinculan concretamente al problema de la producción de alimentos, así como de la insuficiencia de viviendas; se enfatiza que desde 1985 se estima *la existencia de un déficit habitacional de 888 mil viviendas (... lo cual situaba) a éste como el principal problema social aún por resolver en los próximos años* (Rodríguez, 1990: 217), solución que quedó impedida por la llegada del Período especial, y que desencadenó posteriormente una intensificación en la falta y rehabilitación de viviendas.

En tales circunstancias, se requería de una estrategia que asegurara el cambio estructural necesario para promover el desarrollo del país, y la creación de condiciones internas y externas que aseguraran su continuidad en el largo plazo. Así pues, a finales de 1960 la propiedad estatal cubría el 100% del valor de los activos en el comercio mayorista y la banca, el 92% en el transporte, el 85% en la industria, el 80% en la construcción, el 52% en el comercio minorista y el 37% en la agricultura. Debido a las nacionalizaciones llevadas a cabo, la necesidad de implementar un sistema integral de planificación *se hizo ya inaplazable como consecuencia del incremento de la propiedad social* (Rodríguez, 2009: 5). En los años treinta se define el modelo soviético de planificación, con alta centralización, basado en la elaboración de un gran número de balances materiales, y en un uso limitado y complementario de las relaciones monetario-mercantiles, *el cual pasa a ser considerado como el paradigma del modelo económico socialista* (González, 2000: 5).

Al reconocer el carácter socialista de la revolución, el gobierno cubano asume simultáneamente el modelo de planificación centralizada, que se caracterizó por la concentración de las decisiones económicas, las cuales comprendían: *el volumen y composición de las inversiones, del consumo y del intercambio externo; los volúmenes de producción y los recursos materiales para su aseguramiento; la fijación de precios y de escalas salariales; y el desarrollo de los servicios básicos y otras actividades no productivas* (Ferriol, Therborn y Castiñeiras, 2004: 127). En relación con los objetivos perseguidos y mediante aproximaciones sucesivas, la autoridad central procedía a desagregar hasta el nivel de cada entidad económica-administrativa las tareas que la misma debía ejecutar y los recursos que se le asignarían para estos fines. En estas condiciones,

predominaban las relaciones de tipo vertical, con lo cual las empresas presentaban una fuerte subordinación jerárquica.

El método de balances materiales era el instrumento primordial que se utilizaba para el proceso de planificación, esencialmente de productos y otros recursos expresados en términos físicos. El cual consistía *en el balance entre las fuentes y los destinos, y en la normación de los consumos; de este modo, el flujo de recursos en la economía se determinaba directamente, por decisiones específicas. El plan se implementaba básicamente por medios administrativos, con el efecto de situar en un plano pasivo a las categorías financieras y a la eficiencia basada en el valor* (Ferriol et al., 2004: 129).

A partir de la dirección de la economía, mediante la asignación directa de los recursos, se permitió realizar con menores impedimentos importantes acciones de política económica y social, así como una amplia redistribución del ingreso a través de los servicios sociales sin que mediaran procesos indirectos. Sin embargo, el papel de los mercados y de las relaciones monetario-mercantiles en la distribución de los recursos era muy limitado, y los precios relativos eran prácticamente inoperantes, lo que impactó negativamente en la eficiencia económica, necesaria para la posterior reinserción al comercio internacional.

Como se ha mencionado, la incorporación de Cuba en el marco del CAME, le permitió un tipo de comercio basado en precios preferenciales y estables, fundamentalmente en la producción de azúcar, cítricos y níquel, esto determinó una relación de intercambio superior a la que hubiese establecido con el mercado mundial, ya que durante la década de los años ochenta, *se valoraron ingresos superiores en algo más del 50% con respecto a los que se hubieran obtenido con los precios del mercado mundial* (Mañalich en Ferriol et al., 2004: 131). Asimismo, las tareas de planificación a nivel quinquenal y de largo plazo *se asentaron en los vínculos con estos países, lo cual determinaba los procedimientos generales y los plazos según lo que se acordara en los marcos de la agrupación* (Álvarez, 2000: 25). De esta manera, el país vivió al margen de los avatares del comercio internacional y en conjunto con la colaboración intergubernamental de los países que

constituían el CAME, mantuvo ingresos externos estables, lo cual favoreció el desarrollo durante el periodo comprendido entre 1975 y 1985. Empero, simultáneamente, mantuvo alejados a los productores de las condiciones de competencia internacional.

Las principales implicaciones del modelo económico del socialismo realmente existente sobre el modelo cubano durante ese periodo, fue la forma de organización económica en que predominaban los métodos administrativos, una alta complejidad para asimilar mecanismos dirigidos a aumentar la eficiencia en los procesos; de la misma forma, la existencia de un intercambio internacional ajeno a la competencia y a los vaivenes de los precios; así como de un relativo atraso tecnológico.

La experiencia cubana demostró que durante las primeras tres décadas, la política económica y social mostró indudables avances y también deficiencias, éstas últimas ampliadas por las condiciones derivadas del bloqueo estadounidense. *En esencia, las posibilidades que ofrecía el intercambio comercial con la URSS y otros países socialistas, así como la relativa estabilidad en las condiciones financieras, contribuyeron a garantizar un nivel de desarrollo significativo, aunque sobre la base de una elevada dependencia y alta concentración geográfica del intercambio comercial* (Ferriol et al., 2004: 133).

Durante este período hubo importantes impactos en la estructura económica del país, se identificaron avances en la industrialización y en el desarrollo de ramas de la economía inexistentes en 1959; además, una elevada concentración en el uso de la tierra cultivada en actividades relacionadas con la exportación, principalmente de azúcar y cítricos, y en el progresivo rol que comenzó a desempeñar la biotecnología en el desarrollo del país. Al mismo tiempo, las políticas dirigidas a distribuir de una forma más equitativa la riqueza, provocaron una mejoría significativa en las condiciones de vida y de bienestar de la población, además de la esencial reducción de las inequidades sociales. *Si en 1953, el 20% más pobre sólo disponía del 2.1 % del total de ingresos y el 20% más rico percibía el 58.9%, para la década de los ochenta, los resultados eran de 9% y 34%* (Ferriol et al., 2004: 134).

Tras la desaparición del campo socialista, se hicieron necesarias un conjunto de reformas que aseguraran la supervivencia, además de una mayor eficiencia que pudiera enfrentar un medio más competitivo y actuar bajo las reglas comerciales y financieras, que para entonces regían el mercado mundial. *La planificación en estas condiciones se centró en el tránsito del modelo centralizado elaborado a partir de los balances materiales, a una planificación financiera con un notable grado de descentralización* (Rodríguez, 2009: 17). Estos cambios significan una mayor participación de los mecanismos de mercado en la economía cubana, lo cual permitió un funcionamiento más flexible de la misma, así como la elevación de la eficiencia económica, muchas de las veces mediante el ahorro de recursos y el control interno de la gestión. A lo largo de este proceso ha estado presente el dilema de hasta dónde pueden incorporarse los mecanismos de mercado al funcionamiento de la economía socialista, sin que el mismo se vuelva dominante en las motivaciones, como del reconocimiento de los efectos negativos de carácter social y político que trae consigo.

II.4 Contexto internacional de la desintegración de la URSS

II.4.1 Neoliberalismo y globalización

Se puede argumentar que en el último siglo ha habido tres etapas de globalización, incluida la actual. La primera transcurrió desde fines del siglo XIX hasta la Primera Guerra Mundial, mientras que la segunda etapa comenzó en los años cincuenta y se prolongó hasta los años setenta del siglo XX. Durante fines de la década de los setenta y principios de los ochenta hasta el presente, los países capitalistas experimentaron la tercera etapa de globalización, caracterizada por:

1) El papel de las nuevas tecnologías; 2) la aparición de empresas globales; 3) la mayor internacionalización de los mercados financieros; 4) la desregulación en los países miembros de la OCDE; 5) el incremento del comercio intraindustrial; 6) la apertura de países ajenos a la OCDE, y 7) el nuevo tipo de organización flexible de la producción. En efecto, además de los profundos cambios en el patrón productivo inducidos por las nuevas tecnologías y de la importancia que los flujos financieros (también de carácter

especulativo) *han alcanzado*, se ha permitido que buena parte del mundo menos desarrollado se integre al mercado mundial mediante procesos de liberalización, privatización y desregulación (Kuri, 2003: 6).

La incursión de la tecnología ha alterado toda la dinámica económica, social e institucional del capitalismo contemporáneo bajo la figura de la desigualdad, tanto a escala mundial, como regional o por países; en las relaciones de comercio mundial, los productores de los países pobres se enfrentan a *las relaciones de poder, implícitas en la cadena de valor* (Kuri, 2003: 11).

El neoliberalismo, como señala Harvey (2005), es en primer lugar una teoría de prácticas de política económica que proponen que el bienestar humano puede ser mejorado a partir de la liberalización de las libertades empresariales individuales y habilidades, dentro de un marco institucional caracterizado por fuertes derechos de propiedad privada, libre mercado y libre comercio. Bajo el neoliberalismo, el papel del Estado es crear y preservar un marco institucional apropiado para tales prácticas. El Estado tiene que garantizar, por ejemplo, la calidad y la integridad del dinero. También debe configurar a las fuerzas militares, de defensa, la policía y las estructuras jurídicas y funciones necesarias para asegurar los derechos de propiedad privada y garantizar, por la fuerza si es necesario, el buen funcionamiento de los mercados. Además, si no existen mercados (en áreas tales como la tierra, el agua, la educación, la salud, la seguridad social, o la contaminación del medio ambiente), entonces deben crearse por acción del Estado.

Pero el asunto verdaderamente importante está en que, en esa concepción, más allá de estas tareas, el Estado no debe aventurarse. Las intervenciones del Estado en los mercados (una vez creados) debe mantenerse al mínimo, ya que, según la teoría, éste posiblemente no puede poseer suficiente información para adivinar las señales del mercado (precios) y porque poderosos grupos de interés inevitablemente distorsionan, y las intervenciones estatales poseen un sesgo (particularmente en las democracias) para su propio beneficio (Harvey, 2005: 2). Esta individualización, estimula al mismo tiempo una hostilidad a toda

forma de solidaridad social, y profundiza la asimetría de poder entre las corporaciones privadas y los individuos.

El neoliberalismo surgió del seno de la hegemonía estadounidense, exteriorizando de este modo una supuesta supremacía cultural, productiva, tecnológica, financiera y militar. Por otro lado, este proceso no llegó súbitamente, *ni era un plan político perfectamente estructurado en sus detalles, pero fue planteado como respuesta frente a la caída de la rentabilidad del capital de los grandes países desarrollados y ante la pérdida del poder de clase del sector más acaudalado (el financiero), ya exacerbadas en los años setenta del siglo pasado* (Álvarez, 2011: 71-72).

Se propuso el predominio del mercado sobre el Estado, de lo privado sobre lo público, sancionando los excesos de este último y argumentando la necesidad de mejorar la eficiencia. *Se pasó de la connotación negativa del Estado y el sector público con que habían arrancado, a postular la búsqueda de un nuevo y neutral "Estado mínimo", reducido convenientemente a las simples funciones de policía y buen gobierno, para que permitiera que los mercados operaran eficientemente* (Álvarez, 2011: 75). De esta manera, este proyecto de carácter global, cambia el balance de las relaciones fundamentales en aquellos países capitalistas donde penetraba, reconfigurando el poder en la relación entre el trabajo asalariado y el capital, entre el Estado y el mercado, y entre la sociedad y el Estado.

Los principales referentes cronológicos de irrupción del neoliberalismo, abarcan decenio y medio y están esparcidos por todo el mundo:

- i) En 1973, el golpe militar de Augusto Pinochet en Chile.
- ii) El anuncio hecho en 1978 por Deng Xiaoping, de que en el curso de los dos decenios siguientes, China pasaría de ser una economía "cerrada" a una "abierta".
- iii) En 1979, Margaret Thatcher anuncia el combate frontal al estancamiento con inflación.

- iv) En 1979, Paul Volcker introduce un cambio en la política monetaria de la reserva federal (FED), rompiendo abiertamente con el objetivo del pleno empleo como tarea del banco central, virando a la prioridad exclusiva de la lucha contra la inflación, elevando las tasas de interés sin ninguna consideración respecto a sus impactos en el nivel de desempleo.
- v) En 1980, la administración de Ronald Reagan utilizó una agresiva política antisindical, combinada con fuertes impulsos a la desregulación de la industria, la agricultura y la extracción de recursos naturales, al tiempo que avanzaba hacia la liberalización de sus finanzas nacionales, pero con la mira puesta en la proyección y el dominio sobre las finanzas globales (Álvarez, 2011: 73).
- vi) La declaración de insolvencia del gobierno mexicano y la petición de ayuda al Fondo Monetario Internacional (FMI) en 1982, acontecimiento que inaugura la crisis de la deuda externa en América Latina.

La caída del Muro de Berlín, de la Unión Soviética y demás países del bloque socialista en Europa Oriental a finales de los años ochenta y principios de los noventa, fueron los eventos que cerraron este ciclo a favor del neoliberalismo, a efecto de interpretarse ante los ojos del mundo, como una hipotética superioridad de los mercados derivada del fracaso de la planificación socialista. *De esta manera, el neoliberalismo y la globalización financiera se reforzaron en espiral ascendente: ésta, creció como resultado del progreso tecnológico en las comunicaciones y el transporte: aquél, como forma de ampliar a escala global la necesaria reestructuración económica que supone un nuevo régimen de acumulación financiarizada* (Guillén, 2005 en Álvarez, 2011: 73).

Al perder su única fuente de integración al mercado mundial y no transitar por la misma vía del derrumbamiento, sobrevino una crisis de reproducción en Cuba, situación que forzaría su adaptación al escenario referido, marcada por una adopción que discriminó los postulados fundamentales del neoliberalismo, tal que persiste una activa participación del Estado en la dirección de la economía nacional, además de una propiedad

predominantemente estatal y la conservación de una política social, expresamente una política de salud, desprovista de criterios mercantiles.

II.5 Hitos

La experiencia cubana es singular en el continente americano, como resultado de varias circunstancias históricas que lograron convertirlo en el único país del continente que se propusiera construir un sistema socialista.

Hay algunos hitos que conviene esbozar debido a su relevancia en la comprensión de las características de la política económica y social cubana. En primer lugar, las características económicas y la precariedad social existentes en 1959 determinaron las primeras medidas adoptadas por el gobierno revolucionario al tomar el poder político. Así pues, *no menos del 23% de la población era analfabeta y dentro de la población rural esa tasa alcanzaba el 41%. Sólo el 55% de los niños en edad escolar estaban matriculados en las escuelas, lo que significaba que más de 600 000 niños no tenían escuela, mientras que paradójicamente 10 000 maestros no tenían trabajo* (BCC, 2001: 3).

En la esfera de la salud, *la tasa de mortalidad infantil para todo el país sobrepasaba los 60 por cada mil nacidos vivos; y la materna sobrepasaba los 120 por cada cien mil nacidos vivos. La esperanza de vida no alcanzaba los 65 años de edad. Los escasos servicios médicos se concentraban en las ciudades, principalmente en la capital. Existía un médico por cada 1 076 habitantes y en todo el país sólo había un pequeño y abandonado hospital rural con 10 camas* (BCC, 2001: 3).

Al mismo tiempo, el escenario antes planteado coexistía con una elevada polarización en la distribución del ingreso, reflejada en que el 20% de la población más rica percibía el 58% de los ingresos, mientras el 20% más pobre recibía el 2%. La estructura económica era

predominantemente agrícola, y entre el 25 y el 33% de la fuerza de trabajo se encontraban en desempleo y/o subempleo.

Ante tales circunstancias, al derrocar al régimen precedente, el gobierno que emanó de la Revolución perseguía iniciar una estrategia de desarrollo con rasgos nacionalistas, que pretendía transformaciones económicas y sociales de largo plazo. Acciones iniciales tuvieron como línea a seguir el programa trazado por Fidel Castro en su alegato de defensa, cuando el ataque al Cuartel Moncada en 1953, conocido como “*La historia me absolverá*”; dicha estrategia requería forzosamente independizarse económica y políticamente de Estados Unidos, ya que el grado de participación de éste en la vida económica del país era tan profundo, que resultaba imposible lograr alguna modificación en el ámbito económico o social, sin afectar sus intereses y prerrogativas. A tenor de lo dicho, Alzugaray (2009: 11) distingue que *para entonces era claro, que el obstáculo principal a la autodeterminación y la soberanía nacional eran los diseños hegemónicos del imperialismo estadounidense sobre Cuba* (Pérez, 2008).

Hasta antes de 1960, *EU controlaba los resortes fundamentales de la industria exportadora cubana: industria azucarera y sus canales de comercialización. Adicionalmente, 1 200 000 hectáreas, donde estaban incluidas las mejores tierras del país, así como los servicios fundamentales de electricidad, telefonía, abastecimiento de combustible, sistema financiero y las otras pocas industrias de cierta relevancia estaban bajo el control absoluto o mayoritario del capital estadounidense. De esta manera, el 60% de las exportaciones cubanas y entre el 75 y el 80% de las importaciones estaban vinculadas al mercado estadounidense* (BCC, 2001: 2).

La concepción de desarrollo en el nuevo programa no se reducía al crecimiento económico, contenía también aspectos redistributivos. En este sentido, se inicia un proceso de reformas económicas con la promulgación de la ley de reforma agraria, expropiación de compañías estadounidenses y otras propiedades de ciudadanos estadounidenses en la isla, igualmente con la confiscación de las propiedades a los latifundistas. Sin embargo, es a partir de la

nacionalización de la industria petrolera, que el proceso de expropiación toma un cauce distinto y le otorgará un nuevo carácter al gobierno revolucionario.

Un segundo elemento esencial, ha sido la disensión histórica con Estados Unidos desde 1960, donde éste al ver afectados sus intereses en el proceso de expropiación, responde con un conjunto de sanciones económicas que impusieron posteriormente un bloqueo comercial y financiero, que fue oficialmente decretado por Estados Unidos en 1962 y continúa vigente hasta la actualidad. El bloqueo económico impuesto por más de cincuenta años e intensificado en la década de los noventa por la ley Torricelli y la ley Helms-Burton explican, en cierta medida, la dinámica económica y algunas particularidades del modelo social, como son el papel que ocupa la política y la formación de valores antiimperialistas, tales como la soberanía nacional y la solidaridad internacional.

El tercer hito se devela en la etapa inicial del proyecto social, con la ruptura de las relaciones con los países latinoamericanos (excepto México), luego de la expulsión de Cuba de la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1962 y a petición de Estados Unidos; el aislamiento logrado, aunado a las acciones coercitivas en el ámbito económico y desafiado constantemente por el imperialismo estadounidense, consiguieron dejar a la deriva las relaciones comerciales y diplomáticas internacionales de Cuba. El nuevo gobierno cubano se respaldará en el apoyo de la entonces Unión Soviética.

Una sincronía excepcional de factores objetivos, desencadenados por un proceso *de acción y reacción* o una dinámica de *contragolpe*, oponiendo a cada medida de la hegemonía estadounidense una contramedida del gobierno revolucionario, promovieron el rápido e intenso acercamiento de Cuba a los países socialistas. Determinando que Fidel Castro, después de haber planteado que la revolución cubana era autónoma, que no era “comunista” sino más bien “humanista” (Wohlforth, 1983: 203-204), redefiniera el carácter del Estado cubano y la revolución como socialista, y su adhesión ideológica al marxismo-leninismo. Como retoma Kapcia (2008: 630), un comunismo que fue *no una causa de la revolución*

[pero] resultado. En este sentido, la adopción del socialismo se vuelve funcional y necesaria para el nuevo gobierno.

En esas circunstancias, el modelo económico y social utilizado en los países del llamado “socialismo realmente existente”, constituyó a partir de la década de los sesenta el patrón a seguir por la dirección en Cuba, la manera concreta de aplicar el socialismo y de diseñar sus mecanismos. *Para la implementación de esta estrategia se concebía una rápida y profunda transformación de las relaciones de propiedad que permitiera al Estado, a nombre de toda la sociedad, contar con los recursos indispensables para el desarrollo* (Rodríguez, 2009: 4).

El cuarto suceso de significación, ha sido la desaparición del campo socialista ocurrida desde finales de los años ochenta y el impacto sucesivo en la sociedad cubana a través de la economía y en particular de la política social. La URSS representó para el desarrollo de Cuba su única base de integración económica, insertándose al CAME en condición de exportador primario. A partir de la desaparición de la URSS, la Federación Rusa asume el desarrollo de las relaciones económicas y financieras con Cuba, no obstante, la puesta en marcha de una fuerte política neoliberal por el gobierno de Boris Yeltsin entre 1992 y 1999, repercutió de forma negativa en las relaciones con Cuba. En estas circunstancias, *la firma de diversos acuerdos bilaterales en 1992, 1993 y 1996 para tratar de reanimar las relaciones económicas no produjo resultado alguno. De este modo, el intercambio comercial con la URSS, que en 1991 representaba el 62,7% del total que realizaba Cuba, cayó con Rusia más de 94% a la altura de 1995, representando en ese año solo el 5,7%* (Rodríguez, 2014). Esta situación reconfiguró durante el primer quinquenio de la década de los noventa un doble bloqueo comercial y de inversiones para Cuba, por un lado el ruso y por otro, la intensificación del histórico bloqueo estadounidense.

El desarrollo social, la defensa y el proceso de capitalización interna se mantenían básicamente de recursos externos. *Cuba exportaba a la Unión Soviética el 63% de su azúcar, el 73% de su níquel, el 95% de sus cítricos y el 100% de las piezas y componentes*

electrónicos, e importaba el 63% de los alimentos, el 86% de las materias primas, el 98% de los combustibles, el 80% de la maquinaria y equipo, y el 74% de las manufacturas (Campa y Pérez, 1997: 14). La vulnerabilidad de estas relaciones comerciales quedó de manifiesta en la magnitud de la crisis económica experimentada en el país a inicios de los años noventa, en las importantes transformaciones para reinsertar a Cuba en la economía internacional y en una nueva senda de desarrollo, asimismo, en las acciones de política social aplazadas que iban dirigidas a resolver importantes problemas sociales, como de las acciones ejecutadas, llevadas a cabo para preservar ciertos logros en materia de política social. Los hitos referidos, expresan las rupturas y las sucesivas adaptaciones de Cuba durante más de 50 años.

Conclusiones

En síntesis, el aislamiento provocado por el bloqueo económico estadounidense y la expulsión de la OEA, condicionaron la adhesión de Cuba al campo socialista en aras de subsistir y de posibilitar la puesta en marcha de un determinado proyecto de nación dirigido a suprimir el rezago social, lo cual requirió en tales circunstancias, mantener al margen los intereses estadounidenses sobre Cuba. De forma que, si el socialismo no fue esencialmente el estímulo o el motor ideológico de la Revolución cubana, si lo fue la emergencia de un proyecto de desarrollo social nacional que se hizo compatible con el socialismo conducido por la URSS al perseguir Cuba eludir su acorralamiento y adquirir una nueva forma de integración al mercado mundial, y que resulta comprensible dada la bipolaridad hegemónica que prevalecía en aquel periodo. La integración al CAME en condición de exportador-primario sustentó materialmente la estrategia de desarrollo, misma que fue lograda a costa de una gran dependencia y mantuvo aislada a la economía de preceptos con los que posteriormente debería conducir su funcionamiento, es decir, al margen de las condiciones impuestas por el mundo capitalista y al que tendría inevitablemente que confluir en la década de los noventa, cuando la desaparición del campo socialista.

Posteriormente, la afirmación y defensa del proyecto social cubano incorporado e indivisible ya del socialismo, retornaría justamente en la década de los noventa, con la caída del mundo socialista, donde pese a la desaparición del mundo al cual Cuba pertenecía y muy a pesar de la crisis extrema que resistió, no se derrumbó, logrando sobrevivir al conservar algunos de sus pilares fundamentales hasta hoy vigentes, demostrando su independencia del proyecto soviético y manteniendo en consecuencia la continuidad de la construcción socialista.

La planificación en Cuba surge primordialmente con la adhesión formal a la ideología socialista, la cual garantizó el cambio estructural en las relaciones sociales y preparó al Estado para dirigir la economía a través de la asignación directa de los recursos, situación que permitió realizar con menores impedimentos importantes acciones de política social así como una profunda redistribución del ingreso mediante los servicios sociales, sin que mediaran procesos indirectos como sucede en una economía de mercado. La planificación posibilitó la coordinación del conjunto de acciones de que dispone la política social al reunir el esfuerzo de cada uno de los sectores en torno a fines comunes, y destinar los recursos financieros hacia los objetivos prioritarios en cada fase.

Dadas las condiciones en las cuales se desempeñó el intercambio comercial al interior del CAME, los ingresos cubanos se valoraron superiores a los que se hubiesen contraído en el mercado mundial capitalista, situación que posibilitó el sostenimiento material del proyecto social cubano a través de una política social integral, a la par que reprodujo la antigua dependencia primario-exportadora.

Por otro lado, las características vitales del reciente orden económico de extensión mundial resultan del imperio del libre mercado y el comercio; el predominio de lo privado sobre lo público, bajo el argumento de la ineficiencia del último; la privatización, y la intervención del Estado en la economía exclusivamente para que participe de la creación de mercados donde aún no se han creado, así como del buen funcionamiento de éstos, es decir, se le consigna formalmente la función de guardián del interés mercantil y de su promoción.

Los importantes referentes históricos a partir de iniciada la Revolución cubana, han demostrado las adaptaciones que han debido realizarse para hacer posible la ejecución de un proyecto nacional de desarrollo, el cual para ser, ha debido esquivar la intromisión de los intereses estadounidenses. Tal evolución ha desembocado en una política social más autónoma, amplia y prioritaria, más humana, de importantes logros y, desde luego, sometida a importantes contradicciones, que fue facilitada por un tipo de planificación que propició una visión de conjunto a partir de la participación del Estado en los asuntos del desarrollo social y, principalmente, en la función cuya política lo prioriza.

CAPÍTULO III. POLÍTICA SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA REVOLUCIÓN CUBANA

Introducción

El capítulo siguiente incorpora la definición de política social a través de un conjunto de planteamientos que parten de los grandes problemas sociales a los que ésta intenta dar respuesta, y las esferas desde las cuales dispone para enfrentarlos, así como de la principal función que desempeña y de los objetivos trazados, enmarcados ambos en un determinado esquema o patrón de acumulación, siguiendo los razonamientos que explicitamos en el capítulo I. Recurrimos a varias concepciones de política social con el fin de establecer una definición más amplia, teniendo en cuenta su validez y pertinencia para el caso cubano, además contrastamos diversas características del funcionamiento de la política social bajo el modelo neoliberal, con las principales particularidades de la política social cubana. Aludimos también, a las formas de organización de la prestación de los servicios sociales, formas de financiamiento existentes, y tratamos de ofrecer un panorama de los gastos sociales públicos y de salud a través de una serie de países y de regiones, mismos que dan cuenta de la prioridad otorgada a los sectores sociales en los últimos años. Se precisan los principales objetivos y estrategias de la política social cubana, la amplitud de su concepción, los criterios de acceso, así como las significativas adaptaciones durante los años noventa, las aspiraciones sociales postpuestas y las principales características entre las diferentes esferas de la política social. Y por último, se señala el grado de institucionalidad que la sustenta. Este capítulo persigue, pues, circunscribir la política de salud cubana a las premisas más generales de la noción de política social, así como de la política social cubana en específico, de sus grandes objetivos y estrategias, además tratamos de detallar algunas características imprescindibles que ofrecen un horizonte de las condiciones recientes en los principales ámbitos sociales, cuyo propósito es mostrar una perspectiva más justa al identificar las principales fortalezas y debilidades, que ineludiblemente en su naturaleza de conjunto, resultan en impulsores beneficiosos o nocivos para la política de salud cubana.

Comencemos por decir que la política social surge como respuesta a aquellos asuntos que se establecieron históricamente como grandes problemas sociales, y a los que se debía brindar una respuesta colectiva, definiendo como tales la pobreza, la inequidad, el desempleo, mismos que se intentaron enfrentar a través de acciones concretas dirigidas a los diversos elementos de la esfera social, como la salud, educación y cultura, alimentos, vivienda, empleo y seguridad social, por mencionar algunos fundamentales; privaciones en cuyos ámbitos se asume constituyen determinantes a la vez que expresión de la pobreza. El objetivo de la intervención es incidir en el desarrollo social por medio de sus dimensiones, estableciendo las condiciones estructurales que aseguren un bienestar permanente y creciente para la sociedad en su conjunto. Si la pobreza tiene un carácter estructural, en el mismo sentido, su combate tendría que serlo. Abandonar la pobreza es algo bastante complejo, *que depende de un conjunto amplio de factores económicos, financieros, políticos e institucionales, que van mucho más allá de las políticas sociales* (Vilas, 1997: 942).

Al mismo tiempo, el conjunto de planteamientos anteriores que también definen la política social, se somete a confrontación al ser analizada, como sugiere Carlos Vilas (1997), en el marco más amplio del esquema de acumulación en curso de un país determinado -sin negar ni reducir su especificidad-, a través de lo cual se identifica que las políticas sociales desempeñan fundamentalmente dos funciones, apoyar el proceso de acumulación, así como legitimar y mantener el equilibrio social; estas funciones son *de facto* imprescindibles para conservar el orden dominante. En la función de la política social residen las principales contradicciones, mismas que son más amplias, mientras sus propósitos y acciones sean más incompatibles o estén más disociados de los que conciernen a la política económica.

El neoliberalismo hace hincapié en la privatización de los programas sociales y la prestación de los servicios, misma que parte del énfasis en la privatización amplia de la economía y la desregulación, lo que previsiblemente *plantea como un problema de difícil solución compatibilizar los criterios de rentabilidad comercial que orientan a las empresas que quedan a cargo de las prestaciones, con los criterios de equidad que se supone*

presiden el diseño de los programas y servicios. Se señala anteriormente que el concepto mismo de servicio social resulta cuestionado y reemplazado por el de operación comercial (Vilas, 1997: 944).

Para la política social neoliberal, un conjunto amplio de programas de "combate a la pobreza" denota una forma de relacionarse con los pobres que todavía no se convierte en un descenso significativo de la pobreza. Situación que no se debiera atribuir únicamente a las deficiencias de los programas, pues muchos de ellos son técnicamente superiores, *obedece más bien a la subordinación de tales programas y acciones a un esquema global de acumulación que excluye a mayor velocidad que lo que esos programas compensan, y al carácter accesorio asignado a la política social dentro del esquema predominante de acumulación (Vilas, 1997: 942)*

Como en un principio se refirió, la política social está condicionada por las esferas económicas y políticas. En el caso de las de primer tipo, no sólo como el estribo material del proyecto social, sino también por el carácter de la estructura económica y las relaciones sociales que determina, en las de segundo, porque es el sistema político imperante que condiciona la naturaleza de la política social desarrollada, y del modelo de actividad social que genera. Para el caso de Cuba, se señala frecuentemente que tiene su propio modelo de desarrollo, como lo indica Domínguez (2009), éste se caracteriza por un cambio en la propiedad de los medios de producción; la correspondencia entre la justicia y la igualdad social; la consideración de las necesidades básicas de la vida como un derecho del individuo, y por ende, la no operatividad de los principios que rigen la mercantilización, como es el caso del sector salud y educación, los más representativos (sectores a los que también se orienta la actividad económica); su carácter universal y planificada; el protagonismo del Estado como gerente, y la prioridad asignada a la esfera social a través del gasto público.

Las transformaciones que sufrió el modelo de desarrollo cubano en la década de los noventa, permitió la coexistencia de principios de carácter socialista con otros de mercado,

la defensa de ciertos objetivos sociales en menoscabo de otros, configurando un escenario de grandes logros, contradicciones y distorsiones en política social que expresa la peculiaridad de su patrón de acumulación, tendencia generada técnicamente por determinadas políticas ante la necesidad de recaudación de divisas; no obstante, el Estado continúa interviniendo como distribuidor de los recursos, siendo notablemente más eficiente en las labores de distribución del acceso a la salud y educación; en este sentido, se puede establecer que la política social también es *el conjunto de acciones que modifican los factores estructurales que están detrás del mercado, y que por su intermedio transforman las modalidades de asignación de recursos –además de reorientar el gasto público- y del producto social* (Méndez y García, 1982 en Ferriol et al, 2004: 39) en el cual se manifiesta la voluntad política a través de la prioridad otorgada a cada uno de los sectores. Así aparece la política social como una respuesta estructurada del Estado, cuyo *contenido legítimamente atribuible es la redistribución del ingreso y el manejo de los sectores sociales* (Cohen y Franco, 1988b en Ferriol et al., 2004: 39), y que continuamente se encuentra condicionada por la tensión a la cual es sometida por el carácter particular del modelo de acumulación.

III.1 Organización de la prestación de los servicios sociales

Con respecto a las formas institucionales de la política social, las prestaciones pueden efectuarse por distintos actores, que pueden clasificarse según la forma de propiedad, en gubernamental y no gubernamental, el primero se subdivide a su vez en político, funcional y administrativo, y el último según su carácter, sea mercantil o sin fines de lucro. Existen diversas posibilidades de combinación que están en función del tipo de servicio y de las prioridades políticas. Inclusive, cuando se trata de derechos sociales que son financiados por el sector público, la prestación de éstos puede realizarse a través de empresas privadas.

La organización gubernamental, como se ha indicado, puede realizarse atendiendo a tres criterios. *El criterio político toma en cuenta el grado de descentralización, entendido como la competencia o facultades que tienen los organismos locales –en correspondencia con la división político administrativa-, para obtener ingresos propios y determinar sus*

prioridades de gastos (Ferriol et al., 2004: 84). En los países nórdicos y en específico en Suecia, la descentralización es lo representativo. *Así, en el caso de la salud, las provincias tienen la facultad de cobrar impuestos propios para financiarla* (Ferriol et al., 2004: 85). En caso contrario, en México y Cuba, ha sido preponderante la centralización de la captación de los ingresos. En el caso del primero, si nos referimos al conjunto de derechohabientes asegurados por una institución pública como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el financiamiento de los seguros médicos es en este caso *el contributivo tripartito tradicional con aportaciones de los patrones, los trabajadores y el Estado federal* (Laurell, 2013: 35); para el último, el Estado cubano financia la prestación de los servicios sociales, así se advierte en el caso de la salud pública. No obstante, en cuanto al gasto de este presupuesto social, las provincias tienen la competencia de redistribuirlo entre sus distintos sectores.

El criterio funcional de organización de las prestaciones se refiere por un lado, al nivel de concentración, es decir, si las prestaciones se brindan en una unidad central o en diversas unidades diseminadas en un territorio. Por otro lado, el funcionamiento de los servicios puede organizarse con normativas metodológicas, decisiones de selección de personal, evaluaciones de sus resultados y formas de control decididas desde un centro o descentralizadas (Ferriol et al., 2004: 85). Una de las ventajas de la centralización, es que posibilita una tendencia a la homogeneidad territorial de la calidad en las prestaciones, por otro lado, la descentralización puede ampliar la participación de la comunidad en las decisiones sobre el destino del gasto social, ofreciendo posibilidades a la iniciativa regional y local. Cada tipo de servicio social requiere de una particular organización funcional, lo que determina su efectividad. Por ejemplo en Suecia, en los últimos decenios se ha avanzado en modificar los servicios de salud, estableciendo una extendida red de centros locales. *En el caso de Cuba, se ha creado en salud un sistema único integrado por niveles de complejidad de los servicios, que posibilita una atención en la comunidad en aquellos servicios considerados primarios y la referencia de pacientes hacia los más complejos. A la vez, la subordinación normativa se mantiene centralizada* (Ferriol et al., 2004: 86).

Para la experiencia mexicana, prima la descentralización en la prestación de los servicios, pero la organización y las formas de control se encuentran centralizadas. Existen también distintas formas de aseguramiento, sin embargo, aún no se logra una cobertura de salud universal, lo que denota un acceso insuficiente a los servicios de salud, primordialmente en las áreas rurales y en los Estados con mayor pobreza. En el sistema de salud mexicano, existen grandes insuficiencias de recursos físicos y humanos -médicos y enfermeras-, además los existentes tienen una distribución geográfica muy desigual. El número de camas es en promedio bajo, 0.8 por mil habitantes, y en 10 Estados tienen 0.5 o menos. Esto significa que faltan por lo menos 25 mil camas hospitalarias para alcanzar 1 por cada mil habitantes (Laurell, 2013). Los médicos se concentran en los Estados más ricos y, en consecuencia, algunos servicios preventivos elementales son inaccesibles para gran parte de la población. El *Informe sobre la salud en el mundo 2006*, señala que para 2000, México contaba con 1.98 médicos y 0.90 enfermeras por cada 1000 habitantes, valores inferiores al 5.91 y 7.44 por cada 1000 habitantes de Cuba en el año 2002, respectivamente; de igual forma, estaban por debajo del 3.28 y 10.24 de Suecia para el año 2002. Para el año 2010, el Banco Mundial refiere que México cuenta con 2 médicos por cada 1000 habitantes, Cuba y Suecia con 6.7 y 3.8, respectivamente.

