

XXX XOCOMALCO SERVICIOS DOCUMENTALES

T  
13

7/13

1-82

**UNAM** XOCHIMILCO SERVICIOS DOCUMENTALES

"PROCESO DE PARTICIPACION POPULAR EN LA GESTION  
DE SALUD PUBLICA"

Análisis de una experiencia: "Policlínico Comunitario Plaza de  
la Revolución".

Ciudad de La Habana, Cuba, 1977-1978.

124505

Rebecca de los Ríos Caballero

Tesis de Maestría en Medicina Social  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco.

Ciudad de México, 27 de marzo de 1979.



## CONTENIDO

### INTRODUCCION

#### PARTE I

Marco Teórico

Consideraciones Teórico-Metodológicas.

#### PARTE II

Estudio histórico social: "Práctica Médica, Participación Popular y Estructura Social de Cuba". (1898-1959) (1959-1976).

#### PARTE III

Estudio de verificación empírica del proceso de participación popular en la gestión de salud del sistema de atención médica primaria.

Análisis de una experiencia: "Policlínico Plaza de la Revolución", Ciudad de La Habana, Cuba, 1977-1978.

1. Planteamiento del problema
2. Objetivos del trabajo.
3. Aspectos teórico-conceptuales (descriptivos empíricos)
4. Aspectos teórico-metodológicos.
5. Aspectos metodológico-técnicos.
6. Presentación de resultados
7. Análisis de resultados y conclusiones.

PARTE IV

Conclusiones generales de la investigación

Bibliografía

Anexos.



TUTORES

Roberto Capote Mir (Cuba)

Catalina Eibenschutz (México)

---

D E D I C A T O R I A .

Al Pueblo Cubano, en el XX Aniversario  
del triunfo de la Revolución.



## NOTA DE AGRADECIMIENTO

Más que agradecer una colaboración prestada a todas las personas que de una u otra manera me ayudaron a materializar este trabajo, es más importante resaltar hechos -que protagonizan los hombres- en los cuales uno tiene la oportunidad de ser partícipe y enriquecer su formación integral a través de las múltiples experiencias que acompañan al estudio y la práctica cotidiana.

En tal sentido, quisiera mencionar dos hechos importantes que han constituido las bases de esta segunda etapa de mi formación, que en estos momentos culmino.

La Maestría en Medicina Social, de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, que con intentos pioneros abren camino a nuevos enfoques dentro de la Práctica y el Saber Médico. Siendo ésta una labor difícil, con gran acierto nos ayudó a tener una concepción diferente del mundo y otra forma de abordar la realidad que nos rodea. Las discusiones teóricas que a veces nos parecían estériles, la lucha por integrar la teoría y la práctica, las contradicciones entre "tecnicistas" y "teoristas", el empirismo, el formalismo y el materialismo histórico y dialéctico, llenaban de humo nuestros salones siendo un importante motor para nuestro desarrollo. Este avance en nuestra transformación se dio en un ámbito democrático, con plena participación de los alumnos, donde los



profesores eran nuestros compañeros y a veces nos tocaba enseñarles lo que habíamos aprendido. Nuestra práctica científica, las actividades de terreno -nunca exentas de alegrías y sinsabores- quedan para el recuerdo, pero también han sido integradas e incorporadas a nuestra formación.

En este espacio expreso mi más profundo agradecimiento a todos aquellos que protagonizan el proyecto U.A.M.-Xochimilco, y en especial la Maestría en Medicina Social, por haberme permitido participar en la construcción de una alternativa innovadora, que empieza después de cuatro años, a recoger sus primeros frutos.

El otro hecho importante, fue mi vinculación a un grupo de estudiantes latinoamericanos y africanos, que conformó el I Curso Internacional de Salud Pública en el Primer País Socialista de América.

En tal sentido, la Revolución Cubana, junto al pueblo que la construye y protagoniza, fueron nuestros más sabios maestros.

Si bien nuestras actividades académicas constituyeron nuestra preocupación principal, la dinámica de la difícil tarea de construir una sociedad más justa, no pasó desapercibida. La incorporación a ese proceso donde fuimos abiertamente recibidos, fue un elemento que rebasó nuestra formación profesional para aportarnos en la formación del HOMBRE NUEVO.



Las actividades propias de la revolución, como el trabajo voluntario, la defensa, las asambleas de producción y servicios, los consejos de trabajo, la emulación, las rendiciones de cuentas del Poder Popular, las organizaciones de masas y tantas otras, fue un aprendizaje que escapó de las aulas, siendo cada experiencia vivencial -hasta el momento de compartir el espacio libre y el descanso --elementos altamente enriquecedores a nuestra formación integral.

Todo esto explica, cuan difícil me resulta personificar, al realizar una nota de agradecimiento.

La conjunción de estos dos procesos, La Maestría en Medicina Social en México y la Revolución Cubana, fueron los que en última instancia permitieron la materialización de este trabajo.

A todos los compañeros que con su esfuerzo y constancia diaria, construyen las alternativas del futuro, MI MAS PROFUNDO AGRADECIMIENTO.

Rebecca de los Ríos



## Introducción

El presente trabajo que someto al juicio crítico de sus lectores, se inscribe dentro de la línea de investigación socio-médica, que intenta articular las propuestas alternativas que surgen en el campo de la salud, a los componentes de la estructura social.

Con este enfoque pretendemos abordar un discutido tema que ha cobrado una importancia relevante en América Latina, a partir de la "necesidad urgente" que se les ha planteado a los países latinoamericanos, de generar mecanismos alternativos para producir una extensión de cobertura de los servicios de salud. Nos referimos a la estrategia de la participación popular, o también llamada participación comunitaria, en los diversos programas de atención médica que se organizan como servicios de salud del nivel primario.

Múltiples han sido, desde los inicios de la década de los 70, las propuestas organizativas, y los planteamientos alternativos que han presentado los países de la región de las Américas, para promover mecanismos de participación e integración de la población usuaria, a los programas de medicina familiar o comunitaria.

Ante el auge y vigencia que cobró el tema, no tardaron en aparecer diferentes autores que desde una perspectiva crítica comenzaron a estudiar las relaciones que tenían estas propuestas, en su articulación con la estructura social; considerando que los planteamientos de la



nueva organización de la práctica médica no obedecían a un simple juego del pensamiento de los individuos, sino que su base explicativa debería de buscarse, en el estudio de la sociedad global y en las determinaciones de su transformación.

Dentro de esta línea e investigación, podríamos mencionar los trabajos de Jaime Breihl, y Juan César García, entre otros\*; que a través del método materialista histórico analizan la Práctica Médica "emergente" de la Medicina Comunitaria, bien sea como una respuesta para dar solución a los crecientes costos de la atención médica, o como un instrumento más de dominación ideológico-política, por parte de las clases dominantes.

Claro está que dichos análisis se detienen fundamentalmente en las formaciones sociales capitalistas, y sus formulaciones teóricas se sustentan en las características particulares del desarrollo dependiente de las economías latinoamericanas.

El presente estudio, pretende retomar esta línea de investigación, centrándose en uno de los componentes fundamentales de la política de extensión de cobertura de servicios de salud, el cual es la "Participación Popular o Comunitaria" pero ubicándola en el contexto de las determinaciones estructurales de una formación social socialista. Para

---

\*Para mayor detalle consultar, Breihl J. Medicina Comunitaria ¿Una nueva Policía Médica? Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales No. 84 pp. 57-82. México 1976. García J.C., Medicina Comunitaria, Concepto e Historia. Mimeografiado, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1976.



tales fines, seleccionamos un País Latinoamericano, que además de ser una excepción en el Continente, exhibe una riquísima experiencia de participación en salud que ha sido un tanto divulgada pero poco estudiada, en los términos de su articulación con el proceso social y político que vive el país.

Previo al análisis concreto de la participación popular en la formación social cubana, nos dimos a la tarea de realizar un recorte epistemológico del objeto teórico "Participación", para lo cual revisamos algunos autores que dentro del estructural funcionalismo, habían elaborado teóricamente sobre el proceso de participación social. En tal sentido y a modo de intervención epistemológica revelamos los supuestos explícitos e implícitos de sus formulaciones teóricas, destacando las limitaciones e implicaciones ideológicas de la Teoría Social que las sustentan.

Tratando de hacer una ruptura con dichas concepciones, pretendimos adoptar otra postura epistemológica, bajo la cual elaboramos un primer intento de interpretación del proceso de participación -con un carácter provisorio y sujeta a las modificaciones que surjan en su discusión- para luego derivar las consideraciones particulares sobre la participación de los individuos en la gestión de salud articulada al contexto de la estructura social donde se desarrolle.

Dejando entonces explícitos los fundamentos teóricos y las categorías utilizadas para nuestro análisis de la participación, nos interiorizamos en el estudio histórico social de la formación social cubana, antes del cambio cualitativo de las relaciones sociales de producción; tra



tando de establecer los niveles de correspondencia existentes, entre el desarrollo de las formas organizativas de la lucha de clases, el Estado, y las formas de organización de la Práctica Médica. Abordamos entonces tres periodos fundamentales los cuales se corresponden con los diferentes cambios ocurridos sobre las estructuras de poder. Desde 1898 a 1933 (Nacimiento de la República) de 1933 a 1952 (Revolución Democrática y Consolidación del Estado Capitalista en su fase hegemónica), de 1952-1959 (Golpe de Estado y Dominación por la fuerza coercitiva); teniendo entonces como marco general de análisis las condiciones estructurales de la sociedad cubana en esos periodos, tratamos de articular las formas correspondientes que asumió la práctica médica -principalmente la institucional- para dar una respuesta organizada a los problemas de salud-enfermedad de la población.

Queremos dejar constancia, que por dificultades confrontadas para la obtención de información, sobre todo en lo que a salud se refiere, nuestro análisis tuvo ciertas limitaciones interpretativas -que tal vez no satisfagan un estricto rigor metodológico- que aspiramos sean progresivamente resueltas en el transcurso de próximas investigaciones.

Posteriormente abordamos el estudio histórico social de Cuba, después del cambio cualitativo de las relaciones sociales de producción, para lo cual dividimos nuestro análisis en tres periodos: 1959-1963 (fase democrático revolucionaria y antimperialista), 1963-1970 (definición del carácter socialista de la revolución, formación de un partido único



para la dirección política del proceso revolucionario, participación de todo un pueblo socialmente organizado en la construcción de un nuevo orden social, económico y político), período 1970-1976 (hacia nuevas formas de organización y dirección de la sociedad, la nueva dirección de la economía y la institucionalización del poder popular). Siguiendo el mismo método tratamos de articular las nuevas formas de organización de la práctica médica bajo las nuevas relaciones sociales de producción, destacando el significado de la organización y la participación popular en la gestión de salud. En este período también confrontamos ciertas limitaciones en cuanto a fuentes de información escrita; por lo que intentamos más que todo sistematizar y ordenar ciertos acontecimientos que se fueron dando en correspondencia con los cambios estructurales de la sociedad, utilizando algunos documentos informativos publicados sobre este particular, y en otros casos testimonio vivenciales de personas que protagonizaron el proceso de re-estructuración.

Como última fase de nuestra investigación, retomamos las categorías elaboradas a un nivel teórico-abstracto sobre el proceso de participación y construimos variables e indicadores de medición cuantitativas para valorar las actuales formas de organización y participación popular en la gestión de salud; articulando dicho estudio al contexto de las determinaciones estructurales de la formación social cubana.

Para tales fines elegimos como objeto de estudio el nivel pri



mario de atención médica, seleccionando un policlínico comunitario de la Ciudad de La Habana; el cual comenzó a implementar el nuevo modelo de "Medicina en la Comunidad" a partir del año de 1975.

Ante la ausencia de un conocimiento empírico sobre el proceso de participación en salud, y por no contar con experiencias previas de investigación en este campo; planteamos la necesidad metodológica de darle a esta investigación un carácter de exploratoria, o sea, comenzar con una cuantificación de dicha participación en salud y valorar su comportamiento asociada a ciertas variables de la estructura social. A partir de este momento y contando con los resultados obtenidos, establecimos formulaciones teóricas a nivel de hipótesis causales, que nos permitirán a través de su verificación, elevar el conocimiento empírico a su nivel científico. Dicho trabajo no parte por tanto de hipótesis causales lo suficientemente estructuradas, pero sí planteamos algunas premisas teóricas -elaboradas con base a la observación- que se constituyeron en nuestro punto de partida para abordar el estudio de la participación popular en el nivel primario de atención médica.

Finalmente, a modo de conclusiones particulares, -con respecto a la propia experiencia que se desarrolla en el policlínico- propusimos una alternativa de organización administrativa y funcional, que permitiera dar nuevos pasos en el perfeccionamiento del proceso de participación popular en el nivel primario de atención médica; y a modo de conclusiones generales, propusimos una alternativa de interpretación teórica del proceso de participación en salud articulado a los componentes de la estructura socioeconómica.



Si bien la experiencia cubana es como dijimos en un inicio, una excepción en América Latina, su conocimiento, comprensión y análisis puede llevarnos a un nivel de reflexión -tanto teórica como metodológica- que coadyuve en un replanteamiento de los enfoques tradicionales de la participación popular o comunitaria en salud; que impregnadas de las concepciones dominantes, han producido tanto retraso en el proceso de concientización de nuestros pueblos.



PARTE I

MARCO TEORICO

## MARCO TEORICO

### Recorte Epistemológico del Objeto Teórico "Participación"

Cuando hablamos de participación, por lo general estamos haciendo mención a un referente empírico inmediato. O sea, que dicho concepto cobra un sentido concreto, cuando se hace referencia a una determinada actividad que realizan los hombres. Por ejemplo: la participación de los individuos en el trabajo colectivo, en el proceso de toma de decisiones, en la formulación de políticas, en la gestión de salud, etc.

Ahora bien, cuando se eleva el concepto de participación de su condición empírica, a un nivel de generalización; dicho concepto se relaciona con el conjunto de categorías "abstracto-formales" que conforman una teoría explicativa de los procesos sociales. Por consiguiente, toda interpretación que se elabore sobre la participación de los individuos en la sociedad, expresará explícita o implícitamente- la teoría social que la sustenta.

Para Talcott Parsons, la participación social es valorada como una "relación interactiva, de tipo personal y consensual" para determinados logros y fines que permitan mantener las fuerzas sociales en equilibrio. La participación es entonces, un elemento de tipo funcional que se constituye en la unidad más significativa del sistema social<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> El Sistema Social, Editorial Revista de Occidente, Madrid 1966, pp. 325.



La sociedad es por consiguiente un sistema que se caracteriza por una intrínseca unidad, o sea; que está perfectamente integrada sobre la base de una comunidad de fines generales, entre las diversas fuerzas particulares de la sociedad. La participación social sería por consiguiente, una necesidad funcional del sistema, a través de la cual se lograría el concenso de las partes integrantes y por ende el equilibrio del mismo.

A este modelo que prefigura una estructura social decididamente estable, y cuyo equilibrio está garantizado por la relación y participación interpersonal de tipo concensual que vincula los elementos constitutivos del sistema; R. Darendorf, contrapone su modelo interpretativo de la sociedad.

El eje central de su teoría social se fundamenta en la concepción del "conflicto" como elemento de dinamismo y cambio social. En tal sentido Darendorf afirma: "Toda sociedad está sometida a continuos cambios y mutaciones"<sup>2</sup>. El conflicto en su acepción más genérica, se explica por la presencia de un dualismo de poder, donde la participación social se da en el ámbito de una dicotomía de posiciones respecto a la autoridad. Esta teoría descubre -pese a toda apariencia de lo contrario- su fundamental finalidad conservadora, precisamente porque la distribución diferenciada de la autoridad es una constante social, porque el sis-

---

<sup>2</sup> A través de la Teoría del Conflicto Social. The Journal of Conflict Resolution, Vol. 2 No. 2, Junio 1958, pp. 174.



tema se rige en definitiva, según la oposición permanente entre dos grupos antagónicos. El conflicto y la participación conflictual sirven a fin de cuentas, para reproducir en forma universal las estructuras de poder, sin cuestionar jamás los valores que las orientan y sin la posibilidad de impulsar el avance de nuevos modos del ejercicio del poder.

¿Qué implicaciones han tenido estos enfoques en el terreno práctico?

Tanto la teoría social Parsoniana del "Sistema social en supuesto equilibrio sin contradicciones sociales", como toda la teoría del conflicto y el cambio social, tuvieron sus repercusiones -sobre todo en los Estados Unidos- en el campo de la gestión administrativa de las empresas capitalistas. El máximo exponente de esta teoría, lo encontramos en Elton Mayo y todos sus seguidores, con la Escuela de las Relaciones Humanas en la organización y administración de empresas.

Mayo preconizó a través de todas sus investigaciones experimentales de Hawthorne<sup>3</sup>, su oposición a la concepción tayloriana del "hombre económico" que se somete resignadamente a la administración autoritaria. La Escuela de las Relaciones Humanas, proclama que el hombre procura "en primer lugar, un modo de vivir en relaciones sociales con los otros hombres y en segundo lugar- como parte de eso- una función económica que el grupo necesita y aprecia"<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Lugar donde se ubicaba una industria, del trust monopólico norteamericano de la General Electric Co.

<sup>4</sup> Elton Mayo, The Social Problems of and Industrial Civilization. New York, 1966, pp. 18.



Los teóricos de la escuela de Mayo, han creado la impresión de que la desorganización y la desintegración, es decir, el ahondamiento y la agudización de las contradicciones de clase, no proceden de la base económica del capitalismo, sino de las peculiaridades de la industrialización en general; las cuales son perfectamente superables dentro del marco de la producción capitalista.

Esta corriente demuestra su convencimiento, en cuanto a que el "conflicto" que se genera entre el hombre y la organización, entre los obreros y los patronos, puede resolverse a través de la satisfacción de las necesidades psicológicas y sociológicas de los obreros; con la particularidad de que "los patronos sólo podrían ganar con ello, puesto que crecería la flecha de la productividad en el trabajo"<sup>5</sup>. A través de estas tesis, la escuela de las relaciones humanas, plantean la participación obrero-patronal, en la gestión administrativa de las industrias, lo cual se traduce en sus intentos particulares por neutralizar el conflicto -lucha de clases- a través de la institucionalización de la participación obrera en los supuestos acuerdos de la empresa. En tal sentido, podemos valorar la importancia que cobra esta teoría -fundamentada en la comprensión de lo social bajo el modelo estructural funcionalista- como instrumento ideológico de la clase dominante, para mediatizar el proceso de concientización política de la clase dominada.

---

<sup>5</sup> Escuela de las Relaciones Humanas. En organización y gestión por D. Gvishiani, Edic. De Cultura Popular, México 1976, pp. 252.



La adopción de estos modelos estáticos e históricos, en la interpretación de la compleja trama de la sociedad, también penetró en el campo de la sociología política. Existe una tendencia dominante, a plantear el problema de la participación política en términos de los comportamientos y la acción social de los individuos. Por lo demás, podríamos decir, que dicha tendencia no es casual ya que todo esfuerzo científico de la sociología política "oficial" apunta a desarrollar los aspectos de la acción social que más contribuyen a integrar al individuo en un sistema social dado. Por ello es inevitable, desde este particular punto de vista, que las estructuras sociales sean vistas como históricamente se presentan, y que las condiciones objetivas impuestas por ellas a la acción individual sean interpretadas como normas y modos "legítimos" de orientar dicha acción, hacia el logro de aquellas metas sociales y políticas que impone la clase dominante. El estudio de la participación política, se reduce entonces a la necesidad de integrar el ciudadano en la comunidad estatal, y la acción que ella presupone responde a un comportamiento de índole específico: El comportamiento político socialmente controlado y controlable, por el grupo de clases o fracciones de clase que conforman el bloque en el poder.

Podríamos mencionar dentro de esta línea, a R.K. Merton, quien dice que el elemento común a toda estructura social "está representado por las metas, finalidades y los intereses que se definen culturalmente, y que se presentan como objetivos legítimos para todos los



miembros de la comunidad"<sup>6</sup>.

Aparecen entonces los intereses de la clase dominante como "proyectos existenciales de grupo" que se presentan más o menos integrados, y juntos constituyen la jerarquía de valores de la sociedad. Los intereses particulares (tanto en lo ideológico, como en lo político y lo económico), los hacen ver como intereses generales de toda la sociedad, negando el carácter antagónico e irreconciliable de los intereses respectivos, en una sociedad dividida en clases.

Por último mencionaremos un autor, que dentro del estructural funcionalismo, produjo una influencia notable en las corrientes del pensamiento sociológico en América Latina. Nos referimos a Gino Germani y toda su teoría sobre la "modernización".

Dicho autor parte de la concepción de la sociedad como una sociedad integrada donde se dan las siguientes circunstancias:

Un ajuste recíproco de las diferentes partes de la superestructura normativa es decir, los sistemas y subsistemas de normas, status y roles, se encontrarán en un grado de compatibilidad suficiente, para asegurar el funcionamiento normal de la sociedad. Por otra parte, las expectativas, los roles y las actitudes internalizadas por los individuos, corresponderán a los normados y previstos en la estructura normativa.

Germani resalta los aspectos de la integración social en tres

---

6

R.K. Merton, Teoría y Estructural Social; cit. por Leonardo Tomasetta en Participación y Autogestión, Amorrortu Edit. Argentina, 1972, p. 47.



componentes: la integración normativa, la integración psicosocial y la integración ambiental y define como desintegración toda situación en la que no se registre -en la medida mínima suficiente- el estado de ajuste entre uno o varios de los componentes indicados. En tal sentido el cambio social que concibe el autor, implicará siempre cierto grado de desintegración, por el hecho de que existe una asincronía en el cambio de las varias partes de la estructura<sup>7</sup>.

Bajo esta concepción de la sociedad "integrada", Germani nos habla de la participación de la manera siguiente: "Al hallarse integrado un grupo, funcionará de manera 'normal' dentro de la sociedad. Su participación será aquella precisamente prevista y esperada por la estructura normativa, por las expectativas internalizadas y por las circunstancias ambientales; sus roles, expectativas y actitudes y su presencia en las diferentes esferas del comportamiento serán legítimos; y los demás grupos que componen la sociedad en cuestión los percibirán como tales"<sup>8</sup>.

Por otra parte, caracteriza a las sociedades en dos tipos; de acuerdo a su grado de participación social. Así tenemos: Las sociedades tradicionales -Germani hace referencia a los grupos poblacionales del campo y/o sectores rurales- donde hay una mayoría de la población cuya participación se halla considerablemente limitada; tanto en las es-

---

<sup>7</sup> Sociología de la Modernización, Edit. Paidós, Buenos Aires 1971. p. 35.

<sup>8</sup> Ibid. p. 53.



feras de la actividad social (por ejemplo en lo relativo al aislamiento en lo económico, la no participación en las decisiones políticas, etc) como en el acceso al conocimiento y la experiencia de la sociedad global. Y las sociedades modernas -centros urbanos industrializados- que se caracteriza por un alto grado de participación en la mayoría de las esferas y por parte de una proporción creciente de la población.<sup>9</sup>

De igual manera es importante resaltar, la dimensión que Germani le otorga a una categoría, que construye sobre la base de su concepción de la sociedad. La Movilización Social, la cual puede ser psicológica y objetiva. La movilización psicológica la refiere a un concepto más concreto que es el de disponibilidad, o sea, "Estar pronto para dar una respuesta activa en relación con un aumento o cambio en la participación"<sup>10</sup>. O lo que es lo mismo, como una propensión activa a restablecer el equilibrio entre el nivel psicosocial y los otros niveles (normativo y ambiental).