Por otro lado, desde el criterio administrativo, la organización toma como pauta un grado de separación entre el financiamiento y la provisión de las prestaciones, lo cual, se espera, tienda a generar conciencia sobre los costos y con ello aumentar la eficiencia. *Dicha separación se aplica por la vía de relaciones de concurrencia, negociación y de contratos entre un organismo de financiamiento y una o más entidades de prestación del servicio. En la práctica significa, por ejemplo, que si el gobierno provincial necesita que se realicen intervenciones quirúrgicas, negocia con los diferentes hospitales que compiten entre sí a partir de sus costos. La desventaja es que existe el riesgo de que se otorgue prioridad a determinados tratamientos médicos por razones económicas* (Ferriol et al., 2004: 86). En este sentido, a nivel mundial se efectúan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente 5.4 veces más que lo esperado para la atención del nacimiento. En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica,

México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012), esta cantidad excepcional de partos por cesárea, puede explicarse en que dicha operación proporciona más ingresos a los contratados que un nacimiento por parto natural.

Para el caso de México, la cifras muestran que para 2012 hay un 45.1% de partos por cesárea, mientras que el 54.9% corresponde a los partos vaginales. De las cesáreas por sector público y privado, al primero corresponde el 40.9%, mientras que al último el 69.1% de los partos (ENSANUT, 2012). Ambas cifras sobrepasan el 15% que, a mediados de los años ochenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea; estas cifras pudieran justificarse en unidades que concentran embarazos de alto riesgo, sin embargo, en un estudio realizado por el IMSS, se concluyó que un alto porcentaje de las cesáreas realizadas en esa institución, estaban escasamente justificadas desde el punto de vista médico (Puentes, Gómez y Garrido, 2004).

En esta relación influyen múltiples factores, pero destacan dentro de ellos los incentivos financieros, tanto para los proveedores directos del servicio como para los hospitales, y la preferencia que por razones de temor, estatus o seguridad, entre otras, manifiestan las mujeres de las clases media y alta por este tipo de procedimiento. En México, Campero y colaboradores han sugerido que algunos ginecobstetras, atraídos sobre todo por beneficios económicos y con argumentos de una mayor seguridad y menores efectos secundarios, han creado una demanda de cesáreas entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más favorecidos (Puentes et al., 2004: 21). Al igual que en otros países, otro factor relacionado estrechamente con la frecuencia de las cesáreas en México, es la disponibilidad de especialistas. Autores han sugerido que este hecho está relacionado con una creciente disponibilidad de mejor tecnología quirúrgica que los especialistas “no pueden dejar de utilizar”, en contraste con los médicos generales y familiares, que no están capacitados para hacer uso de ella. Esta tecnología, además, es promocionada de manera muy agresiva por la industria (Puentes et al., 2004: 21).

Por otro lado, las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, tienen un rol importante en muchos países y un papel predominante en Europa Occidental y Estados Unidos. Estas organizaciones pueden tener dos orígenes diferentes, dadas por la caridad – religión o filantropía- y otras del ámbito micro-social, a partir del esfuerzo colectivo de trabajadores, cooperativas y del resto de la población. En general, estas organizaciones suelen funcionar bien cuando se dan las circunstancias históricas, y existe un fuerte compromiso hacia aquellos individuos que requieren el apoyo. En el caso de México, *a diferencia de otros países latinoamericanos, el llamado "tercer sector" –ONG, iglesias, etcétera-, no desempeña un papel importante en la atención a la población, ni siquiera a la más pobre* (Laurell, 2013: 36), con excepción de algunos de los Estados más pobres, como Chiapas. Con respecto a la organización no gubernamental, existe la alternativa de utilizar prestaciones de agentes con fines de lucro, sin embargo, *es válido recordar, que la Política Social pública surgió debido a que el interés de lucro privado creó inseguridad social, producto de que los servicios eran sólo para las clases adineradas que podían pagar* (Ferriol et al., 2004: 88).

Un planteamiento central del neoliberalismo es la privatización de los servicios sociales básicos como condición imprescindible para aumentar su eficiencia, y el confinamiento del Estado a funciones de promotor, regulador y financista, proyecto que fue difundido desde los organismos internacionales. Ante la noción de que la entidad estatal no puede ser tan eficiente como la privada, la privatización se convirtió en el medio para adquirir eficiencia, aun en sectores fundamentales como la salud y la educación. Esta posición fue aceptada ampliamente en América Latina durante los años ochenta y noventa, no siendo así en el caso de Cuba. Los resultados obtenidos no han sido favorables y siguen siendo muy debatidos; la experiencia ha demostrado que se han estratificado los servicios básicos privatizados, excluyendo a los grupos de menores ingresos, asimismo, se sostiene que la prestación privada de servicios sociales puede traer beneficios mayores al disociarse el financiamiento de la prestación.

Por último, las prestaciones no gubernamentales con fines mercantiles o de lucro, se han organizado a través de decretos, contratos y vales (voucher), formas de organización que han permitido el financiamiento público de los servicios sociales privados. El debate sobre sus resultados se ha concentrado principalmente en si estas formas de organización generan un deficiente control de costos, segregación, o bien, sobre el riesgo que los intereses de lucro puedan reducir los servicios a límites inaceptables o malversar la función social.

Las formas que adoptan las prestaciones de la política social, consisten principalmente en servicios y transferencias directas de dinero, además de la posibilidad de ofrecer créditos en condiciones más favorables que las del mercado. Para esta última forma, se tiene la experiencia del sistema social de ahorro obligatorio y crédito de Singapur. En el caso de Cuba, es predominante la política social a través de la prestación de servicios.

III.2 Formas de financiamiento

El gasto social es posible a través de la recaudación del Estado, misma que tiene como fuente básica los impuestos y las contribuciones (individuales o tripartitas) a los seguros sociales; esta recaudación posibilita la política social. En el caso del sistema cubano, el Estado, quien dirige la economía, deduce la contribución directamente del salario del trabajador.

Los impuestos pueden ser directos a la propiedad, a los ingresos de las personas y a las empresas; e impuestos indirectos a las transacciones económicas nacionales (impuesto a la compra y venta), o transnacionales (aduanas). También es posible la utilización de créditos para financiar la política social (Ferriol et al., 2004: 91). La estructura impositiva tiene alcances de importancia sobre la capacidad financiera y de amplitud de acción del Estado, además sobre la distribución de ingresos de la población. Cuando se grava más a aquellos segmentos de mayores ingresos, se dice que el sistema es progresivo. La complejidad del diseño del sistema radica en que la diversidad de gravámenes y de tasas

impositivas impacta de forma distinta en la población, lo que dificulta valorar su progresividad. Estudios regionales realizados concuerdan en que los impuestos directos son más progresivos que los indirectos. De los primeros, los impuestos a la propiedad y a la renta se hallan entre los más progresivos. Los impuestos indirectos al consumo y a las transacciones económicas, aunque en principio son regresivos, pueden establecerse de forma que favorezcan a los estratos de menores ingresos. Ejemplo de esto último, sucede al gravar los artículos de lujo y no gravar los alimentos básicos.

III.3 Gastos sociales públicos

La proporción de gasto público que se destina a la cuestión social, influye de una manera primordial sobre la política social y su efectividad. Al mismo tiempo, influyen también las decisiones de transferencias por subsidios para satisfacer necesidades básicas de las clases de menores ingresos. En este sentido, excesivos gastos de administración y otros consumos corrientes pueden resultar perjudiciales, igualmente actúan las políticas de acumulación desproporcionadas.

Europa, y sobre todo Europa Occidental, resulta ser un caso particular por la dimensión del gasto social con respecto al resto del mundo. Por ejemplo, en 2008, *los países de la Unión Europea dedicaron en promedio el 8.3% de su PIB para gasto en salud (...). En términos de gasto público en salud del PIB, los países de la Unión Europea gastaron en promedio 6.2%* (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE], 2010: 106). Para 2010, los Países Bajos destinaban al gasto total en salud (gasto público más gasto privado) 12.1% del PIB, Alemania el 11.6%, Francia el 11.6%, Austria el 11.1%, Suiza el 10.9%, Suecia el 9.5% e Italia el 9.4%, según cifras difundidas por el Banco Mundial (2015). *Ello tiene relación con que es un continente con la más alta población de edad avanzada y con el sistema de pensiones más antiguo, maduro y extendido. Es también el continente en donde se consolidó una política social de fuerte expansión en los años sesenta y setenta* (Ferriol et al., 2004: 121).

Por otro lado, *en los sistemas sanitarios europeos se centran en el cuidado del enfermo en lugar de en la prevención de la enfermedad. El cuidado curativo y de rehabilitación representa más del 60% del gasto (...) en salud de todos los países de la UE, y el otro gasto principal es en productos de farmacia y otros artículos médicos. En comparación con esto, sólo el 2,9% del gasto total en salud de la UE se asigna a medidas para la prevención y salud pública* (European Food Information Council [EUFIC], 2011). No obstante las cifras de 2008, habría que considerar que en ocasiones los programas preventivos suelen clasificarse como cuidados curativos, por lo cual es probable que el gasto en iniciativas de prevención y salud pública sea mayor al mencionado.

En otras regiones, tal es el caso de América Latina, el porcentaje del gasto público que se destina a lo social es significativamente menor; *más de 70 por ciento de la población mundial no tiene una cobertura adecuada de protección social, sostiene (...) la Organización Internacional del Trabajo en su Informe Mundial sobre la Protección Social 2014-15* (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2014), pese a que desde los años noventa se ha elevado de manera significativa el gasto público social en AL, *en términos absolutos (de 445 dólares por persona en el período 1990-1991 a 880 dólares en el período 2007-2008), como también se elevó la prioridad macroeconómica que se le otorga: del 12,3% al 18,4% del PIB. Asimismo, se incrementó la participación en el gasto público social de la inversión en áreas sociales* (CEPAL, 2010: 138). Para el caso del sector salud en América Latina y el Caribe, la prioridad aumentó de 2.6% en el período 1998-1999 a 3.2% del PIB en 2008-2009, en promedio simple (CEPAL, 2013a). Empero, ante la privatización de la salud, es previsible considerar que una fracción de estos fondos se transfiguró a través de subsidios en ganancias del sector privado. El gasto público en general y el gasto social siguen careciendo de un carácter contracíclico, especialmente en los sectores de salud y educación, cuando ante las contracciones económicas debe fortalecerse la labor en materia de política social y destinar mayor cantidad de recursos.

Hacia el año 2009, CEPAL informa que el gasto público social representó el 14.4% del PIB (promedio simple) de los países de América Latina y el Caribe. Para el mismo año, acorde

con la misma fuente, México se posiciona con un menor 11.2%; para 2010 alcanzó el 11.3%. En Cuba, la definición de gasto social se amplía e incluye la cultura y el deporte, para 1992 los gastos sociales representaron el 31.5% del PIB (reiterando la acentuada caída del PIB durante los primeros cuatro años posteriores a 1990), en 2009 éstos constituían el 40.7% y para 2010, se incrementaron hasta instalarse en 42.2% (como se muestra en el cuadro consecutivo). Según CEPAL, únicamente el gasto público en salud representa el 3.2% del PIB en promedio simple para los países de América Latina y el Caribe en el período 2008-2009, mientras México se instala por debajo del promedio con 2.8%, y Cuba muy por encima de éste con 10.5% para el mismo ciclo, como podrá apreciarse en el cuadro 2; este último alcanza para 2010 un 10.6%, según la misma fuente.

Se destaca cómo el gasto social y de salud en Cuba son ostensiblemente mayores con respecto a las cifras mostradas por México y el resto de países de América Latina y el Caribe, durante el período comprendido entre 1990 y 2010. *Los estudios del PNUD sobre Desarrollo Humano demuestran que las limitaciones para financiar la política social responden, en muchas ocasiones, al déficit de recursos que tienen los países subdesarrollados, pero también en muchos casos dicha política adolece de la prioridad requerida. Sin dudas, lograr incrementar el gasto social público como porcentaje del PIB constituye un desafío para la mayoría de los países del mundo. A ello se adiciona que el propósito de elevar la eficiencia del uso del gasto debería ser una tarea permanente* (Ferriol et al., 2004: 121).

Cuadro 1. Gasto público social como porcentaje del PIB, 1990-2010.

País	Año																				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	18.6	19.6	19.8	20.3	21	21.2	20.1	19.8	20.1	21.8	21.4	22.2	19.7	19.1	18.9	20	20.8	22.9	24	27.8	...
Bolivia	...	...	...	...	...	7	7.6	10	10.4	10.8	11.5	12.3	13.3	13.3	12.9	12.4	11.8	11.7	11.5	13	12.3
Brasil	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	21	21.1	21.6	22.2	22	22.2	23.4	24	24.5	26.2	25.4
Chile	11.9	12.1	12.2	12.6	12.5	11.9	12.9	12.8	13.7	15	15	15.2	15.2	14.4	13.5	12.9	12.1	12.4	13.5	15.7	14.7
Colombia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	10.2	10.8	11	10.3	10.6	11.9	11.4	12.4	12.5	14.3	13.7
Costa Rica	16.1	15	14.7	15.6	16.4	15.2	16.6	17	16.9	15.9	17.3	18.7	18.8	18.6	17.9	17.3	16.9	17.4	19.3	22.3	22.6
Cuba	26.5	28.8	31.5	34.1	29.6	27.5	25.1	21.2	22	22.8	23.1	24.3	25.9	27.2	27.6	34.3	32	36.9	40.7	40.7	42.2
Ecuador	4	3.9	4	3.6	4.2	4.4	4.5	3.5	3.9	3.4	2.9	4.5	4.4	4.1	4.3	4.7	4.7	5.3	6.4	7.9	8.1
El Salvador	...	...	...	2.9	5.4	5.4	5.8	6.8	7.8	8.5	9.2	10.7	11.1	10.5	12	12.6	12.8	11.8	12.8	13.6	13.4
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	7.1	7	7.6	7	7.6	7.8	7.2	7	8.1	7.9
Honduras	6.4	6.2	6.2	6.5	5.4	5.6	5.6	5.4	5.4	6.9	7.8	8.9	8.8	10.3	10	9.8	9.7	10.2	10.7	12.2	12
Jamaica	8.4	8.3	7.6	8.4	8.3	8.2	9	...	...	...	9.3	9.8	8.9	8.5	8.8	8.7	9.8	9	...	...	...
México	5.5	6.3	7.1	7.7	8.5	7.7	7.6	7.8	8.2	8.6	8.6	9.1	9	9.2	9.1	9.4	9.6	10	10	11.2	11.3
Nicaragua	7	6.3	6.3	6.7	7.4	6.9	6.6	6.5	6	9.3	8.6	7.7	8.5	10.2	10.3	11.2	11.2	11.8	12.3	13	...
Panamá	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	7.8	7.9	7.9	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.9	9.1	10.2	12.1	12.3	11.8	15.1	13.3
Perú	...	...	...	...	...	...	...	...	...	8.5	8.6	9.4	9.6	9.5	9.6	9.5	8.9	8.8	8.8	10	9.4
Rep. Dominicana	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	13	15.5	15.9	15.2	15.6	18.6	18.5	20.2	21.6	19.2	19.2
Trinidad y Tobago	6.7	7.1	7.5	7.1	6.6	6.7	6.4	...	...	...	8.2	10	10	9.3	9.8	10	8.4	8.9	12.1	...	...
Uruguay	...	...	...	...	...	...	...	...	19.7	20.4	20.7	22.4	22.8	20.8	19.5	19.7	20.9	22.8	23	24	24.2
Venezuela	...	...	...	...	...	...	...	12.5	11.3	12.8	14.9	16.7	16.3	16.8	18.2	17.7	22.1	21.4	19.1	18.5	17.3

Fuente: Estadísticas e indicadores sociales, CEPAL.

Cuadro 2. Gasto público social en salud como porcentaje del PIB, 1990-2009.

País	Período									
	1990-1991	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2008-2009 ^a
Argentina	4.3	4.6	4.9	4.6	4.9	5	4.4	4.5	4.9	5.3
Bolivia ^b	...	...	3.3	3.3	3.3	3	3.1	3.2	3.2	...
Brasil	3.3	2.4	4.1	3.8	3.8	4.1	4	4.3	4.6	5
Chile	1.8	2.1	2.3	2.4	2.7	2.9	3	2.8	2.9	3.7
Colombia ^c	0.9	1.1	2.6	2.9	3.3	2.2	1.8	2	1.9	1.9
Costa Rica	4.9	4.5	4.7	4.7	4.8	5.2	5.7	5	5	5.8
Cuba	5	6.6	5.6	4.9	5.4	5.6	5.7	6.5	8.5	10.5
Ecuador ^d	1.4	1.6	0.8	0.9	0.7	0.8	1.1	1.2	1.3	...
El Salvador ^e	...	1.1	2.6	2.8	3.2	3.3	3.4	3.4	3.6	...
Guatemala	1	1.1	1	0.8	1.2	1.2	1.1	1.1	1.2	1.3
Honduras	2.4	2.4	2.2	2	2	2.8	3.2	3	2.8	3.1
Jamaica ^f	2.2	2.4	2.2	2.3	...	2.2	2.2	2.4	...	...
México	3	3.4	2.3	2.2	2.3	2.3	2.3	2.5	2.8	2.8
Nicaragua	2.8	2.5	2.8	2.5	2.7	2.9	3.3	3.3	3.6	3.7
Panamá	1.6	1.9	1.8	1.9	2	2.3	2	2.3	2.1	2.2
Paraguay	0.3	1.1	1.2	1.3	1.4	1.2	1.4	1.2	2.1	1.5
Perú ^g	0.9	0.9	1.3	1.4	1.2	1.4	1.5	1.4	1.2	1.2
República Dominicana	0.8	1	1	1.1	1.2	1.6	1.4	1.2	1.4	...
Trinidad y Tobago ^h	2.6	2.8	2.2	2	...	2.1	2.3	2.6	2.3	3.4
Uruguay	2.9	3	3.4	2.5	3.2	3.5	3.4	3.3	3.8	4.5
Venezuela	1.6	1.7	1.1	1.1	1.4	1.5	1.6	1.6	1.8	...
ALy el Caribe ⁱ	2.2	2.4	2.5	2.4	2.6	2.7	2.7	2.8	3	3.2
ALy el Caribe ^j	2.9	2.9	3.2	3	3.2	3.2	3.1	3.3	3.6	3.7

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), base de datos sobre gasto social.

^a Las cifras del Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Guatemala, Honduras y Panamá corresponden a 2009.

^b Las cifras relativas al bienio 1994-1995 corresponden a 1995 y las de 2006-2007, a 2006.

^c Cifras preliminares. Las cifras de 2000 en adelante provienen del Ministerio de Hacienda y no son comparables con las anteriores. Los datos de la serie anterior provienen del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

^d La cifra de 2006-2007 corresponde a 2006.

^e La cifra de 1992-1993 corresponde a 1993.

^f La cifra de 1996-1997 corresponde a 1996 y la de 2004-2005, a 2004.

^g Las cifras de 1990 a 1998 corresponden a datos del gobierno central presupuestario y las de 1999 en adelante, a datos del gobierno general. La cifra de 1998-1999 corresponde a 1999.

^h La cifra de 1996-1997 corresponde a 1996.

ⁱ Promedio simple de los países. Incluye estimaciones en casos de países sin información disponible.

^j Promedio ponderado de los países. Incluye estimaciones en casos de países sin información disponible.

III.4 Política social cubana

III.4.1 Objetivos y estrategias

La política social orienta e impulsa el desarrollo social, comprende los objetivos sociales y las vías designadas para alcanzarlos. La política social cubana es establecida por el Estado, acorde con el carácter de los objetivos de una economía planificada, lo cual garantiza su prioridad, integralidad y continuidad en el tiempo. El esquema sobre el cual se asienta la política social cubana es uno de los más amplios, visto desde una perspectiva internacional. *El modelo de política social de Cuba postula que toda persona tiene el derecho a satisfacer sus necesidades básicas no como consumidor, sino como ciudadano con derechos* (Álvarez y Máttar, 2004: 57). Constitucionalmente se reconoce el derecho a recibir el servicio de atención médica sin que medie, como condición para ser recibido, ningún pago directo del prestatario al prestador del servicio médico; el derecho a la educación bajo las mismas condiciones, en todos los niveles de enseñanza; el derecho y el deber al trabajo con su correspondiente descanso, protección, seguridad e higiene, y la garantía de ser protegido contra el desamparo. De igual forma, se aspira a la igualdad de derechos entre los ciudadanos, sin discriminación de sexo, color de piel, origen nacional o creencia religiosa.

Se ha enfatizado en la aspiración de erigir una sociedad sin lacras sociales, tales como el crimen organizado, la corrupción, la prostitución, y la violación a los derechos del infante, por mencionar algunos. Asimismo, se ha pretendido alcanzar un nivel de relaciones humanas en el desenvolvimiento social, cimentadas bajo la preeminencia de valores solidarios y de igualdad. Sin embargo, algunas de estas aspiraciones han encontrado impedimentos para ser alcanzadas, la prostitución, la corrupción y los robos menores no se han podido contener debido a la restricción económica provocada desde la disolución de la URSS. Así también, la restricción material no se ha manifestado con la misma magnitud en todos los hogares cubanos.

La política social se ha concebido, por tanto, diversa en sus objetivos al incorporar el mejoramiento de las condiciones de vida y de bienestar material, el incremento de la equidad y la transformación de los valores, los comportamientos y las relaciones sociales (Ferriol et al., 2004: 146). Multifacética en sus objetivos al incluir las esferas de salud, educación, alimentación, vivienda, agua y saneamiento, empleo, seguridad y asistencia sociales, debe considerarse el importante efecto de complementariedad de éstas, al examinar los relevantes resultados de la política social en Cuba hasta antes de los años noventa, misma que ha potenciado las acciones en etapas de crecimiento económico y avances sociales sostenidos y, por otro lado, durante el periodo de crisis económica ayudó a paliar los efectos del déficit de recursos. De forma correspondiente, debe considerarse la insuficiente complementariedad lograda, al reconocer las principales limitaciones o debilidades de la política social cubana posterior. Situación que plantea que el desarrollo social no ha progresado de manera uniforme en los últimos años, fundamentalmente por dos ámbitos sociales que han quedado en rezago.

En alimentación, la política social ha implicado el diseño y el mantenimiento de las garantías básicas en el suministro de alimentos a través de un sistema de racionamiento por cuotas, con particular atención a los niños y a la distribución de alimentos en escuelas, hospitales, comedores obreros, entre otros. Sin embargo, las necesidades no se satisfacen más allá del mínimo básico; si bien la ingesta calórica diaria ha aumentado en un 20 por ciento en los últimos años, se estima en un 2% la proporción de personas (incluidos niños) en riesgo de malnutrición. Mantener la estabilidad en la distribución de alimentos ha sido difícil, debido a que la producción agrícola ha sido insuficiente, provocando un incremento de precios en el mercado no subsidiado; algunos alimentos esenciales, como los productos lácteos y la carne, son escasos. *La distribución controlada de alimentos a precios subsidiados satisface sólo la mitad de la ingesta calórica diaria recomendada* (INIE, 2005: 12 en Domínguez, 2009: 84). En los medios locales, entre 2000 y 2003, el volumen para 27 de 41 productos se redujo, algunos de ellos de forma significativa, como las papas en 57%, huevos en 38% y la leche en polvo en 20%. Para compensar estos déficits, se buscaron alternativas o al menos soluciones paliativas. La más notable fue el fomento de la agricultura urbana, sobre todo en las ciudades capitales, con una producción de verduras y

legumbres de ciclo corto; la producción de alimentos industriales cuyo valor nutritivo es enriquecido (con aditivos de soja, por ejemplo), a las que se añaden suplementos de vitaminas y minerales, y las dietas suplementarias para los grupos sociales vulnerables, como los niños con bajo peso, las mujeres embarazadas, los ancianos y los residentes de zonas afectadas por fenómenos naturales. *De 2003 a 2006, la disponibilidad en el mercado de los alimentos aumentó en un 80 por ciento, mientras que el de los productos industriales aumentaron un 670 por ciento* (ONE, 2007: 14.7 en Domínguez, 2009: 85). El progreso durante este trienio fue modesto, más atribuible al aumento de las importaciones que a la producción interna.

Otra área esencial para el desarrollo social y el bienestar de la población, como la vivienda, no ha sido una prioridad. La construcción de viviendas no ha seguido el ritmo de crecimiento de las familias, ni se ha prestado suficiente atención al mantenimiento de las viviendas existentes; así como tampoco se ha garantizado el suministro de materiales de construcción. *Como resultado, un déficit de vivienda se ha ido incrementando en los últimos años, y la condición física de las casas existentes presenta problemas. Se estima que en la capital alrededor de un tercio de las casas están de regular a mala condición, y en algunos municipios la cifra llega a casi la mitad* (Domínguez, 2009: 85). El deterioro de la vivienda está directamente relacionado con la falta de recursos para la conservación y rehabilitación de construcciones, espacios públicos, infraestructura técnica y la construcción de nuevos proyectos. En los últimos años, la construcción de viviendas en La Habana ha producido un aumento semestral del 0.5% en el sector de la construcción (Domínguez, 2009). *Esta nueva construcción parece haber sido llevado a cabo por las instituciones que pueden proporcionar sus propios recursos, y hay una tendencia a que las nuevas viviendas se construirán en zonas periféricas de la ciudad, con mala construcción y diseño y pocas comodidades cercanas* (DCH CITMA/PNUMA, 2004: 126-127 en Domínguez, 2009: 85). Atender estas problemáticas, significa abordar una de las zonas menos compatibles de la política social cubana.

Por otro lado, el diseño de la política social cubana ha recurrido estratégicamente a la educación como pivote para el avance en el resto de las esferas sociales, ya que el conocimiento adquirido posibilita la incorporación de la población como agente activo al resto de los proyectos sociales. Acorde con este planteamiento, el progreso y desarrollo social se concibe de un modo multidisciplinario y amplio, es decir, incluye un extenso acceso a la cultura, al deporte, a la recreación y al descanso de los trabajadores, los cuales favorecen el desarrollo humano. El Ministerio de Educación Pública y de Educación Superior participan de manera fundamental en el establecimiento, aplicación y control de los planes nacionales para el desarrollo de la educación, en los niveles preescolar, primaria, secundaria, preuniversitaria, universitaria, educación especial y educación para adultos, así como educación técnica y profesional, además de la formación y superación del personal pedagógico en lo que le compete, bajo el principio de la educación como derecho y deber de todos. Así pues, para el año 2010, la tasa de alfabetismo de personas de 15 a 24 años fue del 100%. Para el año referido, a cada maestro le correspondían 9 alumnos, tanto en educación primaria como secundaria; éste se sitúa en 5 para educación terciaria. El gasto público en educación como porcentaje del PIB, representó el 12.8% para 2010 (CEPAL, 2015b). De esta forma, el incremento en la escolaridad y cualificación ha contribuido a disminuir el nivel de fecundidad, y consecuentemente ha influido sobre la dinámica de la población y su composición por edades; su influencia en términos de una mayor incorporación de las mujeres al empleo y en la situación económica de los hogares, así como el impacto de la educación sobre el modo de vida que se elige o al que se aspira.

La carestía de la vida es otro factor que de forma verosímil puede incidir en la reducción de la fecundidad. El insuficiente salario con respecto a los precios de productos pertenecientes a mercados no subsidiados (mercado de oferta-demanda y de divisas), que sirven de complemento para la provisión de algunos bienes básicos, y para la gran mayoría de productos la única forma de aprovisionamiento, de frente a la progresiva disminución de productos -en variedad y cantidad- que a precios subsidiados ofrece el Estado a través de la libreta de abastecimiento, configuran un escenario que se ve confrontado por el nivel de educación promedio de las parejas, en una sociedad donde se tiene acceso e información sobre el uso de métodos anticonceptivos, y/o la posibilidad de interrupción del embarazo a

través de las instituciones de salud pública. En este sentido, la decisión de no tener hijos, de tener uno, o de postergar la maternidad, podría ser estimulada (aunque no haya una correspondencia causal directa) por las dificultades cotidianas y la precariedad de las condiciones económicas, por la insuficiente capacidad adquisitiva para solventar el costo de la vida de un nuevo integrante, cuyo estilo de manutención se deberá ajustar a condiciones determinadas por las tendencias del creciente consumo social.

Ha jugado un rol estratégico el objetivo de equidad en la implementación de la política social a través de un tratamiento universal y, a la par, específico y diferenciado a determinados segmentos de la población que se consideran vulnerables, sean distinguidos como tales las mujeres, los niños, las madres solteras, las familias de menores ingresos, los ancianos y discapacitados, así como los territorios con menor desarrollo relativo. La equidad fue entendida no sólo como que la totalidad de la población tenga iguales oportunidades de acceso a la satisfacción de necesidades, sino también en el sentido de brindar mayores oportunidades a grupos sociales que, por su situación históricamente condicionada, puedan encontrarse en posición de desventaja que le imposibilite aprovechar las oportunidades existentes (Ferriol et al., 2004: 147), es decir, también la política social aspira a la equiparación de resultados (Gobierno de la República de Cuba, s/f). En ese sentido, la pretensión de alcanzar homogeneidad en la sociedad cubana fue hasta el final de la década de los ochenta del siglo pasado un objetivo central, expresado en que durante la misma década el Índice de Gini era de 0.22 (Zabala, 2013: 164). Cuba era considerada una de las sociedades más igualitarias del mundo.

El modelo económico y social incorporó medidas de política dirigidas a convertir el empleo en la vía principal de movilidad social ascendente, en específico la cualificación obtenida y los resultados laborales; la construcción de posibilidades para la incorporación de la mujer a la vida económica y el fomento para que ésta ocupara cargos relevantes en la sociedad, si antes de 1959 sólo dos de cada diez estudiantes universitarios eran mujeres, en 1980 el número era cuatro y durante la década de 1990 esta fue casi de siete (Domínguez, 2004: 107 en Domínguez, 2009: 86); la intención de acercar las condiciones de vida del campo a

las de la ciudad; mantener en un marco estrecho las diferencias salariales (por ejemplo, establecer una escala de salarios donde las mayores retribuciones no excedieran 4.5 veces las menores), fueron algunos propósitos que se concretaron en regulaciones y acciones específicas con el objeto de homogenizar las condiciones de vida de la población. No obstante, a partir de la crisis de los noventa, se posponen algunos de estos propósitos, principalmente en el ámbito del empleo, donde las remuneraciones no reflejan la cualificación obtenida, ni existen de forma efectiva acciones que regulen las diferencias salariales entre sectores.

La importancia de la equidad se tradujo en un modelo social en el cual se adjudicó una función relativamente menor a los ingresos monetarios en el acceso al bienestar, y por tanto, un rol mayor al acceso incondicional y sin costo a los servicios de salud, educación y seguridad social, otorgados por el Estado y a través de los recursos obtenidos del trabajo de la sociedad; la universalidad de esos servicios fue utilizada como una condición necesaria para garantizar el acceso seguro a los mismos. Aunado a ello y como se ha hecho alusión, a efectos de que la desigualdad se mantuviera dentro de los límites considerados como admisibles por la sociedad, se adoptaron medidas redistributivas por medio de atenciones preferenciales a las mujeres, los niños, las familias de menores ingresos, ancianos y demás grupos descritos como vulnerables. Por otro lado, la equidad en Cuba trasciende el ámbito nacional y se incorporan proyectos de política social dirigidos a ayudar a otros países en desarrollo, en las esferas de salud y educación primordialmente. El gobierno construye los mecanismos institucionales que encauzan estas acciones, a través de convenios de colaboración intergubernamentales o por medio de instancias filiales a la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Esta solidaridad no responde a la voluntad espontánea de la población, sino que se encuentra institucionalizada.

La política social en Cuba ha estado integrada con la política económica. *A partir de 1959, se da la particularidad de que las decisiones de política económica y social corresponden enteramente al gobierno. A partir de esa fecha, se concibió el proceso de desarrollo con un tratamiento simultáneo de los problemas económicos y sociales, lo que llevó a la necesidad*

de conciliar objetivos y metas en las distintas etapas de este proceso (Ferriol et al., 2004: 148). Esta relación integral permitió una aplicación más consciente y coherente de las relaciones efectivas entre educación, empleo, crecimiento económico, y salud, alimentación, productividad del trabajo. A treinta años de iniciada la Revolución, *la prioridad conferida al desarrollo social y el carácter activo de la política social aplicada, permitió que la sociedad cubana alcanzara en un corto período histórico la eliminación de las grandes diferencias sociales y territoriales; la erradicación a escala social de fenómenos negativos como la desnutrición y el raquitismo, el analfabetismo, el desamparo y la pobreza; así como permitió alcanzar elevados índices de desarrollo social en cuestiones esenciales como la salud y la educación, comparables a los de países desarrollados* (Gobierno de la República de Cuba, s/f).

Otra manifestación de la importancia conferida a lo social en Cuba, se puede expresar en las ocasiones en que las decisiones han privilegiado objetivos sociales por encima de otros exclusivamente económicos, específicamente al conservar, con moderadas variaciones, los niveles del gasto público en salud como porcentaje del PIB durante la década de los noventa, prioridad que se mantuvo frente a una caída abrupta de la tasa de crecimiento del PIB principalmente de 1990 a 1993, desplomándose con mayor intensidad en este último año al descender a -14.9% (CEPAL, 2015a); posteriormente, el incremento sostenido de la prioridad del gasto en salud y de la recuperación del PIB durante el periodo 2000-2010. Aunque durante el período de 1991-1993 los gastos en salud, educación, vivienda, cultura y deporte disminuyeron debido al descenso del PIB, *las transferencias con fines sociales, considerando únicamente los gastos en seguridad y asistencia sociales y por subsidios al consumo, aumentaron en un 42%, lo que demuestra la prioridad otorgada a la preservación de los programas sociales y a la protección de los trabajadores y su familia* (Ferriol, Ramos y Añé, 2006: 33).

La política cubana ha apostado por adelantar el desarrollo social como condición necesaria al desarrollo económico. Sustentándose en una óptica más estratégica acerca del potencial que representa poseer recursos humanos calificados –elevación de la competitividad,

innovación científica-, a propósito de la progresiva apertura comercial y participación en el mercado mundial que tuvo Cuba a principios de los noventa. En el caso de Cuba, los recursos destinados a los programas sociales no son considerados como un simple gasto, *sino como la satisfacción de un objetivo prioritario de la sociedad* (Gobierno de la República de Cuba, s/f). De este modo, la decisión de dar prioridad al desarrollo social sobre el económico, se asume como un elemental acto de justicia ciudadana. Como muestra se encuentra la educación, en cuyo sector se ofrecen oportunidades crecientes para el acceso a la enseñanza superior, a pesar de que la coyuntura determine que el retorno económico a nivel social e individual pueda no corresponder, al menos de forma inmediata, con la cualificación obtenida. En el mismo sentido, la posibilidad de incrementar la escolarización a partir de la insuficiente creación de fuentes de empleo para los que se incorporan a la etapa laboral y para los desplazados de empleos anteriores, otorgó cierta estabilidad social durante el periodo que transcurrió a la crisis de los años noventa.

A pesar de las dificultades afrontadas en la esfera social, no se optó por privatizar ninguna actividad relacionada con la prestación de servicios básicos a la población, se conservó esencialmente su funcionamiento y se preservaron los más importantes logros sociales, *como el empleo con protección al trabajador; el aseguramiento de un nivel mínimo en el consumo de alimentos y artículos de primera necesidad, con un tratamiento diferenciado para los niños de 7 a 13 años, embarazadas, ancianos y grupos vulnerables de la población; el mantenimiento de los principios de universalidad y gratuidad en la prestación de servicios sociales básicos de educación y salud y la relativa preservación de los gastos destinados a la esfera social* (Ferriol et al., 2006: 33-34).

El carácter universal, la gratuidad y la planificación han sido características generales de la política social cubana. *En especial la planificación ha posibilitado la compatibilización del complejo entramado de acciones que componen la política social, tomar en consideración lo territorial y dirigir los recursos financieros hacia los objetivos priorizados en cada etapa* (Ferriol et al., 2004: 149). Al mismo tiempo, la voluntad política y la permanencia en los objetivos a partir de la permanencia del gobierno, ha posibilitado la continuidad de

dicha postura política, la coherencia en el largo plazo y un tratamiento sistematizado de sus programas.

III.4.2 Institucionalidad

La institucionalidad de la política social cubana explica en cierta medida los resultados positivos alcanzados en algunos rubros. El Estado cubano se define, según su constitución, como *un Estado socialista de trabajadores, independiente y soberano, organizado con todos y para el bien de todos, como República unitaria y democrática, para el disfrute de la libertad política, la justicia social, el bienestar individual y colectivo y la solidaridad humana* (Constitución de la República de Cuba [CRC], artículo 1, capítulo 1, 1992). Asimismo, se señala como *“un sistema de economía basado en la propiedad socialista de todo el pueblo sobre los medios fundamentales de producción...”* (CRC, artículo 14, capítulo 1, 1992). Orientación que le confiere un contenido político a cuestiones relacionadas con la economía y la política social; al entender lo “político” como la voluntad de Estado que prioriza el desarrollo social sobre el económico, o viceversa, el desarrollo económico que se antepone y disocia del desarrollo social, en tanto la política se asume eminentemente como una cuestión de correlación de fuerzas. Correspondiendo la primer relación al caso de Cuba.

La Asamblea Nacional del Poder Popular o Parlamento es el órgano máximo de poder; y es el único órgano constituyente y legislativo en la República. Entre sus facultades está elegir al Consejo de Estado y al Consejo de Ministros que es el máximo órgano ejecutivo y administrativo, este último constituye el Gobierno de la República. En este caso, el Ministerio de Salud Pública forma parte de dicha estructura de gobierno. En las esferas de salud, educación, empleo, vivienda, seguridad y asistencia social, los ministerios e institutos correspondientes son los rectores normativos y técnicos de la actividad, para cumplir sus funciones se apoyan en las respectivas instancias a nivel provincial y municipal que le conciernen. Existen actividades que se subordinan únicamente a los organismos nacionales y otras descentralizadas. El territorio cubano se divide en 14 provincias y 169

municipios, los cuales ejercen las atribuciones administrativas de su competencia, así como implementan las políticas nacionales. *Para ello se constituyen Asambleas Provinciales y Municipales del Poder Popular las que gobiernan y realizan las funciones estatales en sus demarcaciones* (Ferriol et al., 2004: 150). Éstas tienen un órgano ejecutivo denominado Consejo de Administración, que se encarga de la dirección de las actividades de producción y servicios que le son subordinadas a la región, y también contribuyen al ejercicio de otras actividades no subordinadas. Como parte de los Consejos de Administración se establecen Direcciones de cada esfera social. De tal manera, todas esas instituciones que proveen los servicios directamente tienen una doble subordinación, la administrativa de carácter local y la subordinación normativa al ministerio correspondiente. La mayoría de las instituciones que prestan directamente los servicios básicos de salud son de subordinación local.

A partir de 1995, el grado de descentralización de los servicios sociales se expresa en la capacidad de decisión permitida en la gestión del presupuesto a los diferentes niveles de dirección. En el caso de la salud y la educación, estas instancias provinciales y municipales tienen bajo su responsabilidad la designación del personal docente y de salud, incluyendo dirigentes y funcionarios. En educación, los planes de estudio y programas docentes se adecuan, según diagnósticos locales, a las condiciones territoriales. *En el caso de la salud adecuan las reglamentaciones para los programas básicos de salud, las áreas de salud y la atención médica integral, entre otras. También toman decisiones en materia de financiamiento, de acuerdo a objetivos y principios generales acordados. Esta descentralización se manifiesta como un proceso gradual y continuo* (Ferriol et al., 2004: 151).

Otro rasgo significativo dentro de la política social en Cuba, es que se involucra en su cumplimiento a las organizaciones políticas, sociales y las familias, lo cual aunado a la labor de los ministerios rectores y otros órganos institucionales, construyen una red de actores que potencia la efectividad de las acciones. *En la obtención de metas se alcanzan importantes resultados cuando se logra unir esfuerzos en torno a objetivos comunes, aportando cada cual sus fortalezas a través de su participación en el diseño de las*

políticas, en su aplicación y evaluación (Álvarez y Máttar, 2004: 61). Conjuntamente, la televisión, la radio y la prensa escrita cubana aún no mercantilizadas han servido como instrumentos de divulgación de información sobre diversos ámbitos del saber humano, impulsando con ello los resultados en las esferas del cuidado de la salud y educación.

La política social en su aspecto general se establece desde la más alta dirección política del Estado cubano. Cada ministerio elabora y adopta aspectos específicos, *en algunos sectores como los de salud y educación, en múltiples ocasiones las propuestas surgen de investigaciones científicas sobre los resultados del trabajo educativo y del cuidado de la salud, y de experiencias aplicadas a escala limitada. También tienen en cuenta los resultados de controles periódicos realizados en los diferentes niveles, y las conclusiones de los procesos de rendición de cuentas que las instancias educativas y de salud realizan ante los órganos de gobierno municipales, provinciales y el Parlamento* (Ferriol et al., 2004: 152).

El fuerte compromiso que existe entre los diseñadores de la política social y los proveedores directos de los servicios, se inicia al determinarse los objetivos específicos de bienestar de la población que se desean alcanzar, y se materializan con planes de financiamiento adecuados al cumplimiento de los objetivos trazados. La materialización se extiende con la responsabilidad de los diseñadores en la formación y la atención al personal profesional y técnico necesario, por la ruta del trabajo normativo, metodológico y sistemático, además de la labor metódica de monitoreo, control y evaluación, que se hace posible a través de sistemas de estadísticas económicas y sociales que permiten la rápida corrección de problemas.

Por otro lado, el presupuesto estatal es, en general, la principal fuente de financiamiento de la política social cubana. *En moneda nacional, se estructura de forma descentralizada y en la actualidad el destino de los gastos se determina de acuerdo con las necesidades consideradas por cada territorio. El componente en divisas tiene una gestión más centralizada a causa de su escasez. También una parte importante del financiamiento para*

inversiones y modernizaciones de infraestructura proviene del presupuesto del Estado, y en alguna medida, de donaciones de instituciones internacionales (Álvarez y Máttar, 2004: 62).

Conclusiones

En suma, la política social es la respuesta del Estado a los grandes problemas sociales como la desigualdad y la pobreza, en los que busca incidir a través de acciones estructuradas en sus diferentes esferas; de forma análoga, la política social está circunscrita al patrón de acumulación en curso, es decir, que está condicionada por un complejo cúmulo de factores de orden económico y sociopolítico. En el caso de Cuba, algunos de estos factores se expresan en el cambio en la propiedad de los medios de producción; la correspondencia entre la justicia y la igualdad social; la consideración de las necesidades básicas de la vida como un derecho del individuo, y por ende, la no operatividad de los principios que rigen la mercantilización; su carácter universal y planificada; el protagonismo del Estado como gerente y la prioridad asignada a la esfera social a través del gasto público.

Respecto a la forma de organización de la propiedad, la política social cubana es gubernamental. Según el criterio político, es centralizada con respecto a la captación de recursos, por otro lado, las provincias tienen la facultad de distribuir los recursos. Con relación al criterio funcional, el sistema de salud cubano es único e integrado según los niveles de complejidad de los servicios, mismos que se extienden a lo largo de todo el país, pero, es centralizado si nos referimos a la subordinación normativa. Con respecto al criterio administrativo, no existe separación entre el financiamiento y la prestación del servicio si atendemos a su pertenencia a un sistema de salud no mercantilizado, homogéneo, integrado y planificado que no admite ningún tipo de competencia por los recursos. Al respecto de la forma de financiamiento y del gasto social público en Cuba, es el Estado —el que asigna los recursos— quien deduce la contribución directamente del salario del trabajador hacia el fondo de consumo social, que es la base financiera de la política social. Destaca la prioridad otorgada a la política social a través del gasto público social y de salud, que alcanzó 42.2%

y el 10.6% en 2010, respectivamente, ambos muy por encima de los porcentajes de los países de América Latina y el Caribe, para el período 1990-2010.

La política social cubana es concebida amplia y diversa en sus objetivos, incluye la esfera de salud, educación, alimentación, vivienda, agua y saneamiento, empleo, seguridad y asistencia sociales; incorpora el mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar material, de la misma manera que aspira a la equidad y a la transformación de los valores humanos, el comportamiento y las relaciones sociales. Se identifica a la educación como el sector pivote para el desarrollo de todas las esferas sociales. Para el logro de la equidad, no sólo se precisa suficiente el carácter universal de la política social, sino además se requiere del carácter focalizado para los segmentos vulnerables; no obstante, el logro de la equidad, como objetivo central del modelo de desarrollo cubano, ha quedado aplazado desde la década de los noventa. El principio esencial de la política social cubana es la satisfacción de necesidades básicas en tanto ciudadano con derechos y no consumidor, misma que contribuye al propósito de aspirar a la universalidad de los servicios sociales. La amplitud de la política social cubana descansa en la consideración de los diversas segmentos que componen el bienestar humano, ahí radica el importante efecto de complementariedad. Se identifica que la alimentación, la vivienda y la política de salarios son las esferas que presentan mayores rezagos en su progreso, lo que las convierte en los sectores más incompatibles de la política social cubana, cuya incompatibilidad se origina fundamentalmente a partir de la década de los noventa.

El carácter universal, gratuito, planificado e integral son las características más distintivas de la política social cubana, aunque a partir de la década de los noventa, la integralidad que ésta había adquirido y los grandes logros derivados se ven fuertemente socavados, acreditando a una semi-integralidad que contiene el desarrollo de los sectores más exitosos. El sector salud, como se verá posteriormente, es a partir del Período especial uno de los sectores donde se ha concentrado la prioridad política, lo que sin duda explica sus sobresalientes resultados. Por otro lado, la política social cubana se efectúa a través de una fuerte institucionalidad, la misma se desprende en su diseño general de la más alta

dirección política del Estado cubano y cada ministerio incorpora aspectos específicos; para su ejecución, ésta requiere de las diversas demarcaciones de poder, nacionales, provinciales y municipales, cumpliendo cada cual con la función establecida para el logro de fines comunes, que aunado a la participación social, potencia los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV. POLÍTICA DE SALUD CUBANA

Características, instrumentación y reestructuración de la política de salud cubana

Introducción

El capítulo que se aborda a continuación, expone los aspectos sectoriales de la política de salud cubana desde su origen en 1959; de los principios básicos, las problemáticas que en el ámbito de la salud se perseguía combatir, y los objetivos y medios para alcanzarlos. Posteriormente, se señalan las principales políticas de salud desarrolladas en los años noventa y al inicio del año dos mil, de forma que se vislumbren los efectos que el déficit de recursos económicos tuvo sobre el rediseño de la política del sector salud; para dar continuación a la integralidad del sistema de salud en Cuba y su vínculo con la población como sujeto activo, en los diversos niveles de gobierno; consecutivamente, se plantea el tema sobre el financiamiento de la salud pública y la modalidad en que el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud, así como aspectos generales sobre la condición del gasto público en salud durante el período, algunas cifras que muestran la distribución de los mismos, y adicionalmente, denotar la existencia de algunos proyectos de colaboración internacional. Por último, se ofrece un recuento de los principales desafíos de la política de salud cubana a través de identificar las principales deficiencias y problemáticas en los servicios de salud, así como un conjunto de indicadores que reflejan el estado general de la salud en Cuba durante el período que nos interesa, además de los recursos humanos y materiales que lo sustentan. La intención de esta sección es exponer el diseño de la política de salud cubana desde sus inicios y las adaptaciones resistidas a partir del déficit de recursos en los años noventa, mismas que permitieron asimilar o incorporar el déficit al diseño de salud pública para preservar lo esencial, en otras palabras, adaptarse para no cambiar; además, de exhibir un conjunto de indicadores que sirvan de guía para ilustrar la evolución de la salud de la población -entre ellos los óptimos resultados de la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida-, durante el período de estudio y para algunos casos, de años previos.

IV.1 Aspectos sectoriales de la política de salud cubana

Si bien la política de salud comienza a gestarse desde 1953, es a partir de 1959 que se asienta el principio estatal y social de la medicina, la accesibilidad, el carácter universal y gratuito de los servicios, la orientación profiláctica, el ejercicio adecuado de los avances de la ciencia y la técnica, involucrando a la población mediante su responsabilidad social.

Se establecen amplios objetivos y metas a largo plazo, tal es el caso de *la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, las campañas sistemáticas de vacunación; el desarrollo de los programas materno-infantil y de atención al adulto; así como programas de atención estomatológica, de nutrición y de higiene y epidemiología. Por otra parte, se definen metas de disminución de la incidencia en enfermedades crónicas y su mortalidad; el desarrollo de las especialidades médicas; la introducción creciente de las tecnologías de avanzada en los servicios y en los diagnósticos médicos por especialidades; y la promoción priorizada de la prevención y de los mejores hábitos de vida para la salud* (Ferriol et al., 2004: 155).

Como objetivos intermedios, pero fundamentales como instrumentos en la ejecución de la política de salud, se establece lo siguiente:

- > *Construcción de una red integrada de servicios médicos a lo largo de toda la isla.*
- > *La regionalización de los servicios y la sectorización de la población en áreas de salud de atención primaria y la referencia de pacientes hacia la atención secundaria y terciaria.*
- > *Creación de un modelo de atención en la comunidad partiendo inicialmente del Policlínico comunitario y posteriormente, el desarrollo del Programa del médico y la enfermera de la familia.*
- > *Descentralización paulatina de servicios médicos complejos hacia el nivel primario de atención.*

- > *Creación de un servicio médico social rural.*
- > *Desarrollo de sistemas de urgencia médica integral comunitaria.*
- > *La formación desconcentrada de personal médico bajo la rectoría de Institutos Superiores de Ciencias Médicas, brindando una atención continuada a los currícula docentes en la formación de personal médico e incluyendo la realización de prácticas docentes de pregrado en instituciones hospitalarias seleccionadas.*
- > *Participación de la población en las tareas de salud tales como vacunación masiva, donaciones de sangre. campañas de higienización ambiental, entre otras.*
- > *Creación de comités de trabajo científico con funciones crecientes de control y evaluación del trabajo, en las instalaciones de servicios de salud, y para ello el diseño de protocolos y procedimientos técnicos.*
- > *Creación de un sistema estadístico para la evaluación del desempeño del sistema de salud (Ferriol et al., 2004: 155-156).*

Es importante destacar la función que desempeña desde 1984 el programa del “médico y la enfermera de la familia”, el cual surge con el objetivo de promover la salud a partir de la prevención de enfermedades, garantizar un diagnóstico oportuno y atención médica integral ambulatoria y hospitalaria, ampliar la rehabilitación con base comunitaria, fomentar acciones de saneamiento ambiental y la integración social de la familia y comunidad. Además de formar especialistas en medicina general integral y desarrollar investigaciones que respondieran a las necesidades de salud de la población.

El médico de la familia en conjunto con la enfermera, trabajan en un consultorio y atienden una determinada zona de la ciudad o de un poblado en las zonas rurales. Generalmente viven donde trabajan; se asigna un consultorio y apartamentos para las familias del médico y de la enfermera. Dependen de un salario, y sus apartamentos están exentos de renta. El médico de la familia tiene la responsabilidad de cuidar la salud de los miembros de la comunidad, desde la infancia hasta la ancianidad; mismos que son atendidas tanto en el consultorio como en visitas domiciliarias. Funciona como un verdadero médico personal, se

dedica plenamente a su trabajo, además que constantemente está disponible. Aunque el consultorio del médico puede atender hasta una población de 1 500 habitantes, actualmente éstos atienden un promedio de 1 046 personas, garantizando una cobertura de salud del 100 por ciento.

Aparte del tratamiento al enfermo, el médico emplea muchas horas en la medicina preventiva; en la prevención primaria, mediante la educación y la promoción de la salud para cambiar los estilos de vida o medidas higiénicas comunitarias; en la prevención secundaria de las enfermedades asintomáticas por medio de su temprana detección (cáncer, enfermedades cardiovasculares, por mencionar algunas); y en la prevención terciaria, para el tratamiento continuo de las enfermedades sintomáticas y reducir las complicaciones e incapacidades. Además de ser la medicina preventiva un enfoque que permite mejorar la calidad de vida del paciente, simultáneamente se favorece la eficiencia del propio sector, pues al permitir que una cantidad de recursos vayan dirigidos a estos fines, *se actúa sobre las causas que puedan generar múltiples enfermedades y que, después, tendrían que ser tratadas en la atención secundaria o terciaria, con el correspondiente gasto de recursos* (Fonseca y Valenzuela, 2013: 6). El médico de la familia es especialista en Medicina General Integral, es decir, está preparado tanto para la medicina curativa como para la preventiva.

Esboceamos algunas definiciones de las principales características de la práctica del médico y enfermera de la familia. En primer lugar, es integral al considerar la unidad de lo preventivo, lo curativo, lo biológico, lo psicológico y lo social; sectorizada, al responsabilizarse de atender a un determinado número de habitantes; regionalizada, pues mantiene una estrecha vinculación con las instituciones de atención secundaria y terciaria del territorio en las que operan, para remitir a los pacientes que lo requieran; continuada, ya que atienden a la población tanto en el consultorio como en los domicilios, en el policlínico o en el hospital; dispensarizada, al atender de modo activo y mantener el control periódico, inclusive de los individuos sanos; en equipo, por cuanto forman parte de un grupo básico de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario que coordina y controla las acciones

individuales, tanto desde el punto de vista asistencial como en las esferas docente, investigativa y administrativa; y por último, con participación comunitaria, en la medida que cuentan con el apoyo de la comunidad y de las organizaciones sociales, con las cuales se comparte el análisis de la situación de salud de su área y se establecen las estrategias para la solución de los problemas.

El diseño antes expuesto, fue el que prevaleció durante los primeros treinta años de la Revolución cubana, cuyo pilar, como se ha visto, fue desde 1984 el Programa del médico y la enfermera de la familia. A partir de 1989, el modelo social estuvo sometido a los mayores desafíos desde su instauración. El déficit de recursos impactó severamente en la prestación de servicios, en principio por limitaciones en la disponibilidad de insumos, y posteriormente, por el paulatino deterioro de la infraestructura. En un primer momento, se persiguió preservar al máximo los servicios sociales de salud, ulteriormente, las medidas mostraron una tendencia más profunda de adaptación hacia la búsqueda de una política social más eficiente en el sector salud, y en el resto de los sectores.

IV.2 Principales políticas desarrolladas en la década de los años noventa

La salud pública es una de las mayores conquistas del modelo social cubano. Desde la década de los años sesenta, las acciones han estado orientadas a elevar la salud y el bienestar de las familias; el Estado cubano es el máximo responsable de esta prestación. Durante los años que siguieron al Período especial, la política de salud sufrió algunas modificaciones aunque mantuvo sus principios básicos incluso durante la emergencia económica de estos años, en ningún momento se renunció a la concepción de desarrollo integral, proporcionándose una elevada atención a los programas sociales, simultáneamente *se reconocen las serias afectaciones que tuvo la población, principalmente entre 1991-1993. Una afectación importante entre 1989-1993 fue la caída en más de un 20% del gasto social, con una recuperación gradual, hasta situarse al final de este decenio sólo en un 3% inferior al primer año mencionado* (Ferriol et al., 2006: 33).

Desde 1993 y hasta el año 2000, la búsqueda de eficiencia, formulada explícitamente en el propósito de mantener los logros sociales a pesar de la contracción de recursos económicos para el desarrollo social, integró: *variaciones y posposiciones en los objetivos de la política social; transformaciones en el diseño de los sistemas de prestación de servicios; descentralización, modernización y fortalecimiento de las instancias locales; y nuevos matices respecto a la participación de instituciones sin fines de lucro en la gestión y financiamiento de la política social* (Ferriol et al., 2004: 159). Durante este período, a la par que intentaron conservarse ciertos objetivos de política social, se generaron procesos de descentralización y diversificación de los agentes que realizaban la política social, se utilizaron mecanismos de gestión en donde el hospital adquirió un papel más protagónico en el control de los recursos. De igual manera, el sector salud en sí mismo, se convirtió en un instrumento de financiamiento para el propio sector y el resto de los sectores sociales, al prestarse servicios médicos a ciudadanos extranjeros a través de la docencia internacional de posgrado y de la exportación de productos de la salud. En sentido general, se promovió el autofinanciamiento.

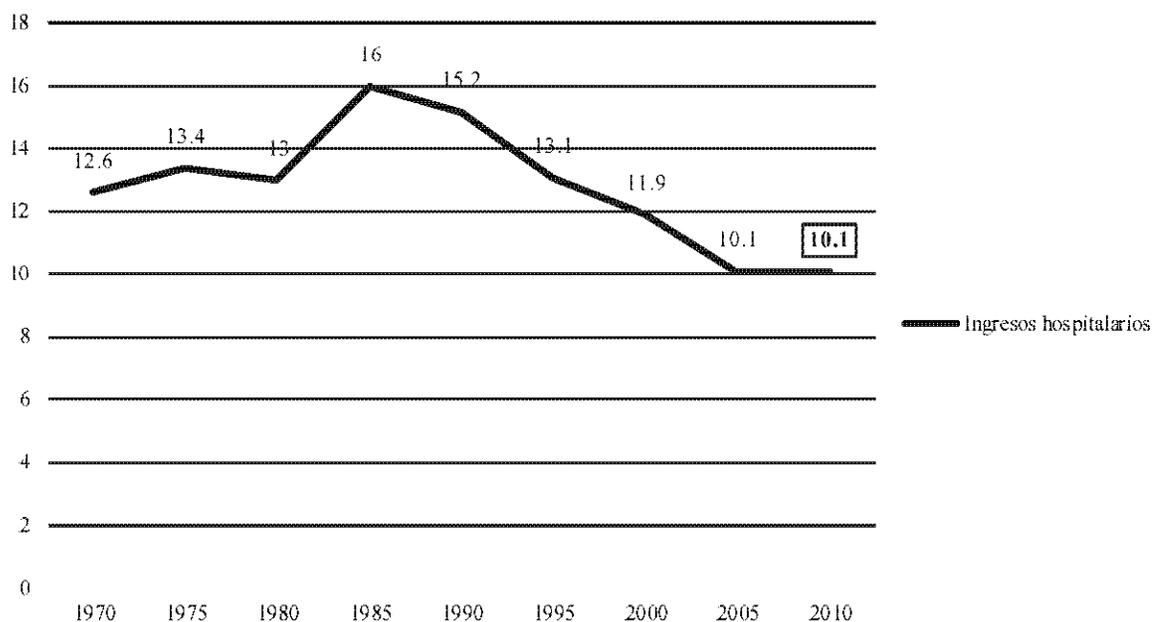
A pesar de las difíciles condiciones económicas que franqueó el país, y aunque la salud pública no escapó a estos acontecimientos, se mantuvo la atención médica universal, gratuita y se trabajó por mejorar la calidad de las prestaciones médicas. *El Programa del médico y enfermera de la familia es el pilar principal en el logro de los resultados que hoy pueden mostrarse, al permitir mayor cobertura y una atención personalizada en las comunidades* (Álvarez y Máttar, 2004: 155). Se puede señalar que si bien durante este período, el país se vio limitado en la disponibilidad de recursos para consumir la construcción y mantenimiento de los consultorios inicialmente proyectados, es importante destacar que el esfuerzo del Estado y la voluntad política permitieron no paralizar la formación de “médicos y enfermeras de la familia”, que ya estaban en las aulas universitarias cuando la crisis ocurrió (Presno, 2006). Pese al esfuerzo consumado por preservar el acceso y la calidad de los servicios, se revelaron carencias en la disponibilidad de medicamentos, la alimentación en comedores y hospitales, se produjo el deterioro de la calidad de los servicios, particularmente en la atención hospitalaria, estomatológica y óptica, por la falta de mantenimiento de la infraestructura en hospitales y por el éxodo de

profesionales y técnicos hacia otras actividades con mejor remuneración, lo que significó una importante pérdida de inversión social para la nación.

La estrategia desarrollada por el Ministerio de Salud Pública (Minsap) durante los años noventa, y más concretamente hacia 1993, fue conservar lo conquistado en términos de cobertura y calidad en la atención, emplear con eficiencia los recursos disponibles, buscar nuevas vías de financiamiento y principalmente utilizar el potencial de los médicos en el ámbito local. *El incremento del trabajo del médico de la familia (...) propició el descenso de los ingresos hospitalarios, aunque durante la crisis económica las limitaciones de recursos materiales también influyeron en su descenso* (Ferriol, 2003: 46-47). Esto permitió atender a una gran cantidad de pacientes en el nivel primario de salud, y con ello disminuir los ingresos hospitalarios por el trabajo preventivo desde la comunidad. El índice se redujo de 15.2 ingresos por cada 100 habitantes en 1990 a 13.1 en 1995, a 11.9 en el año 2000, y a 10.1 en 2010 (como se muestra en la gráfica 1).

Durante los noventa, y primordialmente en el primer quinquenio, la reducción en alguna medida determinada por la decisión de posponer intervenciones quirúrgicas no urgentes, fue compensada con la ampliación de los ingresos domiciliarios en enfermedades que lo permitían, con la inclusión de tecnologías de cirugía ambulatoria y de mínimo acceso. Para 1996 se superan los niveles de 1989 en cuanto al total de operaciones efectuadas. Por otro lado, en esta década, puede apreciarse el desarrollo de la cardiología, la cirugía cardiovascular y la actividad de trasplantes realizados, donde los trasplantes han sido predominantemente de riñón, córnea, y tejidos óseos.

Gráfica 1. Ingresos hospitalarios, 1980-2010.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

A finales de los noventa, además de la reorientación del sistema de salud a la atención primaria, del fortalecimiento del trabajo de prevención de la enfermedad y de educación para la salud, sirviéndose básicamente del potencial de calificación de la fuerza de trabajo para transformar los estilos y las condiciones de vida de los diversos grupos poblacionales, se procedió también a *la revitalización de la actividad hospitalaria, el rescate de los programas de tecnologías de punta, el énfasis del trabajo en institutos científicos, el desarrollo del programa de medicamentos y la continuación de programas dirigidos a grupos vulnerables como son el materno-infantil, el del adulto mayor y el de enfermedades crónicas no trasmisibles* (Ferriol, 2004: 29).

Así también, la atención priorizada a objetivos vitales del sistema, como estomatología y servicios de óptica. La alta capacidad resolutoria del sistema nacional permitió que los indicadores, sobre todo los de morbilidad, no se afectaran significativamente en los años más agudos de la crisis. *Aunque muchos indicadores del estado de salud mantuvieron un comportamiento favorable, se observaron retrocesos en las tasas de mortalidad materna en*

el período de 1993-95, recuperadas en los años siguientes (Ferriol et al., 2006: 32). A las acciones desarrolladas contribuyeron, además, el elevado nivel cultural de la población y su activa participación en los programas sociales de salud, elevando la capacidad de respuesta ante los problemas identificados y la conciencia sanitaria de la población.

Igualmente, el Minsap, en conjunto con las acciones de rehabilitación del sector, emprendió adicionales estrategias como lo fueron *los nuevos estilos de dirección, más ágiles y operativos en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud. Adicionalmente, la política de desarrollo del Minsap está orientada a establecer y consolidar la tendencia de recuperación del sector, haciendo un uso más eficiente de los recursos disponibles a través de medidas organizativas y de control y mecanismos de estimulación a los trabajadores acorde con las actuales circunstancias (Álvarez y Máttar, 2004: 156).*

IV.3 Principales políticas desarrolladas en la primera década del año dos mil

Desde el año 2000, la política social adopta un carácter más focalizado. Sin renunciar a la universalidad, se inicia una serie de acciones para evaluar mejor la situación del beneficiario potencial, por esa ruta elegirlo, y conocer su situación particular o su estado de necesidad, con el propósito de atenderlo más apropiada y eficientemente. La política social se ha ido adaptando al nuevo modelo de funcionamiento de la economía y a la situación social, luego de más de una década de dificultades económicas. Entre el año 2000 y 2004, la política social enfatiza, por un lado, la incorporación de nuevos objetivos estratégicos de desarrollo social, vinculados en particular al capital humano, *sin lo cual se estima que la sociedad quedaría irremisiblemente apartada de la posibilidad de desarrollarse acorde a las características del mundo globalizado. Por otro lado, se inicia una etapa de transformaciones radicales en la gestión social que revolucionan las prácticas anteriores y marcan una ampliación de la distancia entre la política social cubana y las de América Latina (Ferriol, 2004: 24).*

Adicionalmente, en este periodo se produce un vuelco en la concepción de la atención médica. La idea fundamental es descentralizar un conjunto de servicios clasificados tradicionalmente como de complejidad intermedia, del hospital hacia la comunidad, garantizando mayor acceso y bienestar de la misma. Para valorar la importancia de esta transformación, debe considerarse que la población cubana es la más envejecida de Latinoamérica, con una esperanza de vida para el ciclo 2010-2015 de 79.2 años, *sus principales causas de muerte son enfermedades crónicas, similares a las del mundo desarrollado, en la que las probabilidades de sobrevivencia al producirse el accidente de salud dependen, en buena medida, de la rapidez del diagnóstico y del tratamiento oportuno* (Ferriol, 2004: 29).

Para las enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares o con alto riesgo cardiovascular, como indica la OMS (2015a) en su nota descriptiva sobre *Enfermedades cardiovasculares, son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda*. Más adelante, en la misma nota examina, que *la prevención de los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares a través de un enfoque integral que tenga en cuenta todos los factores de riesgo cardiovascular es más costoeficaz que la adopción, en relación con los tratamientos, de decisiones basadas únicamente en umbrales de riesgo individuales y debería formar parte de la cartera de servicios básicos para la consecución de la cobertura sanitaria universal* (OMS, 2015a)

Afin a esta concepción, comienza a desdibujarse de la atención secundaria, la atención primaria de salud, *al brindarse en esta última los servicios de electrocardiogramas, de trombosis en el tratamiento precoz del infarto cardiaco; los servicios de ultrasonidos con equipos de alta resolución que permiten explorar en esos centros de atención primaria el riñón, hígado, vesícula, bazo, y realizar diagnósticos obstétricos relacionados con el feto en las embarazadas; servicios de traumatología y rehabilitación; así como servicios de endoscopia para el diagnóstico temprano de la gastritis, las úlceras y enfermedades del tracto digestivo* (Ferriol, 2004: 29-30). De esta forma, los hospitales pueden dedicarse a la

atención de los problemas de salud más complejos, que requieren un particular tratamiento con el empleo de recursos, instalaciones y medidas técnicas más costosas y adecuadas. Para 2004, cerca del 65% de los médicos de familia se encontraban trabajando en los consultorios médicos ubicados en los barrios cubanos, en las escuelas, círculos infantiles y centros de trabajo (Álvarez y Máttar, 2004: 155).

Al mismo tiempo, el programa de salud incluye el fortalecimiento de las instituciones de investigación en salud, así como el surgimiento de nuevas líneas de investigación, en particular, las que atienden proyectos relacionados con la prevención de enfermedades por vías genéticas. Se ocupan con intensidad en conocer las causas de la discapacidad, de las malformaciones y del origen de enfermedades que pudieran prevenirse con la comprensión del genoma humano.

IV.4 La integralidad del sistema de salud en Cuba y su vínculo con la población como sujeto activo

El sistema de salud en Cuba es único, integral, regionalizado, con una estructura descentralizada en todas sus instancias y administrado por el Estado. Los tres niveles administrativos son el central o nacional, el provincial y el municipal (Álvarez y Máttar, 2004: 161). El Minsap es el órgano que cumple funciones rectoras, metodológicas, normativas, de coordinación y control. A éste se subordinan los centros universitarios, las instituciones de investigación y asistencia médica altamente especializada.

Las unidades dependientes de los gobiernos provinciales son: los hospitales provinciales e intermunicipales, los bancos de sangre, los centros provinciales de higiene y epidemiología, y los centros formadores de técnicos del nivel medio. Está representado por las Direcciones Provinciales de Salud Pública, subordinadas a las Asambleas Provinciales del Poder Popular. Entre las unidades subordinadas al nivel municipal se encuentran los policlínicos, consultorios y postas médicas, los hospitales municipales, locales y rurales, las unidades y

los centros municipales de higiene y epidemiología, las clínicas estomatológicas, instancias de asistencia social a ancianos e impedidos físicos, y los hogares maternos, entre otros. Éstos a su vez son representados por las Direcciones Municipales de Salud Pública, dependientes en orden administrativo y financiero de las Asambleas Municipales del Poder Popular.

Las áreas de salud, zonas geográficas institucionalizadas y regionalizadas asignadas a las direcciones municipales de salud, son regidas a través del policlínico como unidad básica. Incluyen un determinado número de consultorios del médico y la enfermera de la familia, que son atendidos por grupos básicos de trabajo. *La interrelación entre las unidades que ofrecen servicios de salud y otras instancias se logra mediante su regionalización escalonada. Esto permite restablecer una coordinación operativa entre los diferentes niveles de atención y facilita a su vez la referencia y contrarreferencia de pacientes y servicios* (Álvarez y Máttar, 2004: 162). Los programas integrados de salud hacen más eficiente el uso de los recursos, con una relación costo-eficacia mucho más beneficiosa. Se origina una mejor utilización del tiempo en el desempeño de las diferentes actividades que un mismo equipo de salud realiza, ya que suele evitarse la duplicación de actividades que inevitablemente generan los programas verticales.

La integralidad en los programas de salud al incrementar la coordinación, *permite un mayor y más racional uso de los recursos humanos y materiales; además favorecen la participación más organizada y consciente de la comunidad, permitiendo la necesaria fiscalización social de la gestión sanitaria y favoreciendo el enfrentamiento más resolutivo ante los diferentes problemas de salud. Igualmente, aumenta la satisfacción de la población, pues cuenta con una gama de servicios integrados en la gestión del equipo de salud que lo atiende, que es favorecido por una mayor personalización de la atención* (Presno, 2006).

Al fortalecerse los órganos locales de gobierno, el control se ha tornado más participativo y democrático pues es la misma población quien evalúa los procesos y resultados de los

servicios, con lo que el control popular se presenta como una forma para emprender el proceso de perfeccionamiento del sistema de salud. Esto se hizo más claro con la implementación del modelo del médico y la enfermera de la familia que permitió ampliar la cobertura, aumentar la capacidad de conocimiento sanitario de la población y perfeccionar las tecnologías de atención médica y de comunicación social, además de propiciar una mejor participación comunitaria (Álvarez y Máttar, 2004: 162-163). Una muestra del control sobre el sistema de salud cubano, se realiza a través de las comisiones de trabajo que funcionan en las diferentes instancias de gobierno, éstas se encargan de fiscalizar el comportamiento de la salud pública y emitir resoluciones que, con un abordaje intersectorial, permiten la solución de problemas que están estrechamente vinculadas al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población.

Otro tipo de control sobre el funcionamiento de las unidades e instituciones del sistema de salud es el ejercido por las organizaciones sociales a través de los Consejos de Salud que funcionan a nivel nacional, provincial y municipal. Estos consejos son realmente comisiones intersectoriales en las que participan representantes de los organismos estatales lo mismo que las organizaciones sociales (INIE, 2003 en Álvarez y Máttar, 2004: 163). Un fundamento clave en el control que ejercen los Consejos de Salud sobre cada uno de los niveles del sistema, es la movilización de recursos internos y externos. Los Consejos Populares también constituyen un medio de control ciudadano sobre los servicios de salud, en ellos colaboran médicos y enfermeras de la familia, otros especialistas y líderes formales e informales de las respectivas comunidades. La existencia de un sistema único e integral de salud pública en Cuba, ha permitido crear un escenario favorable en el cual organizaciones y otros sectores involucrados, tienen la responsabilidad social de integrarse y concentrar esfuerzos para alcanzar el bienestar y la calidad de vida que la sociedad demanda en ese ámbito.

Finalmente, las asambleas semestrales de rendición de cuentas (de los delegados a sus electores) de cada demarcación, son el escenario donde la población puede expresar su grado de satisfacción e insatisfacción con los servicios de salud recibidos. Del mismo

modo, en las reuniones periódicas de los Consejos Populares, se refuerza la participación y el control social sobre la calidad de los servicios de salud. También, diariamente se materializa el derecho individual a plantear quejas e insatisfacciones por los servicios de salud recibidos, a cualquier nivel del sistema. *Esta estructura integrada de los diferentes niveles de atención y de gobierno que trabajan en conjunto con otras ramas de la economía, ha permitido que la salud sea parte sustancial del desarrollo, vinculada a todos los aspectos de la vida humana como un bien universal, y cumplir así la meta de que la "Salud sea para todos"* (Álvarez y Máttar, 2004: 163).

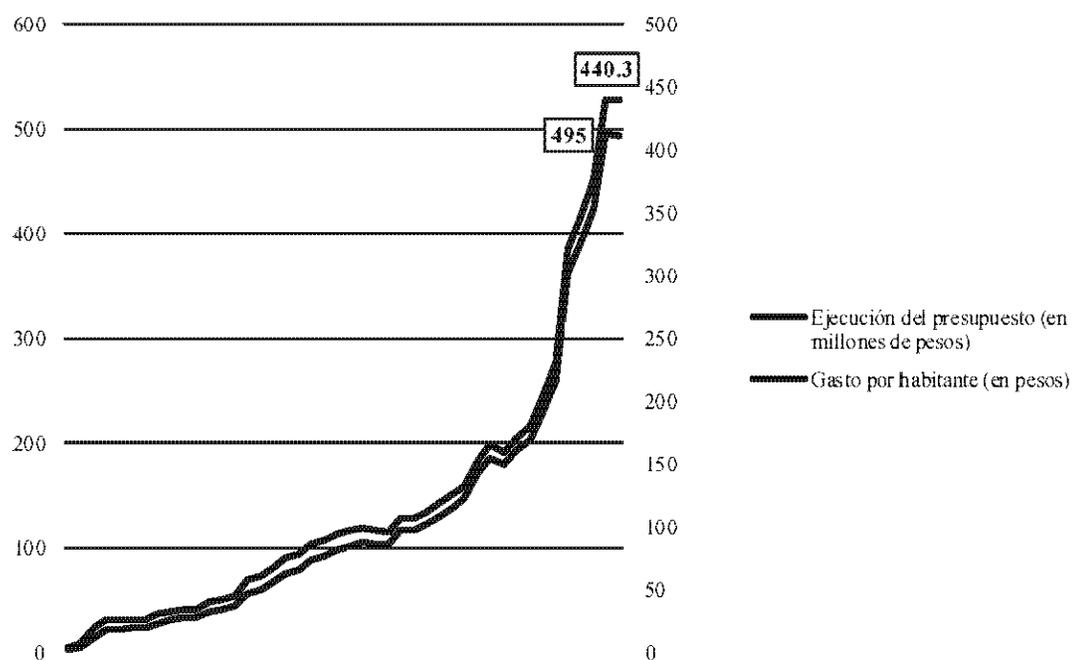
IV.5 Financiamiento de la salud pública

El financiamiento de los gastos del sistema de salud es garantizado por el Estado, el cual ofrece a la población servicios sin costo, que comprende *la asistencia hospitalaria, tanto a pacientes internados, como ambulatorios, incluyendo las tecnologías más complejas; la atención primaria en los policlínicos y Consultorios del Médico de la Familia, clínicas estomatológicas, hogares maternos, y otros, y abarca las actividades de promoción, prevención, curativas y de rehabilitación* (Ferriol, 2003: 48).