En cambio, la movilización objetiva es la expresión de una respuesta activa en términos del comportamiento real de los individuos (por ejemplo: la participación en un nuevo movimiento político social, la migración del campo a la ciudad, etc).

Anotamos el significado de esta categoría, porque la misma se constituye en la "piedra angular" de su elaboración teórica con res-

---

<sup>9</sup> Gino Germani., Op. Cit., p. 68

<sup>10</sup> Ibid., p. 79



pecto a la transición social y sus consecuencias concretas en cuanto a la participación de los individuos en las esferas de la sociedad.

Según Germani, el proceso de transición social se caracterizará por una desintegración inicial de la estructura tradicional, existiendo una desubicación de los grupos en desintegración. El autor habla de una movilización social, cuando la disponibilidad de dichos grupos se traduce en un aumento de su participación en las esferas que se les estaba excluidos en su inicio; mientras que se refiere a un proceso de integración social, cuando los grupos movilizados pueden legitimarse dentro de la nueva sociedad -la sociedad moderna- y tienen posibilidades efectivas de realización y participación social<sup>11</sup>. Germani le asigna por tanto, a la modernización, el papel fundamental para el desarrollo de una mayor participación de los individuos en la sociedad y por ende su integración a un proceso global. El autor no se pregunta en ningún momento, cuáles son los factores determinantes que inciden en un proceso de movilización social (tanto psicológica como objetiva), explicando la disponibilidad a participar en un nuevo orden social, bajo la perspectiva y el análisis del comportamiento de los individuos. De igual forma, considera que un aumento de la intensidad participativa, se las da las condiciones de desarrollo de una sociedad moderna, sin explicitar bajo ningún concepto, bajo qué condiciones sociales se comienza a dar este supuesto incremento de la participación, en los grupos movilizados.

---

<sup>11</sup> Germani, G. Op. Cit. p. 73.



El autor articula la categoría de participación, en el conjunto de las categorías abstracto-formales como "movilización", "integración", "transición", "tradicional" y "moderno", que en síntesis reflejan el carácter histórico de su teoría, donde los factores subjetivos en el plano de lo psicológico, lo normativo y lo ambiental, son los que determinan en última instancia los alcances, límites y características de la participación social. Partir de un análisis únicamente "superestructural", donde se obvian los factores determinantes de la estructura socioeconómica, lleva implícita -además de una concepción del mundo- una intención ideológica muy bien definida; su sentido conservador tendiente a mantener el status-quo y por ende las relaciones de clase.

Nos hemos detenido en este autor y en el análisis que realiza de la participación social, porque sobre la base y fundamentación de esta concepción de la sociedad, es que se han planteado en América Latina, los tan conocidos programas de "Desarrollo Comunitario".

A partir de la década de los 60, los países latinoamericanos que seleccionaron la vía "desarrollista", confrontaban situaciones en el orden socioeconómico, que se traducen en problemas tales como: migraciones del campo a la ciudad, el establecimiento en las áreas urbanas de los conocidos "cinturones de miseria o áreas marginales", aunado a un abandono y deterioro del sector primario de la producción. Los sectores marginales "desubicados" comenzaron a ser focos de intranquilidad social, y los sectores rurales había que integrarlos a la pene-



tración creciente del capitalismo en el campo. ¿Cómo implementar una estrategia de acción político ideológica que pudiera "resolver" las contradicciones inherentes al desarrollo capitalista en América Latina, sin afectar ni cuestionar los factores estructurales de dichas sociedades, y producir los beneficios económicos a las clases dominantes? La consigna de la "Integración y la Participación Social para el Desarrollo", se convirtió entonces en el valuarte de los programas de desarrollo económico y social, que se vieron materializados en la tan conocida y fracasada "Alianza para el Progreso". Pero como dicha participación estaba enfocada y dirigida hacia ciertos grupos poblacionales como serían; la población marginal urbana, y las poblaciones rurales "desintegradas", entonces la connotación de la participación, pasó a ser el de la "Participación Popular en el Desarrollo".

El uso del término "Participación Popular" centró su atención en el papel potencial de los estratos de población mayoritarios, caracterizados según los ideólogos del desarrollismo, por ingresos bajos, exiguo grado de instrucción y poca o ninguna posibilidad de hacerse oír, en los asuntos nacionales. Con esta visión, la participación popular implicaba una "expansión y distribución" de las oportunidades de formar parte y tomar parte, en el proceso social de toma de decisiones, pero permaneciendo inalterable las características de conformación estructural de dichas sociedades. O sea, manteniendo estables, el carácter de las relaciones sociales de producción capitalista, y el aparato jurídico político que sobre dichas relaciones se erige.



Dichos planteamientos no tardaron en impregnar el discurso médico oficial quienes incorporaron rápidamente el concepto de "participación", en las propuestas de planes y programas en salud. "El conseguir iniciar y perfeccionar durante la década (1971-1980), procesos para definir y ejecutar políticas y estrategias de salud, incorporadas al desarrollo económico y social" es una de las recomendaciones sobre áreas programáticas, que se formulan en la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas<sup>12</sup>. Para alcanzar estos propósitos se propone como uno de los requisitos "asegurar la más amplia e intensa participación de todos los niveles del sector y especialmente la participación de la comunidad en su conjunto"<sup>13</sup>.

A partir de entonces, la literatura sociomédica comienza a darle una importancia relevante a la participación de la población, en todos aquellos programas de atención médica primaria, familiar o comunitaria. La participación se presenta entonces, como estrategia explícita del Estado para la consecución de la extensión de cobertura de los servicios de salud. Esto puede observarse claramente, cuando a nivel de la IV Reunión de los Ministros de Salud de las Américas, los ministros llegaron al acuerdo de reconocer que las "estrategias de la atención

---

<sup>12</sup> Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe final. Documento oficial No. 118, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. Enero 1973. p. 81.

<sup>13</sup> Ibid., p. 82.



primaria de salud y la participación de la comunidad, son fundamentales y decisivas para desarrollar y acelerar el proceso de extensión y consolidación de la cobertura de servicios de salud".<sup>14</sup>

De esta forma aparecen en el discurso oficial, concepciones tales como: "Sólo se logra un cambio realmente significativo y de resultados permanentes, mediante la conjunción de desarrollo socioeconómico y continuado y la realización de programas de atención a la salud, en los cuales participe activamente la comunidad"<sup>15</sup>. En cierta medida, esto nos está revelando la incursión de la Práctica Médica, en el análisis de aspectos de tipo psicológico y sociológico, que sustenten la comprensión de lo "social" para proponer alternativas de participación comunitaria. Si valoramos más a fondo, a qué "comunidades" se les está llamando a participar en salud, vemos que existe una prioridad fundamental hacia aquellos grupos denominados "marginales urbanos", y a los grupos poblacionales del medio rural, los cuales se califican dentro de la sociología estructural-funcionalista; como grupos movilizados -del campo a la ciudad- viviendo un proceso de desubicación, y grupos aislados y desintegrados al proceso global de la sociedad. La participación se convierte entonces en un instrumento de desarrollo que se refie

---

14

Extensión de la Cobertura de Servicios de Salud con las estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad. Documento Oficial No. 156, Organización Panamericana de la Salud. Washington 1978, p. 4.

15

Castellanos R. Jorge. Situación de Cobertura, Niveles de Atención y Atención Primaria. Boletín Oficial Sanitario Panamericano. Vol. LXXXII, No. 6, Junio 1977. Washington, D.C. pp. 478-491.  
(Subrayado nuestro)



re en última instancia al empeño en lograr la integración de todos los sectores de la población, y representa una vía para abordar la integración rápida de los grupos marginales<sup>16</sup>.

En tal sentido vemos claramente, como la interpretación de la participación en salud cumple con el objetivo "funcional" de incorporar sectores poblacionales -que por demás declaran englobándolos en el concepto de comunidad, como un grupo homogéneo- en esferas participativas a las que han estado excluidos, -como lo sería el caso de la salud- integrándolos a la estructura normativa de una sociedad dividida en clases, y de esta forma lograr el grado de compatibilidad suficiente de dichos sectores, con la escala normativa impuesta por la clase dominante; asegurando de esta manera el funcionamiento "normal" de la sociedad.

Siguiendo con el análisis de esta propuesta, vemos también que el proceso de participación en salud, tiene propósitos particulares que se definen como: "establecer un diálogo permanente entre el personal de salud y la comunidad a fin de armonizar sus puntos de vista y las acciones que darán forma efectiva a la cobertura con servicios de salud. La población aprende a interpretar su ambiente y a identificar sus necesidades reales, así como a conocer e identificarse con la estrategia nacional para poder intervenir e impulsar el progreso y el bienestar so-

---

16 Naciones Unidas. "La Participación popular y los principios del desarrollo de la comunidad en la aceleración del desarrollo económico social. Boletín Económico de América Latina. 9(2) 1964. Cepal México 1966, pp. 75-80. (Subrayado nuestro)



cial"<sup>17</sup>. Se plantea entonces como estrategia del Estado -que en una sociedad dividida en clases, no es más que un instrumento legitimizador de dichas relaciones de clase- el que los diversos grupos sociales (donde se incluyen los "marginados" y la población de los sectores rurales no "integrados") se identifiquen con los intereses de los grupos en el poder, y se conviertan en "proyectos existenciales de grupo"; logrando así el hacer ver sus intereses particulares, como intereses generales de toda la sociedad.

El trabajo comunitario en salud, bajo la perspectiva teórica antes señalada, es desarrollada para producir una serie de cambios -tanto de tipo psicosocial o socioculturales, con respecto a la salud pero no implica el manejo de la participación para la transformación de las situaciones estructurales que dan origen a su condición de "marginados" o "desintegrados" de la sociedad. Se instrumenta por tanto, mecanismos operativos en el orden de sus esferas "afectivas y/o emocionales", que van dirigidas hacia cambios de actitudes en el sentido individual, presuponiendo que la suma de los cambios de actitudes de los individuos, darán por resultado el cambio de la comunidad en su conjunto.

Por ejemplo, en el plano psicológico, Rosenstock atribuye

---

17

IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Informe Final. Documento Oficial No. 155, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1978. p. 28.



la decisión de participar en una campaña de vacunación contra la poliomelitis a dos factores principales<sup>18</sup>:

- Factores de disposición personal, es decir la percepción que el individuo tiene de la susceptibilidad y gravedad de la amenaza.
- Factores relativos a la situación principalmente, que se refieren a la convivencia personal o al esfuerzo necesario.

En cuanto al plano sociológico, Mendès clasifica los factores que determinan la participación, en las siguientes categorías:<sup>19</sup>

- Estructurales (es decir, papel social, "status" y afiliación a organizaciones del individuo).
- Culturales (valores, creencias, y actitudes de grupos sociales).
- Sociopsicológicos (relación e influencia interpersonal)
- Atributos y motivaciones personales (personalidad y autointerés del individuo).

De esta forma, la participación en salud pretende cambios en lo "superestructural", permaneciendo intocables las relaciones estruc-

---

<sup>18</sup> Rosenstock, I.M. "Why people fall to seek poliomyelitis vaccinations" Public Health Reports 74, pp. 98-103, 1959.

<sup>19</sup> Mendes, R. H. Bibliography of Community Organization. Committee on Juvenile Delinquency and Youth Crime. Washington, D.C. Government Printing Office, 1965.  
Citados por Carlos Vidal, Medicina Comunitaria: Nuevo Enfoque de la Medicina. Rev. de Educación Médica y Salud, Vol. 9, No. 1, 1975, pp. 11-47.



turales de la sociedad, o sea, las relaciones sociales de producción capitalista, las cuales están determinando en última instancia, sus formas de comportamiento y conciencia social.

En síntesis, la participación bajo esta concepción se constituye en un cambio para que a fin de cuentas nada cambie.

#### Limitaciones e implicaciones ideológicas de esta concepción

Como bien hemos visto, la participación en salud se aborda en términos del comportamiento y la acción social de los individuos que se encuentran desintegrados o aislados de la participación global de la sociedad. El componente de lo psicológico (actitudes y comportamientos), aunado al enfoque sociológico que pretende un cambio de actitudes con el fin de lograr una integración social, mediante la asignación de roles preconcebidos revela en fin de cuentas, una intencionalidad muy precisa: Una manipulación consciente y dirigida más que un intento por crear condiciones objetivas para una participación real.

Se hace un enfoque de la sociedad y de sus problemas, de un modo segmentado; donde el problema de salud como tal, aparece en varios órdenes y en varios niveles, sin interdepender estructuralmente. Por consiguiente, la participación en salud intenta incorporar sectores de la población para producir cambios superficiales sobre los efectos que producen las manifestaciones concretas del proceso salud-enfermedad, más que propiciar dicha participación en la identificación y comprensión de los verdaderos determinantes sociohistóricos, que inciden



en el mencionado proceso.

La propuesta de participación en salud, se da a un nivel focalizado del problema, cayendo en la idealización -que por cierto no es del todo ingenua- de que propiciando una mayor participación de dichos sectores, en las acciones y toma de decisiones en salud, se contribuye en el proceso general del desarrollo de la sociedad. Esto trae como consecuencia, que se comprometan a los individuos en esferas también focalizadas -como sería el caso del sector salud- sin darle un sentido de interrelación estructural con otros componentes sociales; se induce por tanto a un compromiso con los grupos de acción -organizados externamente a ellos, como serían los grupos de médicos, enfermeras, etc.- más que con sus grupos de representación como clase subordinada.

La esencia ideológico política, implícita en el planteamiento de incorporar a los sectores "marginales urbanos y rurales dispersos" en un programa participativo en salud, no es más que una estrategia de la clase dominante para integrar dichos sectores sociales -un tanto indefinidos en cuanto a su posición y conciencia como clase social- a sus proyectos e intereses de clase; y contribuir por tanto a mantener su hegemonía, mediante una ampliación de la base social de apoyo.

Para lograr estos fines se implementan técnicas de organización poblacional o se penetra en las ya existentes, con el objetivo de que las mismas no identifiquen sus intereses, con la clase mayormente explotada. La estrategia del Estado es por tanto, un mecanismo



ideológico de penetración y un mecanismo intencionado de control, que prevé la radicalización de estos grupos a través de una progresiva toma de conciencia como clases dominadas; revelándose así el carácter de la subordinación existente a los intereses de las clases dominantes.

Por otra parte, el objetivo de la manipulación a través del manejo de la esfera afectiva o psicológica, cumple también con una finalidad divisoria, ya que al llevarlos a "su modo" de interpretar la realidad social, los están alejando cada vez más de las concepciones avanzadas del proletariado; arrancándole así al movimiento obrero, su base fundamental de alianza para una verdadera transformación social.

¿Qué proponemos como alternativa, para un enfoque diferente de la participación en salud?

En primer lugar, tendríamos que hacer una ruptura con las concepciones burguesas de la interpretación de la sociedad, y ubicar dicho proceso en las condiciones histórico-estructurales de cada formación social.

Partiremos por consiguiente, de una concepción materialista de la historia que propone entender la sociedad como una categoría histórica y socialmente determinada; donde el cambio se explica por la oposición permanente entre fuerzas contrarias -que pueden ser de carácter antagónico o no antagónico- confiriéndole de esta forma un sentido mutable y cambiante, en la dirección ascendente de un espiral



dialéctico. Las leyes que rigen a la sociedad, serán por consiguiente leyes objetivas que existen independientemente de la conciencia de los individuos, pero que cuando los hombres tienen una comprensión cabal de las mismas, pueden ser utilizadas como instrumentos para el desarrollo y la transformación social.

Bajo esta concepción, la esencia explicativa para la comprensión científica de los procesos sociales, debe buscarse en la base económica, o sea, en la forma como los individuos se relacionan entre sí, para producir los bienes materiales de existencia. "En la producción social, los hombres entran en relaciones determinadas y necesarias, e independientemente de su voluntad; estas relaciones de producción corresponden a un grado determinado de desarrollo de las fuerzas productivas materiales. El conjunto de estas relaciones de producción, constituye la estructura económica de la sociedad, la base real, sobre la cual se eleva una superestructura jurídico-política y a la que le corresponden determinadas formas de conciencia social"<sup>20</sup>.

Por consiguiente, las formas de relaciones sociales que adoptan los hombres para la producción social, estarán determinando en última instancia, las formas de organización y participación de los individuos en las diferentes esferas -económica, social y jurídico-política- de una determinada sociedad.

---

<sup>20</sup> Marx, Carlos., Prólogo de la Contribución a la Economía Política. Ediciones de Cultura Popular, México 1978, pp. 11.



A un modo de abstracción teórica, y sobre la base de esta concepción, elaboraremos una interpretación del desarrollo del proceso de participación de los individuos en el quehacer de la sociedad, para luego articularla a categorías más concretas, que en síntesis constituyen la teoría social que sustenta nuestra propuesta.



PARTICIPACION DE LOS INDIVIDUOS EN LA DIVERSIDAD DEL  
HACER SOCIAL

La participación de los individuos en la diversidad del hacer social, será entendido ante todo, como un proceso y bajo una doble perspectiva: En su desarrollo dialéctico y en su dimensión histórica en las diferentes formaciones sociales.

Conceptualizaremos este proceso de participación, como una forma de práctica -individual o colectiva- que se da en términos de una organización; siendo por tanto un aspecto de la vida material o espiritual de los individuos y un factor dinámico en la transformación de la naturaleza y la sociedad. De igual forma, si la participación se considera como una actividad práctica para el logro de fines, no sólo será un elemento de transformación objetiva, sino que también será un factor de transformación subjetiva de los individuos; que se traducirá en formas diferenciales de conciencia social.

Podemos decir entonces, que las formas de conciencia que se generan en el curso de una participación colectiva, se van cristalizando en formas superiores de organización, dando como resultado grados superiores de participación. Pero esta conciencia, que se desarrolla en el transcurso de la práctica participativa, es empírica y pragmática -no exenta de espontaneísmo- que puede enriquecer la acción pero hasta cierto grado. Es por consiguiente un elemento fundamental en el desarrollo de la conciencia y de la participación propiamente dicha, la



necesidad de darle a esa práctica una interpretación y enriquecimiento teórico, lo cual se constituye en la gúfa de la acción colectiva y en la base de la comprensión científica de los procesos sociales.

#### Momentos y esferas de la participación social

La forma de participación más simple que tiene el hombre, constituye su actividad material, cuando entra en contacto con la naturaleza. El trabajo -productivo o improductivo- sería el ejemplo más concreto. A esta forma de participación de los individuos, la denominaremos "participación en la acción transformadora", donde los mismos adquieren una posición de HOMBRES-OBJETO. Pero los hombres para asimilar la riqueza de la sociedad, han de incorporarse a la vida de las organizaciones sociales -la organización surge como necesidad- entrando en determinadas relaciones con los demás hombres. La participación en la acción transformadora, se convierte entonces en una participación colectiva, sobre la cual se van generando formas diferenciales de conciencia social, -conciencia empírica- que enriquecida con la comprensión teórica y científica de la acción de los individuos, les permite desarrollar una práctica participativa en los procesos de dirección de la sociedad. Es entonces cuando los mismos dan su salto cualitativo a formas superiores de organización y por ende de participación, adquiriendo por lo tanto una posición de HOMBRES-SUJETO.

De aquí, concluimos que el proceso de participación de los individuos en la sociedad, tiene un desarrollo entre dos momentos:



Participación en la acción transformadora (Hombres-Objeto) y participación en los procesos de dirección (Hombre-Sujeto). Por el hecho de diferenciarlos en dos momentos, no quiere decir que se den separadamente; hemos definido "momentos", a manera de una abstracción teórica, lo cual no implica que estemos obviando el carácter de movimiento que existe entre los mismos.

La participación de los individuos en la acción transformadora (momento hombres-objeto), se verá realizada de acuerdo a una división social del trabajo; encontrándose de esta forma los agentes sociales, con una distribución y participación organizada, en las diferentes esferas de la producción social. Ahora bien, cuando los individuos despliegan su participación en el proceso de dirección (momento hombres-sujeto), ellos como tales pasarán a ser una totalidad organizada, en la gestión directiva de la sociedad en su conjunto. De esta forma, quedan definidas las esferas participativas de los individuos de acuerdo a los momentos: bajo el momento de hombres-objeto, su esfera participativa se dará en términos de su ubicación en el proceso de producción social, y en el momento de hombres-sujeto, su esfera participativa se dará, en el contexto de la totalidad social (Participación en la formulación de políticas generales que constituyen la guía directriz de la sociedad).

También dijimos que dicho proceso era dialéctico y por lo tanto histórico. Por consiguiente; los momentos de la participación



se encontrarán asociados en una relación contradictoria no antagónica, o disociados en una relación contradictoria antagónica; de acuerdo a la forma en que se relacionen los hombres, para producir los bienes materiales de existencia.

En otras palabras, entre los momentos de hombres-objeto y hombres-sujeto, se establecerá un movimiento contradictorio -que puede ser antagónico o no antagónico- de acuerdo a las determinaciones que tienen en última instancia las relaciones de producción dominante, en cada formación social.

Cabría preguntarse entonces, ¿desde el punto de vista histórico, cuándo se produciría la asociación y/o disociación entre los momentos de la participación? ¿Qué determinaría el movimiento antagónico o no antagónico entre los mismos?

Las respuestas a estas preguntas merecerían una investigación aparte, sin embargo, aquí nos limitaremos a esbozar ciertos supuestos teóricos -que serán retomados en nuestro estudio de investigación- que parten de la interpretación materialista de la historia.

Al entrar los hombres en contacto con la naturaleza y organizarse para producir los bienes materiales de existencia, desarrollan formas participativas de organización, tanto para la acción transformadora como para la gestión directiva del proceso de producción comunitario.

Sobre la base de estas relaciones sociales se producen los



bienes colectivamente teniendo una organización directiva que los distribuye socialmente. Al aparecer el excedente económico y su apropiación por parte de unos pocos -aparición de la propiedad privada y la primera división de los individuos en clases sociales- se produce entonces la disociación entre los momentos de la participación; los momentos hombres-objeto y hombres-sujeto se separan, y entran a formar parte del movimiento de las contradicciones antagónicas.

Tenemos por tanto que al aparecer la sociedad dividida en clases, los momentos y esferas de la participación de los individuos en la sociedad también se dividen; los productores quedan limitados a su participación en la acción transformadora -momento hombres-objeto- según una división social del trabajo que se encuentra determinada por relaciones de clase, mientras que los agentes que se apropian del excedente y que se constituyen en los dueños privados de los medios de producción; asumen la función directiva de la sociedad valiéndose de una estructura de poder -El Estado- para conducir, dirigir y dominar en función de sus intereses particulares. En el contexto de las sociedades divididas en clases sociales se entabla por consiguiente, una contradicción antagónica entre dominados y dominadores, lo cual se concreta en las diferentes expresiones que adopta la lucha de clases; respondiendo en última instancia, a la lucha de las clases dominadas por el acceso y participación en el poder político.

La superación de esta contradicción, la cual se verá resuelta históricamente por la abolición de la propiedad privada de los me--



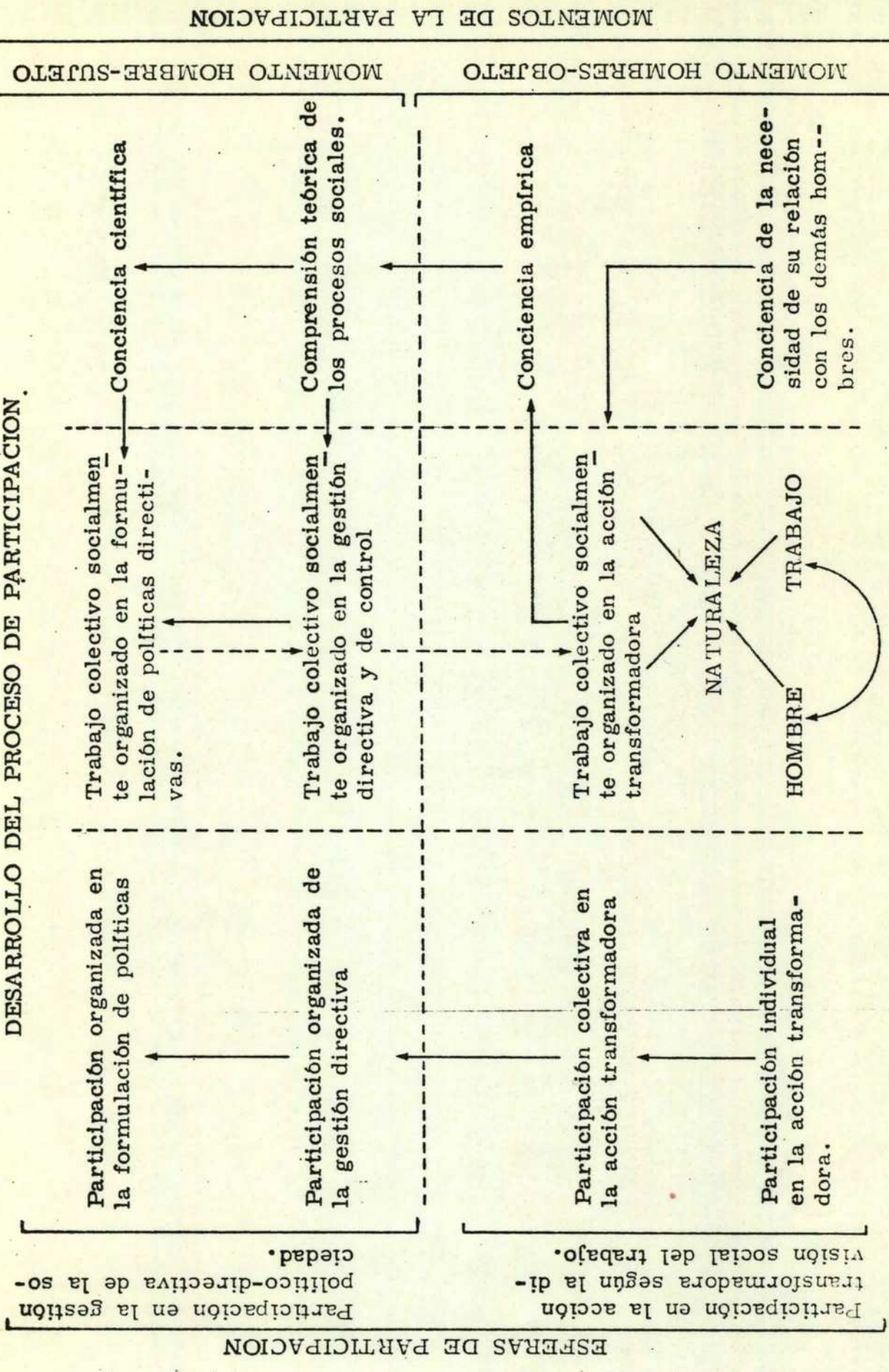
dios de producción, creará las condiciones objetivas para un nivel de asociación no antagónica entre los momentos de la participación, encontrándose los individuos participando en el proceso de producción social -momento hombres-objeto- según una división social del trabajo que se encuentra determinada por relaciones de cooperación (relaciones jerárquicas y/o de autoridad) y asumiendo de igual forma una participación en la gestión directiva de la sociedad, momento hombres-sujeto- por estar las estructuras del poder político -El Estado- en manos de los propios productores.

Podemos concluir entonces, que el elemento que determina la disociación entre los momentos y esferas de la participación de los individuos en la sociedad; está dado por la aparición de una categoría histórica que está socialmente determinada -la propiedad privada de los medios de producción- dando origen a la división de la sociedad en clases y a una división social del trabajo determinada por las relaciones de clase; generando por tanto una relación antagónica entre los momentos hombres-objeto y hombres sujeto. Mientras que al desaparecer históricamente dicha categoría, se darán las condiciones objetivas para que los individuos además de participar en el proceso de producción social, participen en la gestión directiva de la sociedad; generándose una unidad y relación no antagónica, entre los momentos hombres-objeto de producción y hombres-sujeto de dirección.

Estos supuestos, están a un nivel de generalización y abstracción teórica que cobrarán sentido cuando los articulemos a niveles de



DESARROLLO DEL PROCESO DE PARTICIPACION.



MOMENTOS DE LA PARTICIPACION

MOMENTO HOMBRES-OBJETO

MOMENTO HOMBRES-OBJETO

ESFERAS DE PARTICIPACION



DESARROLLO DE LAS FORMAS DE PARTICIPACION

PARTICIPACION COLECTIVA ORGANIZADA EN LA FORMULACION DE POLITICAS DIRECTIVAS

CONCIENCIA CIENTIFICA  
COMPRENSION TEORICA PROCESOS SOCIALES

PARTICIPACION COLECTIVA ORGANIZADA EN LA ACCION CONTROL - DIRECTIVO

CONCIENCIA EMPIRICA

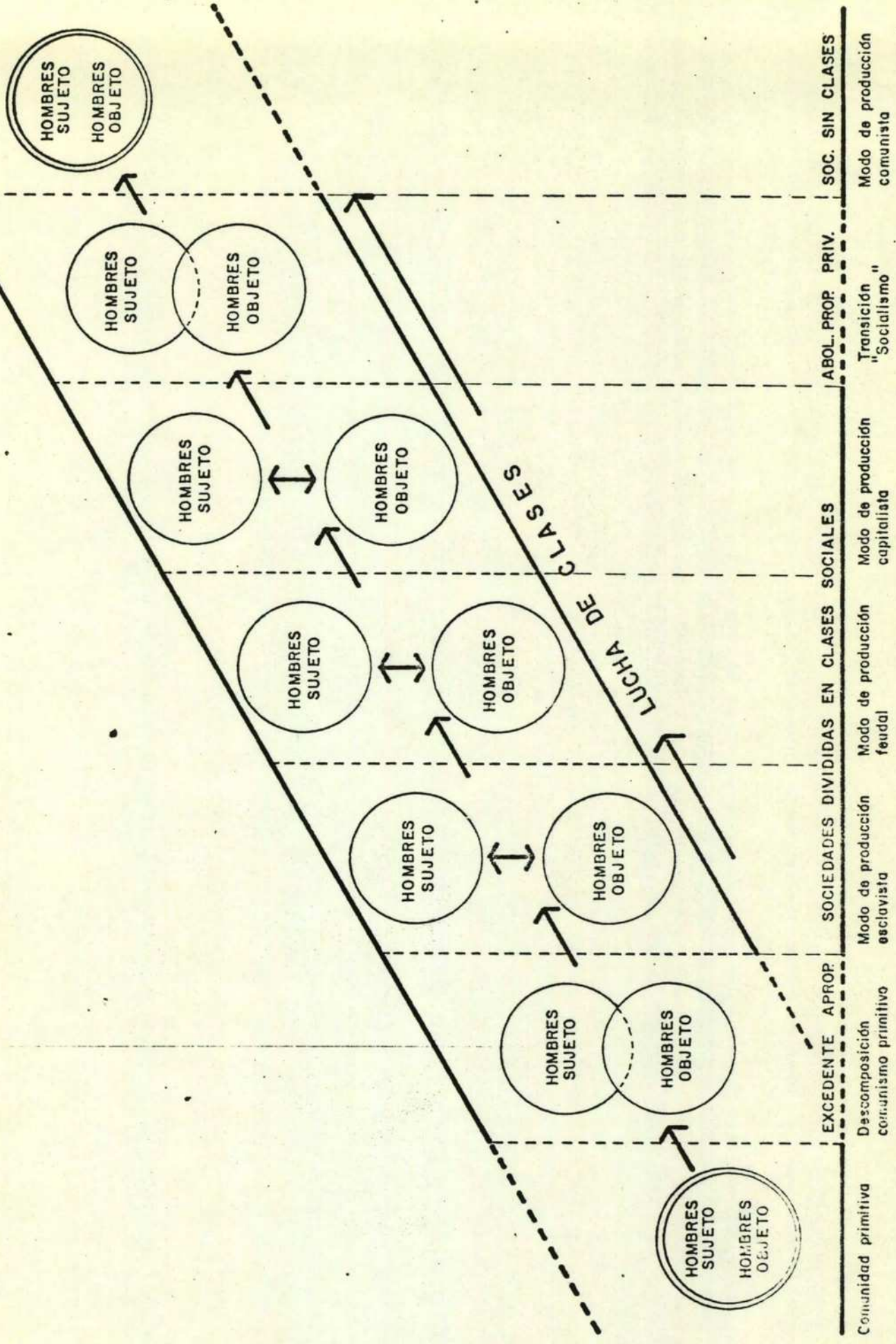
PARTICIPACION COLECTIVA ORGANIZADA EN LA ACCION TRANSFORMADORA

CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE RELACION CON LOS DEMAS HOMBRES

PARTICIPACION INDIVIDUAL EN LA ACCION TRANSFORMADORA



DESARROLLO DIALECTICO E HISTORICO DE LA PARTICIPACION DE LOS INDIVIDUOS EN EL HACER SOCIAL.





análisis más concretos. Tan solo pretendemos elaborar una concepción sobre el proceso de participación, lo cual no significa una simplificación a formulaciones teóricas. Estamos conscientes que el problema es mucho más complejo y que entre lo que hemos definido como momentos y esferas de participación existen una serie de mediaciones, que tienen que ser analizadas a la luz de cada situación en particular.

### Participación en salud y estructura social

En términos prácticos, es posible concebir una participación popular en salud como forma de acción transformadora de las condiciones y determinantes del proceso salud-enfermedad, en la medida que dicha participación crea una permanente situación de reflexión y revisión entre la realidad existente y la acción necesaria.

Esta acción transformadora tiene y debe realizarse sobre la base de un nivel mínimo de organización, donde las acciones transformadoras en cuanto a salud se refiere, forman parte del conjunto de acciones en el orden social, económico y político. La participación en salud, no puede desligarse por tanto, de todo un proceso de apertura y participación en la construcción de un nuevo orden social. Esto implica, la necesidad de una organización no sólo para los efectos de actividades de salud, sino una organización mucho más amplia, donde la salud es parte de esa totalidad social.

Ahora bien, cuando hablamos de organización y participación



en salud no podemos hablar en un vacío, tenemos necesariamente que articularla, a las condiciones estructurales de la sociedad.

Al ubicar la organización y la participación, en las formaciones sociales capitalistas, dichos procesos adquieren forzosamente un contenido de clase; por lo que la participación social en la gestión de salud -tanto en la gestión directiva en la formulación de políticas asistenciales y sanitarias- no puede ser abordado de otra forma, más que desde la perspectiva teórica de la lucha de clases.

La organización y la participación popular\* en el campo de la salud no puede dirigirse entonces hacia un cambio de actitudes y comportamientos para una mejor adaptación a una "supuesta" mejor situación de salud, sino que por el contrario, debe abordarse como instrumento de resignificación de la realidad social donde se articulen los problemas de salud-enfermedad que los mismos padecen. Es importante por tanto, que la participación no se deforme en un mecanismo mediatizador de un verdadero proceso de toma de conciencia, a través de la comprensión de las determinantes sociales que inciden sobre los procesos de salud y enfermedad colectiva, y para ello se debe tener pre

---

\* Bajo el término de popular, designaremos en forma provisoria; aquellos grupos que se encuentran en una posición de asalariados, semi-asalariados o no asalariados del medio urbano y rural, que viven en condiciones mínimas de existencia y se encuentran sometidos a determinadas relaciones de explotación. Relaciones éstas que no sólo se limitan a su posición frente al ciclo de producción-distribución-consumo; sino también a las relaciones político-ideológicas de dominación y subordinación.



sente, que cuando se propicia un trabajo participativo con los sectores obreros, (agrícolas o urbanos), campesinos que viven la expropiación y penetración del capitalismo en el campo, con sectores llamados "marginales" -que aglutinan un sin fin de clases sociales- y todos aquellos que se engloban dentro del término de popular; no estamos tratando con agentes sociales homogéneos que se pueden integrar a una estrategia de participación "comunitaria" en los términos que tradicionalmente se proponen. Estamos al frente de organizaciones de clase o fracciones de clase que tienen una determinación estructural que los ubica como clase dominada y subordinada -que pueden o no tener conciencia o identificación como tal- por lo que la participación en salud, debe encaminarse hacia la elaboración de un proyecto que responda a sus intereses de salud como clase, y que se vincule a un proyecto más general que implique verdaderas transformaciones sociales.

El espacio que se abre en las sociedades capitalistas, donde el Estado explicita como política, la participación popular para el desarrollo económico, la participación popular en la educación, en salud, y otros tantos sectores debe interpretarse como una coyuntura política -en el marco de las concesiones del Estado para ampliar su base social de apoyo- que debe retomarse y replantearse, para que no se convierta en un instrumento más de dominación ideológica.

La estrategia a seguir para implementar programas de salud, donde se considere la participación popular, debe plantear por consiguiente un análisis de la estructura de clases de los receptores del programa e implementar los mecanismos operativos intermedios -que variarán de



acuerdo a cada situación en particular- para finalizar en la elaboración de un proyecto -que emerge de los propios grupos de población- que se constituirá en un instrumento más, de su lucha reivindicativa.

Contrariamente a lo que se da en el capitalismo, tenemos que en las formaciones sociales socialistas, la participación consciente y organizada de todos los hombres; se constituye en el pilar fundamental de la sociedad, sin la cual sería imposible hacer realidad, la necesidad histórica de pasar a un grado superior de desarrollo social.

Bajo las relaciones sociales de producción socialista -que implican la abolición de la propiedad privada de los medios de producción- se generan nuevas formas de organización social, económica y política, que requieren de la incorporación de millones y millones de ciudadanos en la administración del Estado, en la dirección de los asuntos económicos, y en toda la vida social.<sup>21</sup>

La gestión de la gran producción social en la sociedad socialista, donde existe la propiedad social de los medios de producción, tiene como objetivo inmanente "el asegurar el completo bienestar y el libre desarrollo universal de todos los miembros de la sociedad."<sup>22</sup> Para cumplir este fin, los hombres adoptan una nueva organización -donde existe toda una destrucción de las formas organizativas inherentes a las sociedades capitalistas- sobre la cual se construye un nuevo orden económi-

<sup>21</sup> V.I. Lenin. Las tareas inmediatas del poder soviético, Obras escogidas. Edit. Progreso, Tomo II, Moscú, 1960, p. 623.

<sup>22</sup> Ibid. p. 630.



co y social, bajo la guía teórico-ideológica del proletariado.

Sobre esta base organizativa, se concibe y concreta la organización de un sistema de salud, que genera igualdad para todos ya que se ofrece universalmente a toda la población. Es por tanto una necesidad social y política, la incorporación de dicha población en la gestión de la salud pública. La participación popular en salud, cobra por tanto una dimensión y sentido universal, donde todos y cada uno de los agentes sociales tienen la necesidad de irse apropiando del conocimiento general de salud, para su uso y para su proyección colectiva.

Las nuevas condiciones sociales dadas por nuevas relaciones sociales de producción, determinan un nuevo ser social sobre el cual se va desarrollando una conciencia de la necesidad de su participación, en la construcción del nuevo orden que impone el socialismo.

Los intereses de salud no obedecen entonces a intereses de clase, sino que por el contrario, son los intereses de toda la sociedad en su conjunto. Por esta razón, la participación de los agentes sociales en la gestión de salud, aparece articulada a todo un proceso de participación, que se da en el contexto general de la sociedad. La participación en salud se integra armónicamente con todas las tareas y en todos los órdenes, teniendo como base una nueva organización de los hombres, que responde a una unidad y voluntad de intereses comunes.

La participación popular en salud, ya no es por tanto una participación con un contenido de clase, es una participación que se ge-



neraliza a toda la sociedad -obreros, campesinos, estudiantes, intelectuales- que se convierte en una práctica colectiva transformadora de las condiciones objetivas y subjetivas, del proceso salud-enfermedad. Las determinaciones estructurales de la nueva sociedad, permiten por consiguiente liberar la acción de los individuos hacia la satisfacción de las necesidades sociales -donde se incluye la salud- por lo que la participación de sus agentes comienza a desarrollarse no sólo en la acción transformadora, sino también en la gestión directiva; ya que bajo las relaciones sociales de producción socialista, el proceso de producción social se encuentra en unidad orgánica, con la gestión de dirección de la sociedad.<sup>23</sup>

Podemos concluir por tanto, que bajo la perspectiva teórica que hemos adoptado para abordar el proceso de participación de los individuos en la sociedad -a nivel de lo general- y la participación en salud -a nivel de lo particular- hay que considerar el papel condicionante y determinante que tienen sobre dicho proceso, los componentes de la estructura social. Lo cual implica la necesaria valoración y análisis de las características de las relaciones de producción dominante en cada formación social, la estructura de clases de la sociedad y el comportamiento político de las mismas, al igual que las relaciones político-ideológicas de dominación y las formas correspondientes que asume el Estado.

---

23

D. Gvishiani, El Régimen Socialista y la Gestión de la Producción Social.

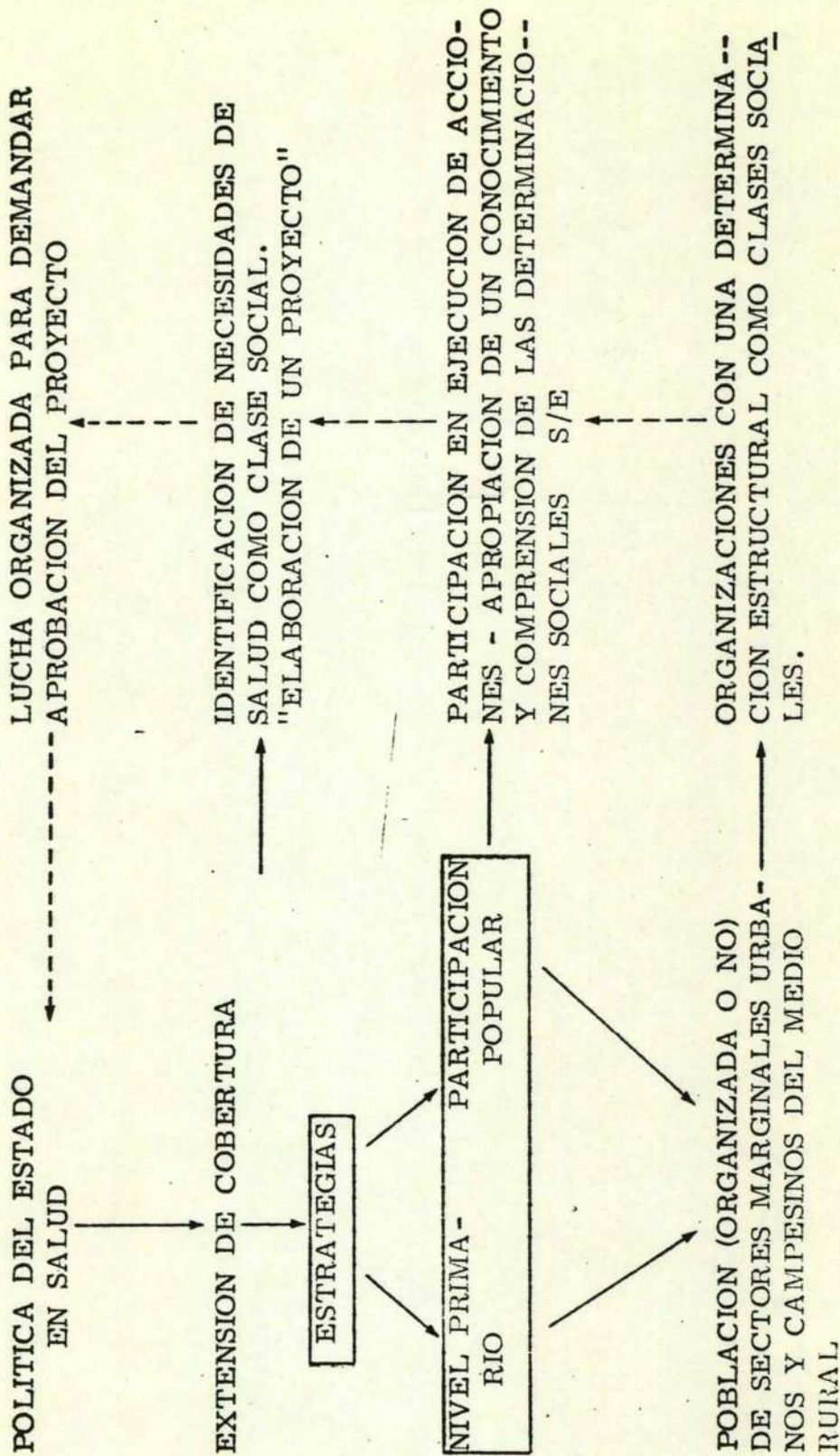
Edic. de Cultura Popular, México 1976, p. 84.



Sobre la base de estas categorías "abstracto-formales" que en síntesis nos permiten abordar las características particulares de las formaciones sociales, derivaron las consideraciones y análisis de la "Participación Popular" -en cuanto a su definición, limitación y alcances- en una sociedad determinada, para un momento histórico concreto.