De la misma forma, la población recibe de forma gratuita todos los estudios de diagnóstico. Los medicamentos que se prescriben a pacientes hospitalizados y a pacientes ambulatorios, incluidos en programas especiales como los dirigidos a embarazadas, enfermedades oncológicas, tuberculosis y SIDA, también son entregados sin costo alguno. Los gastos que deben ser asumidos por los ingresos de las familias son los concernientes a medicamentos prescritos en la atención ambulatoria y de productos que no están comprendidos en los programas especiales referidos, tal es el caso de las prótesis auditivas, ortopédicas y estomatológicas, sillas de rueda, muletas, bastones y lentes. Se debe hacer mención, que en todos estos casos, los precios que la población debe pagar son bajos, y subsidiados por el Estado. Como complemento, la asistencia social proporciona ayudas monetarias y en especie a las familias de bajos ingresos, las cuales incluyen medicamentos, prótesis y otros artículos.

A pesar de la fuerte contracción de la economía cubana a mediados de los años noventa, los gastos sociales aumentaron. En particular, los gastos reales de salud, incrementándose en alrededor de 812 millones de pesos durante el periodo 1990-2000, y 3,081 para el periodo 2000-2010 (como se aprecia en la gráfica 2); es innegable la tendencia a incrementar el gasto público en salud por parte del Estado, con el objetivo de hacer frente a los problemas específicos del sector y no afectar la prestación del servicio. Se observa que, desde mediados de la década de los noventa, dicho gasto se incrementa sostenidamente, alcanzando 6.3% del PIB en 2002 y 10.6% en 2010, con lo que se confirma la prioridad dada al sector. De igual forma, el gasto en salud por habitante crece sostenidamente, pasó de 98.56 pesos en 1990 a 125.31 en el año 1997, de 230.64 en 2005 hasta alcanzar en 2010, 439.47 pesos. Hay que señalar que en 1959 este indicador era de sólo 3.72 pesos por habitante (tendencia que se muestra en la gráfica siguiente).

Gráfica 2. Ejecución del presupuesto y gasto por habitante, 1959, 1960, 1965, 1970-2010.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

El análisis por partidas de gastos –salarios y otros gastos-, a través del cual se puede apreciar que los salarios representan, durante el período 1997-2002, el 55% del total erogado en el sector. *No obstante, al igual que sucede con el personal docente, las remuneraciones que obtienen algunas ocupaciones en los servicios de salud resultan menores que la importancia decisiva que ellas tienen, cuestión a la que aún no se le ha encontrado solución* (Ferriol, 2003: 50).

A pesar de que existe un mecanismo de estimulación a través del sindicato de trabajadores de la salud, éste ha sido insuficiente, al igual que el sistema vigente de distinciones y condecoraciones por el Consejo de Estado de la República de Cuba. Álvarez y Máttar (2004: 173), señalan que *el sector requiere de un sistema de estimulación que valore más el trabajo que diariamente realiza el personal de salud cubano, de manera que el salario prestigie en mayor medida esta profesión*. Considerando que personal menos calificado que labora en el sector turismo, recibe salarios mucho mayores, en divisa, que los trabajadores de la salud o de cualquier otra área de total control estatal. Esta situación genera una fuerte tensión social. Por otro lado, para el período 1997-2002, *el análisis de los gastos en salud por niveles de atención muestra que 74% del gasto se concentra en hospitales y atención primaria, incluidos los policlínicos y los consultorios del médico de la familia. Esta estructura se mantiene durante el periodo con un cambio relativo a favor de la atención primaria* (Álvarez y Máttar, 2004: 173-174).

La cooperación técnica que brinda la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-OMS a Cuba ascendió, durante el periodo comprendido de 1998 a 2002, en más de seis millones de dólares, dirigidos al desarrollo de tres procesos estratégicos: la descentralización, la intersectorialidad y la movilización de recursos. En 1996 dio inicio la cooperación técnica descentralizada, si en 1996 participan seis municipios del país, para 2004 suman 60 municipios. Básicamente está dirigida a la capacitación de recursos humanos del sector en las comunidades, elaborar proyectos y movilizar recursos internos y externos con amplia participación social y comunitaria. *En el área de fortalecimiento del sistema de salud, la cooperación ha estado dirigida a los temas de vigilancia, análisis de la situación y*

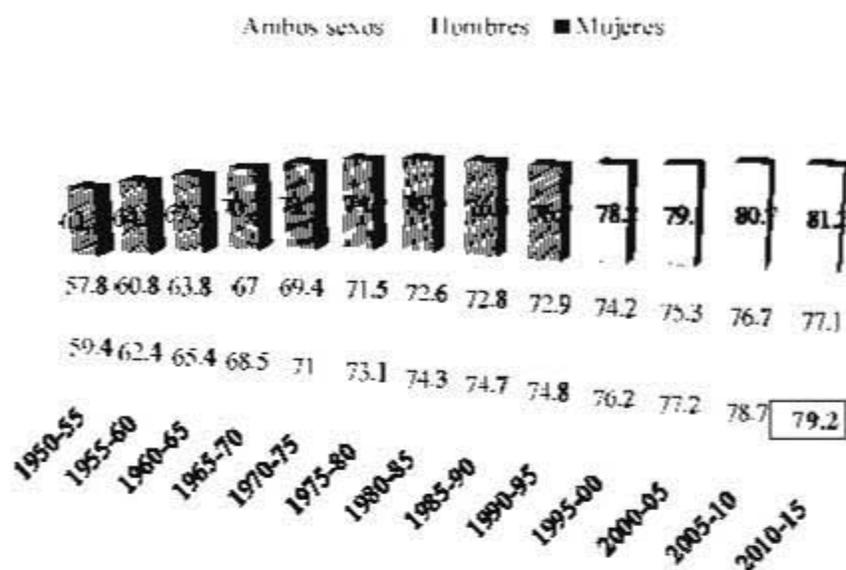
tendencia en salud, estadísticas, higiene, epidemiología y desarrollo de los recursos humanos (Álvarez y Máttar, 2004: 174).

Con carácter extrapresupuestario ambas organizaciones internacionales apoyan el proyecto de atención primaria ambiental y el proyecto de municipios productivos, ambos proyectos locales, además de otras actividades complementarias orientadas a la organización de actividades internacionales en Cuba, promover la participación de especialistas cubanos en encuentros internacionales, ofrecer becas y asesorías en otros países y contratar asesores extranjeros para apoyar el desarrollo del sistema de salud. Es importante hacer mención, que existe un convenio tripartito entre la ONG norteamericana Global Links, el Gobierno de Cuba y la OPS/OMS para enviar donativos a Cuba, que durante el periodo 1998-2002 fueron valorados en más de 12 millones de dólares. Estas donaciones consisten fundamentalmente en medicamentos, equipos y mobiliario médico.

IV.6 Panorama general de la salud en Cuba

Para 2010 la población cubana se integraba por 11 millones 236 mil 336 habitantes, distribuidos en 15 provincias y el municipio especial Isla de la Juventud, con un 75% de ella que reside en la zona urbana y un 17.6% con 60 años o más de edad. La esperanza de vida al nacer para ese mismo año es de 78.7 años, con una sobrevivencia femenina de 4 años (véase la evolución en el gráfico subsiguiente).

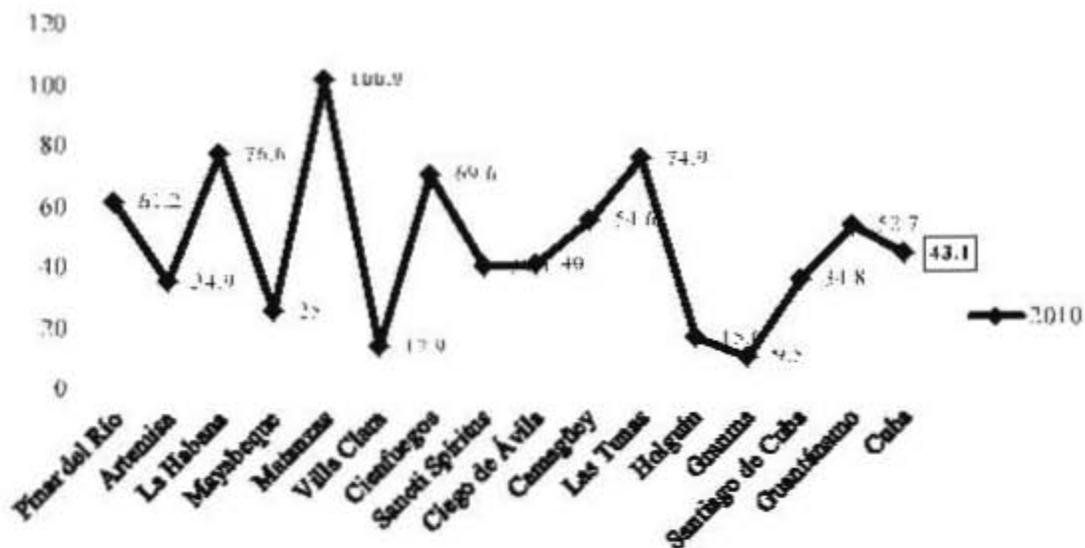
Gráfica 3. Esperanza de vida, 1950-2015.



Fuente: Elaboración propia con datos de CTPAL.

Al cierre del mismo año, la situación de salud del país se caracterizó por un incremento en la mortalidad general y en consecuencia, en sus diez primeras causas, a excepción de la mortalidad por accidentes, un aumento de los años de vida potencial perdidos, baja mortalidad por enfermedades infecciosas, elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, una estable y aún elevada tasa de mortalidad materna en que prevalecen las causas directas, y la más baja tasa de mortalidad infantil de la historia (Minsap, 2010: 9).

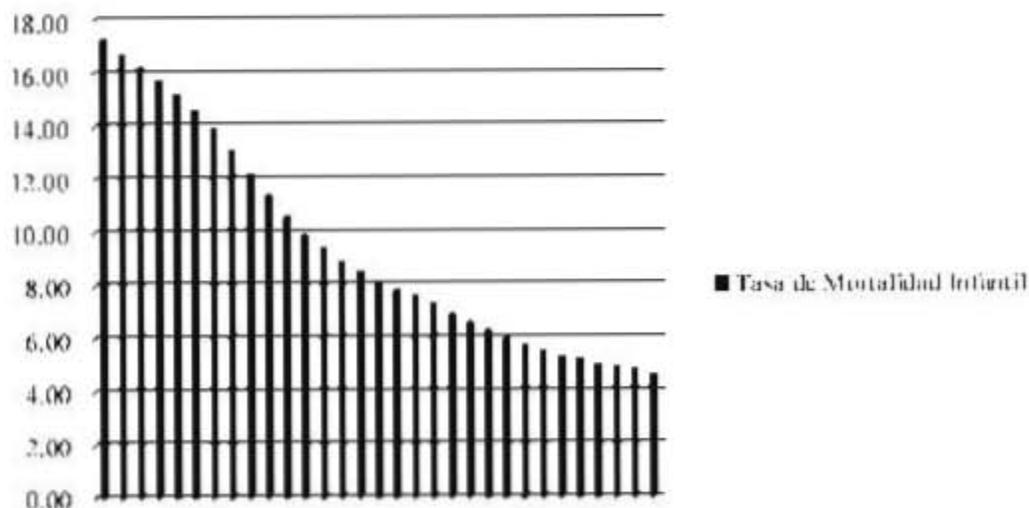
Gráfica 4. Tasa de mortalidad materna por provincia, 2010.



Nota: Para Villa Clara y Cienfuegos el dato es de 2005. No se encuentra dato disponible para la Isla de la Juventud.

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010. Minsap.

Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil, 1980-2010.

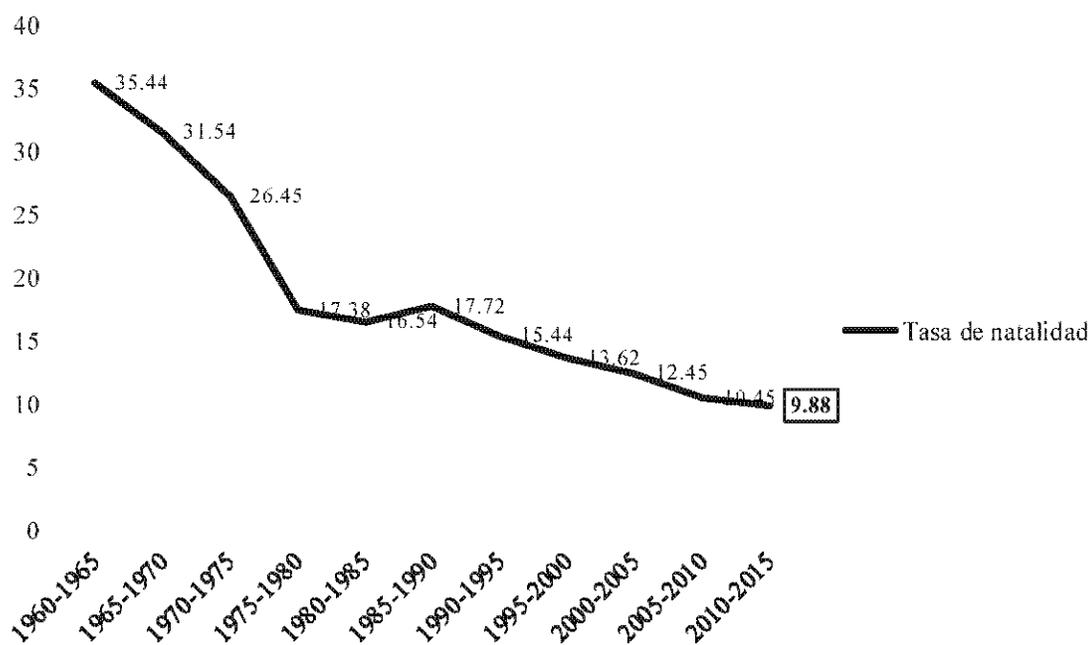


Fuente: Elaboración propia con datos de CIPAL.

Para el año 2010, los niveles de reproducción de la población son bajos, disminuyen los nacimientos en 2 mil 290 con respecto al 2009 situándose la tasa de natalidad en 11 nacimientos por cada mil habitantes, cifras más elevada en la provincias de Santiago de Cuba y Guantánamo, la tasa de fecundidad general es de 43.4 nacimientos por mil mujeres en edad reproductiva y un promedio de 1.70 hijos por mujer (Minsap, 2010).

En términos de la mortalidad, para 2010 la tasa cruda de mortalidad general es de 8.1 por cada mil habitantes, misma que al ser ajustada por edad decrece a 4.6 defunciones por cada mil habitantes, semejante a los años 2008 y 2009, y como resultado del veloz ritmo de envejecimiento poblacional a que se asiste en la dinámica demográfica cubana, así, el mayor incremento de las defunciones se produce en la población de 65 años y más (Minsap, 2010: 9).

Gráfica 6. Tasa bruta de natalidad, 1960-2015.



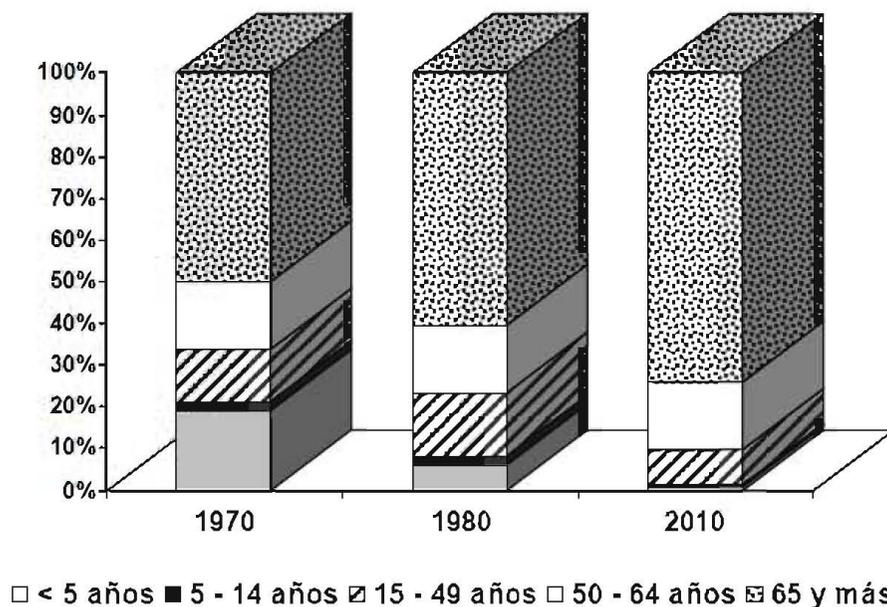
Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL.

Cuadro 3. Indicadores demográficos seleccionados, 1970, 1990, 2000, 2010.

Indicador	1970	1990	2000	2010
Densidad de población (habitantes/km ²)	77.3	96.5	101.2	102.3
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	3.7	1.83	1.58	1.7
Tasa bruta de reproducción (hijas por mujer)	1.8	0.89	0.76	0.83
Porcentaje de adulto mayor en la población	9	11.9	12.9	17.6
Relación de masculinidad (hombres por mil mujeres)	1 052	1 013	1 082	1 003
Porcentaje de población urbana	60.5	73.9	75.3	75.4

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud, 2010.

Gráfica 7. Mortalidad proporcional según grupo de edad, 1970, 1980 y 2010.

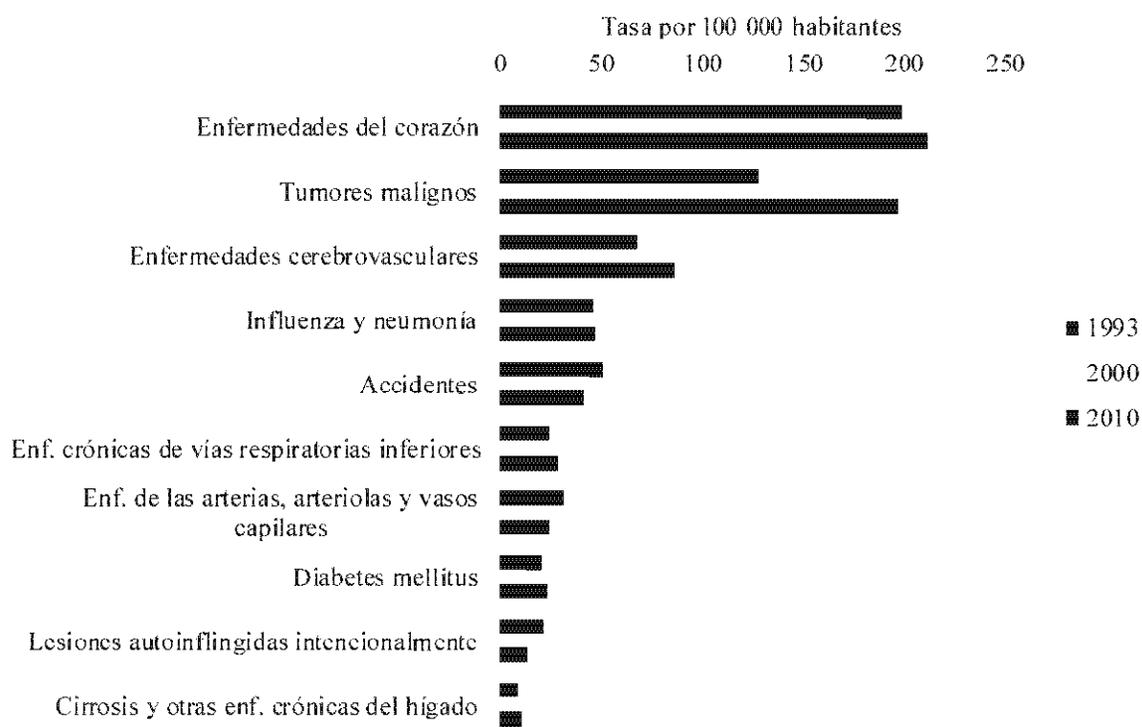


Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2010.

Cuba muestra un cuadro epidemiológico similar al de los denominados países desarrollados. Las principales causas de muerte son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, la influenza y neumonía y los

accidentes, ellas concentran el 72% del total de las defunciones en 2010. La tendencia de estas tasas de mortalidad ajustadas por edad es decreciente, excepto para el cáncer, la influenza y neumonía.

Gráfica 8. Principales causas de muerte de todas las edades (ambos sexos), 1993, 2000 y 2010.



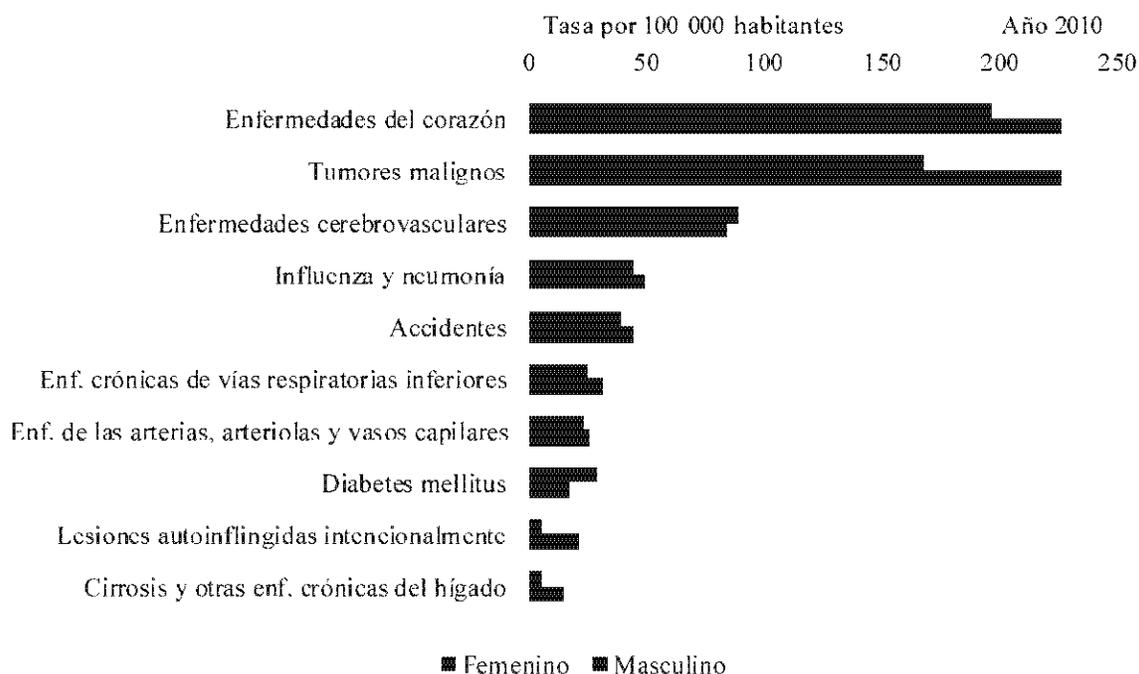
Nota: En la mortalidad por Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado no se incluye la hepatitis viral crónica desde el año 2001.

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

Los incrementos mayores en las tasas de mortalidad y de años de vida potencial perdidos, se producen para las enfermedades del corazón y tumores malignos, más para el caso de las primeras, mientras los tumores malignos desplazan al segundo lugar a las enfermedades del corazón, cuando se cuantifican los años que dejan de vivir los cubanos por la causa que mueren.

Las muertes por afecciones cardíacas son explicadas en un 80% por la enfermedad isquémica y la enfermedad hipertensiva, ambas aumentan sus tasas de mortalidad en un 5% y un 14%, respectivamente. La tasa de mortalidad por tumores malignos se incrementa en un 4%, con tasas más altas para tumores de tráquea, bronquios y pulmón, próstata y mama de mujer, que en conjunto concentran el 42% de las muertes por cáncer. La tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular se incrementó en un 4%. La mortalidad por enfermedad cerebrovascular oclusiva supera a las hemorrágicas y se eleva en un 9% en 2010. Por otro lado, se reduce la tasa de mortalidad por accidentes en un 3% y el riesgo de morir por enfermedades de las vías respiratorias inferiores se incrementó en un 1%; por el contrario, en este grupo se redujo en un 12% la mortalidad por asma bronquial (Minsap, 2010).

Gráfica 9. Principales causas de muerte según sexo, 2010.

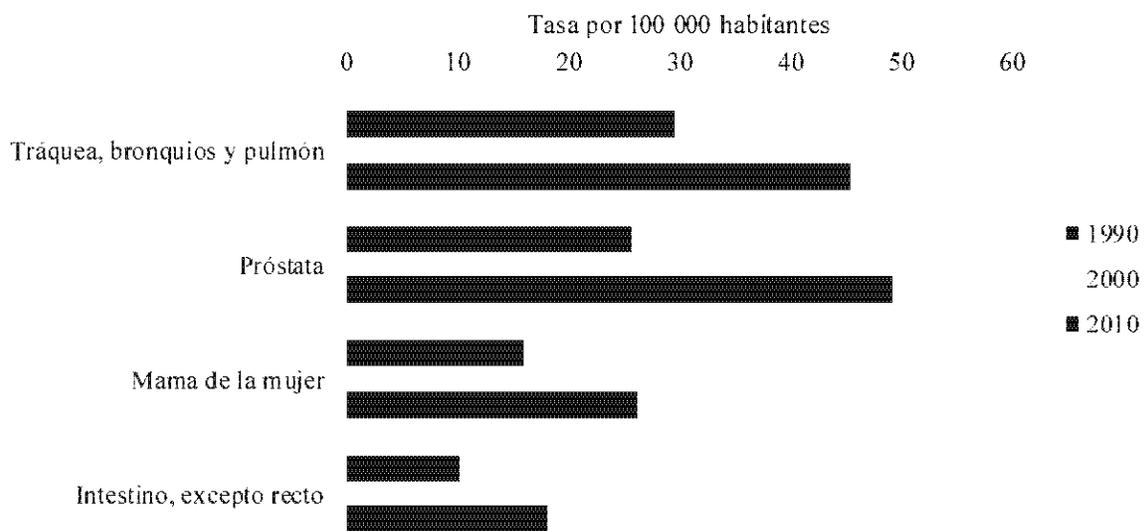


Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

Para 1990 y 2010, las tasas más elevadas de incidencia de cáncer en los hombres, se encuentran en bronquios y pulmón, seguido de piel y próstata, mientras que para 1990 en

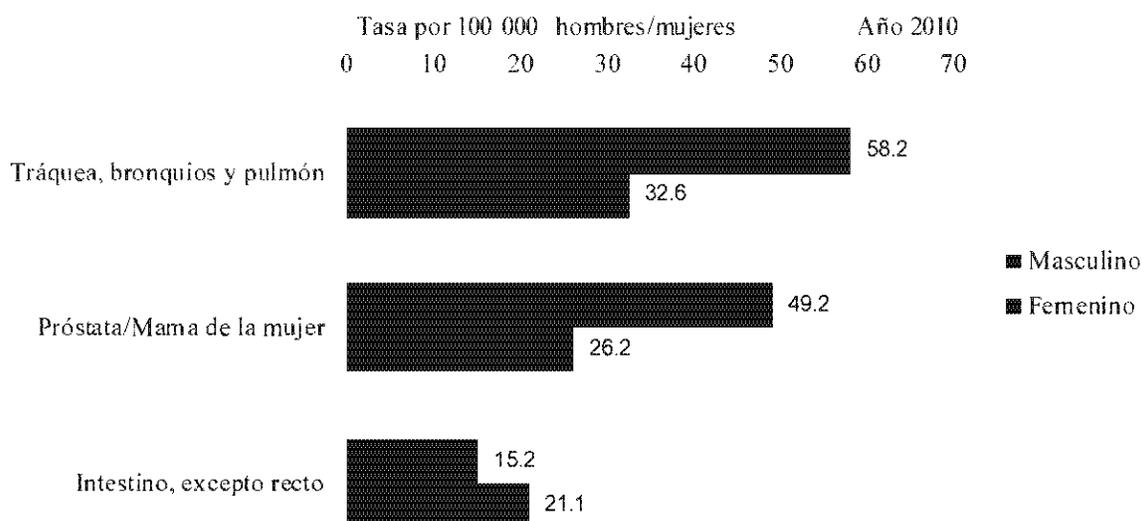
mujeres, las tasas más elevadas son en cáncer de mama, piel, luego bronquios y pulmón, y para 2010, se registra una mayor incidencia en cáncer de bronquios y piel, seguido del cáncer de mama. En los menores de quince años, las tasas más altas de incidencia de cáncer correspondieron a la leucemia y posteriormente linfomas. En la morbilidad hospitalaria, las enfermedades del sistema respiratorio ocasionaron el mayor porcentaje de ingresos, después las enfermedades del sistema circulatorio y embarazos, parto y puerperio.

Gráfica 10. Mortalidad por algunos tumores malignos, 1990, 2000 y 2010.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

Gráfica 11. Mortalidad por tumores malignos en el sexo masculino y femenino, según principales localizaciones, 2010.



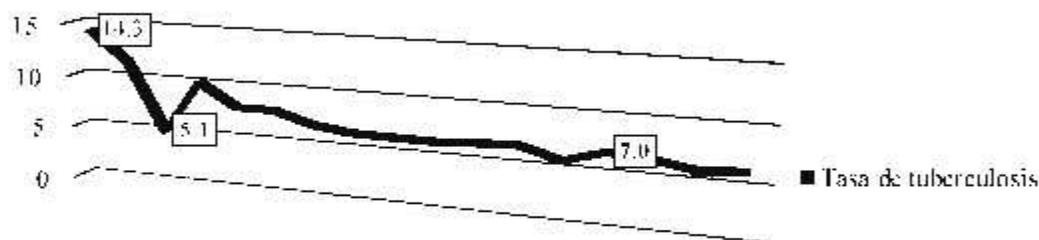
Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

Han sido eliminadas 15 enfermedades infecciosas y otras ocho no constituyen problemas de salud por presentar tasas menores a 0.1 por cada 100 mil habitantes; la leptospirosis, la lepra y la brucelosis mantienen baja incidencia. Aumentó la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 5.9 a 7.0 por cada 100 mil habitantes y aumentó la investigación de VIH/SIDA con más de 2 millones de pruebas, de ellas el 42% con conducta sexual de riesgo. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el asma bronquial presentan alta prevalencia en la población, las dos primeras, en la población adulta y adulta mayor con desventaja para la mujer.

Por último, en 2015, Cuba ha sido el primer país del mundo en haber eliminado la transmisión del virus de VIH/SIDA y de la sífilis de madre a hijo (INFOMED, 2015). La OPS/OMS trabaja con Cuba y otros países de América desde 2010, en la implementación de una iniciativa para eliminar la transmisión de madre a hijo del VIH y la sífilis. Cuba ha asegurado el acceso temprano a la atención prenatal, a las pruebas para detectar el VIH y la sífilis tanto para las embarazadas como sus parejas, ha provisto el tratamiento para las

mujeres que dan positivo y sus bebés, en la sustitución de la lactancia materna y la prevención del VIH y de la sífilis antes y durante el embarazo a través del uso de preservativos y otras medidas de prevención. Estos servicios se ofrecen como parte de un sistema en el que los programas de salud materno-infantil se integran con los programas para el VIH y las infecciones de transmisión sexual. *El éxito de Cuba demuestra que el acceso universal y la cobertura universal de salud son factibles y de hecho son la clave del éxito, incluso en contra de desafíos tan complejos como el VIH* (OMS, 2015b), afirmó Carissa F. Etienne, Directora de la OPS.

Gráfica 12. Incidencia de tuberculosis, varios años.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

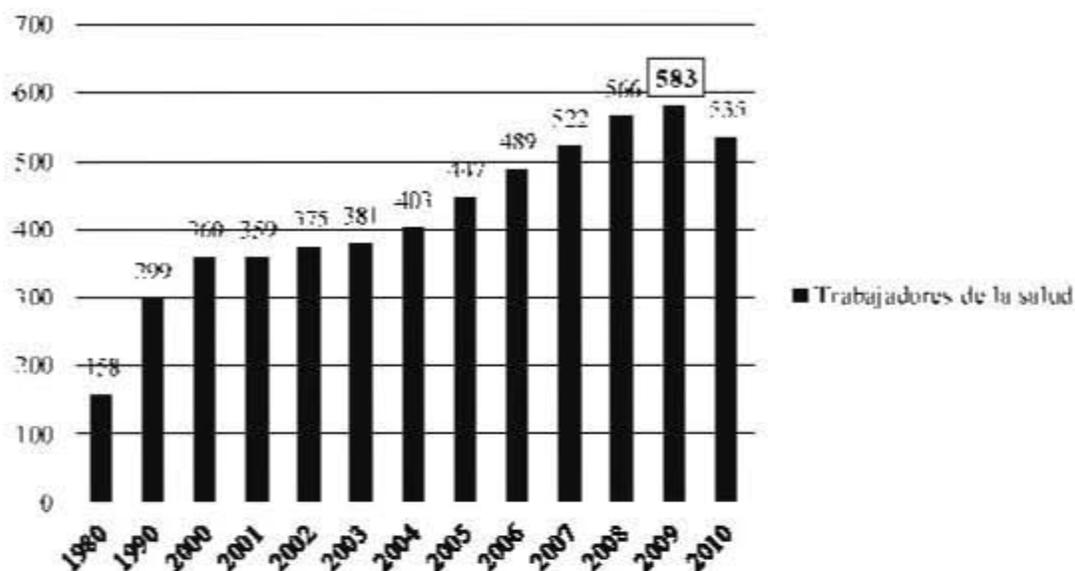
Entre las principales enfermedades de declaración obligatoria están las respiratorias agudas, las diarreas agudas, y las infecciones de transmisión sexual. En estos momentos el país ha logrado la eliminación de 10 enfermedades prevenibles por vacunas, las cuales antes de 1959 constituían un grave problema de salud, entre ellas, la poliomielitis, el sarampión, la tosferina, y la rubéola.

IV.7 Recursos humanos y materiales de salud pública

Aun cuando se ha ampliado la presencia de agentes no estatales, entre ellas empresas extranjeras y mixtas, existe una activa participación del Estado en la conducción de la economía. *En el sector estatal se produjeron importantes cambios dirigidos a la descentralización y a la separación de las funciones estatales respecto a la gestión administrativa directa, y está en marcha un proceso que en esencia promueve la autonomía empresarial y la creación de condiciones para una mayor eficiencia y competitividad. A este proceso de mejoramiento de la gestión empresarial está incorporada la actividad de agua y saneamiento. En los servicios de educación y salud sólo participan agentes estatales, para garantizar sistemas de atención única, universal, accesible y de calidad uniforme para todos* (Ferriol, 2003: 26). Así se observa en el caso de la prestación de los servicios de salud, como en la formación de los recursos humanos y materiales.

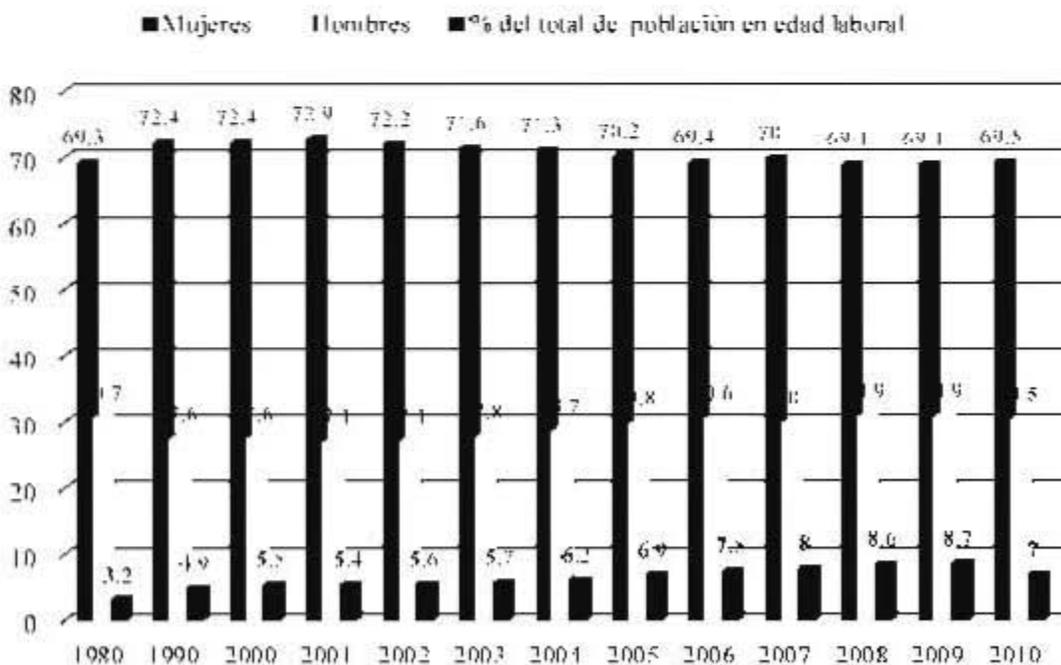
El Sistema Nacional de Salud cuenta con una amplia red de servicios en más de 18 000 instituciones. Para el año 2010, éste proporciona empleo a alrededor de 535 305 trabajadores, cuya cifra corresponde al 7% del total de la población en edad laboral, del cual el 69% son mujeres; para 1980, el sector salud proporcionaba empleo a 157 933 trabajadores, que representaban el 3.2% del total de la población en edad laboral, y de éstos, el 69.3% pertenecía al sexo femenino. Estos datos reflejan el crecimiento, y por ende, la importancia que ha cobrado el sector salud fundamentalmente en los últimos 30 años (como se muestra en las gráficas siguientes).

Gráfica 13. Trabajadores de salud, 1980, 1990 y 2000-2010.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010. Minsap.

Gráfica 14. Trabajadores de salud según sexo y porcentaje de la población en edad laboral, 1980, 1990 y 2000-2010.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010. Minsap.

Al cierre del año 2010, se reportó que la red hospitalaria aportaba un total de 117 807 camas para la asistencia médica y social, con una proporción de 5.9 camas por cada 1 000 habitantes, 4.6 y 1.3 de forma desagregada, respectivamente. En 1980, había 641 habitantes por médico, y 2 682 habitantes por cada estomatólogo, para 2010 las cifras se valoran en 145 y 925, respectivamente (como se muestra en el cuadro siguiente). Estos indicadores reflejan en buena medida el aumento de la cobertura y eficacia en los servicios.

Cuadro 4. Médicos y estomatólogos en 1975, 1980, 1985, 1990–2010 y según provincia, 2010.

Año	Total	Médicos		Total	Estomatólogos	
		Por 10 000 hab	Hab por médico		Por 10 000 hab	Hab por estomatólogo
1975	9 348	10	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
1991	42 634	39.9	251	7 515	7	1 423
1992	46 860	43.3	231	8 057	7.4	1 343
1993	51 045	46.7	214	8 531	7.8	1 280
1994	54 065	49.3	203	8 834	8.1	1 241
1995	56 836	51.8	193	9 148	8.3	1 200
1996	60 129	54.6	183	9 600	8.7	1 146
1997	62 624	56.8	176	9 816	8.9	1 124
1998	63 483	57.1	175	9 873	8.9	1 126
1999	64 863	58.2	172	9 918	8.9	1 123
2000	65 997	59	170	9 917	8.9	1 128
2001	66 325	59.1	169	9 877	8.8	1 137
2002	67 079	59.6	168	9 955	8.8	1 130
2003	68 017	60.4	165	10 167	9	1 107
2004	69 713	62	161	10 452	9.3	1 075
2005	70 594	62.7	159	10 554	9.4	1 066
2006	71 489	63.4	158	10 751	9.5	1 049
2007	72 416	64.4	155	10 887	9.7	1 032
2008	74 552	66.3	151	11 234	10	1 000
2009	74 880	66.6	150	11 572	10.3	971
2010	76 506	68.1	147	12 144	10.8	925
2010 según provincia						
Pinar del Río	3 644	61.5	163	620	10.5	955

Año	Médicos			Estomatólogos		
	Total	Por 10 000 hab	Hab por médico	Total	Por 10 000 hab	Hab por estomatólogo
Artemisa	2 138	42.4	236	370	7.3	1 363
La Habana	20 680	96.9	103	2 934	13.7	727
Mayabeque	1 746	45.6	219	393	10.3	974
Matanzas	3 987	57.7	173	718	10.4	963
Villa Clara	5 415	67.5	148	799	10	1 004
Cienfuegos	2 654	65.4	153	430	10.6	944
Sancti Spiritus	3 029	65.1	154	490	10.5	950
Ciego de Ávila	2 836	66.9	149	417	9.8	1 016
Camagüey	5 048	64.7	155	820	10.5	952
Las Tunas	2 915	54.4	184	470	8.8	1 141
Holguín	5 920	57	175	889	8.6	1 168
Granma	5 029	60.1	166	826	9.9	1 012
Stgo. de Cuba	7 543	72.1	139	1 352	12.9	774
Guantánamo	3 388	66.3	151	498	9.7	1 026
Isla de la Juv.	534	62.1	161	118	13.7	729

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2010 (Registro de Profesionales de la Salud, Minsap).

El sistema posee 215 hospitales, 14 institutos de investigación, 488 policlínicos, y 158 clínicas estomatológicas. Adicionalmente, 336 hogares maternos, 26 bancos de sangre, 389 hogares de ancianos y casas de abuelos, 34 hogares de impedidos físicos (Minsap, 2010). Como puede apreciarse en el siguiente cuadro, las unidades de servicio del Minsap se distribuyen a lo largo de todo el país.

Cuadro 5. Unidades según tipo y provincia, 2010.

Tipo de unidad	Cuba	Pinar del Río	Artemisa	La Habana*	Mayabeque	Matanzas	Villa Clara	Cienfuegos	Sancti Spiritus
Hospitales:									
	<i>Asistencia Médica</i>								
Generales	82	5	6	3	3	4	5	2	7
Clínicos Quirúrgicos	34	3		14		3	3		1
Pediátricos	25	1		8		1	1	1	1
Ginecobstétricos	12			4	1	1	1		
Materno Infantiles	10	3		2					1
Rurales	16	1							7
Oncológicos	2								
Ortopédicos	2			2					
Psiquiátricos	23	1		5	1	1	1	1	3
Cardiocentro	2			1			1		
Centro de Cirugía Endoscópica	1			1					
Oftalmológicos	1			1					
Antituberculosos	1			1					
Antileprosos	1			1					
Rehabilitación	3			2					1
Total Hospitales	215	14	6	45	5	10	12	4	21
Institutos de Investigación	14			14					
Clínicas de Retinosis Pigmentaria	8							1	1
Policlínicos	488	20	21	83	22	40	43	22	17
De ellos con camas	75	2	1	1	1		12	2	7
Clínicas Estomatológicas	158	8	10	31	11	12	13	7	9
Puestos Médicos	134	17	19		25	4	7		23
Hogares Maternos	336	20	14	29	13	17	25	20	10
Bancos de Sangre	26	1		3	2	2	1	1	1
	<i>Asistencia Social</i>								
Hogares de Ancianos	155	1	5	37	5	11	18	3	12
Casas de Abuelos	234	12	7	25	10	25	23	27	8
Hogares de Impedidos	34	1	1	14	1	2	3	1	2

* Incluye unidades de subordinación nacional.

Nota: Incluye hospitales militares e instituciones privadas.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2010 (Registros administrativos de la Dirección Nacional de Planificación y Economía, Minsap).

Cuadro 5. Unidades según tipo y provincia, 2010 (continuación).

Tipo de unidad	Ciego de Ávila	Camagüey	Las Tunas	Holguín	Granma	Stgo. de Cuba	Guantánamo	Isla de la Juv.
Hospitales:								
<i>Asistencia Médica</i>								
Generales	2	6	7	14	10	5	2	1
Clínicos Quirúrgicos		2		3	1	4		
Pediátricos		2	2	2	2	3	1	
Ginecobstétricos		1			1	3		
Materno Infantiles		1		1	1		1	
Rurales		2			3	3		
Oncológicos		1				1		
Ortopédicos								
Psiquiátricos	1	1	1	3	1	1	1	1
Cardiocentro								
Centro de Cirugía Endoscópica								
Oftalmológicos								
Antituberculosos								
Antileprosos								
Rehabilitación								
Total Hospitales	3	16	10	23	19	20	5	2
Institutos de Investigación								
Clínicas de Retinosis Pigmentaria	1		1	1	1	1	1	
Policlínicos	20	32	16	46	29	47	26	4
De ellos con camas	2	13	3	5	5	7	9	4
Clínicas Estomatológicas	6	15	3	13	5	10	4	1
Puestos Médicos	15	7	8		2	4	3	
Hogares Maternos	43	19	18	36	22	34	14	2
Bancos de Sangre	1	1	1	4	3	2	2	1
<i>Asistencia Social</i>								
Hogares de Ancianos	7	13	10	7	7	11	6	2
Casas de Abuelos	13	20	7	16	15	14	10	2
Hogares de Impedidos	1	1	2	1		2	1	1

Nota: Incluye hospitales militares e instituciones privadas.

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2010 (Registros administrativos de la Dirección Nacional de Planificación y Economía, Minsap).

El acceso a los servicios médicos está garantizado, en el nivel primario de salud existen 36 478 médicos de la familia y 11 466 consultorios de médicos y enfermeras de la familia (como se aprecia en la tabla sucesiva). Actualmente en Cuba existen hospitales, policlínicos y postas médicas rurales, que permiten ofrecer un servicio de calidad a la población que reside en las zonas más apartadas del país. El sistema de distribución de los egresados de

nivel superior, permite ubicar a jóvenes médicos por un período de 2 años en dichas localidades.

Cuadro 6. Médicos de la familia, cobertura y número de consultorios según provincia, 2010.

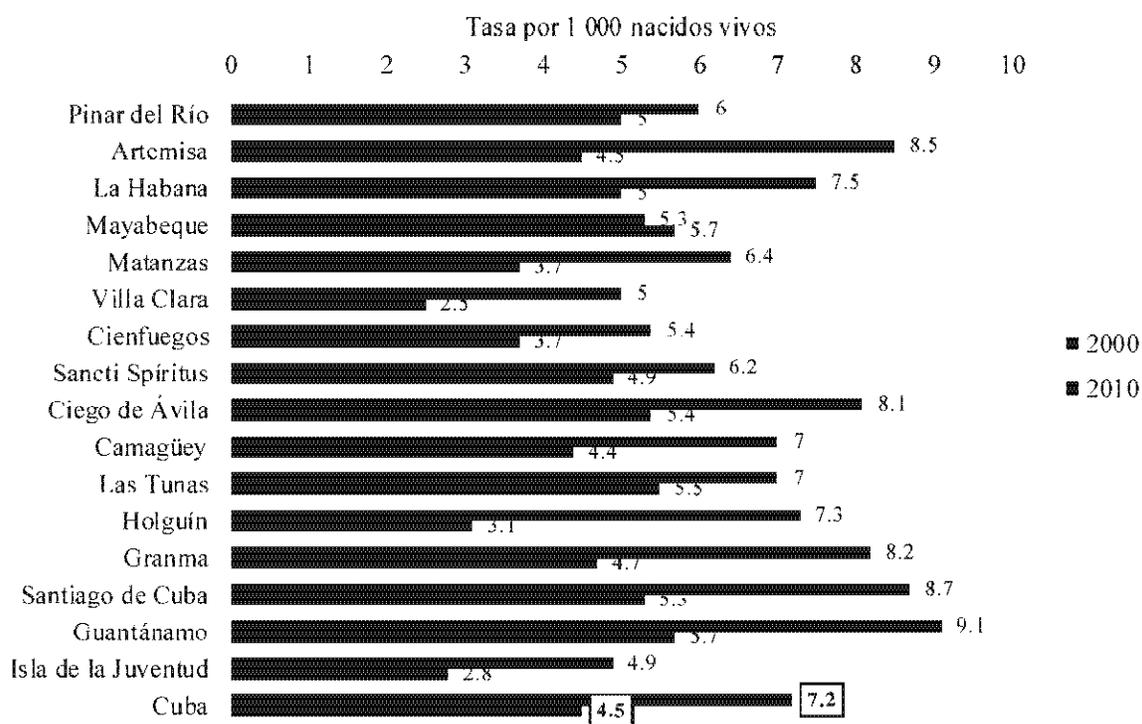
Provincia	Total de médicos de la familia	Porcentaje de cobertura	Número de consultorios del médico y enfermera de la familia
Pinar del Río	1 756	100	628
Artemisa	1 136	100	451
La Habana	5 636	100	1 961
Mayabeque	1 411	100	343
Matanzas	1 813	100	644
Villa Clara	2 961	100	385
Cienfuegos	1 364	100	871
Sancti Spíritus	1 662	100	555
Ciego de Ávila	1 478	100	461
Camagüey	2 736	100	708
Las Tunas	1 458	100	552
Holguín	2 948	100	895
Granma	3 376	100	1 096
Stgo. de Cuba	4 173	100	1 186
Guantánamo	2 296	100	644
Isla de la Juv.	274	100	86
Total	36 478	100	11 466

Fuente: Anuario Estadístico de Salud, 2010 (Registro de profesionales de la salud y Dirección Nacional de Atención Primaria en Salud).

Así pues, ni el género, color de piel, edad, condición física o económica de la población marcan diferencias en cuanto al acceso y utilización de los diferentes servicios de salud que se ofrece a la sociedad cubana. La disposición de ingresos en divisas ha creado desigualdad en otros aspectos del nivel de vida, pero no se encuentra registro de exclusión al recibir atención en cualquiera de las unidades de salud del país, incluyendo servicios altamente especializados, tal es el caso de los trasplantes.

Una aproximación a la equidad en la salud de los ciudadanos, se obtiene al analizar por territorios los indicadores antes señalados. *La esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil y del menor de 5 años, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer, y la mortalidad por enfermedades infecciosas por provincias muestran poca dispersión respecto a la media nacional. Las principales causas de muerte son muy similares a largo de todo el territorio* (Ferriol, 2003: 47). Un ejemplo de lo citado, puede observarse en la gráfica 15 que se presenta a continuación.

Gráfica 15. Mortalidad infantil según provincia, 2000 y 2010.



Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Salud 2010, Minsap.

La elevada prioridad brindada al sector salud en el presupuesto público, la atención que se brinda a la formación del personal médico y técnico, el control y la evaluación permanente de su funcionamiento explican los favorables resultados que se obtienen. A ese respecto, numerosas son las diferencias con la medicina previa a la Revolución, por ejemplo: *las clases de los estudiantes de medicina eran masivas y se impartían conferencias a cientos*

de alumnos; las prácticas eran insuficientes en los programas de estudio y había una ausencia casi total de elementos de las ciencias básicas. Existía una gran posibilidad de terminar la carrera sin haber examinado un enfermo directamente o asistir a un parto. Los programas estaban dirigidos fundamentalmente a la acción curativa del paciente y al ejercicio privado de la profesión, alejados totalmente de los problemas de salud que afectaban a la población del país. La palabra prevención apenas se nombraba en esa época. El promedio de graduados en esos tiempos era de 300 médicos y 30 estomatólogos por año (Castro, 2005 en Pérez y Luis, 2010: 108).

En la actualidad, la formación teórica y práctica supera considerablemente a sus antecedentes. Si antes sólo se podía contar con un hospital docente, actualmente todos los hospitales del país son docentes. También los policlínicos actúan como sedes de formación de médicos. Asimismo, la existencia de medios audiovisuales y programa interactivos de computación, además de la presencia de decenas de especialistas (Máster y Doctores en Ciencias) que perfeccionan y enriquecen la formación del estudiantado. Se les instruye en ciencias básicas y en las diversas determinantes de la salud de la población; el carácter de la medicina es preventivo. Los estudiantes realizan prácticas médicas durante su carrera, que implica tener contacto directo con el enfermo y adquirir la experiencia necesaria al lado de sus profesores. Además de la peculiaridad de que en Cuba, *el médico y la enfermera son también el amigo y vecino de la familia* (Pérez y Luis, 2010: 109).

En términos de los recursos humanos de salud, la cantidad de éstos *depende del plan de formación por especialidad, que se corresponde con las necesidades del país a partir del análisis de la situación de salud de la población y las demandas de especialistas por territorio, la introducción de nuevas tecnologías, así como la disponibilidad, a partir de los que ejercen* (Pérez y Luis, 2010: 109). La cantidad y calidad de los recursos humanos, resulta decisivo para el buen funcionamiento de cualquier sistema de salud. A partir del año 2000, se inicia la implementación de un conjunto de transformaciones orientadas a mejorar la eficiencia interna, aumentar la calidad de las prestaciones médicas y garantizar una atención personalizada en materia de salud a escala comunitaria. La estrategia ha sido

elevar la calidad de vida de la población con relativamente bajos costos, mediante la descentralización de los servicios de salud para aproximarlos al paciente; situación que precisa un número mayor de médicos, enfermeras, estomatólogos, tecnólogos, entre otros especialistas del campo de la salud. Por consiguiente, Cuba muestra una tendencia creciente en las matrículas de las carreras relacionadas con las ciencias médicas, misma que si bien comienza desde el triunfo de la Revolución, ésta no se ha detenido ante los requerimientos que prevé el perfeccionamiento del sistema nacional de salud y de las exigencias que, durante la década de los noventa, derivaron de pensar y respaldarse en el sector salud como un eje estratégico dentro del modelo de desarrollo cubano.

Dentro del total de programas que se ejecutaron, los relacionados con los recursos de la salud tuvieron una alta prioridad, por un lado los programas dirigidos a la formación de recursos humanos de salud, por otro, los programas orientados a utilizar los recursos humanos disponibles en el país. Entre los primeros se encuentra el programa Formación emergente de enfermeras (os), Curso de perfeccionamiento médico, Programa de docencia médica, Desarrollo de la Genética, Formación de técnicos básicos en la salud, Programa de formación del nuevo médico latinoamericano, Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), Programa de becas, Programa de Cuba en la lucha contra el VIH/SIDA; para los segundos, el Programa Integral de Salud para América Latina, el Caribe y África, Proyecto de investigación educativa radial con las brigadas médicas del PIS, Organismos del Sistema de Naciones Unidas, Brigadas de emergencia, Destacamento Henry Reeve, Programa especial de colaboración con Venezuela, Programa Barrio Adentro, Operación Milagro (Pérez y Luis, 2010: 102-107).

Ahora bien, *la matrícula universitaria relativa a las Ciencias Médicas ascendió a más de 188 500 alumnos durante el curso escolar 2008-2009, la cual ha tenido un incremento sustancial. Por ejemplo, implicó sentar en las aulas más de cuatro veces los alumnos que se formaban durante el curso 2003-2004* (Pérez y Luis, 2010: 110). Con respecto a los graduados de nivel superior en las carreras de Ciencias Médicas (Medicina, Estomatología, Enfermería, Tecnología), de 1959 a 1989, ascendió a un total de 45 914 graduados, para el

período 1990-2000 éste correspondió a 64 401, en 2001-2007 la suma fue de 38 139, sin embargo, sólo para el ciclo 2008-2009, éste ascendió a 24 441 (Anuario Estadístico de Salud, 2008 en Pérez y Luis, 2010: 114). Es meritorio que tan sólo en la década de 1990-2000, en pleno Período especial y en la naciente fase de reanimación económica, se haya alcanzado el 37% del total de graduados en Ciencias Médicas hasta 2009, además del 40% de los médicos para el mismo año de referencia. Durante la primera década del año 2000, la formación en Enfermería y Tecnología de la Salud fueron programas claves en las transformaciones del sistema de salud cubano. Principalmente, la carrera de Tecnología alcanzó matrículas muy elevadas, no observadas en períodos precedentes. En 2008-2009, se obtuvo una matrícula que concierne al 45.8% de la matrícula total en Ciencias Médicas, por encima del 43.3% que en 2003-2005 constituía únicamente la de Medicina.

Para la formación de los recursos humanos de salud, se dispone en el país de 77 Centros de Educación Superior, los cuales se distribuyen de forma equitativa en el territorio nacional. En correspondencia al incremento de matrículas, sólo durante 2008-2009 se abrieron al estudiantado 24 Facultades de Medicina, 30 filiales de Ciencias Médicas, 4 Institutos Superiores de Ciencias Médicas, 4 Facultades de Estomatología, 4 de Enfermería y 4 de Tecnología de la Salud. Por otro lado, funcionan 169 sedes universitarias municipales y 2 243 se clasifican como “otras sedes universitarias”, esto es parte de la universalización de la educación superior que también tiene su recepción en estas disciplinas.

Por otra parte, el perfeccionamiento en la formación de los recursos humanos también debe transitar por adecuar los programas de estudios a conocimientos técnicos acorde a los cambios tecnológicos y a las nuevas necesidades del perfil epidemiológico de salud, en específico, ante el proceso de envejecimiento por el que se dirige la población. Así como ha sido un objetivo del Minsap incrementar el número de profesionales del sector, adicionalmente se han tomado medidas para estimular el trabajo del médico y otros especialistas del sistema, de forma tal, que se evite un éxodo a otros sectores de la economía en busca de mejores retribuciones y condiciones de trabajo, como el sucedido durante los años más críticos de la década de los noventa. Si bien se ha respondido con

algunos incrementos salariales, todavía éstos no prestigian las labores de la profesión. De manera adyacente, debe procurarse especial atención a las remuneraciones de los profesionales que ejercen en el país en comparación con los que están colaborando en programas en el extranjero, éstos últimos reciben ingresos muy superiores, situación que en el largo plazo acentuará las desigualdades.

IV.8 Principales deficiencias y desafíos en los servicios de salud

Pese al buen desempeño, la capacidad de resolución del personal médico en la atención primaria está aún por debajo de sus potencialidades, es insuficiente el nivel de conocimiento de los médicos y las enfermeras de la familia en técnicas educativas, de comunicación y de participación social y comunitaria. Estas técnicas han tenido escasa incorporación a los planes de estudio de pregrado y posgrado. De la misma manera, se aprecia una insuficiente capacitación sistemática de aspectos gerenciales a directivos y líderes del sistema de salud. *Se observa además, un exceso de burocratismo por el elevado número de indicadores a controlar e informar, sobre todo en la atención primaria de salud, lo que limita el trabajo integral y creativo que se debe realizar con el individuo, la familia y la comunidad* (Ferriol, 2003: 53).

Han existido limitaciones en la producción, distribución y venta de medicamentos a la población, como resultado de la falta de divisas para la compra de materias primas y reactivos diagnósticos. Conjuntamente, hay un déficit de insumos gastables y de transporte sanitario en las unidades de salud pública, fundamentalmente en las instituciones hospitalarias. Existe un deterioro de la infraestructura de salud en los recintos de atención primaria y secundaria, especialmente en los primeros.

Por otro lado, la participación, el control social y comunitario de la salud todavía no alcanza el nivel requerido, es decir, todavía no hay un completo o satisfactorio control ciudadano. Los Consejos de Administración y el Consejo de Salud no establecen un

proyecto con un enfoque más amplio, que trascienda el objetivo de disminuir enfermedades. Por el lado de los resultados, éstos no se muestran a la comunidad con la sistematicidad necesaria. Otra dificultad que enfrenta el sistema de salud pública, es que los servicios que se ofrecen *no están aún lo suficientemente reorientados para responder al hecho de que la población envejece aceleradamente y ello supone una determinada evolución epidemiológica* (Ferriol, 2003: 54).

A pesar de ser un tema que no se expresa en la literatura sobre política de salud en Cuba, ha surgido con el resultado de las restricciones económicas de los años noventa y aproximadamente a partir del año 2000, una dinámica en la cual se obsequia al médico un pequeño presente por sus servicios, como muestra de sutil gratificación o quizás de lograr cierto esmero y preferencia en la atención, esto supone, considerando los insuficientes salarios de los médicos y del sector salud en general (incluso siendo superiores a otros sectores de la economía de control enteramente estatal), un posible medio para la variación en la calidad del servicio al paciente, que pudiera no expresarse como discriminación de acceso, pero sí pudiera manifestarse como una potencial diferenciación en la calidad de atención. Este razonamiento únicamente refiere, que ante los bajos salarios y debido a la magnitud de esta gratificación, en algunos casos pudiese variar la calidad en la prestación del servicio. Por otro lado, el incremento de los precios de los alimentos en todos los mercados, sumado a la insuficiente variedad de éstos, se ha convertido en una limitación importante no sólo de la calidad de vida del cubano, sino también como una restricción a la mejora en salud, debido a las dificultades que se encuentran para obtener una dieta balanceada.

Conclusiones

El diseño esencial de la salud pública actual se remonta a 1959, con el Triunfo de la Revolución: su carácter universal, la orientación profiláctica, gratuita y el compromiso del Estado para garantizarlo. Desde sus inicios, se orientó hacia el combate de las enfermedades infectocontagiosas, a la realización de campañas sistemáticas de vacunación,

desarrolló un programa materno-infantil, de atención al adulto, de atención estomatológica, nutrición, higiene y epidemiología. Asimismo, a la reducción en la incidencia de enfermedades crónicas y su mortalidad, la introducción creciente de la tecnología de avanzada en los servicios y en el diagnóstico médico por especialidades, la promoción de la prevención y de los mejores hábitos para la salud. Para el logro de estas tareas fue indispensable la construcción de una red integrada de servicios médicos a lo largo de todo el país, la regionalización de los servicios en áreas de salud de atención primaria y la referencia de pacientes hacia la atención secundaria y terciaria, la creación de un modelo de atención partiendo del “policlínico comunitario” y, posteriormente, el desarrollo del “programa del médico y la enfermera de la familia”, descentralización paulatina de servicios médicos complejos hacia el nivel primario de atención, creación de un servicio médico rural, la formación desconcentrada y continuada de médicos, participación de la población en las tareas de salud, como tal la creación de comités de trabajo científico con funciones crecientes de control y evaluación del trabajo y de un sistema estadístico para la evaluación del desempeño del sistema de salud.

Durante la década de los noventa, el objetivo central fue conservar lo conquistado en términos de cobertura y calidad en la atención; se buscó paralelamente emplear con más eficiencia los recursos; descentralizar algunas funciones a nivel local; privilegiar la promoción de salud y la prevención de enfermedades, y primordialmente utilizar el potencial de los médicos en el ámbito local, lo que permitió atender una gran cantidad de pacientes en el nivel primario y con ello disminuir los ingresos hospitalarios por el trabajo preventivo desde la comunidad. Finalmente, se buscaron nuevas vías de financiamiento y durante el mismo período se instó al autofinanciamiento a través del comercio internacional de productos y servicios de salud. Para la década del dos mil, sin abandonar la universalidad, la política de salud adquiere un carácter más focalizado, además se amplía la fuerza de trabajo del sector, así también, se persigue descentralizar o desprender de la atención secundaria, servicios de complejidad intermedia hacia la atención primaria, con la finalidad de diagnosticar enfermedades con mayor antelación; se orientan también a la prevención de enfermedades por vía genética.

La integralidad entre las unidades que ofrecen servicios de salud y otras instancias permite una coordinación entre los diferentes niveles de atención y facilita la referencia de pacientes y servicios, como la detección y solución de problemas en el plano operativo y un uso más eficiente de los recursos humanos y materiales, lo que supone menores costos; asimismo, ha permitido crear un esquema en el que los sectores sociales tienen la facilidad y responsabilidad de integrarse y concentrar esfuerzos para alcanzar el bienestar de salud pública que la sociedad demanda, así como son ellos mismos quienes se encargan de evaluar los resultados y mostrar sus inconformidades en las instancias correspondientes.

Como se ha visto, la salud es financiada por el Estado cubano, todos los servicios se ofrecen a la población sin costo alguno, a excepción de los relativos a medicamentos prescritos en la atención ambulatoria y de productos que no están comprendidos en los programas especiales, tal es el caso de lentes, prótesis auditivas, ortopédicas y estomatológicas, sillas de rueda, entre otros, que son asumidos por los ingresos de las familias, no obstante, estos productos se ofrecen también a precios subsidiados y módicos. Adicionalmente, la asistencia social proporciona ayuda monetaria y en especie a las familias de bajos ingresos, como mecanismo de apoyo para el acceso a los artículos antes referidos.

En términos de las causas de muerte en Cuba, la primera posición es ocupada por las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo la principal las enfermedades cardiovasculares. Los indicadores expuestos de la salud de la población, señalan entre lo más relevante, una evolución significativa de la esperanza de vida, situándose para 2010-2015 en 79.2 años para ambos sexos, aproximadamente 20 años más que en 1950-1955, durante la década de los noventa esta fue de 1990-1995 en 74.8 y en 1995-2000, 76.2; para 2010, la tasa de mortalidad infantil se detuvo en 4.6 por cada 1000 nacidos vivos, la cual ha venido descendiendo ininterrumpidamente desde el 17.30 de 1980, inclusive durante las restricciones de los años noventa, pasando de 10.6 en 1990 a 6.6 en el año 2000.

Para que el acceso universal a la salud sea posible, es necesario disponer de un número suficiente de instalaciones, de médicos y especialistas de salud y, definitivamente, de centros de educación universitaria que puedan garantizarlo. A finales de 2010, destacan los 36 478 médicos de la familia y 11 466 consultorios de médicos y enfermeras de la familia, además de 488 policlínicos a lo largo de todo el país, que garantizan el acceso en el nivel primario de salud; así también, 215 hospitales, 14 institutos de investigación, 336 y 389 hogares maternos y hogares de ancianos (incluidas casas de abuelos), respectivamente. El número de camas para la asistencia médica y social fue de 5.9 por cada 1 000 habitantes, había un médico por cada 145 habitantes y un estomatólogo por cada 925 habitantes, para el cierre del mismo año.

En los últimos años, el número de trabajadores del sector salud se ha incrementado de forma importante, pasando de 157 933 en 1980 a 535 305 en 2010. En el primer decenio del siglo XXI, las acciones se orientaron a mejorar la eficiencia interna en materia de salud, elevar la calidad de las prestaciones médicas y garantizar una atención personalizada a escala comunitaria, mediante la descentralización de los servicios de salud para aproximarlos al paciente. La estrategia ha sido elevar la calidad de vida con un mínimo de costos, para ello es preciso un número mayor de médicos, enfermeras, estomatólogos, entre otros especialistas del campo de la salud y educación. Cuba muestra una tendencia creciente en las matrículas de las carreras relacionadas con las ciencias médicas, se dispone de 77 centros de educación superior, los cuales se distribuyen de forma equitativa a lo largo del territorio. Si bien el aumento de esta matrícula se promueve desde 1959, ésta se ha pronunciado ante los requerimientos que prevé el perfeccionamiento del sector salud y de las exigencias que, durante la década de los noventa, procedieron de concebir y recurrir al sector salud como un eje estratégico dentro del modelo de desarrollo cubano.

Los principales desafíos del sistema de salud cubano, se hallan en mejorar la calidad de los servicios médicos y ampliar los conocimientos del médico en técnicas de comunicación y participación social y comunitaria, además de minimizar la carga burocrática en la atención primaria de salud que permita un trabajo más integral y creativo con el paciente y la

comunidad, en conjunto con un estipendio que denote más adecuadamente su cualificación; es también importante, ampliar la perspectiva de salud, sin restringirla a la disminución de enfermedades. En el plano ciudadano, se requiere obtener una mayor participación y control de la sociedad en los servicios de salud. Retos adicionales se observan en planos contiguos a la salud, ocasionados por la vulnerabilidad a la que el hacinamiento o el habitar una vivienda deteriorada pudieran someter, como de la posibilidad de alimentarse insuficientemente, poco diverso y saludable, así como de otros factores psicosociales.

Se deduce de lo anterior que las conquistas en el sector salud cubano son diversas y se han sostenido con firmeza por más de treinta años; para el logro de las mismas, especialmente durante las restricciones económicas, ha sido crucial la voluntad política para preservar, no sin deficiencias, uno de los estribos de un inusual proyecto social. La estrategia cubana ha sido consecuente a un fin: es posible el acceso universal a la atención médica y a los tratamientos e intervenciones más costosos, si se abdica de la perspectiva mercantil dentro del sector salud, el presupuesto de ningún modo será suficiente si se espera sustentar la tasa de ganancia -de expectativa creciente- de los prestadores de servicios, mismos hallados en cada intersticio de la salud humana que se torna susceptible de mercantilización.

En el mismo sentido, difícilmente la salud podrá ser de “acceso universal” si, paradójicamente, se asignan requisitos de acceso y se excluye el tratamiento de un conjunto de enfermedades por criterios de costo, fijados por sistemas de salud aparentemente universales. Las barreras impuestas por cuotas de pago en una salud crecientemente mercantilizada y el requisito de emplearse formalmente para acceder a servicios de salud en países donde existe una pobreza extendida, parecen apartarse del objetivo de lograr el efectivo ejercicio del derecho universal a la salud. La política de salud cubana muestra sus eminentes y eficientes resultados al ser garantizada por el Estado, disonando en el eco del discurso extendido sobre la ineficiencia de las empresas estatales; a fin de poseer un carácter redistributivo, la política de salud cubana se convierte en un factor que distribuye igualdad en la sociedad cubana.

Se advertirá en el sexto y último capítulo que, de forma adicional, el proyecto de salud cubano se extiende a través de estrategias de solidaridad a otros países del mundo, específicamente de bajos ingresos, prestando servicios de salud y ofreciendo una respuesta inmediata a catástrofes naturales, epidemias u otros acontecimientos adversos; si bien, en un principio los servicios de salud prestados al exterior no fueron remunerados, desde los años noventa principalmente y ante la necesidad de establecer acuerdos de comercio, se ha dado la coexistencia de servicios de salud remunerados, algunos vinculados a acuerdos multinacionales, mientras otros continúan bajo la concepción del internacionalismo médico, de este último subsanándose únicamente los costos básicos.

CAPÍTULO V. POLÍTICA EXTERIOR DE SALUD CUBANA

Introducción

El último capítulo persigue circunscribir el sector salud cubano a través del testimonio que ofrece el “internacionalismo médico cubano” y la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), y el precedente que con él se establece en la construcción de una nueva forma de entender y participar del proceso globalizador; complementariamente, se destacan algunos apuntes sobre educación bajo la misma concepción. Se comparte también, la experiencia cubana en el comercio exterior de servicios de salud, la cual describe algunos elementos generales de este reciente proceso que lo transformó en el sector estratégico cubano. Se muestran algunos indicadores de salud, que especialmente pretenden contrastar las tendencias entre Cuba, México y América Latina, a efecto de trazar los valores de algunos importantes referentes que dan cuenta del estado de salud de la población y de los recursos que se valen para alcanzarlos; finalmente, se arriba al apartado que incorpora el Índice de Desarrollo Humano (IDH) e IDH que no refiere ingresos para el caso de Cuba, y la evolución que sólo el primero ha tenido para Cuba y México desde los años ochenta; éstos, al igual que los indicadores anteriores, pretenden ampliar la discusión al confrontar los resultados obtenidos en el contexto que se ha venido planteando a lo largo del trabajo de investigación. El objetivo último que se intenta alcanzar, es evidenciar la importancia del sector salud cubano para los cubanos y para los no cubanos, en términos de los servicios que son prestados al exterior y por la aportación solidaria mediante el internacionalismo médico cubano, que se desprende de la grandeza (en cantidad y calidad) del diseño del sector salud; de igual forma, de los significativos resultados de la salud nacional que pueden ser logrados al margen de onerosos gastos, aunque significativos con respecto a las dimensiones de la economía cubana, y por otro lado, de una voluntad política que no es sólo exclusiva de la cantidad de gasto destinado, sino también del esquema que prevalezca en el gasto, es decir, en el que si los montos son importantes, resulta más substancial la lógica por la que se conduzca el uso de la inversión, de forma tal que garantice los fines de un efectivo ejercicio de la salud como derecho humano.

V.1 El internacionalismo médico cubano y la ELAM: ¿una nueva forma de entender la globalización?

El internacionalismo médico cubano integra una política exterior de varias décadas, con aportes al cuidado de la salud de la comunidad mundial. Se ofrecen recursos humanos y servicios médicos necesarios como respuesta inmediata a desastres naturales y epidemias, además de la creación de capacidades a largo plazo. A partir de la brigada médica enviada a Argelia en la década de 1960, el internacionalismo médico cubano ha proporcionado decenas de miles de médicos en todo el mundo. También ha desarrollado un enfoque único, basado en la formación de recursos humanos y en la medicina preventiva. Ofreciendo continuamente servicios médicos en las comunidades más marginadas del mundo, la política exterior médica de Cuba se fundamenta en el conocimiento y la experiencia en la mejora de salud de las comunidades, no sólo a través de recursos materiales, sino principalmente de recursos humanos.

Consecuentemente, entre 1966 y 1974, doctores cubanos trabajaron en Guinea Bissau durante la lucha de liberación contra Portugal. Durante esa campaña, Cuba no sólo suministró artillería pesada, sino también un cuidado integral de la salud. Asimismo, en 1977 durante la campaña de Angola, sólo había una provincia de dieciséis que no contaba con atención médica cubana, además no sólo trabajaron en estos hospitales, sino también utilizaron las instalaciones para entrenar a los locales en temas del cuidado de salud. Tanto en Argelia como en Guinea Bissau, que tuvieron luchas anticoloniales similares, los médicos cubanos actuaron como la primera y única respuesta para muchas de las víctimas del conflicto armado, así pues, la provisión de seguridad humana fue de la mano con la campaña militar.

No obstante, la colaboración médica y educativa no se limitó únicamente a los aliados ideológicos. Por ejemplo, Cuba envió un equipo de médicos a Chile por el terremoto de mayo de 1960, cuyo gobierno de entonces era encabezado por una alianza que integraba al Partido Conservador Unido; en 1972, doctores cubanos acudieron a Nicaragua por el

masivo terremoto que ocurrió bajo el gobierno de Anastasio Somoza Debayle, declarado enemigo del gobierno de Fidel Castro. En 1990, después del gran terremoto en Irán, Cuba envió ayuda médica al país a pesar de haber fortalecido lazos con Iraq, adversario de Irán. En el año 2000, personal médico cubano viajó a El Salvador para apoyar el combate del brote de dengue, a pesar de que este país había apoyado todas las iniciativas de Estados Unidos contra Cuba. Asimismo, en 2001, Cuba donó a Uruguay 1.2 millones de vacunas contra el brote de meningitis, aunque ambos países habían roto relaciones diplomáticas. En todos estos casos, las diferencias ideológicas se dejaron de lado.

De igual manera, en 1991 se colaboró con equipos médicos durante la Guerra del Golfo; también, un conjunto de médicos cubanos proveyeron atención de salud a la población asediada en Kosovo durante la Guerra de Kosovo en 1998. En el mismo sentido, 40 miembros de un equipo médico viajaron a Guyana durante varios meses en 2005 para atender las necesidades de la población afectada por una masiva inundación. En Paraguay, alrededor de 50 médicos y epidemiólogos cubanos trabajaron en el combate de enfermedades infecciosas, así como proveedores de servicios médicos generales. En 2005, 86 médicos cubanos trabajaron en Botswana, otros en Zambia, principalmente en la lucha contra la pandemia de SIDA; más aún, el gobierno cubano ha ofrecido enviar 5 000 médicos a combatir el SIDA en África Subsahariana, si Occidente proporciona los medicamentos que se requieren. Algunos 75 profesionales cubanos se mantienen en Yemen, en labores de ayuda médica. Así también, a partir de los años noventa, Cuba atendió a 18 000 víctimas del desastre nuclear en Chernobyl ocurrido en 1986, se les brindó atención de largo plazo, ofreciendo tratamientos para la pérdida de cabello, desórdenes de piel, cáncer, leucemia y otras enfermedades atribuidas a la radioactividad. En 2005, las víctimas de Chernobyl aún viajaban a Cuba para recibir tratamientos médicos. Recientemente, Cuba prestó ayuda médica a Haití en respuesta al terremoto de 2010, no obstante, la presencia médica cubana en el país ya se encontraba antes del mismo.