REFORMULACION DE LA ESTRATEGIA DEL ESTADO EN ESTRATEGIA DE LAS MASAS

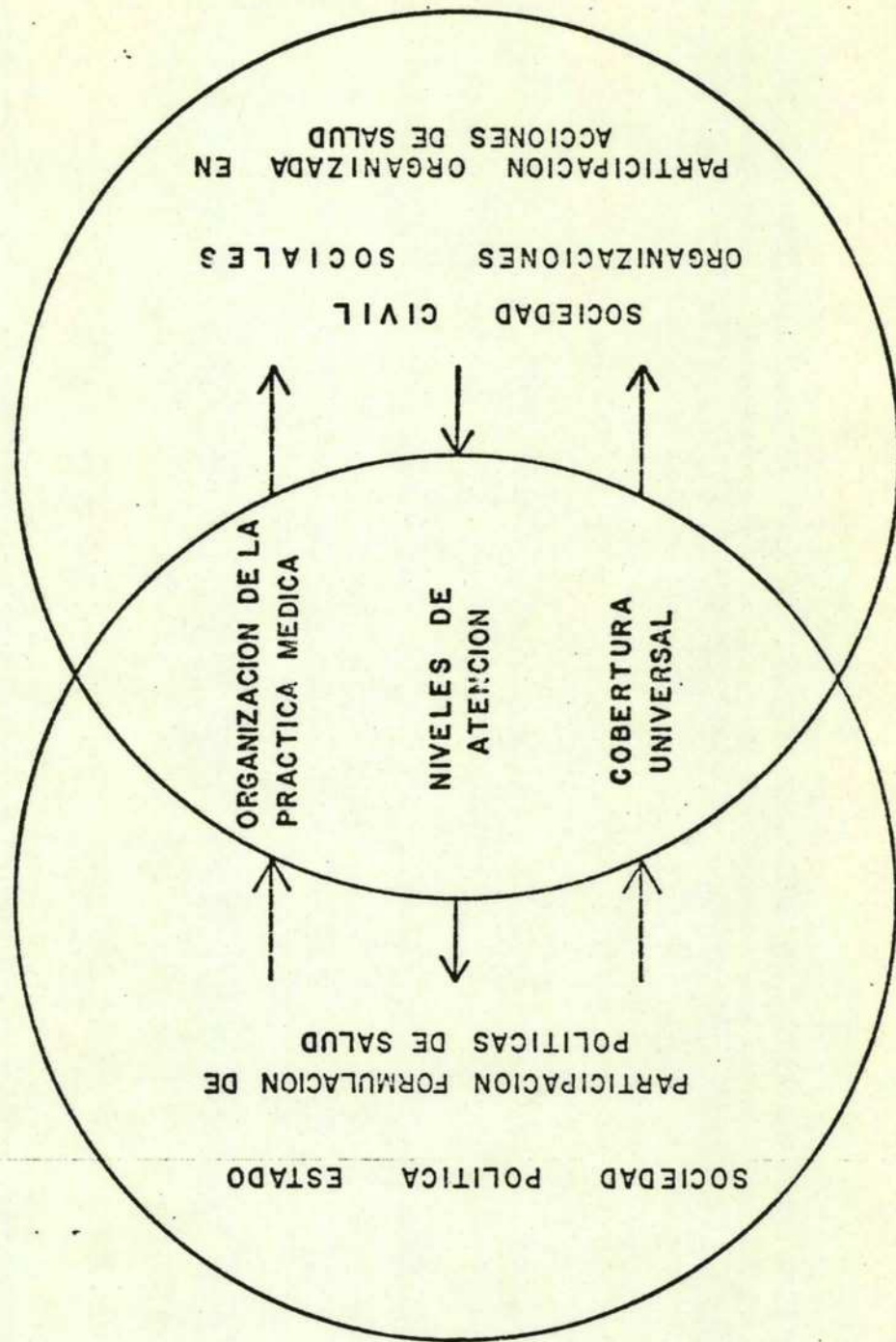




PARTICIPACION EN SALUD EN LA SOCIEDAD SOCIALISTA

HOMBRES SUJETO

HOMBRES OBJETO



RELACIONES SOCIALES DE PRODUCCION SOCIALISTA



## CONSIDERACIONES TEORICO-METODOLOGICAS

De acuerdo a lo descrito en la parte introductoria del presente trabajo la investigación consta de dos partes fundamentales:

1. Un estudio histórico social de la formación social cubana; antes y después del cambio de las relaciones sociales de producción, articulando las formas diferenciales que asume la práctica médica en los diferentes períodos históricos.
2. Un estudio de verificación empírica sobre las formas actuales de organización y participación popular en la gestión del sistema de atención médico primario, ubicado en el contexto del desarrollo actual de la formación social cubana.

Dedicaremos este espacio para definir los aspectos teórico-metodológicos que orientarán el estudio histórico social de las diferentes formaciones sociales en su articulación con las formas que asume la práctica médica en Cuba; quedando los señalamientos metodológicos del trabajo empírico, explicitados en la parte III de la presente investigación.



Consideraciones teórico-metodológicas sobre el estudio histórico  
social de Cuba

Práctica Médica - Participación Popular y Estructura Social

Para abordar el estudio histórico social de la formación social cubana, donde se articulará las formas diferenciales que asume la práctica médica en los diferentes períodos históricos; partiremos de la premisa teórica que postula: Que las formas que adopta el saber y la práctica médica, no son un simple resultado lineal de un progreso "positivo" del saber, ya que la determinación de estos componentes tienen su base explicativa en el conjunto de las relaciones que constituyen el todo social, y en última instancia, en la estructura económica<sup>24</sup>.

La práctica médica bajo esta concepción, será entendida como una forma organizativa que asume la sociedad, para dar una respuesta social (que llevará explícita o implícitamente un contenido ideológico político y/o un interés en lo económico) frente al fenómeno salud-enfermedad<sup>25</sup>; estando condicionada y determinada por los componentes de la estructura económica, en conjunción con las formas que asume el Estado en cada formación social.

<sup>24</sup> Rosa Koifman, Instituciones de Salud en México, su coordinación. Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México 1978, p.9 y J.C. García, Articulación de la Medicina y la Educación a la Estructura Social, Mimeografiado, O.P.S./O.M.S. Washington, D.C. 1976, p. 2.

<sup>25</sup> Cristina Asa Laurell, Investigación en Sociología Médica. Salud Problema No. I, II, III, Maestría en Medicina Social, UAM-X, México 1977-1978.



Según estas premisas analizaremos las diferentes formas que asumió la práctica médica en Cuba, -principalmente la institucional- bajo el predominio de las relaciones sociales capitalistas y las socialistas.

En tal sentido formularemos inicialmente: Que para un determinado grado de desarrollo de las fuerzas productivas, bajo las relaciones sociales de producción capitalista, el Estado tuvo diferentes expresiones organizativas y de dominación ideológico-política<sup>26</sup>; frente a lo cual la participación popular a nivel de lo general de la sociedad, y en lo particular de salud (entendiéndose bajo el momento de hombres-sujeto) se dio en el contexto de una lucha de clases -que tuvo diferentes manifestaciones en cuanto a su organización y nivel de concientización política) que pudo ser en momentos absorbida por mecanismos coercitivos o de consenso, dependiendo de las formas como las clases que susten-

---

26

Se parte de la concepción del Estado capitalista como "la superestructura de una sociedad dividida en clases antagónicas y que mantiene por tanto un carácter de clase y de dominación. Su carácter capitalista está dado por la estructura de la sociedad, caracterizada por relaciones de explotación, donde las funciones del Estado son precisamente mantener y reproducir estas relaciones basadas en la dominación de una clase sobre las otras, lo cual no implica que sea precisamente la burguesía la que ocupe los puestos de gobierno" Catalina Eibenschutz, Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano, mimeografiado Maestría en Medicina Social, U.A.M.-Xochimilco, México 1979.



taban el poder, ejercían su dominación y hegemonía<sup>27</sup>.

Bajo esta perspectiva estamos considerando que la dominación de clases en el Estado Capitalista, puede ejercerse a través de la sociedad política -dominio a través de la fuerza y la coerción por el aparato militar, policíaco y jurídico<sup>28</sup>- y a través de la sociedad civil -hegemonía a través de organismos vulgarmente llamados privados, que constituyen una red completa de funciones educativas e ideológicas<sup>29</sup> - de donde la práctica médica puede articularse con una u otra forma de dominación, de acuerdo a los mecanismos utilizados por las clases dominantes para legitimar su poder. (La dominación por la fuerza y la hegemonía por consenso).

Veremos por consiguiente, que la organización de salud en Cuba, durante el capitalismo, adoptó a diferentes formas de acuerdo a los mecanismos que utilizaron las clases hegemónicas para satisfacer

---

<sup>27</sup> Aquí utilizamos el concepto de hegemonía en su acepción gramsciana, en el sentido de que la clase dominante ejerce su poder no solamente por medios de coerción, sino además por su visión de mundo, es decir, a través de la penetración de una ideología, una moral, costumbres y un sentido común que favorecen el reconocimiento de su dominación por las clases dominadas. Es por tanto, "el momento de la dirección, más allá de la simple dominación por la fuerza". María Antonietta Macciocchi, Gramsci y la Revolución de Occidente, Siglo XXI Editores, México 1977, pp. 154-156.

28, 29

Gramsci propone una noción más ampliada del Estado, cuando reunifica las nociones de sociedad civil y sociedad política afirmando: "los elementos constitutivos del Estado en sentido orgánico y más amplio son: el Estado propiamente dicho, y la sociedad civil" Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el Estado Moderno. Edit. Juan Pablos, México 1975, p. 164.

Esta diferenciación tiene un fin metodológico teórico, ya que en la realidad se tiene a la sociedad civil y a la sociedad política orgánicamente unidas. El Estado es según Gramsci "Hegemonía revestida de coerción". Ibid., p. 165.



sus intereses en el plano económico e ideológico político; quedando la participación popular en salud limitada a un contenido de lucha reivindicativa -en lo económico y en lo político- que se materializó a través de las múltiples demandas de los sectores populares, tanto para mejorar sus condiciones de vida -y por ende de salud- como para participar en la gestión directiva del poder político.

Partiendo de estas consideraciones teóricas, abordaremos la organización de salud,<sup>30</sup> la participación popular y la estructura social en Cuba durante el capitalismo; periodizando en tres momentos fundamentales. El criterio utilizado para la periodización, está basado en las formas diferenciales y el carácter del Estado en cada período histórico, lo cual no significa que estemos considerando la instancia política como determinante ya que la estructura económica es la que determina en última instancia la superestructura jurídico-política que sobre ella se erige; teniendo cierta dinámica propia con respecto a la estructura<sup>31</sup>. Sin embargo, la visión de analizar la práctica médica

---

<sup>30</sup> Dentro de la organización de salud o práctica médica, se analizarán las dos variantes existentes, señalando su importancia en cada período histórico. Distinguiremos dos formas fundamentales que definiremos según el criterio adoptado por Catalina Eibenschutz. Op. cit., p. 97.

La Salubridad, o sea las medidas de orden colectivo dirigidas a condiciones ambientales o personales que previenen enfermedades, o mejoran la salud o controlan fenómenos colectivos de enfermedad.

La Atención Médica, dirigida específicamente a las personas para prevenir o curar enfermedades a nivel individual y que pueden ser realizadas por instituciones públicas o privadas, por médicos u otro tipo de "intelectual de la salud", o por curanderos o brujos en el caso de la llamada medicina tradicional.

<sup>31</sup> Ibid., p. 9



desde la perspectiva del Estado, y las formas de organización de la participación popular -lucha de clases- lo proponemos como primera aproximación metodológica de la presente monografía, porque aunque se contemplan los aspectos relacionados con la estructura económica (relaciones sociales de producción y desarrollo de fuerzas productivas), nos pareció mucho más preciso realizar los cortes en aquellos períodos históricos donde se produce una crisis de la hegemonía y se salta a nuevas formas de dominación y consenso en el Estado Capitalista Cubano; más que a partir de los cambios ocurridos en las relaciones capitalistas de producción, las cuales por demás no se presentan tan claramente definidas.

El análisis parte de la Independencia de Cuba de la colonización española, y la inmediata invasión norteamericana en 1898 (guerra cubano-hispano-norteamericana) hasta la liberación definitiva en 1959 (toma del poder político y posterior cambio cualitativo de las relaciones sociales de producción); distinguiendo los siguientes períodos históricos los cuales los hemos denominado de acuerdo a las formas que asume el Estado\*:

---

\*

La caracterización que hemos hecho de las diferentes formas de Estado en Cuba durante la dominación de las relaciones sociales de producción capitalista, se proponen como una primera aproximación, con base a los criterios que utiliza A. Gramsci para definir el carácter del Estado Capitalista. Sin embargo, se somete a la revisión y sugerencias por parte de los especialistas en este campo, con vistas de ir perfeccionando dichos criterios y caracterizaciones, y por ende realizar una elaboración teórica más precisa sobre La Teoría del Estado Capitalista en Cuba.



1. Nacimiento de la República, Estado oligárquico dependiente: 1898-1933.
2. Revolución democrática y consolidación del Estado Capitalista en su fase hegemónica (período de hegemonía por consenso): 1933-1952.
3. Golpe de Estado y predominio del Estado capitalista en su fase de crisis hegemónica (período de dominación por la fuerza coercitiva): 1952-1959.

Para abordar el estudio de las formas de organización de la práctica médica, en su articulación con la estructura social en el período posterior a la toma del poder político (de 1959-1976); nuestro criterio de periodización estará dado fundamentalmente por los cambios ocurridos a nivel de la estructura económica; destacando de igual forma los cambios superestructurales que se dan tanto en la sociedad política como en la sociedad civil.

A diferencia del período anterior donde se observan más definidas las características del Estado; en este período es mucho más difícil hacer la caracterización con base a dicha categoría, siendo mucho más significativos y claramente definidos; los cambios que se producen a nivel de las relaciones sociales de producción. Sin embargo, como bien dijimos en un inicio, dichos cambios y transformaciones estructurales determinarán cambios importantes en cuanto a la organización social y política del País, en las estructuras del gobierno y en el Es-



tado propiamente dicho. (siendo estos últimos mucho más evidentes a partir de la década de los 70's).

En tal sentido dividimos el período en tres momentos:

1959-1963: Revolución democrático-popular y antimperialista.

1963-1970: Revolución democrático popular y socialista, primera fase en la construcción de la sociedad socialista; nuevas formas de organización social y política para la dirección del proceso revolucionario.

1970-1976 Hacia nuevas formas de organización y participación popular; la nueva dirección de la economía y la consolidación del Estado Socialista (Institucionalización del Poder Popular).



PARTE II

ORGANIZACION DE LA PRACTICA MEDICA,  
PARTICIPACION POPULAR Y ESTRUCTURA  
SOCIAL EN CUBA

(1898-1959)

(1959-1976)



## NOTA ACLARATORIA

La presente monografía que intenta sistematizar y analizar los hechos históricamente sucedidos en la organización de la salud pública cubana, en su articulación con la estructura socioeconómica; se presentan como un primer intento metodológico para abordar con mayor profundidad dichos acontecimientos. De ninguna manera constituye un estudio acabado y mucho menos perfecto, por lo que aceptamos la necesidad de seguir avanzando y profundizando en el estudio, a manera de sustentar nuestras formulaciones teóricas y evitar el tan frecuente formalismo especulativo.

De igual forma queremos aprovechar este espacio, para agradecer a los Doctores José Jordán, Eneida Ríos M., Roberto Capote M., Cosme Ordoñez C., Mario Escalona y Hugo Villar; quienes dedicaron parte de su tiempo para aportarnos datos, información y testimonios vivenciales, que fueron de una gran utilidad para conformar el cuadro histórico social de la salud pública en Cuba.



NACIMIENTO DE LA REPUBLICA Y EL ESTADO  
OLIGARQUICO

"PREDOMINIO DE LA SANIDAD"



NACIMIENTO DE LA REPUBLICA Y EL ESTADO  
OLIGARQUICO DEPENDIENTE

Período 1898-1933

La emancipación del pueblo cubano contra España, desatada en 1868 y la participación en el movimiento de independencia que culminó en 1898; fueron elementos que sentaron las bases de una conciencia de lucha, que posteriormente nutrió las raíces del movimiento popular en el período de la república. El escenario mundial que sirvió de marco al movimiento nacional libertador, se corresponde con la decadencia de España como centro hegemónico, y el replanteamiento del "Nuevo reparto del mundo", por aquellas potencias capitalistas que entran en la fase de su desarrollo monopolístico.

En tal sentido, señala Gerard-Pierre Charles: "Esta lucha libertaria, por el mismo momento histórico en que se dio, fue una lucha antimperialista"<sup>1</sup>.

El pueblo cubano al liberarse de la colonización española, cae en manos de la metrópoli norteamericana, que mediante la ocupación militar en 1898, vino a marcar una etapa más en el plano histórico de la formación social cubana.<sup>2</sup> Después de esta ardua lucha de treint

---

<sup>1</sup> Génesis de la Revolución Cubana, Siglo XXI. Edit. México 1978, p.81

<sup>2</sup> Ibid, p. 25.



ta años, el proyecto independentista se ve frustrado, y esto ocasiona un descontento popular que se traduce en diferentes manifestaciones de organización, en repudio a la invasión norteamericana.

El imperialismo norteamericano se vale de instrumentos político-económicos como son la Enmienda Platt y el Tratado de Reciprocidad Comercial, para ejercer su total dominio sobre la Isla.<sup>3</sup> La política económica implícita en dicho tratado, es enjuiciada por Carlos Rafael Rodríguez de la manera siguiente:

"Esa política, primera manifestación de lo que sería el neocolonialismo contemporáneo, trajo a la economía cubana una completa deformación estructural. La industria azucarera se convirtió en su centro económico, representando hasta el 30% en la generación del ingreso nacional. Los imperialistas norteamericanos se aseguraron el predominio de esa industria y en su base agrícola, combinando una política de concentración de las inversiones con la utilización de todas las formas de presión sobre diversos sectores del pueblo cubano para forzarlos a vender sus propiedades agrícolas e industriales del azúcar a precios más bajos"<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> La enmienda Platt, establecía que el gobierno de Estados Unidos podía intervenir en los asuntos internos de la isla, y fijar bases en su territorio. Y el Tratado de reciprocidad comercial, permitió el control absoluto del mercado cubano, tanto en la rama azucarera como en los productos manufacturados.

<sup>4</sup> La Revolución Cubana y el Período de Transición. Citado por López Segrera "Capitalismo Dependiente y Subdesarrollo. Diógenes. México 1973 p. 196.



En mayo de 1902, termina la ocupación militar norteamericana, y toma posesión de la Presidencia de la República, Tomás Estrada Palma. Nace así la república y con ella el país entra en un proceso de convulsión social y política, "las manifestaciones se sucedían una tras otra, en todos los pueblos en son de protestas"<sup>5</sup>. La protesta es ante todo ideológica y política, este sentimiento de repudio a la imposición imperialista se recoge en la expresión de Manuel Sanguily ante el tratado de reciprocidad comercial "Los Estados Unidos se han subrogado a nuestra antigua metrópoli española, han reducido nuestra condición general, bajo el aspecto de la hacienda y el comercio, a aquellas mismas condiciones sustanciales en que se encontraba Cuba respecto a España, han convertido por tanto nuestra nación en una colonia mercantil y a Estados Unidos, en su metrópoli"<sup>6</sup>.

Las tres primeras décadas del siglo XX, significan para Cuba, un desarrollo notable de sus fuerzas productivas, es una época de cierto auge económico, pero a expensas de un desarrollo unilateral, donde se hipertrofia la producción azucarera con fines de exportación, deformando totalmente la economía del país.

La penetración del capital norteamericano se hace sentir en forma rápida y notable, las inversiones subieron de 50 millones de dóla-

---

<sup>5</sup> Movimiento 26 de julio. Manifiesto-Programa. Citado por Gerard P. op.cit., p. 88.

<sup>6</sup> Dirección Política de la FAR, citado por Gerard P. op. cit. p. 89.

<sup>7</sup> López Segrera, F. Op. cit. p. 247.



res a fines del siglo XIX, a más de 1,000 millones a fines de la tercera década<sup>7</sup>. Se puede señalar como indicador de este supuesto "desarrollo", el ritmo de crecimiento en el período 1900-1925, en cifras absolutas, la producción azucarera pasó en este lapso, de 300.072 a 5.189.247 toneladas, reflejando un aumento de la riqueza nacional notable a nivel de la histórica economía mundial<sup>8</sup>. Junto con toda esta expansión económica, crece todo el sector servicios, principalmente el ferroviario, destinado exclusivamente a los ingenios, y las instalaciones portuarias que daban acceso a la salida de las materias primas -principalmente el azúcar y sus derivados- y a la entrada de manufacturas o productos elaborados. Pero todo este proceso de expansión económica trae consigo el proceso de concentración de las inversiones y de la tierra en manos de las grandes compañías norteamericanas, el control mayoritario de la industria azucarera estaba en manos de los grupos monopolísticos como la Cuba Cane (12 centrales), la General Sugar (8 centrales) La Cuban American (6 centrales) y otros.<sup>9</sup> Las consecuencias que produjo el auge del latifundio además de causar la involución del desarrollo de los cultivadores nativos, fue un proceso de proletarización creciente de la clase media agricultora, abaratando la fuerza de trabajo y produciendo un enorme ejército industrial de reserva, ya que no existían otras fuentes de empleo -sobre todo de carácter industrial- por estar el mercado invadido de manufacturas norteamericanas.

---

<sup>8</sup> Gerard-Pierre, op. cit., p. 29.

<sup>9</sup> López Segrera, op. cit. p. 207.



Toda esta situación que se da en el plano de lo económico, va conformando una estructura de clases en la sociedad, el imperialismo además de valerse de los instrumentos políticos-económicos, requirió del apoyo y la colaboración de clases y grupos de clases, a través de los cuales ejercerían su mando en un país de aparente independencia.<sup>10</sup> La sustentación del Poder Político lo integraban tres fuerzas -no exentas de contradicciones internas- que se encontraban indisolublemente vinculadas con la dominación imperialista, estos eran: los latifundistas, la gran burguesía azucarera -los hacendados- y la gran burguesía comercial importadora, mientras que al margen de toda participación política, se encontraban los sectores de la pequeña burguesía (artesanos, comerciantes, intelectuales, etc) el campesinado, (pequeño propietario de tierra) y por supuesto el proletariado. Cabe mencionar, que la burguesía industrial no azucarera -que era bastante débil- también se encontraba al margen de toda participación política en esta época, por estar contra los intereses de la burguesía comercial importadora, quienes se oponían al desarrollo de la diversificación industrial del país.

Es así como la concentración de la propiedad rural, las relaciones de dependencia a que fue sometido el colono; la destrucción de la pequeña y mediana propiedad, la dependencia de la propiedad rural enclavada en el seno del latifundio, la proletarización creciente de la clase media campesina, el aumento del desempleo y la reducción de salarios a niveles ínfimos; la imposibilidad de desarrollo industrial debido

10

Carlos Rafael Rodríguez, Cuba en el tránsito al socialismo 1959-1963, México Siglo XXI, Edit. 1978, p. 31.



a la invasión del mercado por productos norteamericanos, la producción para la exportación y no para el consumo de un mercado interno; el control monopólico del comercio y los servicios, y la tendencia a aumentar la tasa de ganancia a expensas de la reducción salarial, no son hechos aislados sino el resultado de un fenómeno único: El Imperialismo Norteamericano en conjunción con su clase aliada representado por los latifundistas locales, la burguesía azucarera y la burguesía comercial importadora.<sup>11</sup>

El Estado por tanto, se constituye en un instrumento de dominación de clases, que coadyuva a una adaptación de la economía del País a los intereses del imperialismo y de la burguesía local agroexportadora. Se generó una lucha competitiva entre diversos candidatos a la presidencia -entre fracciones liberales y conservadoras- que no tardaron en crear conflictos armados donde la marina norteamericana hacía acto de presencia.