Las relaciones entre Cuba y Venezuela han mostrado una fuerte solidaridad en virtud de acuerdos políticos multinacionales, tal es el intercambio de 100 000 barriles de petróleo

diarios a precios preferenciales, ofrecimiento de Venezuela como miembro de la Comunidad del Caribe (CARICOM) a cambio de servicios de salud cubanos, 20 000 médicos y personal de salud en el programa “Barrio adentro” en Venezuela. En el mismo sentido, actúa el programa “Operación milagro”, designado para restablecer la vista sin costo alguno de la población de bajos recursos de América Latina y el Caribe. Para 2007, personal médico cubano había realizado 750 000 cirugías de ojo -incluidas 113 000 cirugías para sus propios ciudadanos- sin ningún costo, en 37 centros oftalmológicos establecidos en 8 países¹. Recientemente, Cuba respondió al brote de ébola enviando a más de 200 trabajadores de salud a 3 países de África Occidental (ONU, 2015 y OMS: 2014b), respondiendo al llamado de auxilio de países que no disponen de un sistema de salud que pueda enfrentarla.

Organizaciones como Movimiento Popular de Salud llaman a aumentar los recursos humanos con el fin de mejorar la salud pública (San Sebastián et al., 2005 en Huish y Kirk, 2007: 78). El internacionalismo médico cubano y principalmente el desarrollo de la ELAM, ofrece ejemplos prácticos del éxito de esta estrategia. *La ELAM es el último paso de una iniciativa de política exterior que se centra en el tratamiento preventivo, la accesibilidad, y, lo más importante, la creación de capacidades* (Huish y Kirk, 2007: 78).

La conversión de una academia naval en una escuela de medicina y ofrecer formación gratuita para extranjeros de menores ingresos, puede parecer un paso radical para un país pequeño que todavía está recuperándose de los efectos de la caída de la Unión Soviética. Podría decirse también, que es simplemente parte de la larga tradición de divulgación médica mundial de Cuba, pues desde décadas atrás, *los médicos cubanos han practicado en el extranjero, los hospitales cubanos han sanado a los enfermos en todo el mundo, y las escuelas de medicina cubanas han entrenado extranjeros* (Huish y Kirk, 2007: 78).

¹ Este recuento histórico del internacionalismo médico cubano puede verse en Huish y Kirk (2007).

De ahí que, hacia 1998 el gobierno cubano anunciara que las becas de medicina serían otorgadas a los estudiantes de la región de América Central afectadas por el huracán Mitch, con el propósito de que estudiaran medicina sin costo alguno en Cuba y, finalmente, tomar el relevo del personal médico cubano que trabaja en sus países de origen. *Fidel Castro resumió la nueva política de la siguiente manera: Tenemos que ir más allá de llorar por los que han muerto, y comprometernos en el ahorro de los que mueren en silencio cada año* (Huish y Kirk, 2007: 81). Cuando la devastación del huracán Mitch, poco se podía hacer a nivel local para ir más allá de la atención de salud de emergencia. Lo que se requería con urgencia era el establecimiento de programas de salud preventiva a largo plazo, para que los países afectados no fuesen totalmente dependientes de las misiones de emergencia.

El impacto de los equipos médicos cubanos en Centroamérica ha sido beneficioso para las comunidades marginadas (Huish y Kirk, 2007: 80), especialmente en zonas rurales, donde algunas comunidades estaban recibiendo atención médica por primera vez. Ciertamente, las brigadas médicas pueden y salvan vidas, sin embargo, también crean ineludiblemente dependencia en los países de acogida, puesto que, tienen en gran medida incapacidades para prestar una asistencia sanitaria de carácter popular, que es un determinante básico de la salud. La mayoría de los países que reciben asistencia médica cubana han sufrido una masiva reestructuración del sector público y de los servicios sociales. Como Álvarez Béjar (2011) señala, la crisis de la deuda en México y en AL se impuso como una “austeridad inevitable”, comprometiéndose los países “pagadores” a cubrir el servicio de la deuda sin poder evitar dañarse a sí mismos, debido a que esta carga a las finanzas públicas asfixia el rubro de gastos sociales, el cual ante cualquier restricción económica resulta ser *el más flexible* para asumir los primeros recortes presupuestales. La crisis de la deuda externa, marcó un punto de quiebre en la historia económica y social de América Latina y el Caribe.

Así pues, señala Ocampo et al. (2014: 176), *se desencadenó la crisis de una estrategia de desarrollo que —con diferencias entre países y modificaciones a lo largo del tiempo— había caracterizado las décadas anteriores. Varios países no estuvieron en condiciones de*

atender sus compromisos y entraron en cesación de pagos. Se aplicaron una variedad de medidas encaminadas a superar la crisis, que generalmente tuvieron un sesgo contractivo. Las capacidades productivas y sociales recibieron un impacto tan fuerte, que CEPAL definió los años sucesivos a la crisis de la deuda como una “década perdida”. Según estimaciones del organismo, la incidencia de la pobreza aumentó marcadamente entre 1980 y 1990, del 40,5% al 48,3% de la población. América Latina sólo retornaría a los niveles de pobreza de 1980 en 2004, por lo cual en este campo hubo no una década, sino un cuarto de siglo perdido (Ocampo et al., 2014: 44). En los casos de Guatemala y Honduras, tanto la reestructuración interna y externa, ha dejado a los sectores de salud pública en un estado lamentable.

El hecho de que estos denominados “países reformados” necesiten asistencia extranjera, expresa la ineficacia del proyecto neoliberal, si atendemos el escaso beneficio a los sectores sociales, específicamente del sector salud. Cuando los servicios de salud se ofrecen con fines de lucro, éstos han quedado más allá del alcance de muchos de los pobres en el Sur. *La provisión de salud del sector privado no llega a los más desesperados de la población, a causa de una incapacidad general para pagar (Ingo et al., 2004: 179-80 en Huish y Kirk, 2007: 82). Mientras se argumenta que la demanda económica entre los pobres podría generarse con el aumento de la riqueza, esto no resuelve el problema de la demanda inmediata de los servicios de salud.*

La solidaridad con América Central y Haití, inspiró en última instancia la creación de una escuela de medicina gratuita para los estudiantes de áreas marginadas. Es el resultado tanto de una tradición médica, como del pensamiento innovador cubano con motivo de los desastres naturales. En otras palabras, Cuba ha hecho una importante contribución a la vida de millones de personas en zonas subdesarrolladas. La ELAM es también el resultado de un pensamiento de largo plazo, el cual se produjo cuando el gobierno, después de mantener una fuerte presencia médica en el extranjero, *decidió que tenía más sentido educar a los latinoamericanos y africanos para curarse a sí mismos (Huish y Kirk, 2007: 82). Al*

ofrecer becas, Cuba permitió el ingreso de miles de jóvenes extranjeros de bajos recursos, a su propio espacio de formación médica.

Jóvenes de todo el mundo han recibido una educación gratuita en veinte escuelas de medicina del país. En 2004, *por ejemplo, había 13 945 estudiantes extranjeros –de 113 países- beneficiarios de una beca (no exclusivamente en medicina) del gobierno de Cuba* (Granma, 2004). La capacidad de la ELAM para formar estudiantes extranjeros, se ha incrementado de manera exponencial. Desde la apertura de la escuela en 1998, Cuba ha ofrecido formación médica a los jóvenes de bajos ingresos del Sur en una escala nunca antes vista. Originalmente, el ingreso de estudiantes fue únicamente para Honduras, Guatemala y Nicaragua, países devastados por el huracán Mitch, sin embargo, posteriormente se amplió a todo el hemisferio y luego a África. La ELAM ha matriculado entre 1 400 y 1 700 estudiantes por año, con un total de 10 529 para el período 2004-2005, muchos de los cuales se enfrentan a la discriminación o no pueden pagar la formación médica en sus países de origen, y con un total de 7 415 estudiantes para el período 2010-2011 (Minsap, 2010).

Ahora bien, el programa acepta, sin costo alguno, a los estudiantes que vienen de zonas rurales o de bajos ingresos de América Latina y que se han comprometido a regresar a sus países de origen para trabajar en las áreas que realmente los requieren. Sin un contrato por escrito y sin tener que pagar la matrícula, después de completar un programa de seis años de estudios rigurosos, estos estudiantes salen de Cuba como médicos calificados y comprometidos a regresar a sus países a practicar. *En momentos en que el aumento de la matrícula, la privatización y la centralización de recursos se añadió, a la naturaleza excluyente de la escuela de medicina* (Natale y Libertella, 1998 en Huish y Kirk, 2007: 83), la ELAM ha contrarrestado esta tendencia, al ofrecer oportunidades y *empoderar* a quienes han sido marginados del éxito del modelo neoliberal.

La ELAM posee un carácter distintivo, que responde en gran parte al proceso de globalización en América Latina. En esencia, se ofrece una contención a la centralización

de larga tradición de servicios médicos, a la dependencia de tecnología costosa y al enfoque del pago de honorarios por servicios de salud. Mientras Cuba ofrece educación gratuita, la privatización, tanto en la formación y en el acceso domina en el resto de los países. Las reformas a los servicios de salud en el contexto neoliberal han aumentado la desigualdad y reducido la accesibilidad, especialmente para los sectores sociales más pobres. Muchas de las características de las reformas latinoamericanas, coinciden con las reformas de salud que actualmente se imponen en Europa como parte del sumario de ajuste estructural. *Estas reformas se están convirtiendo en un área de salud de la ganancia y la acumulación de capital que va más allá del complejo médico-industrial tradicional. Implican la destrucción de uno de los pilares del estado del bienestar* (Laurell, 2015: 106).

De manera que, la idea de mejorar la salud a través de la riqueza ha despojado al sector público de la responsabilidad de defender el enfoque tradicional de salud como un derecho, y el cuidado de la salud como un bien público (Waitzkin et al., 2005 en Huish y Kirk, 2007: 84). Las reformas impulsadas por los países desarrollados y organismos internacionales, han tenido un impacto negativo en la cobertura y calidad de la atención de los trabajadores de la salud principalmente en los países subdesarrollados. Como resultado de los ajustes estructurales, la mayoría de los países latinoamericanos tienen muy poca capacidad de proveer el servicio médico más rudimentario en las zonas más pobres, dejando a muchos gobiernos asirse a la creencia de que sólo la salud de la comunidad mejorará junto con el aumento de la riqueza nacional. Como frecuentemente se ha demostrado, la búsqueda del crecimiento y la riqueza, bajo el sistema imperante, a menudo impiden la salud.

Se ha dicho que el internacionalismo médico es simplemente una manera de recaudar divisas a través de los países que reciben los servicios médicos cubanos, sin embargo, los países de acogida sólo pagan los costos básicos que se incurren en la visitas de médicos y de personal de salud, es decir, la vivienda colectiva, pasajes de avión, alimentos y otros artículos básicos. Finalmente, las comunidades atendidas no se encuentran en condiciones para pagar en divisas. La noción de cuidar la salud humana y salvaguardar la vida sin que se persiga el lucro como primer condición y fin, resulta extraña ante la lógica de la

mercantilización y de la forma de gobernar tradicional, y por lo tanto, se le descubre al enfoque cubano como de una estratégica racionalidad, que pretende beneficios económicos y políticos mediante una supuesta solidaridad; si bien, la naturaleza (seguramente compleja) de estas intenciones no son menester en este trabajo de investigación desentrañar, se puede agregar que este planteamiento no considera el marco de solidaridad en el que Cuba se ha desempeñado desde el inicio de la revolución, sin perder de vista tampoco, que estos argumentos participan de la perspectiva de los países industrializados, mientras que es Cuba quien ofrece más personal médico en el mundo en desarrollo que todos los países del G8 (Kirk, 2009; Huish y Kirk, 2007).

El proyecto cubano resulta trascendental por el cambio de filosofía en materia de salud que representa. Estudiantes que no pagan su formación profesional, adiestrados en la cooperación entre sí y no en la competencia, con un vasto contacto entre el estudiante y el instructor, además, este último con un fuerte compromiso hacia la enseñanza, generan un espectro de posibles resultados sociales y económicos más alentadores, cuyo disímil enfoque, ahorra miles de vidas y otorga autonomía a un conjunto de estudiantes de medicina que persiguen el desarrollo de sus comunidades. Como detalla Kirk (2009: 139), los médicos cubanos y los formados en la ELAM se distinguen por *su compromiso para servir y para ver el servicio médico como un derecho humano básico*. Paradójicamente, muchos de sus colegas en otras partes del mundo, regularmente no pueden ver más que el afán de lucro en la prestación de servicios de salud.

Poca atención se le ha brindado al impacto potencial de la experiencia cubana. Los temas más recientes en la literatura fomentan la estrategia económica *de hacer más con menos*. El ejemplo de un país paralizado económicamente por el desmembramiento de la Unión Soviética, puede aportar una importante contribución a la construcción de una salud pública, de una política de salud verdaderamente accesible para todos y eficaz, no sólo en el Sur sino también en el Norte. El hecho que, a pesar del gasto per cápita en salud pública que es una fracción de la de Estados Unidos, Cuba tenga mejores indicadores de salud

como reconoce la OMS (2006), sugiere que puede ser el momento para que los países examinen con detalle el modelo cubano.

Como se indicó en el *Informe sobre el Desarrollo Humano 2010*, los resultados no niegan la relación importante que reviste el aumento del ingreso para que las personas puedan acceder a servicios sociales, ya que a nivel microeconómico existen numerosas pruebas que respaldan dicha correlación. La correspondencia que se observa entre la situación socioeconómica y la salud, indica que las personas de mayores ingresos tienen una ventaja relativa al momento de acceder a los servicios sociales. *Sin embargo, los análisis del Informe no permiten confirmar que el crecimiento económico generalizado sea suficiente para mejorar los niveles de salud y educación en los países con un IDH medio o bajo. Esta conclusión es positiva, ya que hasta ahora el crecimiento sostenido ha sido un objetivo difícil de alcanzar. Lo que sí confirman nuestros resultados, a partir de nuevos datos y análisis, son dos premisas que el Informe ha defendido desde su inicio: que el desarrollo humano es distinto del crecimiento económico y que es posible lograr adelantos significativos incluso en condiciones de crecimiento lento* (PNUD, 2010: 5). Informes anteriores sobre desarrollo humano, situaban como muestra al Estado indio de Kerala y a países como Costa Rica, Cuba y Sri Lanka, que habían avanzado en desarrollo humano mucho más que otros países de ingresos similares. *Esto se debió a que el crecimiento se había desligado de los procesos que determinan los avances en las dimensiones de desarrollo humano no referidas al ingreso* (PNUD, 2010: 5).

El *Informe sobre la salud en el mundo 2006*, presentó una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario por la cual atraviesa el mundo, se revela que, según estimaciones, *existe un déficit de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo. Donde mayor gravedad reviste esa escasez es en los países más pobres, sobre todo en el África subsahariana, precisamente donde mayor es la necesidad de trabajadores sanitarios. Centrándose en todas las etapas del ciclo de vida laboral de los trabajadores de la salud, desde su incorporación a la formación sanitaria, pasando por su contratación, hasta la jubilación* (OMS, 2006). En

cifras, destaca Cuba con 5.91 médicos por cada 1 000 habitantes, contrastando con 3.37 de Alemania, 1.15 de Brasil, el 2.14 de Canadá, 1.06 de China, 2.56 de Estados Unidos, 3.37 de Francia, 4.20 de Italia, 1.98 de Japón, 1.98 de México, 2.30 de Reino Unido y 4.25 de Rusia. Sobresaliendo también, con relación al 3.22 para el promedio de los países nórdicos (OMS, 2006: 192-200).

Durante la visita en 2014 a Cuba, Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud, enfatizó que Cuba es el único país que posee un sistema de salud relacionado estrechamente con la investigación y el desarrollo en un mismo ciclo, *“es la unidad existente entre sistema de salud pública, laboratorios de investigación, industria farmacéutica y biotecnológica, y sistema de formación de los profesionales sanitarios* (Cubadebate, 2014). Cuba basa su sistema de salud en la medicina preventiva, y señala Chan, *el mundo debe seguir el ejemplo de la isla en este campo y sustituir el modelo curativo, poco eficiente y costoso, por un sistema basado en la prevención (...). La OMS recuerda que la falta de atención médica en el mundo no es de ningún modo una fatalidad procedente de una falta de recursos. Traduce, al revés, una falta de voluntad política por parte de los dirigentes de proteger a las poblaciones más vulnerables. La organización cita el caso de la isla del Caribe como el perfecto contraejemplo* (Lamrani, 2014). Por ello, en mayo de 2014, y como un reconocimiento a lo logrado en el sector, *Cuba presidió la 67 Asamblea Mundial de la Salud* (Granma, 2014).

La esencia del modelo de salud cubano, se encuentra en la construcción de un sólido capital humano sin fronteras, bajo la concepción de que éste resulta más valioso que el capital financiero, como Fidel Castro (2005a) refirió, el *“capital humano implica no sólo conocimientos, sino también –y muy esencialmente– conciencia, ética, solidaridad, sentimientos verdaderamente humanos, espíritu de sacrificio, heroísmo, y la capacidad de hacer mucho con muy poco”*. Por último, de frente a la nueva participación del Estado en el desarrollo social, ante las reducciones o el estancamiento del gasto público social, de la forma que reviste este gasto en una sociedad que requiere inevitablemente crear mercados, y del ascenso de la privatización y mercantilización a partir de la instauración del modelo

neoliberal, el internacionalismo médico cubano ofrece un testimonio distinto de cómo es posible entender la globalización, a través de la prestación de servicios de salud a regiones y personas que requieren ejercerla como derecho humano. Una asistencia de salud que no se reduce a fungir como medio de lucro o visto como un sector susceptible de enriquecimiento como hemos observado, sino más bien como una forma de solidaridad, un compromiso en la construcción de uno de los estribos prioritarios del bienestar humano, la salud.

V.1.1 Apuntes sobre educación

Dos de los principales objetivos de la política social en Cuba, son asegurar el derecho ciudadano a la salud y a la educación. Una vía directa establecida para el logro de los objetivos anteriores, se encuentra en el acceso universal –así como diferenciado- y gratuito a los servicios de salud y educación (incluyendo la enseñanza universitaria y en el caso de la salud, los tratamientos más complejos y costosos), y coherentemente, la asignación de los recursos financieros y humanos necesarios para asegurar la cobertura y servicios de calidad. Gracias a estos principios, el logro de un alto nivel de desarrollo en cuestiones esenciales como la salud y educación, son comparables con los niveles de países desarrollados.

Mientras el desarrollo social actúa de forma vital sobre el desarrollo económico, al promoverse mediante la educación el aumento de la calificación de la fuerza de trabajo, la elevación de los niveles de salud, propiciando la incorporación de la mujer al trabajo y favoreciendo una política espontánea de planificación familiar, el desarrollo económico permite elevar el nivel de vida de la población y debe brindar los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades sociales. Se distingue a la educación como la política base, cimiento sobre el cual recae el proyecto de desarrollo social en Cuba.

Adicional a los importantes logros alcanzados en educación y en la erradicación del analfabetismo en Cuba, durante años, el método cubano para alfabetizar ha servido, al ser

compartido, a las luchas nacionales contra el analfabetismo en diversos países alrededor del mundo. *La política cubana en materia de colaboración educativa internacional, se ha caracterizado principalmente por contribuir a la disminución de las tasas de analfabetismo en aquellos países o comunidades que lo han solicitado. Cuba ofrece una respuesta real, rápida, dinámica y solidaria con la instrumentación y generalización del Programa de Alfabetización Cubano "Yo, sí puedo" y el de educación básica para jóvenes y adultos "Yo, sí puedo seguir"* (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura [UNESCO], s/f. 8).

En la actualidad, países de América Latina y el Caribe, África y Oceanía cuentan con asesoría cubana a manera de un internacionalismo cubano que involucra educación. Colaboración que tiene como objetivo el logro de una alfabetización sin exclusiones, que llegue a más personas y con costos reducidos. En esencia, el programa se caracteriza por promover un sistema de enseñanza-aprendizaje de lecto-escritura con el mínimo de recursos; consta de un método para el aprendizaje de lecto-escritura, cartilla-video-clases o radio clases (según el soporte seleccionado) y el papel orientador del facilitador; de un sistema para la capacitación de los que intervengan en el programa; de un modelo de evaluación del aprendizaje, así como del impacto social, curricular y financiero alcanzado con la aplicación del mismo.

Además, promueven la participación activa y comprometida de jóvenes y adultos mediante el debate, estimulan la confianza en sus potencialidades, el fomento de la cultura del debate a partir del reconocimiento de los valores como etnia, comunidad o pueblo, desde sus posibilidades lingüísticas y la elevación de la propia autoestima. Se sustenta en los principios de respeto a la identidad nacional y cultural de los iletrados, en el protagonismo de las autoridades y educadores de cada país, y en la capacitación del capital humano de cada nación para ejecutar la tarea y continuar con los programas de post-alfabetización. *Actualmente los Programas de Alfabetización "Yo, sí puedo" para jóvenes y adultos, se aplican en 27 países, la población atendida de personas jóvenes y adultas es de 3 422 354,*

de ellas 3 005 346 han sido alfabetizadas hasta el presente y 365 785 se encuentran estudiando en estos momentos (UNESCO, s/f: 8).

En reconocimiento al aporte cubano, la UNESCO le ha entregado la mención honorífica de alfabetización “Rey Seijong” por dos años consecutivos (2002-2003) y, el premio de alfabetización “Rey Seijong” en el año 2006. Según el *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2015*, titulado “Educación para Todos 2000-2015 – Logros y desafíos”, sólo uno de cada tres países en el mundo alcanzaron el conjunto de objetivos mensurables de la Educación para Todos (EPT) dispuestos en el año 2000. *En la región de América Latina y el Caribe, Cuba fue la única nación que consiguió cubrir esos objetivos (UNESCO, 2015).*

V.2 La experiencia de Cuba en el comercio exterior de servicios de salud

La prestación de servicios de salud de forma solidaria ha sido una política exterior que data, con escasa diferencia, desde el proceso revolucionario mismo. Las relaciones de colaboración con el exterior en el sector de salud se manifiestan desde 1963, momento en que los primeros 58 colaboradores internacionalistas cubanos viajaron a Argelia.

El concepto de asistencia técnica en Cuba, está vinculado a la concepción política de ayuda solidaria que se brinda a otros países subdesarrollados, y en tal sentido, la colaboración con los países subdesarrollados y los más pobres del mundo constituye una labor importante en el orden político. La Revolución cubana desde sus inicios, acomete la globalización desde una vocación humanista e internacionalista, principalmente en los campo de la salud y educación, sus mayores potencialidades. *El principal objetivo es el de suministrar personal calificado y experimentado, capaz de aliviar el déficit de este tipo de recurso humano en esos países y de adiestrar y calificar paralelamente al personal nativo que se le asigne. En ello el sector de la salud juega el papel más importante (Pico y Chuairey, 2006: 58).*

Durante el período 1963-1990, la inmensa mayoría de los cooperantes que se trasladaron al exterior lo hicieron en condición de internacionalistas, y sólo una pequeña fracción bajo la modalidad de contratos directos, iniciada en 1985. Empero, el Turismo de salud fue la primer fuente como tal de exportaciones de servicios de salud en Cuba, registro que se remonta a 1980, *cuya actividad, aunque insignificante en sus inicios, tomó fuerza con la creación en 1987 de SERVIMED –actualmente Cubanacán Turismo y Salud- y más tarde con el desarrollo acelerado de la actividad turística en el país en la década de los 90 del siglo pasado* (Pico y Chuairey, 2006: 52). El posterior período comprendido entre 1991 y 1996, evidenció una contracción significativa del número de cooperantes, situación que concierne a las dificultades económicas que la nación tuvo que desafiar, y que inevitablemente ejercieron un impacto sobre la vertiente internacionalista.

Es justo en este periodo de declive económico, donde hubo que poner en combate las fortalezas del modelo de desarrollo cubano para subsistir –desde luego de otro modo, pues el entorno al cual se sujetaba había desaparecido-. Los servicios de salud, considerados parte de la economía basada en conocimientos, adquirieron una significación muy especial, convirtiéndose en una importante y nueva fuente de ingresos para la economía cubana, concretándose en la atención a pacientes extranjeros en instituciones cubanas de salud o turismo de salud, además del envío de profesionales de la salud al exterior. Este último se inició en 1985 con la exportación de servicios profesionales y técnicos, en donde *313 cubanos participaron en las exportaciones de servicios contratados en Libia, Argelia y Kuwait* (Pico y Chuairey, 2006: 53), mientras que para el primero, entre los principales emisores de turismo de salud a Cuba se encuentra el mercado argentino, venezolano, brasileño, chileno, italiano y mexicano, entre otros.

Al referirse a los mismos, en ocasión de la fundación del contingente internacionalista “Henry Reeve”, Fidel Castro (2005b) pronunció: “... *los servicios médicos se convirtieron en el más importante renglón del intercambio de bienes y servicios de nuestro país con el mundo en la esfera de la economía, sin que por ello Cuba haya dejado de brindar su*

cooperación médica de forma absolutamente gratuita a más de 60 países del Tercer Mundo que no disponen de recursos económicos... ”.

A través de la exportación de servicios profesionales de salud, se incrementan los ingresos en divisas que requiere el país para su funcionamiento. *Se recogen los frutos de la fuerte inversión realizada en la formación técnica y universitaria en materia de salud, que presta sus servicios tanto en Cuba como en el extranjero* (Pérez y Luis, 2010: 101). El conocimiento adquirido, especializado, por la fuerza de trabajo, es una variable que retroalimenta y dinamiza al resto de la economía, y que cuenta con alto prestigio internacional dado los muchos especialistas y técnicos que han brindado sus servicios en el exterior. La fuerza de trabajo abundante y cualificada en el sector salud, recurso valioso con el que dispone la sociedad cubana, convirtió al sector salud en un pilar dentro del modelo de desarrollo cubano.

Para la consolidación de un sistema de salud, la política de desarrollo de recursos humanos ha sido continuamente un factor de máxima relevancia. Si bien la fuerza de trabajo especializada con la que cuenta el país en todas las esferas es notable, ésta se aprecia de manera especial en el sector salud. Circunstancia que se ejemplifica con la evolución de la cantidad de trabajadores de la salud, de 1980 a 1990 hubo un incremento de 140 775 trabajadores, es decir, un aumento del 89% de su total inicial, de 1990 a 2000 éstos se extendieron en 60 945, un incremento del 20%, y de 2000 a 2010 la cifra se amplió en 175 652 trabajadores de la salud, correspondiendo a un crecimiento del 49% (evolución que puede apreciarse en la gráfica 13). En los últimos años, el crecimiento del sector se ha supeditado de forma importante al significado que reviste en la economía nacional como sector exportador.

La formación desplegada por el Minsap fue una fortaleza en la década de los noventa del pasado siglo, para enfrentar la crisis financiera y de recursos materiales en este sector, como consecuencia del Período especial. Además de lo alcanzado, la fuerza de trabajo de la salud, es un factor determinante en el estado de salud satisfactorio que ha alcanzado la

población cubana (Pérez y Luis, 2010: 101). Los médicos cubanos tienen una formación específica de atención primaria en zonas con pocos recursos, capacidad que fue utilizada en su propio territorio durante el período señalado.

El hecho de que un país sin grandes riquezas ni capacidades productivas elevadas como Cuba, pueda hoy ofrecer servicios médicos de alta calidad, *es el resultado de la voluntad política aplicada en estos años de la Revolución para formar un personal calificado, capaz de prestar servicios en cualquier situación, y de desarrollar la industria farmacéutica, biotecnológica y de equipos médicos* (Pico y Chuairey, 2006: 50). Si en 1980 se sumaban 15 247 médicos, para 2010 éstos ascienden a 76 506, un incremento de 401.77% en el curso de tres décadas (véase comportamiento en el cuadro 4). Según estadísticas de CEPAL (2015), entre la clase de productos exportados en 1980, el azúcar era el primero de los diez principales productos de exportación, en 2005, el primer producto fue el níquel y sus derivados, mientras que la exportación de medicamentos se instaló en el tercer sitio para el mismo año.

Paralelamente a la actividad generadora de ingresos en el sector de la salud, Cuba transfiere una importante magnitud de valores sin contrapartida (donaciones) en las cuatro modalidades de suministro del comercio de servicios de salud (Pico y Chuairey, 2006: 54). En esa dirección, puede mencionarse la actividad de docencia en Cuba y en el exterior, como ejemplo, la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) y el proceso de enseñanza integrada a los servicios asistenciales, donde son los especialistas cubanos quienes proporcionan servicios en el extranjero a través del programa “Operación milagro”, el Programa Integral de Salud (PIS) y las brigadas emergentes, esencialmente la “Henry Reeve”.

En el sistema de salud cubano, no sólo ha sido indispensable disponer del número adecuado de recursos humanos que requiere una atención de cobertura universal -sin ningún tipo de exclusión de acceso ni por clase de enfermedad-, y para proporcionar asistencia en aquellos países que lo necesiten, se añade también que los galenos cubanos, dotados de

conocimientos especializados, han sido adiestrados en la ejecución del trabajo con recursos limitados, formados en principios humanistas y solidarios que son puestos en la labor cotidiana, y de este modo, han ganado prestigio a nivel internacional, bajo el denominado “ejército de batas blancas”. Al igual que otros médicos alrededor del mundo y que cualquier otro profesional, los médicos cubanos aspiran a que su trabajo provea la remuneración y las condiciones necesarias que garanticen la calidad de vida, y la dignidad de ésta. La obtención de una retribución que corresponda a su trabajo, ha sido todavía postergada, y fue durante los años de las crisis la principal causa de la diáspora que muchos médicos emprendieron del sector salud a otros sectores de la economía.

La experiencia cubana demuestra que pese a presiones constantes, privaciones y un cerco que sobrepasa los cincuenta años, es posible mantener satisfactoriamente el estado de salud de la población y contribuir a mitigar los graves problemas de salud que existen en el mundo, si se tiene una voluntad política capaz de afirmar un proyecto humano de salud que no amerite subordinaciones, paralela a una inversión sostenida en salud; de forma correspondiente, la fortaleza que procede de la apuesta por la creación de capacidades humanas desde 1959, posibilitó la flexibilidad del modelo de desarrollo cubano, transformándose durante los años más críticos e involucrando sus potencialidades, entre ellas la prestación de servicios de salud como una estrategia que coadyuvó a superar los años severos, preservar las conquistas hasta el momento alcanzadas y proyectarlo como una vía de desarrollo. Resalta la presencia, inclusive durante la crisis de los noventa, de un proyecto inmerso en un pensamiento planificado y de largo plazo.

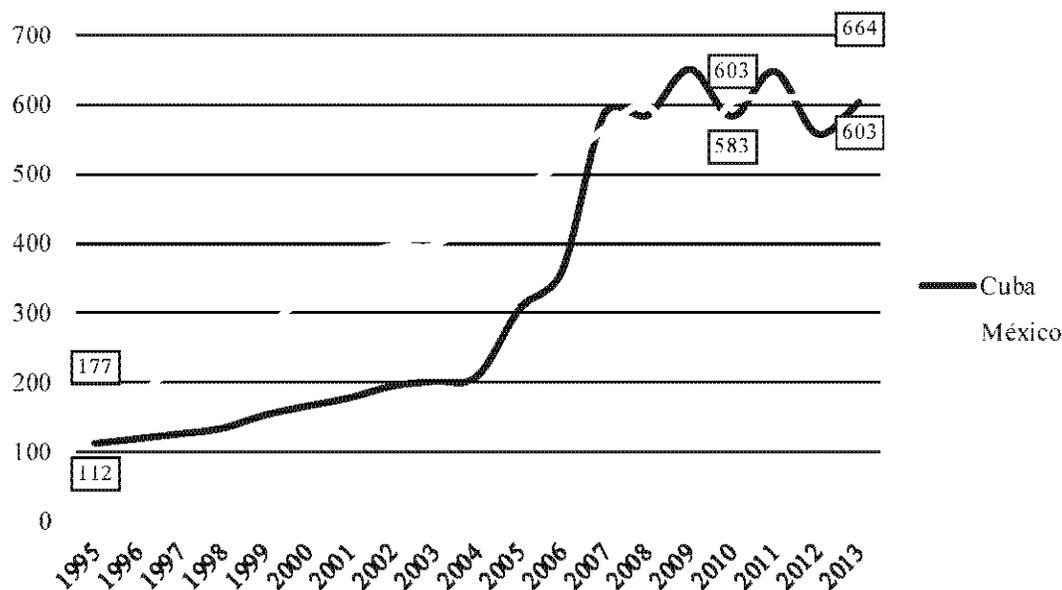
V.3 Estado general de la salud y el desarrollo humano a nivel internacional

V.3.1 Tendencias de algunos indicadores de salud: Cuba y México

Comencemos por referir que, según datos del Banco Mundial (2015), el gasto total en salud de Cuba para el ciclo 2010-2013 es de 608.6 dólares per cápita en promedio, para el caso de México en el mismo ciclo, éste se cifra en 604 dólares anuales por habitante. Una tendencia

del gasto en salud ejercido en los últimos años por ambos países, se presenta en la gráfica subsecuente.

Gráfica 16. Gasto per cápita en salud de Cuba y México, 1995-2013.



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Estados Unidos toma distancia de estas cifras y se valora para 2013 en 9 146 dólares, posteriormente Canadá con 5 718 dólares. Algunos países en Sudamérica como Uruguay, gastan 1 431 dólares, Chile 1 204, Brasil 1 085, Argentina 1 074, Colombia 533 y Venezuela se ubica con 520 dólares para el mismo año. En Europa Occidental, Francia destina 4 864 dólares por habitante para 2013, Alemania 5 006, Suecia 5 680, Noruega 9 715, Suiza 9 276; por otro lado Japón, uno de los países con mayor esperanza de vida a nivel mundial, emplea 3 966 dólares para el año referido.

Sobresale dentro de estas tendencias, la exigua fracción que representa el gasto per cápita de Cuba sobre la mayoría de los países citados, al advertir los logros en materia de salud que se han obtenido durante los últimos treinta años y que son equiparables, en algunos casos superiores, a los niveles alcanzados en países que destinan una mayor cantidad de

presupuesto per cápita anual. Se enfatiza la importancia que se halla en el enfoque peculiar de salud pública cubana, preventiva y sin fines de lucro (esto último no permite que actúen las fuerzas del mercado y de una tasa de ganancia que articule las operaciones entre los agentes), el que si bien tiene como contrapartida un significativo gasto en salud, este monto no está subordinado a la riqueza del país o a la variabilidad del crecimiento económico de forma consustancial, ejemplificando que la salud no es un bien reemplazable, que el acceso universal debe ser garantizado y que la satisfacción del mismo no debe hacerse esperar por imperativos económicos.

Por el contrario, como la experiencia estadounidense ha mostrado, los gastos elevados en salud pueden no ser garantía de una cobertura universal, de atención y tratamiento sin ningún tipo de exclusión por tipo de enfermedad. Si bien la cantidad destinada permite una mejor calidad en el servicio y cobertura, hay enfoques en salud que permiten grandes resultados con un mínimo de recursos, como lo sugiere el modelo cubano, el que además demuestra que es rebatible excusar plenamente la falta de servicios de salud universales en la escasez de recursos económicos, como ha sucedido con la mayoría de países donde se carecen de estos servicios; de ahí que sea esencial la orientación de la salud pública supeditada al diseño de un proyecto más amplio, donde la prioridad y fines son coherentes con el conjunto de acciones para objetivarlo. Se advierte que en materia de salud, lo que no se invierte en prevenir la enfermedad, se gastará ineludiblemente en su tratamiento, dejando entrever que los sistemas de salud mercantilizados cuya orientación no previene la enfermedad sino pretende sanarla, propician ante todo el gasto y el consumo. La OMS en sus *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*, revela que en 2010 el gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$) en Cuba, correspondía a 583 dólares por habitante, el cual dista significativamente del promedio de 3 373 dólares per cápita atribuido a la Región de las Américas.