En 1906 al tratar de reelegirse Estrada Palma, se da un levantamiento de las fracciones liberales del País, e interviene nuevamente Estados Unidos ocupando militarmente a la Isla y nombrando un gobierno provisional militar a cargo del gobernador norteamericano Charles A. Magoon. Esta intervención que duró dos años y cuatro meses, tuvo como objetivo apaciguar el ambiente político y conciliar las fracciones rivales. Sin embargo, después de una aparente década sin que se produjera alteración del orden, se produce otra crisis electoral en 1917

---

11

López Segre; op. cit. p. 219.



cuando intentó reelegirse Mario García Menocal, "se alza el partido liberal y una fracción de ejército. Esta insurrección conocida como la "Chambelona", provocó otra incursión de la marina norteamericana, que desde la base de Guantánamo penetra en territorio cubano y liquida la revuelta liberal, confirmando a Menocal como presidente, el 10 de mayo de 1920".<sup>12</sup>

Ante esta dominación Oligárquico-dependiente, donde la sociedad política contando con el apoyo del ejército norteamericano, se vale de los mecanismos coercitivos y represivos para mantener el "orden público"; ciertos sectores de las clases dominadas no tardaron en dar su respuesta organizativa, expresando el repudio y sentimiento antimperialista, sus raíces estaban en la primera intervención u ocupación militar norteamericana que al calor de ellas creaba su contrario, el imperialismo.<sup>13</sup>

Surgen movimientos huelguísticos y manifestaciones estudiantiles, el pueblo se moviliza y organiza en sindicatos y partidos para defender sus intereses.<sup>14</sup> Es de resaltar el amplio movimiento que se desató en Oriente, contra la discriminación racial -movimiento dirigido por el partido independiente de color- que tenía como consigna el repudio al dominio norteamericano, y un programa reivindicativo que recogía uno de los problemas sociales más trascendentales como la disminución

---

<sup>12</sup> Gerard-Pierre, Op. cit., p. 91.

<sup>13</sup> Dirección Política de la FAR, Historia de Cuba p. 545. Citado por G.P. op. cit. p. 89.

<sup>14</sup> Gerard-Pierre, Op. cit. p. 92.



de la jornada laboral a ocho horas. Dicho movimiento fue reprimido por la incursión de la marina norteamericana produciendo una masacre de 3,000 muertos. Se divisan claramente dos mundos y dos proyectos políticos: "Por una parte el proletariado que emerge como una fuerza social autónoma, cuestionadora del sistema. Por la otra, y por el mismo carácter de la vinculación entre Cuba y los Estados Unidos, la burguesía agroexportadora y los latifundistas se integran al papel subordinado como simple prolongación funcional del capital monopolítico; su práctica política se fue sometiendo a la estructura del poder extranjero. La lucha en contra de una y otra instancia de explotación se mezcla íntimamente, este nexo entre la acción consciente y organizada de las masas y el cuestionamiento del orden, cobra aún más fuerza ya que la condición de dependiente implica un desarrollo del capitalismo, motorizado por la penetración imperialista".<sup>15</sup>

Tal como diría Blas Roca, la emergencia de la República y el nacimiento de un movimiento obrero organizado y consciente, "fueron acontecimientos virtualmente simultáneos".<sup>16</sup> La figura de Carlos Baliño es a partir de entonces y hasta la década de los veinte, uno de los principales dirigentes del movimiento comunista cubano.

A través de ciertos episodios de lucha, que se desatan a partir de principios de siglo, podemos valorar las formas de organización

---

<sup>15</sup> Ibid., pp. 92-93.

<sup>16</sup> Blas Roca; los fundamentos del socialismo en Cuba, La Habana. Ediciones Populares, 1960. Citado por Gerard-Pierre, Op. cit., p. 98.



popular que se debaten en una intensa lucha de clases. En 1899 estalla la huelga de los trabajadores del muelle de San José, en La Habana. En 1901, los obreros del Trust Habana Comercial, inician un paro de labores que se convierten en huelga general. Las tendencias anarcosindicalistas con influencias del movimiento obrero español, abren camino junto al pensamiento del socialismo científico. En 1904, nace el Partido Obrero de Cuba. Un año después, por iniciativa de Carlos Baliño, esta organización se adhiere a la Internacional Socialista. En 1906 se fusiona el Partido Obrero Cubano con el Partido Socialista Internacional, y surge un partido marxista único, el Partido Socialista de Cuba. Se sucede en este contexto la segunda invasión norteamericana en 1906, y en febrero de 1907 se produce un impresionante movimiento huelguístico por parte de los torcedores del tabaco. En los años sucesivos hasta 1914, el movimiento obrero desarrollará dos luchas fundamentales contra el alza del costo de la vida, y por la disminución de la jornada de trabajo. En 1915 se celebra el congreso obrero en La Habana, que reúne delegados de toda la isla. Se inicia así un movimiento caracterizado por enormes contiendas de masas que profundizarán en la conciencia y la organización proletaria.<sup>17</sup>

En 1917 se suceden una serie de paros y manifestaciones, que alcanzan en tres ocasiones el carácter de huelgas generales. En 1978, ocurre nuevamente una franca intervención norteamericana que aun

17

Gerard-Pierre, Op. Cit. pp. 100-101.



que no tuvo el carácter de una ocupación militar, suscitó la ingerencia del General norteamericano Enoch Crowder. En 1919, se inicia otro movimiento huelguístico azucarero, que al cabo de dos meses desemboca en un paro general. En el año 1920, la lucha de clases llega a tal magnitud, que el gobierno se ve forzado a suspender las garantías constitucionales.<sup>18</sup>

A partir de este año, la economía cubana entra en crisis; comienza un descenso brusco de los precios del azúcar en el mercado mundial, y con ello la más aguda pauperización de la clase trabajadora.

En síntesis, este es el cuadro que presenta la sociedad cubana, desde la intervención norteamericana en 1898. Dicho proceso de expansión y por ende de deformación estructural de la economía del País, traerá consecuencias en el orden social, político y económico que se verán agudizadas aún más, con la crisis del capitalismo mundial en 1929, -dando lugar a la gesta revolucionaria en el año de 1933.

---

<sup>18</sup> Gerard-Pierre; op. cit. p. 102.



LA ORGANIZACION DE SALUD Y SU ARTICULACION  
CON LA SOCIEDAD POLITICA. "PREDOMINIO DE  
LA SANIDAD"

Para finales del siglo XIX, la expansión imperialista norteamericana, se ve obstaculizada por un problema epidémico que azotaba ciertas regiones portuarias de los Estados Unidos -como New Orleans- y un área extensa del Caribe, y entre ellas la "Isla estratégica" de Cuba. La fiebre amarilla, era en ese entonces un problema de salud pública que se oponía a los intereses expansionistas del imperialismo norteamericano.

Para aquel entonces, Carlos J. Finlay -insigne médico cubano- había llevado a cabo múltiples investigaciones sobre tan espantosa enfermedad, por lo que en el año de 1879, el gobierno español lo nombró como asesor, de la Comisión del Consejo de Sanidad de los Estados Unidos, quienes llegaron a La Habana en esas fechas, para realizar estudios sobre la fiebre amarilla. Después de la partida de dicha comisión, Finlay siguió sus estudios de investigación, y en la Conferencia Sanitaria Internacional de Washington, en febrero de 1881, presentó sus trabajos realizados al respecto; pero no quiso anunciar en su declaración al "mosquito" como agente transmisor único.

Posteriormente, el mismo Finlay declaró: "No nombré al mosquito en aquella ocasión reservándome hacerlo después que yo hubiera realizado un experimento total que tenía proyectado y que efectué a mi



regreso a La Habana"<sup>19</sup>.

Las burlas sarcásticas rodearon el ambiente en que se desenvolvía Finlay, nadie creía en sus experimentos, e irrisoriamente lo llamaban el "médico de los mosquitos". Ni en Cuba, ni en los Estados Unidos ni en España, consideraban serios los trabajos de Finlay.

Pasaron casi 10 años, y al terminar la guerra de independencia, y al ocupar los norteamericanos la Isla, se encuentran con un cuadro epidémico que diezmaba día a día a la población. Había que buscar una forma de darle solución a aquel problema que afectaba los intereses económicos de la nueva metrópoli. El Gobernador Militar, general Leonard Wood, preocupado por lo que él estimaba de peligrosa salubridad, dio un total respaldo a la Comisión Investigadora para el estudio de la fiebre amarilla.<sup>20</sup> Se designó al Cirujano General del Ejército norteamericano Gral. Stemberg y al Mayor Walter Reed, como presidentes de dicha comisión, y se les ordenó que se entrevistaran con Finlay, revisaran con él sus teorías y trabajos e inclusive que ensayaran sus propios sistemas. El problema económico que representaba tal epidemia para los intereses norteamericanos hicieron tomar en cuenta los criterios de Carlos J. Finlay en relación a su teoría del mosquito. La historia nos demuestra que esto no es un hecho casual, y si bien existía mucha preocupación por la situación sa-

---

<sup>19</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, Publicación del Consejo Científico del MINSAP, No. 52, La Habana 1971, p. 55.

<sup>20</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, Op. cit. p. 64.



nitaria, más preocupación existía por asegurar el completo dominio de la Isla. Comprobado oficialmente el descubrimiento de Finlay, se ponen en práctica las medidas sanitarias aconsejadas por él en relación con el mosquito, y se logra el gran éxito: "La erradicación de la fiebre amarilla".

El gobierno militar concedió rápidamente los créditos y autorizó el empleo del número de trabajadores que fuese necesario para la campaña contra el mosquito en Cuba. El trabajo en esta línea fue comenzado el 4 de febrero de 1901 y llevado a cabo con energía en todas las direcciones. Los resultados se hicieron inmediatamente aparentes. En enero, se anotaron 7 muertos por fiebre amarilla; en febrero, que fue el primer mes de trabajo contra el mosquito, cinco muertos; en marzo, una muerte; en abril ninguna; ninguna en mayo y junio; en julio una; en agosto, dos; en septiembre, dos; y en los nueve meses restantes que siguieron a este mes, no hubo un solo caso ni una sola muerte por esta enfermedad.<sup>21</sup>

El trabajo que desplegó el gobierno militar de los Estados Unidos, para la erradicación de tan horrible mal, es algo que figurará siempre en las páginas de nuestra historia latinoamericana, como ejemplo de su infinito poder e ilimitada capacidad para lograr imponer su total dominio.

En este sentido es ilustrativo el informe oficial del médico

---

<sup>21</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, op. cit. p. 77.



W.C. Gorgas cuando dice: "El trabajo del ejército norteamericano en relación con la fiebre amarilla ha sido único, al menos en lo que yo se en la historia de la medicina. La teoría del Dr. Finlay fue tomada por el comandante Reed, y la comisión del ejército. El gobernador militar de Cuba la adoptó, haciendo una aplicación práctica en un lugar donde la fiebre amarilla había sido endémica durante 200 años, eliminando la enfermedad en el transcurso de un año. No conozco ninguna teoría establecida por ningún hombre de ciencia que obtuviera tan rápida y brillante sanción y fuese aplicada con tanto éxito por aquellos que ejercen el poder".<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Ibid, p. 78. (El subrayado es nuestro).



LA PRIMERA SECRETARIA DE SANIDAD Y BENEFICENCIA  
EN EL MUNDO

Es muy frecuente, que la creación de las direcciones de sanidad, o los Ministerios de Salud, sean vistos y analizados bajo la perspectiva del esfuerzo de personalidades ilustres dentro del campo de la medicina. "Es así como abundan biografías y autobiografías que acentúan el valor de los médicos prestigiosos en la creación de las Direcciones de Sanidad y Ministerios de Salud!"<sup>23</sup> El tomar esta postura, para el análisis de la creación de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia en Cuba, sería negar el carácter determinante que tienen en este proceso, los factores estructurales e históricos de la sociedad cubana, para los momentos en que se plantea la creación de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.

Desde un punto materialista histórico, la explicación de dicho fenómeno cobra un sentido muy diferente cuando es analizado como modificaciones dentro del régimen capitalista de producción, que de acuerdo al Estado imperante, y el carácter de las fuerzas sociales, determinan cambios en la forma de abordar los problemas de salubridad y asistencia.

---

<sup>23</sup> Mierr, Aureliano, La Nacionalización de los Servicios de Salud. La organización sanitaria en los países latinoamericanos, 1880-1930. Mimeografiado, Washington, D.C. 1976. p. 10.



Como vimos en un inicio, al liberarse Cuba del dominio español, fue inmediatamente invadida y ocupada por los Estados Unidos, "En todas las circunstancias en que el imperio norteamericano ocupó un país latinoamericano, intentó reformar el Apartado de Estado, teniendo como modelo el desarrollado en su país, es decir el Estado Capitalista en su fase hegemónica"<sup>24</sup>.

Es así como los primeros cimientos de la Sanidad en Cuba son colocados durante la primera invasión norteamericana, comenzando rápidamente la reconstrucción y rehabilitación de la Isla, que se encontraba maltrecha, enferma y depauperada. Como vimos anteriormente, por intereses muy precisos la sanidad norteamericana inicia su actuación en Cuba, con la liberación de la fiebre amarilla. Esto sienta las bases de una organización sanitaria que aunque no fuese definitiva, guió la acción organizativa durante la república. En 1899, al mando del Coronel William C. Gorgas, se creó el departamento de Sanidad, con los servicios de Inspección Sanitaria de Casas y Establecimientos Públicos, el negociado de Estadística Demográfica, órdenes, archivos, etc.<sup>25</sup>

"La ocupación de Cuba significaba incorporarla a la estructura económica de los Estados Unidos, y las acciones en el campo de la salud tuvieron esa orientación. Es así como los Marinos se ocuparon de la reorganización administrativa del Estado Cubano, es decir la llamada modernización"<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> Ibid., p. 13.

<sup>25</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, No. 25, La Habana 1964, p. 10.

<sup>26</sup> Mierr, A. Op. cit..p. 43.



No es casual que el gobierno militar, haya creado una comisión de fiebre amarilla, un centro general de vacuna antivariólica -enfermedad que azotaba el continente y su principal entrada era la vía portuaria- y estableciera la inmunización obligatoria para dar entrada a pasajeros y marinos. Siendo el puerto de La Habana, la principal vía de entrada de mercancías y salida de materias primas, tampoco era casual que dicho departamento de Sanidad, de la primera intervención norteamericana; se limitara a la Ciudad de La Habana.

Conjuntamente con el Departamento de Sanidad, en el año de 1900, fue creado por la orden militar (No. 271 de julio 7) el departamento de beneficencia, bajo la dirección de una junta central integrada por 11 miembros, designados por el gobernador interventor y dependiendo de la Secretaría de Gobernación.<sup>27</sup>

Para la época republicana a partir de 1902, quedó constituida la Junta Superior de Sanidad, presidida por Carlos J. Finlay. Entre los asuntos fundamentales que trató primeramente este nuevo organismo de sanidad en Cuba, citaremos las siguientes:

El programa creado por la epidemia de peste bubónica en Veracruz, disponiendo la prohibición terminante de la entrada de vapores procedentes de ese puerto; así como medidas más estrictas contra la viruela, estableciendo la vacunación preventiva contra esta enfermedad

---

<sup>27</sup>

Cuadernos de Historia de la Salud Pública, Op. cit. p. 12.



en toda la isla; campaña contra el paludismo y la determinación de la prohibición de los matrimonios entre los leprosos.<sup>28</sup> Dicha Junta también estableció las reglas de sanidad marítima, señalando los requisitos protectores de la población cubana, contra los males infecciosos procedentes de otros países. También prestó atención a los medios profilácticos contra la epizootias que afectaban a la ganadería, para evitar la propagación de las distintas enfermedades pecuarias.

La obra fundamental de la Junta de Sanidad, fue sin duda alguna la redacción de las Ordenanzas Sanitarias. Se logró confeccionar el primer Código Sanitario Cubano, que comprendió: La organización, es decir, la forma de constitución de las juntas locales de sanidad y la acción de las mismas, otorgándole a los Ayuntamientos la misión de constituir las y hacer los aportes económicos para su financiamiento, después el establecimiento de los requisitos, reglas, disposiciones, etc. sobre el abastecimiento de agua, embotellado, venta y distribución de las bebidas, expendios de alimentos, las construcciones de edificios, reglas para los hoteles, casas de huéspedes, etc.<sup>29</sup>

Las ordenanzas sanitarias fueron consideradas por el Consejo de Secretarios y aprobadas por Decreto Presidencial del 22 de febrero de 1906, que refrendaba Tomás Estrada Palma como Presidente de la República.

---

<sup>28</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, Op. Cit., p. 14.

<sup>29</sup> Ibid. p. 15.



De esta forma se observa claramente, que la creación de la Junta de Sanidad, y la aprobación del Código Sanitario, es una respuesta del Estado -conformado como vimos anteriormente por los grupos latifundistas, la burguesía agroexportadora y la burguesía comercial importadora como apéndice de los intereses monopolistas extranjeros- a la problemática planteada por la ampliación del comercio internacional; y su intervención se dirige fundamentalmente, a consolidar y ampliar el tipo de producción capitalista en el agro cubano.

Bajo este contexto explicativo, es que interpretamos la iniciativa posterior, de crear un organismo con una mayor importancia jurídica como organismo estatal, que interviniese directamente en la labor sanitaria. O sea, la idea de crear una Secretaría de Sanidad y Beneficencia, que por demás, sería la primera en el mundo. Con esto se intentaría una centralización de aquellas actividades que tienen una importancia económica para el grupo capitalista que sustentaba el poder, despojando de toda decisión a los grupos locales,<sup>30</sup> razón que ocasionó cierta oposición por parte de algunos sectores.

Se argumentó que era tanta la importancia de las actividades que desarrollaba la Junta de Sanidad, que en una mera dependencia de la Secretaría de Gobernación, no era posible mantenerla.<sup>31</sup> Finalmente, después de una intensa lucha, se crea la Secretaría de Sanidad y

---

<sup>30</sup> Mierr A; Op. Cit, p. 18.

<sup>31</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, Op. Cit., p. 16.



Beneficencia, durante la segunda intervención norteamericana a la Isla, en 1909, la cual abarcó ampliamente la sanidad en el país, con créditos propios, y con personalidad jurídica para intervenir en todas las cuestiones que se refieran a los aspectos sanitarios. Vemos así como el Estado tomó interés prioritario en los aspectos de sanidad, que tienen implicaciones directas con la realización del valor de la producción controlada por los grupos económicos en el poder. En tal sentido coincidimos con la afirmación de Aureliano Mierr cuando dice: "Aquellos países que lograron primero crear una producción capitalista alrededor de un producto de importancia para la exportación y en que los grupos dominantes que emergieron de esta producción lograron controlar los organismos del Estado, fueron también los primeros en crear un espacio administrativo estatal, dedicados a los asuntos de sanidad"<sup>32</sup>.

Ahora bien, aunque dicha Secretaría también adoptó el nombre de Beneficencia, no existió una centralización normativa y ejecutiva sobre la Organización de la Beneficencia Pública, que sobre los principios de la "caridad" se había creado en Cuba durante la colonización española en 1822. Para aquella época, una ley dictó las reglas para la beneficencia individual.<sup>33</sup> Posteriormente a partir de la creación de

---

<sup>32</sup> La organización de los Servicios de Salud. La Organización Sanitaria de los Países Latinoamericanos. O.P.S./O.M.S. Mimeografiado, Washington, 1976.

<sup>33</sup> Séptima Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección de la Isla de Cuba, celebrada en abril de 1908. Memoria Oficial Tomo I, p. 9.



la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, pasó a ser un deber tutelar del Estado, sin embargo, en su mayor parte siguió en manos del poder local municipal. En este aspecto cabe señalar la intervención del Dr. Alejandro Neyra, presidente del Comité Local de la Beneficencia. "La Beneficencia, señores, tiene que tener ancha base en las iniciativas individuales; porque la beneficencia oficial no puede abarcar el mundo de atenciones que ella exige. Si el Estado es la sociedad que se organiza para el derecho, forzosamente tiene que haber una línea que marque hasta donde llega el derecho de pedir auxilio al Estado, y cuando se traspasa esa línea se cercena el derecho de los demás cesa entonces el derecho de pedir auxilio al Estado. Si la Beneficencia es un deber tutelar del Estado, claro está que los gobiernos cumplirán ese deber hasta donde alcancen sus fuerzas y después de llenar los grandes deberes oficiales"<sup>34</sup>.

¿Cuáles eran esos deberes oficiales del Estado, en cuanto a salud pública se refiere? Obviamente que no era la atención médica individual. La política en salud tenía una prioridad sanitaria e higiénica. Y los que participaban en la formulación de las mismas, eran los que se encontraban estrechamente ligados a la economía agro-exportadora.

Bajo toda la influencia de las concepciones unicasales de

---

34

Necesidad de Educar y Reformar. Disertación ante la Séptima Conferencia Nacional de Beneficencia y Corrección. Cárdenas, Cuba. 1908. p. 2 (Subrayado nuestro).



la enfermedad, producto del avance científico técnico en los descubrimientos de la Bacteriología, la prevención higiénica y la salubridad pública, eran las primeras consignas de la gestión en salud. Es interesante anotar la disertación del Dr. Barnet ante la Academia de Ciencias, cuando habla sobre el "Concepto Actual de la Medicina", y sus implicaciones en la formulación de políticas sanitarias. "Estamos ciertamente en la edad de la bacteriología, y son tan importantes las relaciones íntimas entre esta ciencia y la medicina práctica que sin su concurso no sería posible resolver en la actualidad los más vitales problemas, tanto en lo que se refiera a las causas de las enfermedades, como en su tratamiento y prevención",<sup>35</sup> más adelante continúa diciendo:

"... nos lleva naturalmente de la mano a tratar de la terapéutica moderna, como nos llevará el segundo al hablar de la higiene, del modo de prevenir las enfermedades de la ciencia sanitaria, que es el desideratum a que todos debemos propender".<sup>36</sup> Sobre esta línea y bajo las concepciones imperantes sobre el proceso de la salud-enfermedad de las colectividades; el Estado, da prioridad a los aspectos relacionados con la prevención y saneamiento ambiental, mientras que la medicina curativa individual, queda en manos de la práctica privada y bajo la responsabilidad de los propios individuos. "La Medicina cura los

<sup>35</sup> Concepto Actual de la Medicina, Dr. Enrique B. Barnet, Discurso Pronunciado en la sesión solemne de la Academia de Ciencias de La Habana, 15 de mayo de 1902. En Cuadernos de Historia de la Salud Pública No. 45. La Habana 1969. pp. 68-71.

<sup>36</sup> Ibid., p. 71.



individuos, la Higiene salva las masas", así recuerda el Dr. Barnet, al sanitarista francés Levy, quien era fiel defensor de los principios higiénico sanitarios.

Si nos ubicamos históricamente, nos damos cuenta que dicha disertación se efectúa en 1902 -cuando termina la invasión norteamericana y se da comienzo a la etapa de la República- y que a la misma asiste el gobernador provisional militar Leonard Wood, a quien Barnet le dirige las siguientes palabras:

"... al verme escuchado por la selectísima concurrencia que llena este recinto, al ver allí al General Wood, que ha prodigado beneficios a esta Academia, y que asiste quizás por última vez a una fiesta científica en nuestra patria"<sup>37</sup> Desde luego, comenzaba la república, pero se dejaban sentadas las bases de la política del Estado, en cuanto a Salud Pública se refería, siendo más que evidente a qué intereses se estaba respondiendo.

Esto queda de una manera explícita cuando Barnet termina su disertación diciendo: "vemos así que los gobiernos que se interesan por sus gobernados dedican atención preferente a la higienización y saneamiento de las ciudades, condiciones tan indispensables para la vida de los pueblos"<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Ibid., p. 67. (Subrayado nuestro).

<sup>38</sup> Ibid., p. 75. (Subrayado nuestro).



Para el año de 1913, se realizaban enormes elogios sobre el estado sanitario que alcanzaba Cuba, por la función desplegada por el Estado -a través de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia- y por todo el esfuerzo y empeño de las autoridades estatales en su campaña de "sanear el ambiente".

"El extinguido Departamento de Sanidad, y la aún reciente data de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia, han dejado y seguirán dejando en nuestra admirable historia sanitaria huellas indelebles de los grandes éxitos alcanzados!"<sup>39</sup>

En resumen, los hechos históricos de esta época que se caracterizan por una temprana nacionalización de la Sanidad Cubana (con la creación del Departamento Central de Sanidad según el decreto No. 894 en 1907) y la posterior creación de un organismo de mayor personalidad jurídica como la Secretaría de Sanidad y Beneficencia (en el año de 1909 cuando comenzó a regir la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y tomó posesión como presidente de la república José Miguel Gómez, al cesar la segunda intervención norteamericana) no pueden ser analizados como un simple "progreso" hacia formas más avanzadas de la administración en salud. La explicación de estos hechos están en relación con los intereses particulares de los grupos oligárquicos estrechamente ligados al imperialismo norteamericano, los cuales tuvieron

---

39

El Estado Sanitario de Cuba; en Cuaderno de la Historia de la Salud Pública No. 45. La Habana 1966, p. 120.



una identificación en un plano meramente económico; dando como resultado que la organización de la Práctica Médica Estatal, se articulara con las formas de dominación imperantes.

En otras palabras, el predominio de la sanidad en conjunción con la creciente actividad legislativa y jurídica del Estado en los asuntos de salubridad, debe interpretarse como una expresión de dominación de la sociedad política a través de la organización de salud; que utilizando los mecanismos coercitivos y de presión para el cumplimiento de las leyes y ordenanzas sanitarias, los grupos dominantes vieron realizados sus intereses en la producción azucarera y en el comercio y la importación de mercancías. Un hecho evidente que sustenta esta formulación, no los da el Apéndice Constitucional de la Enmienda Platt, que obligaba a dedicar una profunda atención a los aspectos higiénicos y sanitarios, ya que de lo contrario la Marina Norteamericana se vería en la necesidad de intervenir a la Isla militarmente\*.

En este contexto la atención médica individual, estuvo predominantemente controlada por el sector privado (consultorios particulares u organizaciones privadas de carácter mutual), destinando el Estado escasos recursos para este tipo de atención. En tal sentido se observó alguna preocupación por los indigentes (que recibían una atención médi-

---

\* Para mayor detalle consultar en los Cuadernos de Historia de la Salud Pública, la discusión que surge en el Congreso de la República en virtud del proyecto de Ley presentado por el Dr. José A. Malberty para crear la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Cuaderno No. 25, La Habana, 1964, pp. 24-34.



ca muy precaria en los hospitales de la Beneficencia como el Calixto García y Nuestra Señora de las Mercedes en La Habana), destacándose un particular interés por los tuberculosos y leprosos y toda aquella población "desamparada" que al no tener recursos y padecer de enfermedades infectocontagiosas, se constitufan en un peligro para la sanidad pública.



LA REVOLUCION DEMOCRATICA Y EL ESTADO  
CAPITALISTA CUBANO

(Período de hegemonía por consenso)

"PREDOMINIO DE LA ATENCION MEDICA"



LA REVOLUCION DEMOCRATICA Y CONSOLIDACION DEL ESTADO  
CAPITALISTA EN SU FASE HEGEMONICA

Período 1933-1952

Después de la etapa especulativa conocida como la "Danza de los Millones" en 1920, donde el precio del azúcar subió a 22 centavos de libra, comienza un descenso brusco de los precios del azúcar en el mercado internacional esta crisis aceleró aún más la penetración norteamericana, pasando las propiedades cubanas de envergadura a manos de las corporaciones radicadas en Wall Street.<sup>40</sup> Los propietarios cubanos por los efectos de la crisis financiera, perdieron sus propiedades hipotecadas y se vieron en la necesidad de venderlas a condiciones sumamente desventajosas. El National City Bank, se apoderó de 50 centrales azucareras en el año de 1921.<sup>41</sup> Para 1927 de 175 ingenios en actividad 75 estaban en manos norteamericanas, 14 eran poseídos en forma mixta, cubano-norteamericana y 10 eran propiedad de canadienses, además de los 31 millones de sacos producidos por la zafra de 1926-1927, -- 19,375,000 fueron fabricados por ingenios norteamericanos y 1,200,000 fueron fabricados por ingenios canadienses.<sup>42</sup>

De igual forma se produce un crack bancario, y quiebra la banca cubana. Se reemplazó el Banco Nacional y el Banco Español,

---

<sup>40</sup> Carleton Beals; The Crime of Cuba p. 323, Jenks; Nuestra Colonia de Cuba p. 256. Cit. por López Segre, Op. cit. p. 201.

<sup>41</sup> Ibid., p. 209

<sup>42</sup> Ibid. p. 201.



por el Royal Bank of Canadá y el National City Bank of New York, que se convirtieron en los principales bancos de Cuba.<sup>43</sup>

Las inversiones norteamericanas en la industria azucarera aumentaron de 1913 a 1928 en un 536%, y en 1929, el capital invertido ascendía a 1,515.9 millones, representando esto el 27.3% del capital total invertido en América Latina.<sup>44</sup> Las compañías norteamericanas, hambrientas de tierra, despojaron y extendieron su propiedad por todas las regiones del país. En este sentido Blas Roca señala: De un modo cruel se realizó la gran expansión azucarera de 1918-1924. Sobre todo en las provincias de Camaguey y Oriente, los campesinos fueron violentamente despojados de sus tierras, desalojados en masa, incendiadas sus casas, destrozadas sus cosechas, cercados y perseguidos por el cañaveral, echados del camino, sin techo y sin pan".<sup>45</sup>

El control financiero en manos de los norteamericanos, canalizó las inversiones hacia la producción azucarera y el comercio; impidiendo la diversificación de la economía y por ende el desarrollo industrial. Sin embargo, esta crisis del 20 creó un cierto grado de conciencia nacional, al sentirse las consecuencias de la dependencia del monopolio. Se logró algunas inversiones en sectores no azucareros, apoyado por un grupo que promovía el desarrollo de una industria nacional diver-

---

<sup>43</sup> Ibid., p. 199

<sup>44</sup> Gerard-Pierre, op. cit. p. 31

<sup>45</sup> Blas Roca., Los Fundamentos del Socialismo en Cuba, La Habana, Edic. Populares 1960, p. 38. Cit. G.P. p. 32.



sificada. En 1927 durante el gobierno de Machado, se realizó una Reforma Arancelaria que imponía aranceles proteccionistas que raramente pasaban del 15 o el 25%. Lo moderado y tímido de los intentos de controlar la entrada de mercancías, no logró incidir sobre el proceso de industrialización nacional; lo cual, aunado al nuevo tratado de reciprocidad comercial firmado en 1934 como parte del "new deal" de Roosevelt; terminó por frustrar todo intento de industrialización.

Esta crisis del 20, que significó la caída de la economía dependiente -el precio del azúcar llegó a 3.75 centavos- afectó además del sector obrero, a importantes sectores de la pequeña burguesía comerciante y pequeño propietario de tierra. Carlos Rafael Rodríguez al hacer el análisis de la estructura de clases en Cuba durante esta época, señala: "La crisis azucarera de 1920 y su secuela de ruina, golpeó de pronto sobre diversos sectores sociales, permitiéndoles tomar conciencia de la situación que les había correspondido en la sociedad que surgía con la República. Ricos cultivadores de caña pasaron en pocas horas de una efímera opulencia a la condición de campesinos endeudados y forzados a vender sus colonias a las compañías extranjeras y a los latifundistas. Decenas de miles de colonos medios quedaron en la pobreza. La situación del proletariado agrícola se hizo aún peor. En las ciudades, miles de comerciantes y artesanos fueron arrastrados por la repercusión de la quiebra de los bancos cubanos y españoles, a su propia bancarrota, y hasta los grupos principales de la oligarquía recibieron una severa sacudida, pues algunos grandes hacendados, colonos



latifundistas y banqueros perdieron sus propiedades".<sup>46</sup> Toda esta situación causó un hundimiento del pueblo cubano, en la más absoluta miseria. Estas contradicciones objetivas, de dominación y subordinación económica al imperialismo norteamericano, pronto se hicieron sentir en una intensa lucha de clases que ahora tomaba nuevas formas de organización. Lógico es -señala Julio La Riverend- "que el descontento se manifestara cada vez con caracteres más profundos, y que la etapa en que se reinician las grandes luchas generales del pueblo cubano, arranquen del año 1923, esto es, del año en que empieza a reducirse violentamente los ingresos populares a consecuencia del inicio, después de 1920-1921, de la crisis de estructura de la economía semicolonial".<sup>47</sup>

En este terreno donde se agudizan las contradicciones y se dan brotes de levantamiento popular -el cual cobra una magnitud mayor, contando ahora con los sectores medios "arruinados"- los comunistas comienzan a tomar la dirigencia de dicho movimiento, elevándose a nuevas formas de organización y haciendo rupturas con las influencias anarcosindicalistas.

En el año 1925 surgen La Confederación Nacional de Trabajadores de Cuba, y el Partido Comunista de Cuba. "La constitución de laCNOC resultado de los congresos obreros de Cienfuegos en 1925,

---

<sup>46</sup> Cuba en el tránsito al socialismo. Op. cit., p. 47.

<sup>47</sup> Le Riverend, La República, Dependencia y Revolución. La Habana, Instituto Cubano del Libro. 1969 p. 243. Cit. G. P. p. 102.



lleva hacia la cima el movimiento obrero, hasta ahora promovido por el anarcosindicalismo"<sup>48</sup> y por otra parte, "la fundación del Partido Comunista de Cuba, marca el inicio de una etapa superior del movimiento obrero en la historia cubana"<sup>49</sup>.

La agitación de las masas y el movimiento popular, se encontraba en pleno auge, en 1924 tuvo lugar la creación de la Hermandad Ferroviaria de Cuba, y en ese mismo año estalló una huelga ferroviaria de 21 días, que se transformó en un movimiento de extensión nacional. El clima sociopolítico comenzó a inquietar al gobierno de Washington, y como solución apelaron a la imposición de la figura de Gerardo Machado, llamado "el carnicero". Este declaró que no aguantaría una huelga más de 24 horas. Sus objetivos eran sanear el ambiente político a base de la represión.

Además de los factores subjetivos y objetivos de la organización popular, existieron otros factores objetivos de índole económico, que les fueron muy desfavorables, al gobierno de Machado, y que le impidió contener el auge de la gesta revolucionaria.

En 1929, se da el gran crack de la bolsa de Nueva York, y esto agudiza aún más la crisis desatada en el año de 1920. Las contradicciones emergen con mayor relevancia y se da el impulso al movimiento estudiantil -que logra nuevas pautas organizativas- y logra penetrar en el movimiento obrero.

---

<sup>48</sup> Gerard-Pierre. Op. Cit., p. 104.

<sup>49</sup> Fabio Grobart. El movimiento obrero cubano, surgimiento del Partido Comunista en Cuba Socialista, La Habana, agosto de 1966, Núm. 60. Cit. G.P. p. 105.



Bajo la dirigencia de Julio A. Mella y Carlos Baliño, las figuras más representativas del movimiento estudiantil y el obrero respectivamente, elevan el ideal antimperialista y llaman a la lucha bajo el encuadramiento del Partido Comunista. Se realiza la correspondencia entre el movimiento de los trabajadores del campo, la ciudad y lo mejor de la intelectualidad cubana.<sup>50</sup>

El 20 de marzo de 1930, la dictadura fue sacudida por una huelga general organizada por el Partido Comunista, y dirigida por Ruben Martínez Villena. La Confederación Nacional de Obreros de Cuba, -apoyada y reforzada por una extensa red proletaria a nivel nacional, con el Sindicato Nacional de Obreros de la Industria Azucarera integrados con los ferroviarios- convocó a un paro de 24 horas a más de 200,000 obreros. Sus principales reivindicaciones se centraban en las mejoras salariales y los derechos democráticos del pueblo. Como puede observarse, el movimiento obrero da su salto cualitativo y la dimensión de su lucha, aunada a los sectores progresistas y democráticos -como el movimiento de Antonio Guiteras- y el Ala estudiantil universitaria ya no es una lucha por reivindicaciones económicas, sino que también trasciende al plano de lo político.

Cuestionan la clase en el poder, los intereses a quienes sirve, y luchan por su participación en el poder político y en la gestión del Estado.

La situación se hace insostenible y el 12 de agosto de 1933, una huelga general logra derrocar a Machado.

---

<sup>50</sup> Gerard-Pierre., Op.Cit., p. 105.



Nuevamente, a la caída de Machado, el imperialismo norteamericano pone en juego sus maniobras político económicas, para tratar de mediatizar la intensa lucha de clases que se había desatado en el país. Este período como señala Gerárd-Pierre, y que se extiende hasta 1940, "aparece como el de mayor movilización política y de riqueza histórica en la vida de la república"<sup>51</sup>.

Se despliega una ola de huelgas, levantamientos, paros, luchas por reivindicaciones democráticas, donde participa la pequeña burguesía, el campesinado y el proletariado. El imperialismo visualiza claramente que su política represiva ya no le da resultado. Tienen entonces que implementar nuevas formas de dominación más sutiles que logren apaciguar el ambiente político. El embajador norteamericano Summer Wells y su sucesor Jefferson Caffery apareció ante los cubanos como un mediador desinteresado en nombre de la "buena vecindad", procurando encontrarle una salida "democrática" al drama de Cuba, sin afectar los crecientes intereses norteamericanos. El 4 de septiembre se designa al Dr. Grau San Martín -eminente médico cubano y profesor de la Universidad de La Habana- como presidente de la República. Dicho gobierno no fue reconocido por los Estados Unidos -gobierno de los 100 días- lo cual provocó que Summer Wells y su sucesor Caffery, le otorgaran apoyo a Batista como Jefe del ejército y promovieran la caída del gobierno. En enero del 34 se facilitó un gobierno de coalición y Carlos Men-

51

Génesis de la Revolución Cubana, Siglo XXI. Edit. México, 1978, p. 108.



dieta asume el poder, obteniendo el reconocimiento del gobierno de los Estados Unidos.

López Segrera, señala con gran claridad cuales fueron las consecuencias de la política del Nuevo Trato de Roosevelt:

1. "Frustración de las posibilidades de un desarrollo industrial a través del nuevo tratado de reciprocidad comercial de 1934, que reforzó la posición de la Isla como consumidora de productos manufacturados y productora de azúcar, a través de un nuevo régimen arancelario que tenía ese objetivo. .
2. Represión del movimiento revolucionario con el ejército.
3. Concesiones reformistas a las masas, integrando la protesta nacionalista a un neopopulismo contrarrevolucionario y antinacional, enmascarado de democracia y concesiones obreras, representado por Batista que, en tanto provenía de los sectores populares explotados, y había liquidado el sector oligárquico del ejército jugando un papel destacado en los inicios del movimiento revolucionario, servía perfectamente a la maniobra diversionista del imperialismo yanqui y la oligarquía local".<sup>52</sup>

Se abre de esta forma un período donde el Estado tratando de buscar el "consenso" y una base de apoyo en los sectores populares, tiene que jugar con las concesiones, dando una apertura y desahogo a las presiones sociales. Bajo esta política sucede el período presidencial de

---

<sup>52</sup> Francisco López Segrera, Capitalismo dependiente y subdesarrollo. Diógenes, México. 1973-p. 249.



Batista, de 1940-44, quien cede su puesto a Grau-San Martín y éste a Prfo Socarrás. La gesta revolucionaria del 33 resultó frustrada y mediatizada, sin embargo, logró tener ciertos alcances históricos, abriendo la vía de importantes conquistas: La abolición de la Enmienda Platt, el derecho a la jornada de 8 horas, la obligación impuesta a las empresas del pago de la deuda extranjera, rebaja de las tarifas eléctricas, la autonomía universitaria, avances reivindicativos hacia la mujer y el negro, y la legalización del Partido Comunista de Cuba. Esto último trae como resultado que al partido se le permita participar a escala nacional en las elecciones de la Asamblea Constituyente de 1940. Los comunistas obtienen 9 puestos en la Asamblea y aprovechan sus facilidades legales de participación, para difundir sus ideas. Se tuvo acceso a una tribuna de excepcional amplitud para difundir sus debates y sus programas; ya que los mismos se transmitían por radio y permitían crear conciencia y penetrar en el seno de la población.<sup>53</sup> Es interesante resaltar el comentario que hace al respecto Gerard-Pierre Charles: "La impresionante membresía del Partido a principios de los 40's y su fuerza sindical, señala un momento cumbre en el desarrollo del movimiento socialista y popular en Cuba. No sólo el proletariado en su mayoría vertebrado en una central única, sino también el Partido Comunista educa a las masas populares en los principios del socialismo científico. Se eleva la labor de difusión ideológica y la politización a un nivel muy amplio, sin paralelo en América Latina. Se promueve sistemáticamente la concientización política y la participación popular en la lucha de clases".<sup>54</sup>

<sup>53</sup> Gerard-Pierre. Op. cit. pp. 112-113.

<sup>54</sup> Ibid., p. 114 (Subrayado nuestro)



LA ORGANIZACION DE SALUD Y SU ARTICULACION CON LA SOCIEDAD CIVIL

"PREDOMINIO DE LA ATENCION MEDICA"

En este periodo se producen importantes cambios en cuanto a la orientaci3n de las pol3ticas de salud, y la organizaci3n de la Pr3ctica M3dica; tanto el sector privado como el p3blico comienzan a delinear rasgos organizativos que convierten a la Atenci3n M3dica -y sobre todo la hospitalaria- en la pr3ctica emergente de la 3poca. La explicaci3n de este fen3meno es tambi3n el producto de ciertos cambios que se dan tanto en la estructura econ3mica y principalmente en el "Nuevo Estado" que se inicia con la Revoluci3n del a3o 33. Podr3amos decir que el Estado Capitalista cubano, inicia su fase "hegem3nica" e incorpora en la administraci3n a ciertos grupos que hab3an participado en la lucha contra Machado. Se entra por tanto en el periodo en que los grupos dominantes toman conciencia de que sus intereses particulares deben convertirse en los intereses de los grupos subordinados, y se intenta por consiguiente obtener su consenso activo 55.

En un inicio, aunque el gobierno de los Estados Unidos no reconoci3 el gobierno de Grau, se lograron grandes concesiones (estando Guiteras como secretario de gobernaci3n), pasando luego a una serie de gobiernos t3teres manejados por Batista -como Jefe del Ej3rcito- al servicio de los intereses del imperialismo. Sin embargo, esta imagen de "democracia representativa", tuvo que implementar ciertos mecanis--

---

55 Meir A. Op. Cit., p. 14.



mos en lo ideológico-político que permitieran legitimar su poder, y la Salud Pública fue uno de ellos.

Cuba al ser un país estrechamente ligado y penetrado por el imperialismo norteamericano, no dejó de recibir la influencia del desarrollo "cientificista" de la Medicina Flexneriana que buscaba desde el punto de vista ideológico ver el peso de la enfermedad como algo que afectaba al individuo y de esta forma enfatizar en la respuesta terapéutica individual, absolviendo a los factores económicos y políticos de toda responsabilidad frente a las enfermedades.<sup>56</sup> La atención médica individual que se caracteriza por su consumo e individualidad, comienza a constituirse entonces como la práctica médica hegemónica. Ahora bien, dicha atención comienza a satisfacer necesidades en forma diferente, según los sectores sociales a la cual se dirige,<sup>57</sup> adoptando en Cuba características muy particulares.

Para esta época podríamos distinguir tres formas organizativas importantes que asume la práctica médica; el sector privado, el cual se organizaba individualmente (consultorios particulares) o en forma de clínicas cooperativas, el sector mutualista, y el sector público o estatal.

---

<sup>56</sup>

Vicente Navarro, *Social Class, Political Power and the States, and their implications in Health and Medicine*. Baltimore, John Hopkins University, 1976, p. 40.

<sup>57</sup>

Juan César García, *Articulación de la Medicina y la Educación a la Estructura Social*. Mimeografiado, 1977. p. 22.



Como veremos a continuación, estos sectores responden a intereses muy precisos que se articulan con los intereses de las clases dominantes, derivando por tanto una organización de salud con un carácter eminentemente clasista.

La práctica médica privada en forma individual, tuvo sus orígenes en la época de la colonización española cuando el Dr. Belot Lorent crea una clínica en el pueblo de Regla (muy cercano al puerto de La Habana) en el año de 1821 la cual permanece abierta hasta 1824 (primera fase), siendo reabierta posteriormente hacia 1840.<sup>58</sup>

Dicha clínica se ocupaba de la atención médica individual, de marinos y demás tripulantes que llegaban al Puerto de La Habana, siendo clausurada posteriormente por la imposibilidad de costear los gastos que la misma requería. La práctica médica "privada", logra su expansión y desarrollo después de la independencia de los españoles y durante la instauración de la República; lo cual fue muy coherente con la ideología liberal de la época. Vimos anteriormente que la organización particular de la práctica médica es la que tiene el gran peso de la atención "individual", pero la misma se ofertaba a quienes tenían la capacidad de pagarla quedando grandes sectores de población "marginados" de este tipo de atención. Por el año de 1840, sucede un hecho en el pueblo de Regla, que señala un hito histórico en la medicina social cubana, y es: el primer signo de mutualismo, siendo Cuba el primer



pais de América en el cual se crea el mutualismo por enfermedad.<sup>59</sup> Esto surge por la iniciativa de ciertos sectores de la pequeña burguesía comerciante y de artesanos -que eran fundamentalmente españoles- pudiendo inferir que se dio como una respuesta -también de clase- ante la organización privada individual que atendía fundamentalmente a los sectores oligárquicos (burguesía agroexportadora y latifundistas).

Para el período que estamos analizando y fundamentalmente para finales de la década de los 30's, el mutualismo cobra relevante importancia como organización, y comienza a entrar en contradicción con los intereses particulares de los médicos "liberales". Los españoles contaban con los llamados "Centros Regionales" (en La Habana) y las "Colonias Españolas" (en los pueblos de las provincias) los cuales llegaron a constituirse en verdaderos centros de poder económico y social; llegando a tener más de cien mil asociados.<sup>60</sup>

Esta organización además de ser recreativa, ofertaba servicios de atención médica especializada; contaba con hospitalización, cirugía y todas las facilidades de investigación clínica; análisis de laboratorio, rayos X, etc.

Además de estas sociedades de origen español\*, no tardaron

---

<sup>59</sup> Ibid., p. 34.

<sup>60</sup> Cuadernos de Historia de la Salud Pública, No. 60 MINSAP, La Habana, 1973, p. 133.

\* Recibían el nombre de las diferentes regiones de España, entre ellas podríamos nombrar: La Covadonga, Centro Asturiano, Centro Gallego, Quinta Canaria, y La Dependiente del Comercio (su nombre ya nos da una idea de su carácter clasista).



en constituirse las asociaciones organizadas por cubanos, los costos de la atención médica y su tecnología eran cada vez mayores por lo que muchos médicos particulares decidieron agruparse en cooperativas y luego distribuirse las utilidades que la sociedad lograba producir; sin embargo, en un inicio no podían competir con los españoles. Un ejemplo de estas asociaciones formadas por cubanos fue la Asociación Cubana de Beneficencia, que comenzó siendo una clínica privada que posteriormente incluyó un sector para las personas mutualizadas.