En términos del gasto per cápita en salud eminentemente público, es notable la gran heterogeneidad que presentan los niveles de gasto de los países en América Latina y el Caribe. *Alrededor de 2011, el promedio del gasto en salud bordeó los 226 dólares anuales*

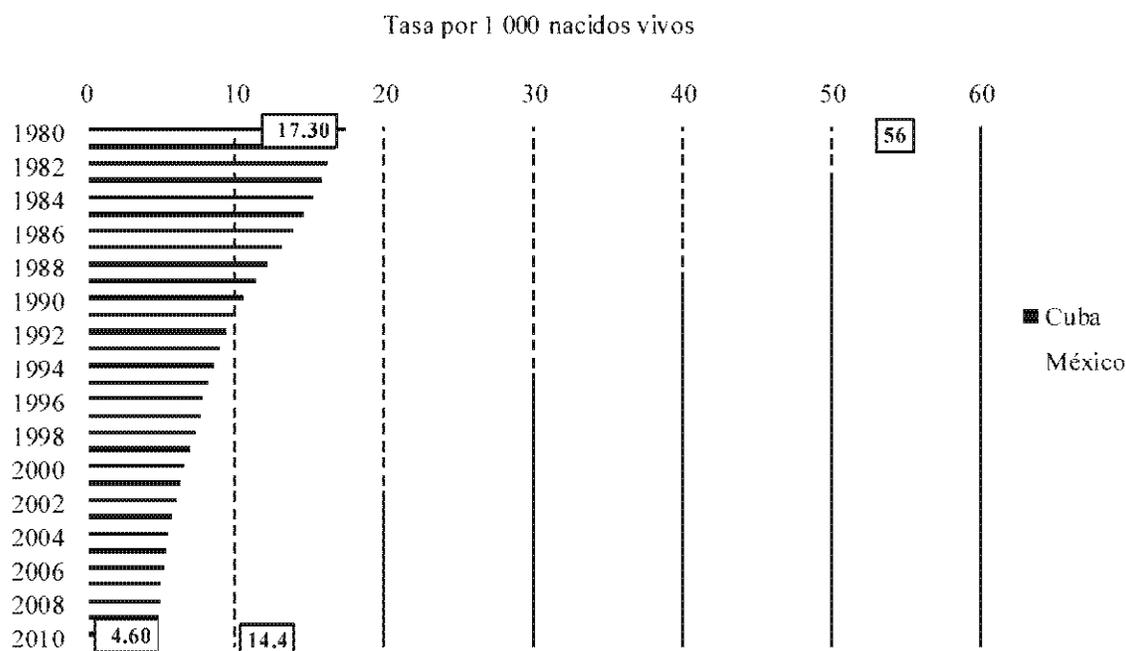
per cápita, pero en los países de gasto alto (sobre 300 dólares per cápita), como la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Trinidad y Tobago y el Uruguay, llegó a 413 dólares (CEPAL, 2013: 206). La misma lista es presidida por Trinidad y Tobago con 512, y consecutivamente Cuba con 508, últimos datos disponibles para 2008 y 2011, respectivamente. En los países de gasto intermedio (entre 100 y 300 dólares per cápita), como el Brasil, El Salvador, México, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de), este valor fue de alrededor 175 dólares (CEPAL, 2013: 206b). El grupo de países con gasto intermedio está encabezado por Brasil con 268 dólares, y sucesivamente México con 223 dólares per cápita, para los años 2009 y 2011, en orden de mención.

La tasa de mortalidad infantil en Cuba para el año 2010 era de 4.6 por cada 1000 nacidos vivos, para México ésta era de 14.4, según CEPAL (2015). Aunque en Cuba la tasa es mucho menor, ambas destacan por debajo del promedio para América Latina y el Caribe, el cual se ubica en 17.0 para 2010. Según la misma fuente, la tasa de mortalidad materna en Cuba se pondera en 63, 63 y 80 por cada 100 000 nacidos vivos para 1990, 2000 y 2013, respectivamente. Para México, éstas se cuantifican en 88, 67 y 49 para los mismos años, y para América Latina y el Caribe, se pondera en 140, 110 y 85, en el orden indicado. Para el primero de los casos, es importante destacar la divergencia que se encuentra en los valores del indicador según la fuente consultada; el Ministerio de Salud Pública en Cuba refiere que para 2010 esta cifra se estima en 43.1; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2015), en sus estadísticas, identifica una tasa de mortalidad derivada de la maternidad (ajustada) en 73, para el mismo año; similar cifra proporciona la OMS en sus estadísticas mundiales de 2013; el Banco Mundial (2015) la valora en 80, mientras que CEPAL (2015) no cuenta con el dato disponible para 2010.

Asimismo, UNICEF (2015), el BM (2015) y la OMS (2014a) coinciden en que para 2013, Cuba mantiene una tasa de mortalidad materna de 80 por cada 100 000 nacidos vivos, mientras medios de información impresa en Cuba como Granma (2014a) y Juventud Rebelde (2014), hicieron ostensible la tasa de 20.7 para el mismo año; como se explicita en el periódico Cuba debate (2014a), *Cuba consolida en el 2013 los resultados del programa*

destinado a la reducción de las complicaciones y muertes maternas, al reportarse solo 26 defunciones directamente relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y alcanza una tasa de mortalidad materna directa de 20,7 por cada 100 mil nacidos vivos, la más baja de la historia. Es posible que las metodologías tengan algunas diferencias o quizás los organismos internacionales señalados, aún no han asistido a los recientes datos que reúnen el último lauro de la salud pública cubana en materia de mortalidad materna. Resulta meritorio el dinamismo del sector salud, desde las instancias de educación e investigación médica, hasta la práctica médica en cada uno de los niveles de atención.

Gráfica 17. Tasa de mortalidad infantil: Cuba y México, 1980-2010.

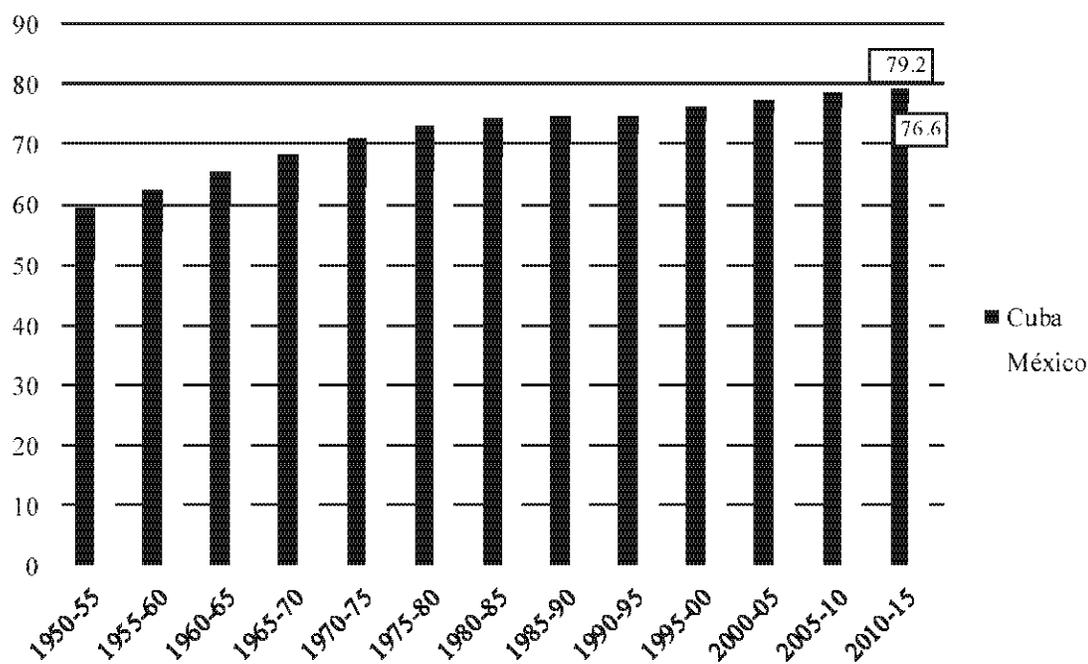


Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL.

La esperanza de vida para América Latina y el Caribe que estima CEPAL (2015), se sitúa para el periodo 2010-2015 en 74.7 años para ambos sexos, en tanto México se posiciona con 76.6, Cuba se distingue con 79.2 años para el mismo periodo. La misma fuente revela que para 2013, Cuba alcanza una esperanza de vida de 80 años, mientras la esperanza en México se incrementa en cuatro décimas, para ubicarse en 77 años. Se añade también, que

para 2010, INEGI (2014) difunde en 74.05 años la esperanza de vida para ambos sexos en México, mientras que para 2014 es de 74.8, estas cifras difieren de las presentadas por CEPAL, las cuales lo colocarían apenas alrededor del promedio para América Latina.

Gráfica 18. Esperanza de vida: Cuba y México, 1950-2015.



Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL.

Es importante agregar, que la diferencia entre la esperanza de vida de Cuba y México ha sido desde 1950 ostensible, en favor de una mayor esperanza para los cubanos, tras 65 años transcurridos la brecha ha tendido, según los datos de CEPAL (2015), a disminuir. Sobresalen los resultados alcanzados por Cuba con respecto a los obtenidos por México en los rubros presentados durante todo el periodo referido, mismos que fueron alcanzados como muestran los datos disponibles, de 2000 a 2006, con un gasto total en salud per cápita cubano visiblemente menor, casi en un 100% del gasto total en salud mexicano para el año 2000, para continuar una tendencia de acercamiento y, después de 2007, seguir una tendencia fluctuante pero con valores mucho más próximos.

V.3.2 Índice de Desarrollo Humano (IDH) e IDH que no refiere ingresos: Cuba y México

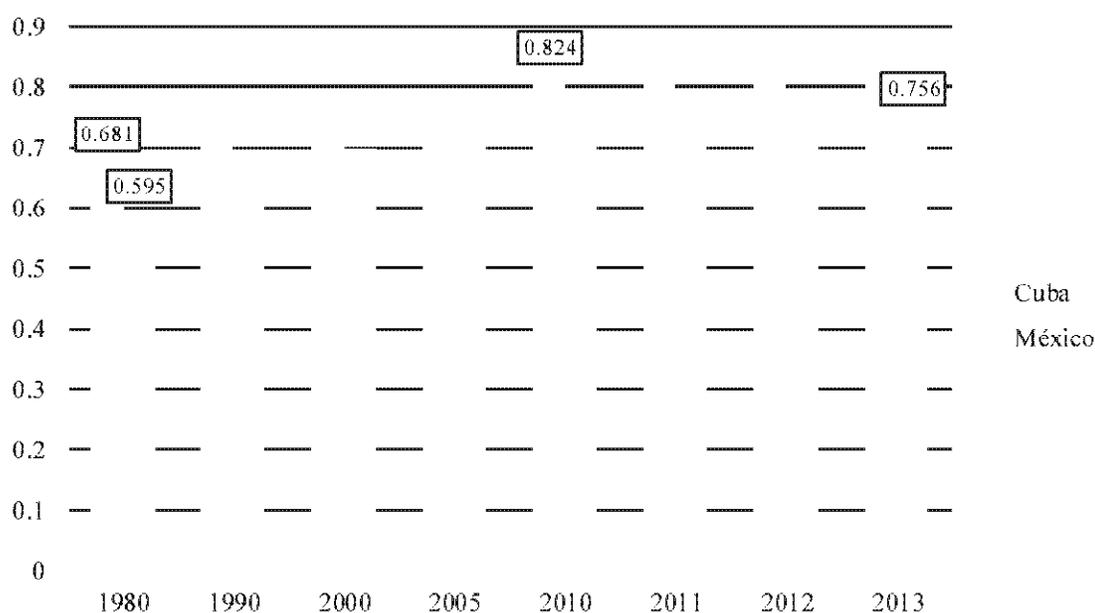
En su análisis del progreso, el *Informe 2010* de PNUD ha confirmado que existe poca correlación entre el crecimiento económico y las mejoras en salud y educación, aun en largos periodos de tiempo. Una de las aportaciones del IDH es mostrar que el desarrollo no se circunscribe exclusivamente al ámbito económico, entonces se vuelve preciso considerar los aspectos del IDH que no conciernen directamente a la renta. *Cuba es el único país latinoamericano situado entre los diez países de cabeza en el IDH no vinculado a ingresos de la última década. Esto demuestra que, incluso durante un periodo marcado por las conocidas dificultades económicas, los indicadores sociales de Cuba han seguido mejorando, con un aumento de la esperanza de vida de dos años y de cinco en la escolarización. Se trata de mejoras significativas logradas por un país que ya presentaba indicadores de salud y educación muy altos al principio de la década* (PNUD, 2013). Situación que demuestra la posibilidad de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, al margen de ingresos elevados y de un acelerado crecimiento económico.

Así pues, para el año 2010, Cuba ocupa el puesto 53º en la clasificación de países del IDH, en la categoría de “desarrollo humano alto”, en cambio, para el mismo año, ocupa el 17º puesto a nivel mundial en la dimensión no vinculada a ingresos, muy por encima del segundo país en desarrollo (Chile), situado en el puesto 34º. Si la clasificación se realizara exclusivamente en base al IDH no vinculado a ingresos, Cuba quedaría en la categoría de países con “desarrollo humano muy alto”. Es de hecho, el país en desarrollo que mejores resultados obtiene en términos del IDH no vinculado a ingresos de la última década, sus mejoras notables reflejan los logros combinados conquistados por Cuba, con diez años de escolarización promedio entre adultos, casi 18 años esperados de instrucción entre los más jóvenes, 79 años de esperanza de vida y una renta per cápita en términos de PPA de \$5.747, según el modelo estimativo utilizado por el organismo. De acuerdo con los datos que el propio país proporciona a la ONU, en 2006 Cuba sería el único país del mundo que cumple los dos criterios que, para la organización World Wide Fund for Nature (WWF), significan

la existencia de desarrollo sostenible: desarrollo humano alto (IDH 0,78) y huella ecológica sostenible (huella < 1,8 ha/p) (WWF, 2006: 21).

Para 2012, el IDH de Cuba se instala en el puesto 59°, siendo el cuarto entre los países de América Latina, en seguida de Chile, Argentina y Uruguay. En América ocupa el octavo sitio, no obstante, al utilizar como referencia el IDH que no refiere ingresos, se traslada a la tercera posición, después de Estados Unidos y Canadá (PNUD, 2013: 144). Nuevas mediciones de PNUD se revelan en el *Informe sobre Desarrollo Humano 2014*, situando a Cuba en el lugar 44°, conformando el grupo de países con “desarrollo humano muy alto”; el mismo informe posiciona a México en el lugar 71°, estableciéndose en el grupo de países con “desarrollo humano alto”. Hay que considerar que estos índices no contemplan el grado de desigualdad existente en las mediciones que componen el índice en cada uno de los países; las más recientes actualizaciones del IDH pueden observarse en la gráfica subsiguiente.

Gráfica 19. Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH): Cuba y México, 1980, 1990, 2000, 2005, 2010-2013.



Fuente: Elaboración propia con datos de PNUD.

Para fines del desarrollo humano, no basta con el nivel de ingresos o la magnitud de riqueza que conserve un país, resulta substancial la forma que revista el uso de la riqueza. En esta dirección, la máxima diferencia positiva entre el INB per cápita y la clasificación del IDH en 2012, exhibe que Nueva Zelandia conduce la lista de países con muy alto desarrollo humano, y Cuba, la de países con alto desarrollo humano (PNUD, 2013: 26). Como se ha sugerido desde PNUD (2013: 26), *tanto para las sociedades como para las personas, la clave no radica en el proceso de maximización de la riqueza, sino en la elección que realicen para transformar los ingresos en desarrollo humano.*

Conclusiones

En síntesis, el internacionalismo médico cubano es una política que se remonta a la década de los sesenta y que constituye una forma en la que Cuba se relaciona con el resto del mundo, se basa primordialmente en la asistencia de servicios médicos y de recursos humanos de salud, su capital más abundante, con el fin de cuidar la salud de la población en aquellas regiones del mundo asoladas por epidemias, catástrofes naturales, guerras y en la mayoría de los casos, regidas por la vulnerabilidad que les impone la pobreza. Cabe mencionar, que este apoyo ha sido dirigido indistintamente, tanto a países aliados como en aquellos donde residían gobiernos opositores. La abundancia de recursos humanos, la medicina preventiva, y la preservación de la salud y la vida como derecho humano, son los principales elementos del enfoque de salud cubano, mismos que han sido remitidos al resto de países en los que participa.

A partir de 1998 se incorpora la instauración de la ELAM, la cual fue diseñada para instruir a los jóvenes de los países de acogida a curarse a sí mismos. Aportando al mundo no sólo servicios de salud, sino la gratuita formación de capacidades de salud, y con ello coadyuvar a mitigar la insuficiencia mundial de recursos humanos, política exterior dirigida fundamentalmente a los países más pobres en cuanto disponen de las mayores privaciones. En casi la totalidad de estos países gobierna la desprotección amplia de los sectores sociales; asilados en el paradigma del modelo neoliberal, la privatización y

mercantilización de los servicios sociales y primordialmente del sector salud, han acentuado la histórica exclusión en el acceso a servicios médicos y en la formación de los médicos requeridos, fundamentalmente de los más pobres de las áreas urbanas y rurales, o bien, han creado modalidades de atención que son insuficientes o suponen obstáculos para el acceso a la atención y tratamiento de cualquier padecimiento, esto es, no son plenamente integrales ni universales. A estos países responde la solidaridad cubana, ante la incapacidad de los sistemas de salud nacionales para enfrentar dichas problemáticas. Una extensión del internacionalismo puede ser hallada en la educación. Los logros obtenidos en la educación cubana y en la erradicación del analfabetismo, han trascendido las fronteras nacionales para ampliar la cobertura en aquellos países que lo necesitan y así lo han solicitado; el método de alfabetización cubano tiene un diseño particular que propicia un aprendizaje con el mínimo de recursos, siendo exitoso en los países implementados. Cuba ha logrado el reconocimiento internacional por su contribución en el combate del analfabetismo mundial.

El comercio exterior de servicios de salud en Cuba, si bien surge con la década de los años ochenta, es hasta los primeros años de la década de los noventa que adquiere relevancia, principalmente a través del turismo de salud (aunque existen otras modalidades igualmente importantes); resurge como respuesta a la necesidad de recaudar ingresos y se transforma en un eje estratégico de la economía nacional debido a su potencial y conveniencia, de ahí el crecimiento obtenido en las últimas décadas. Esta relación con el exterior se extiende a la par de donaciones y colaboraciones solidarias a través del internacionalismo médico, posibles mediante la constante formación de recursos humanos altamente calificados en el sector salud y a los adelantos del mismo. La posibilidad de disponer para comercio exterior de servicios de salud y educación médica - a manera de fuerza de trabajo especializada y de un conjunto de conocimientos acumulados en el cuidado de salud de la población-, los cuales se constituyen de cierto componente inmaterial o intangible, fue imprescindible para un país que no contaba con recursos económicos, de la misma forma, la preexistencia de una estructura institucional e infraestructura que consentiría su reproducción.

En términos de indicadores de salud, se observa un sobresaliente comportamiento en la tendencia de la tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida de Cuba respecto de los relativos a México, durante los períodos presentados; asimismo, el gasto en salud total per cápita cubano que en los últimos años ha sustentado estas tendencias ha destacado por ser visiblemente menor en relación al gasto mexicano durante el ciclo 1995-2006, por otra parte, posterior a 2007 se logra un perceptible acercamiento de gastos. Se enfatiza además, que el gasto público en salud per cápita cubano es uno de los gastos más altos en América Latina y el Caribe. Los resultados que arrojan algunos indicadores del estado de salud en Cuba, son comparables a los alcanzados por países de altos ingresos, pero con claramente menores recursos, como se ha insistido, esto ha sido posible mediante un diseño que previene la enfermedad y no mercantiliza la salud, además de la capacidad de funcionar con el mínimo de recursos, redituando en menores costos. Demostrando que no sólo de la riqueza de los países deriva la posibilidad de una salud efectivamente universal, gratuita y de calidad. En adición, el IDH cubano se ha distinguido por mantener desde la década de los ochenta mejores resultados que el IDH mexicano, perteneciendo el primero, al grupo de países de “desarrollo humano muy alto” para el año 2014. Además, ascienden los logros obtenidos por Cuba cuando el IDH no refiere el componente relativo a ingresos, posicionándolo en mejores sitios a nivel mundial. La experiencia cubana revela que es posible tener prósperos resultados en desarrollo humano, si éste se disocia de su causalidad o determinismo económico, que es factible el desarrollo humano aun con crecimiento económico lento, incluso en fases de decrecimiento, como las observadas en Cuba particularmente en el curso de 1990 a 1994.

CONSIDERACIONES FINALES

En razón del marco teórico y considerando las dificultades halladas y los esfuerzos realizados para construirlo de modo que respondiese a las características del modelo cubano, de su política social y de salud, se puede decir de éste que es esencialmente heterodoxo al no pertenecer íntegramente a ninguna de las doctrinas formalmente asentadas, sino que fue resultado de la concatenación de diversos conceptos, que al margen de una escuela específica, permitieron examinar con mayor claridad y utilidad la compleja realidad cubana, evolutiva, singular o *de su propio género*, y en consecuencia con dificultades para ser clasificada. Las lecturas y ejercicios de reflexión iniciales, la experiencia vivida en Cuba y las lecturas y reflexiones posteriores, redimensionaron el programa de investigación inicial, ampliándolo al nivel de la acepción o representación, y no fue sino hacia la culminación de la revisión del material bibliográfico contemplado que se concluyó un marco teórico como derivación de los procesos antes mencionados, mismo que se constituyó en la vértebra y en el modo de organizar el conjunto de información encontrada, la dirección y los confines de su propia consistencia; el marco teórico propuesto fue entonces, la perspectiva utilizada y la forma concreta de observar el fenómeno, y al mismo tiempo su conclusión.

A juicio de quien escribe, la conveniencia de un marco teórico heterodoxo construido durante el devenir del proceso de investigación, consintió, dada su flexibilidad, recoger los conceptos y categorías centrales que permitieron más fielmente explicar el problema de estudio en su diversidad y con matices imprescindibles, en un anhelo y esfuerzo que procura ser crítico y, fundamentalmente, justo. Una pieza eficaz que fungió como cimiento en la construcción del marco teórico, fue el concepto de desarrollo social, cuya prioridad conservada durante los años posteriores a la caída de la URSS y en la inminente crisis que siguió para Cuba, constata la continuidad de un proyecto social autónomo sin la intervención de intereses imperialistas [que no son sino el origen y los impulsores del neoliberalismo y del proceso globalizador], puesto que los procesos de ajuste que siguieron mantuvieron la prioridad y la preservación de los logros sociales y un programa amplio de

política social aunque incompatible en la praxis por algunos ámbitos sociales, que fue resultado de una voluntad política que se manifestó en un conjunto de decisiones del Estado cubano; y como se ha dicho, a diferencia de lo ocurrido con los ajustes estructurales que vinieron posterior a la crisis de la deuda, que terminaron por minar la mayoría de las veces la política social de los Estados latinoamericanos.

Fue de una importancia decisiva advertir que el modelo cubano, más allá de las restricciones, sigue otorgando primacía al desarrollo social por encima del económico, en oposición a lo sucedido con las implementaciones latinoamericanas del neoliberalismo, cuyas características en política social sirvieron en efecto como material de crítica y marco de confrontación del problema de estudio. Conceptos primordiales como la prioridad dada al desarrollo social y su categorización en un patrón de acumulación determinado, la continuidad desde 1959 y después de la crisis a través de ámbitos específicos de la política social, además de la voluntad política que los prioriza y que, por tanto, los convierte en expresión de su autonomía, fueron cruciales para iniciar la construcción del marco teórico, y que se verifican a través del repaso histórico efectuado en el capítulo dos. Si los resultados en salud, educación y en la existencia de una pobreza con cierta protección al contribuir genuinamente al desarrollo social demuestran el primer concepto central, los posteriores conceptos dimanar del carácter y el diseño de la política social.

De innegable importancia es a la vez el tratamiento universal, focalizado e integral que se le da a la política social, especialmente a la política de salud, el cual se convierte en un mecanismo que no encuentra restricciones para lograr el efectivo acceso de todos los ciudadanos a una salud pública y, en ese sentido, aportar hacia los fines de la equidad. Otro concepto esencial, la no mercantilización de los servicios de salud en Cuba, cuyo enfoque le otorga un cariz distinto pues supone en primer lugar, la libertad de poder ejercer una salud preventiva al no precisar la creación de un mercado interno de salud [puesto que no lucra con la enfermedad] y, en segundo, la posibilidad de lograr grandes resultados en salud pública con relativamente pocos recursos al convertirse la prevención en un mecanismo de eficiencia, lo cual redundar en una salud pública con enfoque de derechos humanos y

condicionada por la coherencia o incoherencia del resto de las esferas sociales. Conceptos como universalidad, focalización, integralidad y equidad, así como una salud pública preventiva y sin fines de lucro, se desarrollaron más ampliamente en los capítulos tres y cuatro, cuyo diseño descrito y fundamentos resultan ser motivo de sus sobresalientes resultados. Finalmente, la visión internacionalista que exporta los servicios de salud se expresa en el capítulo cinco, en primera instancia, con un enfoque de derechos humanos y solidaria, en segunda, con un enfoque mercantil que a través de sus potencialidades y de constituir un servicio indispensable para el bienestar y desarrollo humano, siendo sus prestaciones insuficientes a nivel mundial, busca financiar la política interna mediante su comercio internacional, o simplemente vistos dichos servicios como sus recursos excedentarios dispuestos para el comercio mundial.

Como puede concluirse del capítulo segundo, el aislamiento provocado por el bloqueo económico estadounidense y la expulsión de la OEA, condicionaron la adhesión de Cuba al campo socialista en aras de subsistir y de propiciar la emergencia de un determinado proyecto de nación dirigido a suprimir el rezago social, al margen de los intereses estadounidenses sobre la isla. De esta forma, si el socialismo no fue esencialmente el acicate o el señuelo ideológico de la Revolución cubana, si lo fue la emergencia de un proyecto de desarrollo social nacional que se hizo compatible con el socialismo dirigido por la URSS, al perseguir Cuba rehuir el acorralamiento y adquirir una nueva forma de integración al mercado mundial, y que es comprensible dada la bipolaridad hegemónica que prevalecía en aquel periodo.

La integración al CAME en condición de exportador-primario, sustentó materialmente la estrategia de desarrollo, misma que fue lograda a costa de una gran dependencia y al margen de las condiciones impuestas por el mundo capitalista, a las cuales tendría inevitablemente que confluir en la década de los noventa, cuando la desaparición del campo socialista. Es justamente con la caída del mundo socialista, que retorna la afirmación y defensa del proyecto social cubano incorporado e inseparable ya del socialismo, donde pese a la desaparición del mundo al cual Cuba pertenecía y no obstante la crisis extrema que

resistió, no se derrumbó, logrando sobrevivir al conservar algunos de sus pilares fundamentales hasta hoy vigentes, demostrando su independencia del proyecto soviético y del proyecto neoliberal, manteniendo en consecuencia la continuidad de la construcción socialista.

Respecto a la planificación en Cuba, vimos que surge primordialmente con la adhesión formal a la ideología socialista, la cual garantizó el cambio estructural en las relaciones sociales y concede al Estado el rol principal para dirigir la economía a través de la asignación directa de los recursos, situación que permitió realizar con menores impedimentos importantes acciones de política social, así como una profunda redistribución del ingreso mediante los servicios sociales, sin que mediaran procesos indirectos como sucede en una economía de mercado. La planificación posibilitó la coordinación del conjunto de acciones de que dispone la política social, reunir el esfuerzo de cada uno de los sectores en torno a fines comunes, y destinar los recursos financieros hacia los objetivos prioritarios en cada fase. Dadas las condiciones en las cuales se desempeñó el intercambio comercial al interior del CAME, los ingresos cubanos se estimaron superiores a los que se hubiesen contraído en el mercado mundial capitalista, circunstancia que hizo posible el sostenimiento material del proyecto social cubano a través de una política social integral, mientras paralelamente prolongaría la antigua dependencia primario exportadora y mantendría aislada a la economía de preceptos con los que posteriormente debería conducir su funcionamiento.

Las características del vigente orden económico mundial resultan del imperio del libre mercado y el comercio; el predominio de lo privado sobre lo público, bajo el argumento de la ineficiencia del último; la privatización, y la intervención del Estado en la economía exclusivamente para que participe de la creación de mercados donde aún no se han creado, así como del buen funcionamiento de los mismos, es decir, se le consigna formalmente la función de guardián del interés mercantil y de su promoción.

Los importantes referentes históricos a partir de iniciada la Revolución cubana, han demostrado las adaptaciones que han debido realizarse para hacer posible la ejecución de un proyecto nacional de desarrollo, el cual para ser, ha debido esquivar el bloqueo y la intromisión de los intereses estadounidenses. De tal evolución ha procedido una política social más autónoma, amplia y prioritaria, más humana, de importantes logros y, desde luego, sometida a importantes contradicciones.

Del análisis del capítulo tercero, se deduce que la política social no es sino la respuesta del Estado a los grandes problemas sociales como la desigualdad y la pobreza, en los que procura incidir a través de acciones estructuradas en sus diferentes esferas; análogamente, la política social está circunscrita al patrón de acumulación en curso, es decir, que está condicionada por un cúmulo complejo de factores de orden económico y sociopolítico. En el caso de Cuba, algunos de estos factores se expresan en la propiedad socialista de los medios de producción; la correspondencia entre la justicia y la igualdad social; la consideración de las necesidades básicas de la vida como un derecho del individuo, y por ende, la no operatividad de los principios que rigen la mercantilización; su carácter universal y planificada; el protagonismo del Estado como gerente, y la prioridad asignada a la esfera social a través del gasto público.

Respecto a la forma de organización de la propiedad, la política de salud cubana es gubernamental; según el criterio político, es centralizada con respecto a la captación de recursos, por otra parte, las provincias tienen la facultad de distribuir los recursos. Con respecto al criterio funcional, el sistema de salud cubano es único e integrado según los niveles de complejidad de los servicios, mismos que se extienden a lo largo de todo el país, pero, es centralizado si nos referimos a la subordinación normativa. Al respecto del criterio administrativo, si existe una separación entre el financiamiento y la prestación del servicio, éste al pertenecer a un sistema de salud no mercantilizado, homogéneo, integrado y planificado no posibilita ningún tipo de competencia por los recursos. Relativo a la forma de financiamiento y del gasto social público, es el Estado cubano quien deduce la contribución directamente del salario del trabajador hacia el fondo de consumo social, que

es la base financiera de la política social. Destaca la prioridad otorgada a la política social a través del gasto público social y de salud, que alcanzó 42.2% y el 10.6% en 2010, respectivamente, ambos muy por encima de los porcentajes de los países de América Latina y el Caribe para el período 1990-2010.

La política social cubana es concebida amplia y diversa en sus objetivos, incluye la esfera de salud, educación, alimentación, vivienda, agua y saneamiento, empleo, seguridad y asistencia social; incorpora el mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar material y, de manera sincrónica, aspira a la equidad y a la transformación de los valores humanos, el comportamiento y las relaciones sociales. Se identifica la educación, como el sector pivote para el desarrollo de cada una de las esferas sociales. Para el logro de la equidad, no sólo se precisa suficiente el carácter universal de la política social, sino además se requiere del carácter focalizado para los segmentos vulnerables; no obstante, el logro de la equidad como objetivo central del modelo de desarrollo cubano, ha quedado aplazado desde la década de los noventa.

El principio esencial de la política social cubana es la satisfacción de necesidades básicas en condición de ciudadano con derechos y no como consumidor, misma que le resta impedimentos en el propósito de aspirar a la universalidad de los servicios sociales; esto se extiende a lo largo de todos los ámbitos sociales, si bien esta concepción ha funcionado con éxito para el sector salud y educación, no se han identificado similares resultados en el ámbito de la alimentación, la vivienda y los salarios, mismos que constituyen las esferas más rezagadas en su progreso exhibiendo una insuficiente integralidad, lo que las convierte en los sectores más incompatibles de la política social cubana, incompatibilidad que se origina fundamentalmente a partir de la década de los noventa, y cuyo desafío es indispensable para que actúe como un impulsor uniforme del desarrollo humano.

La amplitud de la política social cubana descansa en la consideración de los diversas segmentos que componen el bienestar humano, ahí radica el importante efecto de complementariedad. El carácter universal, gratuito, planificado, integral e institucional son

las características más distintivas de la política social cubana, aunque a partir de la década de los noventa, la integralidad que ésta había adquirido y los grandes logros derivados se ven fuertemente socavados, acreditando a una semi-integralidad que contiene el impulso y detiene el desarrollo de los sectores más exitosos. El sector salud ha recibido la mayor prioridad del conjunto de los sectores sociales, lo cual explica su próspera trayectoria, el diseño de la política de salud y su interrelación con las demás esferas, hace evidente la consistencia en sí misma e inconsistencia al incorporarla a la necesaria integralidad de la política social.

Del capítulo cuarto, se concluye que el diseño esencial de la salud pública actual se remonta a 1959, su carácter universal, la orientación profiláctica, gratuita y el compromiso del Estado para garantizarlo. Desde sus inicios se perseguía combatir las enfermedades infectocontagiosas, efectuar campañas sistemáticas de vacunación, desarrollar un programa materno-infantil, de atención al adulto, de atención estomatológica, nutrición, higiene y epidemiología. Conjuntamente, reducir la incidencia de enfermedades crónicas y su mortalidad, la introducción progresiva de tecnología de punta en los servicios y en el diagnóstico médico por especialidades, la promoción de la prevención y de los mejores hábitos para la salud. Para el logro de estos objetivos era indispensable la construcción de una red integrada de servicios médicos a lo largo de todo el país, la regionalización de los servicios en áreas de salud de atención primaria y la referencia de pacientes hacia la atención secundaria y terciaria, creación de un servicio médico rural, asimismo, la descentralización paulatina de servicios médicos complejos hacia el nivel primario de atención, la instauración de un sistema estadístico y la participación de la población en tareas relativas a la salud.

Durante los noventa, el objetivo central fue conservar lo conquistado en términos de cobertura y calidad en la atención, se buscó paralelamente emplear con más eficiencia los recursos, descentralizar algunas funciones a nivel local, privilegiar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, esencialmente, atender a una gran cantidad de pacientes en el nivel primario y con ello disminuir los ingresos hospitalarios por el trabajo preventivo

desde lo local. Se buscaron nuevas vías de financiamiento, y durante el mismo período se acudió al autofinanciamiento del sector. En la década del dos mil, sin abandonar la universalidad, la política de salud adquiere un carácter más focalizado, se amplía la fuerza de trabajo del sector y se desprende de la atención secundaria, servicios de complejidad intermedia hacia la atención primaria, con la finalidad de diagnosticar enfermedades con mayor antelación, se orientan también a la prevención de enfermedades por vía genética.

La integralidad entre las unidades que ofrecen servicios de salud y otras instancias, permite una coordinación entre los diferentes niveles de atención y facilita la referencia de pacientes y servicios, como la detección y solución de problemas en el plano operativo y un uso más eficiente de los recursos humanos y materiales, lo que supone menores costos. Como se ha destacado, todos los servicios se ofrecen a la población sin costo alguno, a excepción de los concernientes a medicamentos prescritos en la atención ambulatoria y de productos que no están comprendidos en los programas especiales, no obstante, estos productos se ofrecen también a precios asequibles.

En términos de las causas de muerte en Cuba, la primera posición es ocupada por las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo la principal las enfermedades cardiovasculares. Los indicadores expuestos de la salud de la población, señalan entre lo más relevante, una evolución significativa de la esperanza de vida, situándose para 2010-2015 en 79.2 años para ambos sexos, aproximadamente 20 años más que en 1950-1955, durante los noventa, ésta fue de 74.8 años en el ciclo 1990-1995 y de 76.2 para 1995-2000; para 2010, la tasa de mortalidad infantil se situó en 4.6 por cada 1000 nacidos vivos, la cual ha venido disminuyendo ininterrumpidamente desde el 17.30 de 1980, inclusive durante la crisis de principio de los noventa, pasando de 10.6 en 1990 a 6.6 en el año 2000.

Para que el acceso universal a la salud sea posible, es necesario disponer de un número suficiente de instalaciones, de médicos y otros especialistas de salud, como de centros de educación universitaria que puedan garantizarlo. En los últimos años, el número de trabajadores del sector salud se ha incrementado de forma importante, pasando de 157 933

en 1980 a 535 305 en 2010. En el primer decenio del siglo XXI, las acciones se orientaron a mejorar la eficiencia en materia de salud, elevar la calidad de las prestaciones médicas y garantizar una atención personalizada mediante la aproximación de los servicios de salud al paciente, la estrategia ha sido elevar la eficiencia con un mínimo de costos, de ahí que se requiera un número mayor de médicos, enfermeras, estomatólogos, entre otros especialistas del campo de la salud y educación. Cuba muestra una tendencia creciente en las matrículas de las carreras relacionadas con las Ciencias Médicas, si bien el aumento de esta matrícula se promueve desde 1959, ésta se ha pronunciado ante los requerimientos que prevé el perfeccionamiento del sector salud, y de las demandas que provinieron de concebir y orientar al sector salud como un eje estratégico dentro del modelo de desarrollo cubano a partir de la década de los noventa.

Los principales desafíos del sistema de salud cubano se hallan en mejorar la calidad de los servicios médicos, ampliar los conocimientos del médico en técnicas de comunicación y participación social y comunitaria, reducir la carga burocrática en la atención primaria de salud que permita un trabajo más integral y creativo con el paciente y la comunidad, en conjunto con un estipendio que denote más adecuadamente su cualificación. En el plano ciudadano, se requiere una mayor participación y control de la sociedad en los servicios de salud. Desafíos adicionales están ocasionados por la vulnerabilidad a la que el hacinamiento o el habitar una vivienda deteriorada pudieran someter, como de la posibilidad de alimentarse insuficientemente, poco diverso y saludable.

Las conquistas en el sector salud cubano se han sostenido por más de treinta años, ha sido crucial la voluntad política para preservar, no sin deficiencias, uno de los estribos de un inusitado proyecto social, especialmente durante las restricciones económicas. La estrategia cubana es consecuente a un fin: es posible el acceso universal a la atención médica y a los tratamientos e intervenciones más costosos, si se declina de la perspectiva mercantil dentro del sector salud, el presupuesto no será jamás suficiente si se espera sustentar la tasa de ganancia -de expectativa creciente- de los prestadores de servicios, mismos hallados en cada intersticio de la salud humana que se torna susceptible de mercantilización. En el

mismo sentido, difícilmente la salud podrá ser de “acceso universal” si, paradójicamente, se asignan requisitos de acceso y se excluye el tratamiento de un conjunto de enfermedades por criterios de costo, fijados por sistemas de salud aparentemente universales.