Tal como vimos en un inicio, la situación económica de la época era lamentable, la desocupación y el desempleo ya no sólo afectaba a las grandes masas de obreros y campesinos sino que también llegó a golpear los sectores medios y entre ellos a los médicos "pobres". Como respuesta a esta situación y para hacerle frente a la poderosa organización de los españoles, surge en la segunda década del siglo XX, la Federación Médica Cubana, que aglutinó como un organismo de clase a cierto grupo de médicos cubanos que tenían una posición desventajosa en el gran "negocio de la medicina". La lucha que se entabló entre la Federación Médica y los Centros Regionales fue cada vez más intensa, hasta que la Federación convocó a una huelga general médica (justamente después del Congreso Mutualista en el 31), que fue rota por los "esquiroles" y dando como resultado un mártir, el Dr. José Elías Borges.<sup>61</sup>

---

61

Cuadernos de la Historia de la Salud Pública, No. 57 MINSAP, La Habana, 1973, p. 36.



Finalmente en el año 1933 la Federación Médica de Cuba, cooperó con todas las organizaciones clasistas y antimachadistas en la huelga política del 33 que diera fin a la dictadura de Machado, abriéndose después de este momento, importantes cambios en la organización de la práctica médica.

Las grandes luchas reivindicativas habían llegado a un tope, con el gobierno de Grau se logran grandes concesiones y entre ellas la Ley del 50% (en todo centro de trabajo se exigía que la mitad de sus empleados fueran cubanos), esto produce ciertos cambios al interior de las sociedades mutualistas ya que los obreros cubanos tenían entonces derecho a utilizar los servicios médicos dando una cuota de su salario\*. Después del año 33 proliferan las clínicas cooperativas de médicos particulares cubanos, y estos comienzan a incluir el mutualismo (parte de la clínica era para pacientes particulares, y otra parte para pacientes que pagaban una cuota mutual) ampliando la cobertura de servicios médicos pero sin solucionar el problema de grandes sectores que ni siquiera podían pagar dichas cuotas.

Cabe señalar un detallado estudio que efectuó la Federación Médica de Cuba convocando a una reunión que llegó a las conclusiones siguientes:

Se dividió a la población de acuerdo a su capacidad económica en tres grupos; la clase pudiente, cuyos medios de fortuna le per-

---

\* Esto era únicamente para aquellos trabajadores de planta, que laboraban en centros y comercios cuyos dueños eran los españoles.



mite hacer frente a los gastos originados por la atención de sus enfermedades<sup>62</sup> y que por supuesto se atendían en los consultorios particulares y en las clínicas cooperativas privadas.

La clase mutualizable de recursos limitados, pero que asociándose a muchos de posición económica análoga, pueden, mediante pago mensual de cuotas pequeñas, afrontar los gastos causados por enfermedad<sup>63</sup> y finalmente, la clase pobre que no cuenta con medios para organizarse en forma colectiva y tiene que recibir los servicios, que en su beneficio, organiza el Estado, la Provincia o el Municipio.<sup>64</sup>

Valdría la pena preguntarse quiénes eran los "pobres", pues nada menos que una gran población asalariada de las empresas monopólicas, los obreros agrícolas del campo (que tenían condición de asalariados sólo mientras durara la zafra) y una gran población de subempleados o desempleados que formaban parte de un enorme ejército industrial de reserva. Sin embargo, no estamos de acuerdo con el criterio de la Federación Médica en cuanto a los "pocos medios para organizarse", hay que recordar la importante membresía de la Confederación Nacional de Trabajadores, y el grado de organización obtenido a partir del año 25; los trabajadores asalariados lograron arrancarle a las empresas monopólicas un seguro laboral (contra accidentes de trabajo) y la asistencia médica ambulatoria en dichos centros, a cargo de un médico contratado por la propia empresa. Es lógico suponer que además de ser una con-

---

<sup>62</sup> Cuadernos de la Historia de la Salud Pública, No. 60 MINSAP, La Habana, 1973, p. 136.

<sup>63</sup> Ibid., p. 136.

<sup>64</sup> Ibid., p. 136.



cesión producto de la lucha reivindicativa, también significaba un beneficio para los intereses de las compañías extranjeras en cuanto al mantenimiento y reproducción de su fuerza de trabajo. Posteriormente en el año 38, se crea el Centro Benéfico Jurídico de los Trabajadores (en La Habana) que fue una organización mutualista de los obreros con el apoyo de la confederación nacional de trabajadores, y además de recibir atención médica y hospitalización (que luego se hizo extensivo a familiares e hijos), tenían seguro de vida y pensiones por vejez e invalidez\*.

Vimos que durante este período que se extiende hasta 1940, se dan enormes movilizaciones de amplios sectores de la sociedad, donde no sólo participan los obreros y campesinos, sino también amplios movimientos de estudiantes que aglutina la pequeña burguesía intelectual y pequeña burguesía comerciante. En esta época, se suceden una serie de cambios en el gobierno que pasan por figuras que quieren dar la imagen de la democracia representativa pero que son manejados por Batista a favor de los intereses del imperialismo.

Así suceden los gobiernos de Mendieta, Carlos Hevia, Barnett, Miguel Mariano Gómez y Laredo Bru y con sus ánimos de lograr

---

\* No pudimos obtener el dato en cuanto al origen de los fondos para el financiamiento de este centro. Sabemos que el aporte de los trabajadores y los sindicatos (confederación) constituían el grueso de los mismos, pero sería importante dilucidar si los "patronos" dueños de las empresas, se vieron forzados a poner parte de su "tajada"; siendo por tanto una reivindicación más de la clase obrera.



el consenso social e imponer su hegemonía se operan cambios importantes en la sociedad civil. El Estado asume una responsabilidad en cuanto a la Atención Médica se refiere y comienza la apertura de centros hospitalarios (que tuvieron la necesidad de cerrar durante la crisis económica), a dotar con recursos los dispensarios de higiene infantil (donde se suministra la "gota de leche") y a construir centros de atención médica especializada en el resto de las regiones del país. Si bien existían sectores que habían solucionado sus problemas de atención médica con el "mutualismo", habían importantes grupos del campo y la ciudad que se convertían día a día en "focos de intranquilidad social" (subempleados, desempleados, familiares, mujeres y niños). La población que genéricamente se le denomina "indigente", es el centro de atención del Estado, canalizando una inquietud particular hacia la Mujer y el Niño. Comienza así la construcción de hospitales generales en las principales cabeceras de las provincias, al igual que hospitales de Maternidad e Infancia.

Los gobiernos municipales también se valen de la "salud", para obtener el consenso. Principalmente en la ciudad de La Habana, se construye entre los años 35 y 36 el Hospital de Emergencias Municipal, el Hospital Infantil Municipal y la Maternidad América Arias, los cuales fueron promovidos por el alcalde de la ciudad Miguel Mariano Gómez, quien adquirió prestigio político por su preocupación hacia la atención a la salud y el cual fue posteriormente, Presidente de la República.



Si bien en el resto de las provincias no se construyeron hospitales municipales, se crearon centros de atención ambulatoria denominadas las "casas de socorro", los cuales remitían sus casos a los hospitales provinciales que eran directamente jerarquizados por la Secretaría de Salubridad y Beneficencia.

De igual forma proliferaron los patronatos y las ligas benéficas como los de la tuberculosis y el cáncer atendidos por las "Damas Isabelinas". Era tradicional que aparecieran las "damas de la alta sociedad" preparando bailes, fiestas y grandes banquetes, para recaudar fondos dirigidos a la manutención de los patronatos. Con una amplia propaganda por la radio y los medios de prensa aparecía la burguesía dando sus donativos a las fundaciones benéficas.

Entre los años 37 y 39, Batista promueve la legislación de la maternidad obrera y se construyen centros hospitalarios de maternidad (en las Villas, Santiago de Cuba y La Habana) para dar atención a la madre y el niño. Dichos centros eran financiados a través de un fondo tripartito entre el Estado, las empresas y las obreras. Cabe señalar que es la única entidad de seguridad donde el Estado como tal interviene en su financiamiento, ya que para el resto de la población adulta o trabajadora existieron entidades de seguros particulares, que estaban en manos de compañías privadas.

El Estado por tanto, busca un grado de consenso para afianzar su hegemonía dirigiendo su atención hacia una población socialmente muy reconocida: La Mujer y el Niño, mientras que la población trabaja-



dora como tal (exceptuando la mujer), no le acredita una atención prioritaria, dejando estos amplios sectores en manos de la seguridad de las compañías extranjeras y privadas o del mutualismo.

Si bien la dotación de recursos del Estado a los hospitales de la Secretaría y Beneficencia son mejorados, muchas veces y sobre todo en las provincias, los recursos eran insuficientes. Señalaremos un testimonio que nos aportó el Dr. José Jordán, hijo de un reconocido médico pediatra de Pinar del Río; el Dr. José Jordan Avendaño, quien para el año de 1937 fue nombrado director del hospital de Maternidad e Infancia de esa localidad, el cual había permanecido cerrado durante la crisis económica del 30 y reabierto siete años más tarde. El Dr. nos menciona que su padre tenía que utilizar muchas veces, los fondos de la maternidad obrera (en ese hospital que era de la Secretaría, también funcionaba una sección de maternidad obrera), ya que con la asignación presupuestaria del Estado, le era materialmente imposible sostener y sufragar los gastos del hospital. El Dr. Jordan Avendaño al verse inmerso dentro de la corrupción administrativa del Estado, y observando las transacciones y descarados robos que con los fondos se hacían, se vio obligado a renunciar a su cargo al cabo de cinco meses.

En 1940 llega a la presidencia Fulgencio Batista a través de un fraude eleccionario que realiza el ejército, quitándole el triunfo a Grau San Martín quien contaba con un gran apoyo popular. Ante el descontento generalizado y la "intranquilidad social" que se generó,



Batista -fiel aliado al imperialismo- abre un espacio participativo e incorpora la protesta popular a una serie de reformas administrativas del Estado. Convoca y promueve la Asamblea Constituyente -con participación de amplios sectores y hasta del partido comunista- y se aprueba la Constitución de la República la cual tiene un alto contenido progresista.

Entre sus artículos se proclama el "Derecho a la Salud", y la responsabilidad del Estado en brindarla. Durante su mandato de 4 años realiza una enorme propaganda en cuanto a su interés por la salud de los ciudadanos. Es de hacer notar que en esta época Batista construye el Hospital Infantil para tuberculosos "Angel Arturo Aballí" y el Hospital para Tuberculosos de "Topes de Collantes", cerca de la ciudad de Trinidad (actual provincia de Sancti Spiritus). El lugar fue seleccionado por el propio Batista llegando al sitio en un hermoso caballo y tras toda una algarabía que proclamaba "su gran obra". Al finalizar la obra con una capacidad para 800 camas, se pinta en la entrada del hospital un enorme mural con la figura de Fulgencio Batista (vestido de militar) señalando con su mano la majestuosa obra por él construida.

En 1944 se convoca nuevamente a elecciones, y la salud constituye un poderoso instrumento para la ganancia de votos por parte del pueblo. Por medio de una vil coacción, la población logra conseguir cupo en los hospitales de beneficencia a través de la entrega de



cédulas electorales que le aseguraban al "candidato" que el paciente y sus familiares iban a votar por él.

Después de Batista le sucede Grau San Martín (apoyado por Eduardo Chibás) y se abre paso a las corrientes desarrollistas y nacionalistas que no pudieron ser frustradas por el imperialismo, por el inmenso auge popular apoyando a Grau. Al declararse el triunfo de Grau sobre Saladrigas el pueblo se volcó a la calle desbordando contento y alegría al sentir que se habían quitado la imagen de Batista de encima. Sin embargo, si bien el gobierno de Grau comenzó bien, no tardó en convertirse en un gobierno lleno de corrupción y gansterismo que desconcertó en forma notable las expectativas de la mayoría. Durante su mandato se nombró como ministro de Salubridad y Asistencia Social (nombre que adoptó la Secretaría de Salubridad y Beneficencia por disposición de la Constitución de 1940) a un inminente cirujano cubano; José Antonio Presno, quien logró realizar ciertas reformas y dotaciones en la organización de salud. El 10 de octubre de 1946, Cuba fue azotada por uno de los ciclones más fuertes de su historia, y la Asistencia Médica y Hospitalaria que se brindó a los damnificados fue de una gran acogida y reconocimiento por parte de la población. Al cabo de año y medio, el Dr. Presno renuncia a su cargo -por darle más prestigio a su nombre como cirujano que como ministro- y no vuelve a realizarse ningún otro cambio dentro de la Salud.

En resumen, podríamos decir que la organización de la salud y específicamente la Estatal jugó un papel fundamentalmente ideoló-



gico en el reforzamiento de una política de masas que tratara de borrar las diferencias sociales y por ende mediatizar la intensa lucha de clases desatada durante los años de la revolución del 33. En tal sentido, la salud declarada como un derecho de todos, no cabe duda de la importancia que cobró, como mecanismo de legitimación hegemónica del bloque en el poder.

Decimos que la práctica médica institucional jugó un papel fundamentalmente en lo ideológico viéndose estrechamente vinculada con la sociedad civil, porque su interés no tuvo orientación para favorecer a los sectores obreros (únicamente las madres obreras), lo cual nos permite inferir que desde el punto de vista económico se interesaba más por una reproducción de la fuerza de trabajo que por su propio mantenimiento. Por otra parte, el Estado como tal no tuvo un carácter intervencionista en el sector productivo ya que más bien actuó de una forma mediadora, favoreciendo las crecientes inversiones extranjeras. Esto podría ser una posible explicación de la poca preocupación del Estado por generar mecanismos de seguridad y asistencia médica a los sectores obreros; dejando al sector privado y a las grandes empresas monopólicas encargadas de la misión de mantener la fuerza de trabajo, las cuales por demás tampoco le dedicaron una gran atención, por contar con un enorme ejército industrial de reserva.



GOLPE DE ESTADO Y PREDOMINIO DEL ESTADO CAPITALISTA  
EN SU FASE DE CRISIS HEGEMONICA

Período 1952-1959

A partir de la época de la postguerra, lo cual representó para muchos países de América Latina, su "despegue" económico en la diversificación de los procesos agrícolas e industriales; para Cuba significó un estancamiento en el sector productivo, al igual que un descenso progresivo de las inversiones en dicho sector. Sin embargo, fue notable el aumento inversionista en el sector servicios y sobre todo a partir del año 1946, lo cual hizo poner de relieve, la saturación que llegó a tener en un momento dado el sector productivo del País (fundamentalmente el azucarero).

Las inversiones norteamericanas en el sector azucarero, fueron declinando de 919 millones de dólares en 1929 a 553 millones en 1946, alcanzando las cifras de 642 millones en 1950 y 689 en 1952. Dentro de este total, los servicios públicos contaban con una inversión de 316 millones de dólares en 1952.<sup>65</sup> En 1948 los Estados Unidos llevaron a cabo un reajuste en su comercio exterior, entrando en vigor el Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio. Esto significó nuevamente, una situación desventajosa para Cuba, ya que sólo se pudo aumentar los derechos a un total de partidas que afectaban el 7% de las importaciones norteamericanas; mientras que para los Estados Unidos significó

---

<sup>65</sup> Gerard Pierre. Op. Cit. p. 67.



las rebajas arancelarias de 183 partidas, que significaban el 53% de las exportaciones norteamericanas a la Isla.<sup>66</sup> Esto trajo consigo una disminución notable de la capacidad para importar productos manufacturados, lo cual aunado a poca -o ninguna- diversificación industrial, agudizó la situación crítica del subdesarrollo.

Entre el año de 1946 a 1952, la producción azucarera no aumentó, reflejando un bajo rendimiento en la productividad y de ineficacia de los métodos utilizados en el cultivo. Los excedentes de fuerza de trabajo, se fueron ampliando con los años, a medida que el sector productivo se revelaba incapaz de absorber la mano de obra. "La relación población fuerza de trabajo varió muy poco entre 1930 y 1953. En 1931, de una población total de 3.9 millones, el número de personas empleadas alcanzaba 1,297,754 o sea, una relación del 50.9%. En 1943, los datos respectivos eran de 4.7 millones, 1,520,851 y 46.9% y en 1953 venían a ser de 5.8 millones, 1,972,266 personas ocupadas, lo que representaba un 51.5% de la población total."<sup>67</sup>

Desde luego, el deterioro de la producción por un descenso en la inversión, la disminución de la capacidad importadora, aunadas a la explosión demográfica, influían directamente sobre los niveles de vida de la población, los cuales tuvieron un creciente deterioro afectando fundamentalmente a los sectores populares y obreros.

---

<sup>66</sup> López Segre, Op. Cit. p. 269

<sup>67</sup> Gerard Pierre. Op. cit. p. 69.



En el plano político si bien la "apertura democrática", permitió grandes alcances del movimiento obrero, sobre todo en cuanto a su nivel de concientización política y su grado de organización; no dejó de inquietar a los grupos dominantes que sustentaban al poder, y más aún al imperialismo norteamericano.

Para dar una idea del nivel alcanzado por los dirigentes comunistas en su labor política con las masas, mencionaremos ciertos hechos que hablarán por sí mismos.

En el año de 1943 Blas Roca publicó su libro "Los Fundamentos del Socialismo en Cuba", y de los seis tirajes de la obra entre el 43 y 48, se vendieron un total de 70,000 ejemplares. Las revistas del Partido Comunista "El Comunista Dialéctica y Fundamentos", se dedicaron a una intensa labor de difusión del análisis de la situación cubana e internacional. Se contaba con un espacio en los medios de comunicación de masas, teniendo una hora y media de transmisión radial, al igual que una emisora de radio propia que se le denominaba "Mil Diez".

Vemos por consiguiente, como la infraestructura subjetiva de la lucha revolucionaria se fue asentando en un nivel de experiencia y educación política de los amplios sectores populares.<sup>68</sup> En 1946, el peso del movimiento obrero sobre el Estado era tal, que el gobierno tuvo que incluir a un representante de la clase obrera, Jesús Menéndez, (Secretario General de los Obreros Azucareros), senador comunista, y además negro) en la delegación oficial que visitó Washington, para negociar los ajustes

---

<sup>68</sup>

Ibid., p.114.



en los precios y cuotas del azúcar.

Este alcance de la participación popular se convertía día a día en un verdadero "dolor de cabeza" para los intereses del imperialismo. El escenario mundial daba pasos importantes en cuanto a la correlación de fuerzas del campo socialista, la demostración del creciente avance de las ideas del marxismo leninismo se hicieron sentir con la derrota del nazi-fascismo en Europa, y la liberación de países como Alemania, Polonia, Hungría y otros.

Todo esto significaba una situación angustiante para la estabilidad hegemónica de los Estados Unidos, por lo que rápidamente respondieron con una estrategia fundamentalmente ideológica, para intentar a toda costa legitimar su dominio. Se da entonces inicio a la cruenta "guerra fría" contra la Unión Soviética y todas las ideas del proletariado mundial. El Macartismo infiltra sus tentáculos y comienza una ola de represión sobre los movimientos obreros de América Latina. En Cuba, particularmente, el imperialismo perfecciona sus mecanismos represivos seleccionando las vías ideológicas de penetración.

El gobierno de los Estados Unidos presiona al gobierno de Grau San Martín, para que impida el control de los comunistas sobre el movimiento obrero. Cunde la propaganda distorsionadora y la "prensa amarillista", y se declara de esta forma el "terror al comunismo".

Los mecanismos operativos puestos en marcha, implicaban una corrupción del movimiento sindical y de todos los movimientos pro-



gresistas y democráticos existentes en el país. Gérard Pierre señala que durante el gobierno de Grau, se creó una comisión para penetrar el sindicalismo y dividirlo mediante fuertes subsidios gubernamentales y el apoyo de la American Federation of Labor. La Comisión Obrero Nacional constituida por Grau, trató de tomar la Jefatura de la Central de Trabajadores de Cuba en el V Congreso, para lo cual utilizó el chantaje, las amenazas, la corrupción, la persecución, y todo cuanto estuviese dentro o fuera de sus alcances, para lograr los objetivos de dividir el movimiento sindical\*.

Reinaba un clima de confusión ideológica, la penetración de la guerra fría a través de sus instrumentos propagandísticos, desprestigiaban día a día las ideas del socialismo científico.

En medio de tal confusión, el Partido Ortodoxo, que pugnaba una ideología industrial-desarrollista-nacionalista, representada por su máximo líder Eduardo Chibás, comienza a ser una alternativa para muchos sectores que se encuentran decepcionados por la irresponsabilidad y corrupción de los gobiernos auténticos de Grau y Prio Socarrás. Bajo el slogan político "vergüenza contra dinero", y las continuas denuncias de la corrupción administrativa, logró nuclear amplios sectores de clases sociales y tuvo un gran apoyo en la base del pueblo. A pesar

---

\* Durante el gobierno de Prio y extendiéndose al de Batista, el movimiento sindical fue infiltrando por el "mujalismo". Corriente encabezada por Eusebio Mujal; que significó la degeneración hacia el "gansoterismo sindical", penetrando en la conciencia obrera, y dando lugar a un movimiento de la "aristocracia obrera" que se convirtió en fiel aliado de los intereses imperialistas.



de que Chibás se suicida y deja un gran vacío político, el movimiento seguía creciendo y podía asegurar un triunfo electoral. Pero ya no era posible seguir "dándole rienda suelta" a los movimientos que pugnaban ideas socialistas revolucionarias y aún las democráticas nacionalistas. La hegemonía de las clases dominantes aliadas al imperialismo estaba en peligro por lo que en 1952 Batista da un golpe de Estado y se declara "presidente electo" bajo toda irregularidad constitucional. Comienza la dictadura, y con ella la más cruenta y sangrienta represión.

Batista asume el poder y se encuentra con una situación económica crítica, altas tasas de desempleo y un déficit importante en la balanza de pagos. Aunque la época final del gobierno de Prío, significó un respiro para la economía cubana, (se dió un alza de los precios del azúcar por la intervención de los Estados Unidos en la Guerra de Corea) se produjo posteriormente, por una torpe política económica; un colapso del mercado internacional de azúcar, por la enorme cantidad de excedentes que la liquidación del proceso militar de Corea hacen innecesarios.<sup>69</sup> Esto determinó una contracción aún mayor de los ingresos populares, junto al creciente fenómeno del permanente desempleo en masa. Durante la dictadura batistiana -y para atenuar una situación política bastante tensa- se pone en marcha bajo las tesis keynesianas, la política del "gasto compensatorio". El objetivo fundamental de esta política se

---

<sup>69</sup> Carlos Rafael Rodríguez, Op. Cit. p. 57.



centraba en el interés de crear empleos, estabilizar el ingreso y la ocupación -para aliviar el descontento de las masas- a través del gasto gubernamental en el sector improductivo de las obras públicas.<sup>70</sup> Esto significaba de igual forma, un mecanismo fácil para propiciar grandes enriquecimientos ilícitos y dar una imagen de "preocupación del Estado", por el bienestar social.

En el año de 1954 se aprueba la emisión de 350 millones de pesos para financiar el Plan de Desarrollo Económico y Social, el cual estipulaba el gasto de los 350 millones en un lapso de 4 años.<sup>71</sup> En este contexto el sector salud, es objeto de una expansión significativa, construyéndose una serie de centros hospitalarios que se perfilan fundamentalmente hacia la atención del niño.

Se crea por Batista -dependiendo directamente de la Presidencia de la República- la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI) y la Organización Nacional de Rehabilitación Infantil (ONRI), estando al frente de la misma, Marta Fernández Miranda de Batista.