Las barreras impuestas por el exiguo número de centros de salud, de personal médico, medicamentos, equipos y camas en los sistemas de salud pública (desfinanciamiento frecuentemente inducido en aras de justificar la progresiva mercantilización de la salud), las relativas a las cuotas de pago en una salud crecientemente privatizada, y el requisito de un empleo formal para acceder a servicios de salud en países donde existe una pobreza generalizada, parecen alejarse de actuar como mecanismos destinados a alcanzar el ejercicio de una salud auténticamente universal. La política de salud cubana muestra sus destacados resultados al ser garantizada por el Estado, disonando en el eco del discurso extendido sobre la ineficiencia de las empresas estatales; a fin de poseer un carácter redistributivo, la política de salud cubana se convierte en un factor que distribuye igualdad en la sociedad cubana.

Se concluye del capítulo cinco, que el internacionalismo médico cubano es una política que se remonta a la década de los sesenta y constituye una de las formas en las que Cuba se relaciona con el resto del mundo, se basa primordialmente en la asistencia de servicios médicos y de recursos humanos de salud, su capital más abundante, con el fin de cuidar la salud de la población en aquellas regiones del mundo asoladas por catástrofes y en la mayoría de los casos, regidas por la vulnerabilidad que les impone la pobreza. Cabe mencionar, que este apoyo ha sido dirigido indistintamente, tanto a países aliados como en aquellos donde residían gobiernos opositores. La abundancia de recursos humanos, la medicina preventiva y la preservación de la salud y la vida como derecho humano, son los principales elementos del enfoque de salud cubano, mismos que han sido remitidos al resto de países en los que participa.

A partir de 1998, se incorpora a la política exterior de salud cubana la fundación de la ELAM, la cual fue diseñada para instruir a los jóvenes de los países de acogida a curarse a

sí mismos. Aportando al mundo no sólo servicios de salud, sino la gratuita formación de capacidades de salud, y con ello coadyuvar a mitigar la insuficiencia mundial de recursos humanos, es dirigida fundamentalmente a los países más pobres en cuanto refieren las mayores privaciones. En casi la totalidad de estos países gobierna la desprotección amplia de los sectores sociales; la privatización y mercantilización de los servicios sociales y primordialmente del sector salud, han acentuado la histórica exclusión en el acceso a servicios médicos y en la formación de los médicos requeridos, fundamentalmente de los más pobres de las áreas urbanas y rurales, o bien, han creado modalidades de atención que son insuficientes o suponen obstáculos para el acceso a la atención y tratamiento de cualquier padecimiento, esto es, no son plenamente integrales ni universales. A estos países responde la solidaridad cubana, ante la incapacidad de los sistemas de salud nacionales para enfrentar dichas problemáticas.

El comercio exterior de servicios de salud en Cuba, si bien surge con la década de los años ochenta, es hasta los primeros años de la década de los noventa que adquiere relevancia, primordialmente a través del turismo de salud; surge como respuesta a la necesidad de recaudar divisas y se transforma en un eje estratégico de la economía nacional debido a su potencial, de ahí el crecimiento obtenido en los últimos años. Esta relación con el exterior se tiene simultánea a donaciones y colaboraciones solidarias. La posibilidad de disponer para comercio exterior de servicios de salud y educación médica —en cualidad de fuerza de trabajo especializada y de un conjunto de conocimientos acumulados en el cuidado de salud de la población—, los cuales se constituyen de cierto componente inmaterial, fue imprescindible para un país que no disponía de recursos económicos, de la misma forma, la preexistencia de una estructura institucional e infraestructura que permitiría su reproducción.

En indicadores de salud, se observa un eminente comportamiento en la tendencia de la tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida de Cuba respecto de los concernientes a México, durante los períodos exhibidos; el gasto en salud total per cápita que respaldó estas tendencias, ha sido en ambos creciente y visiblemente menor el gasto cubano en relación al

gasto mexicano durante el ciclo 1995-2006, sin embargo, después de 2007 hay un perceptible acercamiento de gastos -aunque fluctuante-, según los datos disponibles. El gasto público en salud per cápita cubano es uno de los gastos más altos en América Latina y el Caribe, mientras los resultados que arrojan algunos de sus indicadores sobre el estado de salud de la población, son comparables a los alcanzados por países de altos ingresos, pero con notablemente menores recursos. Como se ha insistido, esto ha sido posible mediante un diseño que previene la enfermedad y no mercantiliza la salud, además de la capacidad de desempeñarse con el mínimo de recursos, reduciendo en menores gastos.

De acuerdo a lo dicho, el IDH cubano se ha distinguido por mantener desde la década de los ochenta mejores resultados que el IDH mexicano, ascendiendo para el año 2014 al grupo de países de “desarrollo humano muy alto”; por otra parte, Cuba se posiciona en mejores sitios a nivel mundial cuando el IDH no refiere el componente relativo a ingresos. La experiencia cubana revela que es posible avanzar en materia de desarrollo humano muy a pesar de un crecimiento económico lento, incluso en fases de decrecimiento como las observadas en Cuba particularmente durante los primeros cuatro años de la década de los noventa. Partiendo de esta idea, resulta indispensable que el desarrollo humano se desligue del determinismo económico al que el crecimiento económico le sujeta.

Como ha expresado Fumagalli (2009: 141), *Cuba no es un paraíso en la tierra*, tiene importantes problemas y contradicciones en el terreno de la satisfacción de las necesidades básicas y de las libertades políticas, en ese sentido, tampoco se ha constituido en una democracia plena, como difícilmente una puede ser encontrada alrededor del mundo. El estudio de la experiencia cubana refrenda la historia de una nación que ha querido decidir por sí misma, sin ninguna interferencia desde el exterior, y ser capaz de mostrar al mundo que otros caminos pueden ser andados. Paralelamente, ratifica que la desobediencia al orden hegemónico es sancionada, y que optar por los caminos independientes es siempre preferir por los más difíciles.

En retrospectiva, desde 1959 la Revolución cubana ha demostrado que un cambio profundo es posible, pero adicionalmente que, a la vista de los desafíos más importantes, ideales y objetivos pueden ser reafirmados mediante la voluntad y la constancia. Al inicio de la década de los noventa, Cuba se enfrenta a una encrucijada, en la cual cabía (y cabe aún) transformarse a sí misma y evolucionar hacia una economía de mercado, la vía más expedita y menos abstrusa, o preservarse, adaptarse y transformarse para continuar por una senda alternativa sin diluirse en la uniformidad del pensamiento neoliberal, prevaleciente hasta nuestros días a lo largo de América Latina; mas sin embargo, era imposible que Cuba continuara funcionando de la misma manera, ya que resultaba imposible asirse a los patrones antes empleados luego que los entornos que los sustentaban dejaron de existir materialmente.

Cuba eligió el camino de la distorsión, de la deformación, de lo más creativo y autónomo, no sin repercusiones sociales negativas y sin fallas. Es particularmente importante, la preponderancia y respuesta económica y política dada a la atención de las necesidades básicas de la sociedad cubana, desde el triunfo de la Revolución cubana y hasta nuestros días, muy a pesar de las crisis de los años noventa. Como una apuesta a la base del bienestar humano, la prestación de servicios de salud en cada rincón de Cuba, la erradicación del analfabetismo, el progreso en la educación y en el mantenimiento de un bienestar mínimo, han significado un retroceso hacia la genuina fuente de progreso y de sustentabilidad de la vida humana, retornando al valor de ésta y de la satisfacción de las necesidades de cualidad orgánica, mental y espiritual. Si los ideales del socialismo fueron fuertemente agraviados con la desaparición del campo socialista, Cuba con su experiencia, aportó para el replanteamiento de los mismos.

Para los que observamos desde fuera, desde la América Latina, podemos subestimar los reclamos más profundos de la sociedad cubana, minimizar sus inconformidades y frustraciones hacia su sistema económico y político dominante, no obstante, únicamente involucrándonos en su realidad, concediendo una carga emocional propia y contrastándola con alguna de nuestras experiencias neoliberales latinoamericanas, podemos rescatar que

hay logros trascendentales en el modelo de desarrollo cubano que indiscutiblemente deben ser preservados y desarrollados, pues constituyen cimientos fundamentales para el desarrollo humano, así como deficiencias cruciales que deberán ser superadas. Una de las principales críticas en torno al modelo cubano, son pues sus reducidos patrones y posibilidades de consumo y, desde luego, la insuficiente o precaria satisfacción de sus necesidades básicas. No obstante, en la misma dirección, los sistemas capitalistas latinoamericanos en su mayoría, especialmente el mexicano, no garantizan la satisfacción de necesidades básicas en al menos una de las esferas sociales para el conjunto de la población (más bien provee desprotección, primordialmente a los grupos más vulnerables), por otro lado, es evidente que una sociedad como la mexicana donde se extiende la pobreza en más del 45% de la población, no sólo este grupo queda al margen de un consumo elevado, sino incapaz de satisfacer sus necesidades más perentorias.

En suma, una de las críticas hacia el sistema cubano, corresponde también a problemas históricos del capitalismo latinoamericano y mexicano que continúan sin resolverse, aunado a los temas pendientes en libertad de expresión y democracia también cuestionados a Cuba. Al capitalismo latinoamericano en su fase neoliberal, le es inasequible un desarrollo integral y de largo plazo de carácter sistémico, pues éste es un sistema que gana lo que expolia, por tanto, sus resultados no pueden ser sino eminentemente desiguales y efímeros; la riqueza de algunos es auspiciada por la pobreza de muchos, deviniendo la cultura del enriquecimiento en la cultura de la desigualdad y la pobreza. Cuba continúa padeciendo numerosos y significativos problemas, no obstante, en los países sometidos a la sujeción del capitalismo neoliberal, los problemas además de ser muchos son irresolubles, de persistir en la misma lógica de funcionamiento. En consecuencia, la satisfacción en el acceso a la salud [o la satisfacción de cualquier necesidad básica] resulta en un tema de lucha de clases, dentro de un régimen donde la mayor desdicha no es la enfermedad, sino la desprotección y la privación de ser tratado y cuidado, la indiferencia de sus individuos por sus individuos y el abandono del Estado. Se estima que alrededor del 20% de la población en La Habana, se encuentra bajo el concepto de “pobreza con protección”, en México, únicamente el 20% de la población es “no pobre y no vulnerable” para el año 2012 (CONEVAL, 2012).

Tanto el modelo cubano como el mexicano -por referir una experiencia latinoamericana y la propia- son inconmensurables en tanto corresponden a lógicas distintas, no obstante, al ser examinados, no sólo basta que se confronte uno frente a otro, también deben ser valorados conforme a sí mismos, en su propio marco de referencia y validación. Una diferencia que se ha venido destacando a lo largo de esta investigación, es que Cuba ha apostado hasta nuestro días, por un proyecto que gestiona la satisfacción de las necesidades básicas y el que está inmerso en un sistema dominante que ha optado por su mercantilización, con las implicaciones antes descritas: ingentes grupos excluidos de la salvaguarda de sus vidas.

Más allá de la desigualdad económica existente en la sociedad cubana como resultado de la crisis de los noventa, es determinante el nivel básico o mínimo desde donde parte. No es lo mismo ser desigual en un sistema donde existe un piso mínimo, que en donde se carece de toda garantía básica, como es el caso de México. Si bien Cuba no ha alcanzado la calidad de vida que corresponde al horizonte demandado y al nivel educativo alcanzado, hace esfuerzos a través de la política social para defender la misma, se descubren éxitos importantes en salud y educación, como la protección en todo ámbito para el infante, la erradicación del hambre y la desnutrición infantil según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] (2014), obtiene valiosos resultados en el respeto a los derechos de los niños, y se encuentran sustanciales retos para adquirir mayor integralidad a través del desarrollo de sectores como la vivienda, alimentación y la política de salarios. Cuba hace ostensible una experiencia y práctica planificadora de largo plazo, una concepción que articula y prioriza el desarrollo social sobre el económico, un pensamiento integral en lo que respecta a las esferas sociales, además de la maestría adquirida en el éxito del sector salud y educación, dos sectores cruciales para el desarrollo. Cuba tiene elementos para reinventarse y continuar por una senda alternativa.

La sociedad cubana experimentó desde los años noventa la psicosis social de la escasez, los mínimos y la sobrevivencia, esa precariedad ha apuntalado los anhelos de consumo que es favorecida por la divergencia latente entre los niveles de educación que se obtienen y la

calidad de vida experimentada, simultáneamente, de la constante violencia que ejerce el consumo que ostenta el turista y el extranjero que residen en la isla, de los familiares que viven en el exterior y de los cubanos que han viajado al extranjero, en sí, la violencia del consumo que se ejerce desde el mundo capitalista, un mundo fragmentado que subsiste del sobre-consumo de unos por el sub-consumo de otros. Si bien, cualquier sociedad requiere de excedentes sólidos para su funcionamiento, éstos no deben ser entendidos en la dinámica de la apropiación privada, la opulencia y el despilfarro, características distintivas de la sociedad de producción capitalista.

En tal acepción, la sociedad socialista cubana no puede competir con preceptos que no le son intrínsecos. El sistema económico, político y social cubano es desafiado por una línea sutil, por el equilibrio y la armonía, debe incrementar el consumo de la sociedad y hacerlo sostenible sin convertirse en una sociedad de consumo. Una vía posible se encuentra a través de relaciones más profundas con los nuevos liderazgos latinoamericanos, como ha referido Suárez (2009: 124), esto se asocia a *una solución adecuada a todos los problemas objetivos y subjetivos que están afectando a la transición cubana*, y por otro lado, la oportunidad de que, una vez reestablecidas las relaciones diplomáticas, de éstas puedan proceder el fin del bloqueo económico estadounidense a Cuba, y sirva de inicio para una nueva etapa de acuerdos comerciales con el resto del mundo. No obstante, fundamentales obstáculos para mantenerse provienen desde el interior del sistema político cubano.

Es decisivo que el Estado cubano continúe por la vía de la transformación, renuncie a las formas de socialismo monolítico que no le permiten reinventarse y fomentar relaciones no capitalistas de nuevo tipo, que se vuelva un Estado más experimental y, a la par, le permita reestablecer de forma creativa las relaciones capitalistas ya existentes. Por otro lado, se precisa dismantelar el canon connatural a cada revolución, en el que se vuelve privativo del poder institucional el pensamiento progresista, y se convierte la institucional, en la única forma de *hacer revolución*, negando la lógica natural del progreso que es la contradicción al poder, de lo único y lo uniforme a la transigencia y a la diversidad de la vanguardia, bajo

la porfía insoslayable de que toda revolución que no se revoluciona, inevitablemente se contradice, se excluye y se extingue.

Cuba dispone de la historia que precisa este futuro potencial, no obstante, dista de ser una predicción. La evolución de Cuba hacia una vía alternativa posible, trasladable, requiere trascender las inconsistencias del modelo actual, en primera instancia, para el gozo de sus ciudadanos, en segunda, para los habitantes del gran pueblo latinoamericano y los ciudadanos del resto del mundo, que seguimos advirtiendo en Cuba la sustancia de una fiable alternativa. La necesidad de superar las deficiencias del modelo cubano es tal, como la necesidad de superar el despótico capitalismo neoliberal. A efectos de un corolario para América Latina, *que la revolución cubana sirva para recordarnos que el cambio significativo es posible en otros lugares* (Chilcote, 2009: 131).

REFERENCIAS

Altwater, Elmar (1976). **Estado y capitalismo. Notas sobre algunos problemas de intervención estatal** en *Cuadernos Políticos*. Número 9, julio-septiembre, pp. 9-30.

Álvarez Béjar, Alejandro (2011). **23 años de teoría, práctica y mitos del neoliberalismo en México** en *La crisis actual del capitalismo*. CMES A.C., Siglo XXI, México.

Álvarez, Elena y Máttar, Jorge (2004). **Política social y reformas estructurales: Cuba a principios del siglo XXI**. En colaboración de CEPAL, INIE, PNUD. Editores e impresores FOC, México.

Álvarez González, Elena C. (2000). **Planificación a mediano y largo plazo: Notas para un debate** en *Cuba: Investigación económica*. Año 6, número 3, julio-septiembre, pp. 17-52.

Alzugaray Treto, Carlos (2009). **Continuity and change in Cuba at 50: the revolutions at a crossroads** en *Latin American perspectives*. Edición 166, volumen 36, número 3, mayo, pp. 8-26.

Anderson, Perry (2004). **The river of time** en *New Left Review* 26. Marzo-abril, pp. 35-45.

Banco Central de Cuba (2001). **La economía cubana en el periodo especial 1990-2000** en *Banco Central de Cuba* [En línea]. Disponible en <http://www.bc.gob.cu/Anteriores/Otros/economia%20cubana.pdf> [Consultado el 20 de septiembre de 2013].

Banco Mundial [BM] (2015). **Datos/Indicadores** en *Banco Mundial* [Página web]. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador> [Recuperado el 20 de agosto de 2015].

Baudrillard, Jean (6 de marzo de 2007). “**L’esprit du terrorism**” en *Le monde* [En línea]. Disponible en http://www.lemonde.fr/disparitions/article/2007/03/06/l-esprit-du-terrorisme-par-jean-baudrillard_879920_3382.html [Recuperado el 23 de noviembre de 2015].

Campa, Homero y Pérez, Orlando (1997). **Cuba: los años duros**. Plaza & Janes, México.

Castro Ruz, Fidel (2005a). **Discurso pronunciado en el acto con motivo de la primera graduación de la Escuela Latinoamericana de Medicina** [En línea], Teatro “Carlos Marx”, 20 de agosto de 2005. Disponible en <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2005/esp/f200805e.html> [Recuperado el 15 de mayo de 2015].

Castro Ruz, Fidel (2005b). **Discurso pronunciado en el acto de constitución del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastre y Graves Epidemias “Henry Reeve” y graduación nacional de estudiantes de medicina** [En línea], Ciudad Deportiva, 19 de septiembre de 2005, Cuba. Disponible en <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2005/esp/f190905e.html> [Recuperado el 16 de mayo de 2015].

Castro Ruz, Fidel (2005c). **Discurso por el aniversario 60 de su ingreso a la Universidad de La Habana** [En línea], Aula Magna de la Universidad de La Habana, 17 de noviembre, Cuba. Disponible en <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2005/esp/f171105e.html> [Recuperado el 10 de junio de 2015].

Castro Ruz, Fidel ([1999] 2009). **La historia me absolverá y otros discursos**. Colección Palabras esenciales. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la información, República Bolivariana de Venezuela.

Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2010). **Panorama social de América Latina** [En línea], ONU/CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1236/S2011800_es.pdf?sequence=4 [Recuperado en 30 de abril de 2015].

Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2012). **Panorama social de América Latina** [En línea], ONU/CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/S2012959_es.pdf?sequence=1 [Recuperado el 15 de mayo de 2015].

Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2013a). **Cuba: Perfil Nacional Socio-demográfico** en *CEPALSTAT* [Página web]. Disponible en http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CUB&idioma=spanish [Recuperado el 23 de noviembre de 2013].

Comisión Económica para América Latina [CEPAL] (2013b). **Panorama social de América Latina** [En línea], ONU/CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35904/S2013868_es.pdf?sequence=1 [Recuperado el 15 de mayo de 2015].

Comisión Económica para América Latina (2015a). **Cuba: Perfil Nacional Económico** en *CEPALSTAT* [Página web]. Disponible en http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Economico.html?pais=CUB&idioma=spanish [Recuperado el 15 de agosto de 2015].

Comisión Económica para América Latina (2015b). **Cuba: Perfil Nacional Socio-demográfico** en *CEPALSTAT* [Página web]. Disponible en http://interwp.cepal.org/cepalstat/Perfil_Nacional_Social.html?pais=CUB&idioma=spanish [Recuperado el 15 de agosto de 2015].

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2008). **Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud** [En línea], OMS, Ginebra. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf [Recuperado el 1 de junio de 2015].

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2012). **Informe de pobreza en México, 2012** [En línea], CONEVAL, México. Disponible en http://www.conadis.gob.mx/doc/contenidos/informe_de_pobreza_en_mexico_2012_13102_5.pdf [Recuperado el 13 de junio de 2015].

Constitución de la República de Cuba [CRC] (1992). **Constitución de la República de Cuba, 1992** [En línea]. Disponible en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2130/3.pdf> [Recuperado el 13 de septiembre de 2014].

Corrales, Javier (2004). **The gatekeeper state: limited economic reforms and regime survival in Cuba, 1989-2002** en *Latin American Research Review*. Volumen 39, número 2, pp. 35-65.

Chilcote, Ronald H. (2009). **A retrospective** en *Latin American perspectives*. Edición 164, volumen 36, número 1, enero, pp. 130-131.

Cubadebate (02 de enero de 2014). “**Mortalidad infantil de Cuba en 2013: ¡4,2 por mil nacidos vivos!**” en *Cubadebate* [En línea]. Disponible en <http://www.cubadebate.cu/noticias/2014/01/02/mortalidad-infantil-de-cuba-en-2013-42-por-mil-nacidos-vivos/#.VbRET7X2RfQ> [Recuperado el 25 de julio de 2015].

Cubadebate (18 de julio de 2014b). “**Censuran declaraciones elogiosas sobre Cuba de la Directora de la OMS**” en *Cubadebate* [En línea]. Disponible en <http://www.cubadebate.cu/noticias/2014/07/18/censuran-declaraciones-elogiosas-sobre-cuba-de-la-directora-de-la-oms-video/#.VQDcLY72RfQ> [Recuperado el 10 de marzo de 2015].

De Sousa Santos, Boaventura (2009). **Why has Cuba become a difficult problem for the left?** en *Latin American perspectives*. Edición 166, volumen 36, número 3, mayo, pp. 43-53.

Domínguez, María Isabel (2009). **Cuban social policy: principal spheres and targeted social groups** en *Latin American perspectives*. Edición 165, volumen 36, número 2, marzo, pp. 81-94.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2012). **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012. Evidencia para la política pública en salud** [En línea], ENSANUT. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf> [Recuperado el 9 de junio de 2015].

European Food Information Council [EUFIC] (Marzo de 2011). **La salud en Europa ¿cómo nos va?** [Página web], EUFIC. Disponible en <http://www.eufic.org/article/es/artid/La-salud-en-Europa-como-nos-va/> [Recuperado el 12 de julio de 2015].

Ferriol, Angela; Castiñeiras, Rita y Therborn, Göran (2004). **Política Social: El mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia**. En colaboración de ASDI, INIE, UDELAR, TRADINCO, Uruguay.

Ferriol Muruaga, Angela (2003). **Servicios de educación, salud, agua y saneamiento en Cuba** en *Cuba: investigación económica*. Año 9, número 3-4, julio-diciembre, pp. 19-68.

Ferriol Muruaga, Angela (2004). **Política social: una perspectiva comparada entre América Latina y Cuba** en *Cuba: investigación económica*. Año 10, número 1-2, enero-junio, pp. 19-49.

Ferriol Muruaga, Angela; Ramos, Maribel y Añé, Lía (2006). **Reforma económica y población en riesgo en ciudad de La Habana** en *Cuba: investigación económica*. Año 12 número 1-2 enero-junio, pp. 31-61.

Friedman, Milton y Friedman, Rose (1983). **La libertad de elegir**. Ediciones Orbis, España.

Fonseca Rodríguez, Gumersindo y Valenzuela Rodríguez, Carlos (2013). **Necesidad de la eficiencia económica en salud** en MEDISAN. Volumen 17, número 7, julio, pp. 1-6.

Fumagalli, Roberto (2009). **Cuba va: Fifty years marching toward victory** en *Latin American perspectives*. Edición 164, volumen 36, número 1, enero, p. 141.

García Molina, Jesús M. (2005). **La economía cubana desde el siglo XVI al XX: del colonialismo al socialismo con mercado** [En línea], Unidad de Desarrollo Económico/

CEPAL. Disponible en <http://archivo.cepal.org/pdfs/2005/S050273.pdf> [Recuperado el 5 de abril de 2014].

Gobierno de la República de Cuba (s/f). **Desarrollo social** en *Gobierno de la República de Cuba* [Página web]. Disponible en <http://www.cubagob.cu/> [Recuperado el 10 de septiembre de 2013].

González Gutiérrez, Alfredo (2000). **Plan y mercado: Aspectos estratégicos en el perfeccionamiento del modelo de planificación** en *Cuba: Investigación económica*. Año 6, número 3, julio-septiembre, pp. 1-16.

Granma (24 de marzo de 2014a). “**Seis años sin mortalidad materna en el Plan Turquino**” en *Granma* [En línea]. Disponible en <http://www.gramma.cu/cuba/2014-03-24/seis-anos-sin-mortalidad-materna-en-el-plan-turquino> [Recuperado el 25 de julio de 2015].

Granma (13 de julio de 2014b). “**Directora de la OMS de visita en Cuba**” en *Granma*. [En línea]. Disponible en <http://www.gramma.cu/cuba/2014-07-13/directora-de-la-oms-de-visita-en-cuba> [Recuperado el 10 de marzo de 2015].

Harris, Richard L. (2009). **Cuban internationalism, Che Guevara, and the survival of Cuba’s socialist regime** en *Latin American perspectives*. Edición 166, volumen 36, número 3, mayo, pp. 27-42.

Harvey, David (2005). **A brief history of neoliberalism**. Oxford University Press, RU, Inglaterra.

Huish, Robert y Kirk, John M. (2007). **Cuban medical internationalism and development of the Latin American school of medicine** en *Latin American perspectives*. Edición 157, volumen 34, número 6, noviembre, pp. 77-92.

INFOMED (2 de julio de 2015). **Cuba: Primer país del mundo en eliminar la transmisión de madre a hijo del VIH/sida y la sífilis** en *Red de salud en Cuba* [Página web]. Disponible en <http://www.sld.cu/noticia/2015/06/30/cuba-primer-pais-del-mundo-en-eliminar-la-transmision-de-madre-hijo-del-vihsida-y> [Recuperado el 10 de julio de 2015].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010). **XIII Censo de Población y Vivienda**. INEGI, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2014). **Cuéntame/Esperanza de vida** [Página web]. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P> [Recuperado el 20 de julio de 2015].

Juventud Rebelde (02 de enero de 2014). “**Logra Cuba mortalidad infantil y materna más bajas de su historia**” en *Juventud Rebelde* [En línea]. Disponible en <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2014-01-02/logra-cuba-mortalidad-infantil-y-materna-mas-bajas-de-su-historia/> [Recuperado el 25 de julio de 2015].

Kapcia, Antoni (2008). **Does Cuba fit yet or is it still “exceptional”?** en *Journal of Latin American studies*, “Special issue Cuba: 50 years of revolution”. Volumen 40, parte 4, noviembre, pp. 627-650.

Kapcia, Antoni (2009). **Lessons of the special period: learning to march again** en *Latin American perspectives*. Edición 164, volumen 36, número 1, enero, pp. 30-41.

Kirk, John (2009). **Reflections on Medical Internationalism** en *Latin American perspectives*. Edición 164, volumen 36, número 1, enero, pp. 139-140.

Kronenberg, Clive W. (2009). **Manifestation of humanism in revolutionary Cuba: Che and the principle of universality** en *Latin American perspectives*. Edición 165, volumen 36, número 2, marzo, pp. 66-80.

Kuri Gaytán, Armando (2003). **La globalización en perspectiva histórica** en *Comercio exterior* [En línea], vol. 53, núm. 1, México. Disponible en <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/14/1/RCE.pdf> [Recuperado el 30 de mayo de 2015].

Lamrani, Salim (01 de agosto de 2014). “**El sistema de salud cubano, un modelo según la OMS**” en *Tercera Información* [En línea]. Disponible en <http://www.tercerainformacion.es/spip.php?article71890> [Recuperado el 10 de marzo de 2015].

Landau, Saul (2009). **The cuban revolution: half a century** en *Latin American perspectives*. Edición 164, volumen 36, número 1, enero, pp. 136-138.

Laurell, Asa Cristina (1995). **La reforma de los sistemas de salud y de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales**. Documentos de trabajo. Fundación Friedrich Ebert, número 47, noviembre, México.

Laurell, Asa Cristina (2013). **Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano**. CLACSO, Buenos Aires.

Laurell, Asa Cristina (2015). **Neoliberalism in health care in Mexico. The mexican popular health insurance: myths and realities** en *International Journal of Health Services*. Volumen 45, número 1, pp. 105–125.

Marx, Carlos ([1867] 2009). **El Capital. Crítica de la economía política. Tomo I.** Tercera edición, quinta reimpresión, Fondo de Cultura Económica (FCE), México.

Ministerio de Salud Pública [Minsap] (2011). **Anuario Estadístico de Salud 2010** [En línea], Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Minsap, Cuba. Disponible en <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf> [Recuperado el 1 de diciembre de 2014].

Morales, Josefina (1997). **México y Cuba. Dos experiencias frente a la inserción internacional.** IIEC, UNAM y Editorial Nuestro Tiempo, S.A., D.F., México.

Ocampo, José Antonio; Stallings, Bárbara; Bustillo, Inés; Bellosó, Helvia y Frenkel, Roberto (2014). **La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia** en *La crisis latinoamericana de la deuda desde la perspectiva histórica* [En línea], CEPAL, Santiago de Chile. Disponible en <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2014/14359.pdf> [Recuperado el 30 de marzo de 2015].

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (22 de mayo de 2015). **La participación de Cuba en el combate al ébola destacó en la Asamblea Mundial de la Salud** [Página web], Centro de noticias, ONU. Disponible en <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=32424#.VeaNSX32RfR> [Recuperado el 31 de agosto de 2015].

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] (11 de marzo de 2014). **Cuba recibió reconocimiento de la FAO por haber erradicado el hambre. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe** [Página web], Noticias, FAO. Disponible en <http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/230573/> [Recuperado el 31 de agosto de 2015].

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura [UNESCO] (09 de abril de 2005). **En América Latina y el Caribe sólo Cuba alcanzó los objetivos globales de la Educación para Todos en el periodo 2000-2015** [Página web], Servicio de prensa, UNESCO. Disponible en [http://www.unesco.org/new/es/media-services/singleview/news/education for all 2000 2015 only cuba reached global education goals in latin america and the caribbean/#.Va-2k6R Okq](http://www.unesco.org/new/es/media-services/singleview/news/education%20for%20all%202000%202015%20only%20cuba%20reached%20global%20education%20goals%20in%20latin%20america%20and%20the%20caribbean/#.Va-2k6R_Okq) [Recuperado el 20 de julio de 2015].

Organización Internacional del Trabajo [OIT] (3 de junio de 2014). **Más del 70% de la población mundial carece de una protección social adecuada** [Página web], Noticias, OIT. Disponible en http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_245035/lang--es/index.htm [Recuperado el 13 de septiembre de 2014].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). **Informe de la pobreza en la salud. Informe de la Secretaría** [En línea], Consejo ejecutivo, 113ª reunión, punto 3.15 del orden del día provisional, EB113/12, OMS. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/eb11312.pdf [Recuperado el 13 de mayo de 2015].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). **Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud** [En línea], OMS, Francia. Disponible en http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1 [Recuperado el 10 de febrero de 2014].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). **Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal** [En línea], OMS, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf [Recuperado el día 30 de enero de 2015].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). **Derecho a la salud** [En línea], Nota descriptiva N° 323, noviembre, OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/> [Recuperado el 1 de agosto de 2015].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014a). **Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas** [En línea], OMS, Ginebra. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf [Recuperado el 15 de abril de 2015].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (12 de septiembre de 2014b). **La OMS agradece apoyo de médicos cubanos en la respuesta al ébola en África Occidental** [Página web], Centro de prensa, OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/cuban-ebola-doctors/es/> [Recuperado el 31 de agosto de 2015].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015a). **Enfermedades cardiovasculares** [Página web], Nota descriptiva, enero, OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/> [Recuperado el 13 de agosto de 2015].

Organización Mundial de la Salud [OMS] (30 de junio de 2015b). **La OMS valida la eliminación de Cuba de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis** [Página

web], Centro de prensa, OMS. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/es/> [Recuperado el 1 de julio de 2015].

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE] (2010). **Health expenditure in relation to GDP** en *Health at a Glance: Europe 2010* [En línea], pp. 106-107, OECD. Disponible en <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8110161ec043.pdf?expires=1450403331&id=id&accname=guest&checksum=030F18E8E847249F9490F5DEBFD355ED> [Recuperado el 10 de junio de 2015].

Pardo López, María del Carmen (1996). **La política social como dádiva del presidente** en *Foro Internacional*. Vol. 36, No.1 / 2 (143/144), enero-junio, pp. 295-320. El Colegio de México. México.

Pérez Izquierdo, Victoria y Luis Rodríguez, Gretel (2010). **La formación y aprovechamiento de los recursos humanos de la salud pública en Cuba en la primera década del siglo XXI** en *Cuba: investigación económica*. Año 16, número 1 y 2, enero-diciembre, pp. 100-153.

Pico García, Nieves y Chuairey Rodríguez, Anaís (2006). **El comercio exterior de servicios de salud: la experiencia cubana** en *Cuba: investigación económica*. Año 12, número 3, julio-septiembre, pp. 49-64.

Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe [PREALC] (1988). **Deuda social. ¿Qué es, cuánto es y cómo se paga?** OIT, Chile.

Presno Labrador, Clarivel (2006). **Experiencia médica: El médico de la familia en Cuba** en *Revista cubana de medicina general integral*, Volumen 22, número 1, pp. 1-7.

Prevost, Gary (2009). **Reflections on the cuban revolution** en *Latin American perspectives*. Edición 165, volumen 36, número 2, marzo, pp. 138-139.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2010). **Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano** [En línea], PNUD, Nueva York. Disponible en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2010_es_complete_reprint.pdf [Recuperado el 13 de noviembre de 2013].

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2013). **Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del sur: Progreso humano en un mundo diverso** [En línea], PNUD, Nueva York. Disponible en http://www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf [Recuperado el 13 de febrero de 2015].

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2014). **Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el progreso humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia** [En línea], PNUD, Nueva York. Disponible en <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf> [Recuperado el 10 de abril de 2015].

Puentes-Rosas, Esteban; Gómez-Dantés, Octavio y Garrido-Latorre, Francisco (2004). **Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados** en *Salud pública de México*. Volumen 46, número 1, enero-febrero, pp. 16-22.

Rapoport, Mario (2002). **Orígenes y actualidad del “pensamiento único”** en *La globalización económica financiera. Su impacto en América Latina* [En línea], CLACSO, Buenos Aires. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101004010747/22.pdf> [Recuperado el 10 de agosto de 2015].

Rodríguez, José Luis (1990). **Desarrollo económico de Cuba (1959-1988)**. Editorial Nuestro Tiempo S.A., México.

Rodríguez, José Luis (2009). **La planificación en Cuba: algunas experiencias** en *Cuba: Investigación económica*. Año 15, número 2, julio-diciembre, pp. 1-27.

Rodríguez, José Luis (1 de octubre de 2014). **Las relaciones económicas entre Cuba y Rusia en una nueva etapa** en *Cubadebate* [En línea]. Disponible en <http://www.cubadebate.cu/opinion/2014/10/01/las-relaciones-economicas-entre-cuba-y-rusia-en-una-nueva-etapa/#.Vlh7ftlvddh> [Recuperado el 22 de noviembre de 2015].

Suárez Salazar, Luis (2009). **The cuban revolution and the new Latin American leadership: A view from its utopias** en *Latin American perspectives*. Edición 165, volumen 36, número 2, marzo, pp. 114-127.

Schumacher, E. F. (1983). **Lo pequeño es hermoso**. Ediciones ORBIS, S.A, España.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2015). **Estado Mundial de la Infancia 2015. Información Estadística por País** (Página web), UNICEF. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/cuba_statistics.html [Recuperado el 23 de julio de 2015].

Valenzuela Feijoó, José C. (1990). **¿Qué es un patrón de acumulación?** Facultad de Economía, UNAM, México.

Vilas, Carlos M. (1997). **De ambulancias, bomberos y policías: la política social del neoliberalismo** en *Desarrollo Económico*. Vol. 36, No. 144, enero-marzo, pp. 931-952.

Vilas, Carlos M. (1998). **América Latina: experiencias comparadas de combate a la pobreza.** UNAM, México.

Vilas, Carlos M. (2000). **¿Más allá del “Consenso de Washington? Un enfoque desde la política de algunas propuestas del Banco Mundial** en *Aportes*. Revista de la Facultad de Economía de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Año V, N° 15, septiembre-diciembre, Puebla, México.

Wallerstein, Immanuel (2002). **¿Mundialización o época de transición? Una visión a largo plazo de la trayectoria del sistema-mundo** en *La globalización y sus crisis*. Editorial Catarata, España.

Wohlforth, Tim (1983). **Teorías del socialismo en el siglo XX.** Ediciones Nueva Sociología y distribuciones Fontamara, México.

World Wildlife Fund [WWF] (2006). **Living planet report** [En línea], WWF, Suiza. Disponible en http://d2ouvy59p0dg6k.cloudfront.net/downloads/living_planet_report.pdf [Recuperado el 20 de noviembre de 2013].

Xianglin, Mao (2007). **Cuban reform and economic opening: retrospective and assessment** en *Latin American perspectives*. Edición 157, volumen 34, número 6, noviembre, pp. 93-105.

Zabala Argüelles, María del Carmen (2013). *Retos de la equidad social en el actual proceso de cambios económicos en Miradas a la economía cubana. Entre la eficiencia económica y la equidad social*, pp. 163-173.