Para dicha época, se designa como Ministro de Salubridad y Asistencia Social a su concuño Salas Humara, quedando "el negocio de la salud" en manos de la misma familia.

Se comienza así la construcción de hospitales provinciales de atención infantil en las ciudades importantes como La Habana, Santiago de Cuba, Santa Clara y otras, además de los dispensarios que funciona-

---

<sup>70</sup> López Segrera, Op. Cit. p. 302

<sup>71</sup> Ibid, p. 303.



ban como unidades de atención ambulatoria para niños. (ya que las casas de socorro del gobierno municipal no daban atención a la infancia, exceptuando las de la Ciudad de La Habana, que durante el gobierno de Grau se estableció la consulta pediátrica ambulatoria). En La Habana se construye un hospital de enormes dimensiones, que iba a ser el Hospital Nacional de la ONDI (actual hospital infantil William Soler), que funcionaría como centro de remisión de los casos de las provincias. También se construye el Hospital de Rehabilitación infantil para niños poliomelíticos, (actual Frank Pafs), al cual tenían acceso una población de niños muy selecta.

De igual forma se dan a la tarea de construir hospitales generales de alta especialización (pero únicamente en La Habana), como fueron El Hospital Nacional (actual Enrique Cabrera) el nuevo hospital general Nuestra Señora de las Mercedes (actual Comandante Fajardo), el hospital para crónicos respiratorios (actual Julio Trigo, convertido en Instituto de Investigación), como una ampliación del hospital tuberculoso "Sanatorio La Esperanza" (actual Instituto de Desarrollo de la Salud, centro de investigación y docencia de postgrado), que contaban con una dotación de camas insuficientes, para dar asistencia a la población que llegaba del resto de las provincias.

Para la misma época se construye un centro infantil para impedidos físicos y mentales (actual centro Julito Díaz) y los patronatos, fundamentalmente el de la Liga contra la Ceguera; construye un hospital



para especialidades oftalmológicas en Marianao, La Habana, donde el Estado aporta una cuantiosa suma.

Esto trae como consecuencia, que la capital se convierta en el centro de especialidades de atención secundaria, existiendo una gran migración de población del campo a la ciudad, para recibir los "beneficios" de la atención hospitalaria; lo cual por demás creó una situación asistencial verdaderamente caótica.

Las diferencias entre el campo y la ciudad (y específicamente La Habana) eran cada vez mayores, se puede decir que casi toda la inversión que se realizó y/o financió la dictadura a través de la política del "gasto compensatorio" estuvo destinado a obras públicas ubicadas en su mayor parte en la ciudad capital<sup>72</sup> (entre ellas podemos mencionar la ampliación del malecón de La Habana, la construcción del túnel con un costo de 35 millones de dólares, obras turísticas de lujo como hoteles, casinos, etc.).

Un hecho que ilustra esta situación, es aportado por las cifras del Banco Nacional de Cuba, donde el valor presupuestario de las nuevas edificaciones en la ciudad de La Habana, ascendían en 1956-58 a un promedio anual de 60 millones de dólares, mientras que en el resto del país, apenas alcanzaba el 16.4%<sup>73</sup>.

---

<sup>72</sup> López Segrera, Op. Cit., p. 306

<sup>73</sup> Cifras del Banco Nacional de Cuba, Memoria 1958-1959 pp. 132-133. Cit., G.P. p. 45.



Mientras que en La Habana se hipertrofiaba una burocracia estatal que absorbía para 1950 a 186,000 funcionarios públicos, o sea, cerca del 11% de la población activa total, asignándoles el 80% de los ingresos públicos<sup>74</sup> en el campo la población campesina y los obreros agrícolas estaban inmersos en la más absoluta miseria. Un dato ilustrativo nos lo da la encuesta realizada por la Acción Católica de Cuba en el año de 1956 donde nos muestra que de 1,000 familias de trabajadores agrícolas, apenas el 4% mencionaba la carne como alimento integrante de su ración habitual, el pescado fue reportado por el 1%, los huevos fueron consumidos por el 2.1% y tan sólo el 11.2% ingería leche.<sup>75</sup> En cuanto al cuadro de salud que presentaban dichas familias, tenemos al 14% de los campesinos entrevistados padeciendo de tuberculosis, la tifoidea había sido padecida por el 13% de los trabajadores agrícolas (era lógico suponer este cuadro cuando apenas el 6% de las viviendas tenía suministro de agua por cañería y el 64% de los casos tenían una letrina exterior). El 36% de los entrevistados declararon que se hallaban parasitados o bien porque habían expulsado lombrices o se habían realizado un examen de materias fecales.<sup>76</sup> A esto tendríamos que añadir los que estando parasitados lo ignoran por completo.

---

<sup>74</sup> Gerard-Pierre, Op. Cit., p. 50.

<sup>75</sup> Encuesta de los trabajadores rurales, 1956-1957. Edit. por el Instituto de Desarrollo de la Salud, (material docente) MINSAP, La Habana, 1976.

<sup>76</sup> Ibid., p 16.



Desde el punto de vista asistencial, un 80.76% declaró que recibía auxilio únicamente por el médico de "pago", es decir del médico particular que cobraba su servicio; el patrono o el sindicato proporcionaba asistencia médica al 4% y tan sólo un 8% declaró que recibía atención gratuita del Estado.<sup>77</sup>

En el caso de las regiones urbanas, se definían claramente dos tipos de obreros: aquellos que estaban contratados por las grandes empresas que eran subsidiarias de los monopolios norteamericanos, y aquellos que trabajaban en las pequeñas industrias, tiendas transportes, etc. Los primeros al gozar de un trabajo estable, entraban a formar parte de la sociedad de consumo (78), mientras que los segundos vivían en condiciones miserables; siendo éstos la mayoría, ya que se calcula que por cada obrero de planta, habían tres esperando su puesto.<sup>79</sup>

Las diferencias en cuanto a las condiciones de vida y oportunidades de empleo, no sólo afectaba a los sectores populares; los sectores de la pequeña burguesía, y en particular los médicos también vivieron las contradicciones inherentes al desarrollo desproporcionado del país.

Esto trafa como consecuencia que la distribución de médicos

---

<sup>77</sup> Ibid, p. 17

<sup>78</sup> Gerard-Pierre, Op. Cit., p. 51.

<sup>79</sup> Carlos Rafael Rodríguez, Op. Cit., p. 102.



por regiones también fuese verdaderamente desproporcionada; mientras que en la ciudad de La Habana se contaba con un total de 3,707 médicos en 1956 dando una relación de un médico por cada 320 habitantes, en otras provincias del interior del país, -como el caso de la provincia de Oriente- contaba con 742 médicos, dando una relación de un médico por cada 2,489 habitantes.<sup>80</sup> En el ámbito político reinaba la corrupción y el gansterismo, el movimiento obrero a través de políticas muy bien intencionadas sufrió una cruenta división -valiéndose de la violencia y el asesinato de muchos dirigentes desalojaron a los comunistas de las posiciones para las cuales habían sido electos- y a través de las bandas mujalistas instaladas en los sindicatos, se impedía cualquier movimiento huelguístico que pusiera en peligro la política de la tiranía.<sup>81</sup>

En este contexto político, los sectores más avanzados de la clase obrera se niegan a participar en el sindicalismo corporativista y se cohesionan más, en una actitud de resistencia a la opresión. La acción estudiantil se desarrolla con decisión y virilidad, promoviendo huelgas, manifestaciones callejeras, etc., pero su arrastre e impacto movilizador, resultó verdaderamente reducido.<sup>82</sup> En estas circunstancias no se podía seguir con las formas tradicionales de organización y de lucha, el

---

<sup>80</sup> Jacinto Torras, Los Factores Económicos en la Crisis Médica. Edit. por el Instituto de Desarrollo de la Salud, (Material Docente), Ciudad de La Habana, 1978, p. 26.

<sup>81</sup> Carlos Rafael Rodríguez, Op. Cit. p. 90.

<sup>82</sup> Gerard-Pierre. Op. Cit. p. 117.



movimiento democrático tenía que adoptar otra estrategia para oponerse al régimen dictatorial; y la lucha armada fue la siguiente respuesta.

El 26 de julio de 1953 en horas de la madrugada, es asaltado por un grupo de hombres armados, liderados por Fidel Castro; el Cuartel Moncada de la Ciudad de Santiago de Cuba. Si bien el objetivo del asalto se vio frustrado, marcó una importante etapa de la lucha revolucionaria que abrió paso a las ideas libertarias y a la sensibilización del pueblo en cuanto a la necesidad del cambio.

Con este hecho que marca para la historia cubana la guerra de liberación definitiva, el Estado entra en una verdadera crisis de su hegemonía y apela a los mecanismos coercitivos y represivos para poder sobrevivir. Pese a que fue un primer intento fallido, el mismo permitió hacerle llegar al pueblo cubano la propuesta de un programa político que se vio materializado en la autodefensa que hiciera Fidel Castro ante su enjuiciamiento. Con una visión clara planteó la realidad que vivía el país: "Seiscientos mil cubanos que están sin trabajo, quinientos mil obreros del campo que habitan en bohíos miserables que trabajan cuatro meses al año y el resto pasan hambre compartiéndolo con sus hijos, cuatrocientos mil obreros industriales y braceros cuyos retiros, todos, están desfalcados, cuyas conquistas les están arrebatando, cien mil pequeños agricultores que viven y mueren trabajando una tierra que no es suya, treinta mil maestros y profesores abnegados, sacrificados y necesarios que tan mal se les paga y se les trata, diez mil profesionales jóvenes: médicos, ingenieros, abogados, veterinarios, pedagogos, dentis-



tas, etc., que salen de las aulas con sus títulos para encontrarse en un callejón sin salida".<sup>83</sup>

Fidel exhorta al pueblo a luchar "¡Aquí tienes, lucha ahora con todas tus fuerzas para que sea tuya la libertad y la felicidad!"<sup>84</sup> y expone las cinco leyes fundamentales -que se transmitieron por radio a la nación después de tomar el cuartel Moncada- donde se concretaba su programa de gobierno.

En la quinta ley, que ordenaba la confiscación de todos los bienes malversados; la mitad de los mismos pasarían a engrosar las cajas de retiros de los obreros, y la otra mitad, a los hospitales, asilos y casas de beneficencia.<sup>85</sup>

En esencia se plantea el problema de la tierra, el problema de la vivienda y el problema del desempleo, el problema de la educación y el problema de la salud; recalcando la situación asistencial donde "el acceso a los hospitales del Estado, están siempre repletos, y donde sólo es posible el ingreso mediante la recomendación de un magnate político que le exigirá al desdichado su voto y el de toda su familia para que Cuba siga siendo igual o peor".<sup>86</sup>

En este contexto la salud forma parte de un programa más global de transformaciones sustanciales, que se convierten en la esencia de una lucha política por las libertades democráticas.

---

<sup>83</sup> Fidel Castro, "La Historia me absolverá" en Hoy Somos un Pueblo Entero Construyendo el Porvenir. Siglo XXI. Edit. México 1973, pp. 32-33. (Subrayado nuestro)

<sup>84</sup> Ibid., p. 33

<sup>85</sup> Ibid., p. 35

<sup>86</sup> Ibid., p. 40.



Vemos por tanto, que siendo en un inicio la salud un elemento de "gratificación del Estado" a los sectores populares -a través de la construcción masiva de hospitales que se localizaron en su mayor parte en La Habana; y que además de ser utilizada como un instrumento ideológico para legitimar la hegemonía de los sectores dominantes, fue también un mecanismo fácil de enriquecimiento ilícito- la misma fue replanteada como un instrumento político de lucha de los amplios sectores y clases dominadas, formando parte de un programa más amplio de reivindicaciones económicas, sociales y políticas.

Desde el año de 1953, a partir de las nuevas formas de organización de la lucha de clases, el Estado responde con sus instrumentos coercitivos y de represión, agudizando día a día las contradicciones entre la tiranía y el pueblo. Durante cinco años, cinco meses y cinco días, sucede una intensa lucha de liberación que culmina el 1° de enero de 1959, y con ella el inicio de una nueva etapa de profundas transformaciones en el orden económico, social y político del país.



## REVOLUCION DEMOCRATICO POPULAR Y ANTIMPERIALISTA

Perfodo 1959-1963

A partir de la toma del poder político en 1959, se suceden una serie de cambios en este período, tendientes a asegurar el poder económico y destruir las viejas estructuras de la administración del Estado y del ejército Batistiano. Las primeras transformaciones en el orden económico estuvieron dirigidas hacia el interés de recuperar todas las propiedades que estaban en manos del imperialismo norteamericano. Se promulga entonces la primera ley de Reforma Agraria el 17 de mayo de 1959 y se fija el límite máximo de propiedad privada de la tierra en 402 hectáreas, acceso gratuito a la propiedad de la tierra de todos quienes la trabajan y no eran dueños de ella; utilización del latifundio improductivo, principalmente tierras ganaderas, para la organización de granjas estatales; prohibición de arrendamiento, aparcería, usufructo e hipoteca; liquidando los contratos y formas feudales persistentes en el agro de la Isla. Finalmente, se crea el Instituto de la Reforma Agraria, (INRA), organismo encargado de llevar a cabo la Reforma Agraria establecida por la ley.

Con esta primera reforma de mayo de 1959, se efectuaba la desaparición del latifundio, y con ello se cumplía la promesa efectuada en la Ley No. 2 del Programa del Moncada y la Ley No. 3 de la Sierra Maestra.



La Revolución efectuó repartos de tierras a cerca de - 100 000 familias campesinas, distribuyendo lotes en plena propiedad, por un total de 2 700 000 hectáreas.<sup>87</sup> En mayo de 1961 los trabajadores agrícolas propietarios de menos de 67 hectáreas, se organizan de forma que pudiesen integrarse en una economía planificada. Surge así la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños (ANAP) y con ella nuevas formas de organización y participación colectiva en la producción agrícola.

El surgimiento de la nueva organización de la economía del sector primario que -implicó un amplio sector que pasó a ser administrado por el Estado, y otro que pasó a las manos de los pequeños campesinos- puso en vigor un conjunto de medidas tendientes a desarrollar la economía del trabajo, su organización y planificación, estableciendo una disciplina laboral y promoviendo la participación consciente y responsable de todos los trabajadores en el proceso productivo, con el fin de alcanzar la máxima rentabilidad del sector. Sin embargo, dichas medidas afectaban de forma creciente los intereses monopólicos del imperialismo norteamericano; situación que se fué haciendo cada vez más crítica con las sucesivas nacionalizaciones que se efectuaron en otros sectores de la economía.

El 3 de marzo del 59 se dispone la intervención de la -

---

87 Ovidio García Regueiro. Cuba: Raíces y Frutos de una Revolución, I.E.P.A.L. Madrid 1970 p. 134.



Compañía Cubana de Teléfonos, monopolio yanqui implicado en turbios negocios con la tiranía y en contra de los intereses del pueblo,<sup>88</sup> el 20 de agosto de 1959 son rebajadas las tarifas eléctricas poniendo fin a los abusos de otro poderoso monopolio imperialista.<sup>89</sup> En ese mismo año se dictó la rebaja hasta el 50% de los onerosos alquileres que pagaba el pueblo. Dicha medida despertó gran entusiasmo en la población urbana y suscitó verdadera conmoción en los medios burgueses.<sup>90</sup> De igual modo se procedió a la confiscación inmediata de todos los bienes malhabidos por los funcionarios del régimen de Batista, para lo cual se creó el Ministerio de Recaudación de Fondos Malversados.

Las viejas estructuras del régimen anterior comenzaron a ser destruidas, se saneó la administración pública, se disolvieron los partidos políticos, y se restableció una nueva dirección de los sindicatos obreros, los cuales tenían una política corrupta y entreguista a los intereses imperialistas. El viejo ejército que había reprimido cruelmente al pueblo fue totalmente disuelto, asumiendo la función correspondiente las Fuerzas Armadas del glorioso Ejército Rebelde, que como dijo Camilo: "era el pueblo uniformado"<sup>91</sup>

Las medidas del nuevo gobierno revolucionario que cumple lo prometido en el programa del Moncada, recibe una gran acogida y logra ir acumulando un nivel de consenso en la población, que progre-

---

<sup>88</sup> Informe del Comité Central del PCC al Primer Congreso presentado por el Primer Secretario Fidel Castro Ruz, Edit. por el Depto. de Orientación Revolucionaria del CC del PCC, La Habana, 1975, p. 31.

<sup>89</sup> Ibid., p. 31.

<sup>90</sup> Ibid., p. 31

<sup>91</sup> Ibid., p. 31.



sivamente va imponiendo la hegemonía de las mayorías sobre las minorías. El 26 de octubre del 59 se crean las Milicias Nacionales Revolucionarias, y el 28 de octubre del mismo año, Fidel proclama en su discurso ante la clausura del X Congreso Obrero Nacional "los destinos de la Revolución y de la Patria, están en manos de la clase obrera"<sup>92</sup>.

El imperialismo norteamericano al ser afectado con las medidas de la revolución y al sentir la crisis de su hegemonía en el territorio cubano, no tarda en dar una respuesta de agresión. El 4 de marzo de 1960 se comete el primer acto de provocación de la Agencia Central de Inteligencia norteamericana; se produce el sabotaje con la ulterior explosión del vapor La Coubre (que transportaba armas para la revolución procedente de Europa) muriendo 70 trabajadores y produciéndose más de 700 heridos. Esto constituye un hecho histórico que comienza a agudizar las contradicciones entre el pueblo cubano y el imperialismo norteamericano.

Con una asistencia multitudinaria al entierro de los mártires, se pronuncia por primera vez la consigna ¡Patria o Muerte! y el pueblo contesta ¡Venceremos!

Continua así el proceso de nacionalizaciones de las propiedades extranjeras, se interviene la empresa petrolera Texaco, se nacionaliza la banca norteamericana y se lee el 7 de agosto de 1960 la

---

<sup>92</sup> Fidel Castro, Obras Escogidas. Edit. Fundamentos, Madrid, 1976, Tomo I, p. 256.



ley de nacionalización de las empresas extranjeras.

El 2 de septiembre del mismo año, Cuba responde a la Declaración de Costa Rica, con la I Declaración de La Habana, marcándose la línea a seguir por el proceso revolucionario, en defensa de los derechos del pueblo y la completa y absoluta Soberanía Nacional.

El pueblo cubano en uso de sus potestades inalienables que dimanaban del efectivo ejercicio de la soberanía, se constituye en la Asamblea General Nacional del Pueblo de Cuba y declara:

- La condena en todos sus términos a la denominada "Declaración de San José de Costa Rica", documento que fue dictado por el Imperialismo norteamericano y que atentaba contra la autodeterminación nacional y la soberanía y dignidad de todos los pueblos del Continente.<sup>93</sup>

- De igual forma dicha asamblea expresa la convicción cubana que la democracia no puede consistir sólo en el ejercicio de un voto electoral, sino "en el derecho de los ciudadanos a decidir, como ahora lo hace esta Asamblea General del Pueblo de Cuba, sus propios destinos".<sup>94</sup>

En consecuencia, la Asamblea General Nacional del Pueblo

---

<sup>93</sup> I Declaración de La Habana, 2 de septiembre de 1960. Obras Escogidas de Fidel Castro. Edit. Fundamentos. Madrid, 1976. Tomo I, p. 93.

<sup>94</sup> Ibid., p. 93.



de Cuba proclama ante América: "El derecho de los campesinos a la tierra; el derecho del obrero al fruto de su trabajo; el derecho de los niños a la educación; el derecho de los enfermos a la asistencia médica y hospitalaria; el derecho de los jóvenes al trabajo; el derecho de los estudiantes a la enseñanza libre; el derecho de los negros y los indios a la dignidad plena del hombre; el derecho de la mujer a la igualdad civil, social y política; el derecho del anciano a una vejez segura; el derecho de los estados a la nacionalización de los monopolios imperialistas, el derecho de los pueblos a convertir sus fortalezas militares en escuelas y armar a sus obreros, a sus campesinos, a sus estudiantes, a sus intelectuales, al negro, al indio, a la mujer, al joven, al anciano, a todos los oprimidos y explotados, para que defiendan por sí mismos, sus derechos y destinos"<sup>95</sup>

Las declaraciones y decretos no se quedaron en "puras palabras", rápidamente se concretaron en hechos objetivos, que por demás crearon las condiciones subjetivas para que la mayoría del pueblo cubano apoyara las medidas del gobierno revolucionario y defendiera a toda costa sus intereses.

La contrarrevolución interna, apoyada por las agencias del imperialismo recrudecen sus acciones y el 28 de septiembre de 1960, fecha en que Fidel se dirigía a el pueblo en un discurso desde el Pala-

---

95 Ibid., pp. 96-97 (subrayado nuestro)



cio Presidencial, se dan manifestaciones de sabotaje interno (a través del lanzamiento de petardos y explosivos) tendientes a crear un clima de confusión y terror. En esa misma fecha Fidel hace un llamamiento al pueblo para que se organice, con el objeto de defender la revolución. Nace así los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), constituyendo la organización social más numerosa del país, que posteriormente -además de la defensa- le toca cumplir un papel destacado en otros órdenes sociales y económicos.

Se declara el año de 1961 el "Año de la Educación" por ser el año en que se dio la batalla total contra el analfabetismo. Para la instrucción de cerca del millón de analfabetos, fueron movilizados estudiantes y maestros y toda persona que supiera leer y escribir, contando con una fuerza voluntaria de 34,772 maestros, 120,632 alfabetizadores populares, 100,000 estudiantes; incorporados en las Brigadas Conrado Benítez y Ascunce Domenech, de igual forma participaron 13,016 obreros, que se constituyeron en las Brigadas obreras alfabetizadoras, "Patria o Muerte". La labor conjunta de todo el equipo alfabetizador permitió que a fines del año 61, Cuba fuese declarada País libre de analfabetismo.

Del total de 979,207 analfabetos censados a principios del año, habían sido alfabetizados 708,212, restando únicamente en su inicial situación 271,995 personas, entre las que figuraban las irrecuperables.



bles por su avanzada edad, los retrasados mentales y otros.<sup>96</sup>

El 6 de junio de 1961 se dictó la Ley de Nacionalización General de la Enseñanza y el carácter gratuito de la misma, se anunció el plan masivo de becarios el 22 de Diciembre del mismo año, fecha de terminación de la campaña de alfabetización. Posteriormente 40,000 hijos de obreros y campesinos -brigadistas-alfabetizadores- integraron el primer contingente de becarios.<sup>97</sup>

Dentro del marco de estas transformaciones económicas y sociales, se inscribe igualmente importantes cambios en la salud pública.

Por la ley 723 del 23 de enero de 1960 se creó el servicio médico rural, disponiéndose que los médicos una vez graduados debían prestar sus servicios a tiempo completo y dedicación exclusiva en las comunidades rurales por el término de un año, extendiéndose a dos y a tres años posteriormente.<sup>98</sup>

La primera medida del gobierno revolucionario fue la construcción de una red de hospitales rurales hasta el número de 56, los que añadidos a 118 dispensarios que se crearon en el campo, liquidó inicialmente, el abandono secular a que estuvo sometida la población rural.<sup>99</sup>

---

97 Fidel Castro, Informe Central al I Congreso del PCC.

98 Ibid., p. 134

99 Ibid., p. 133



Las casas de socorro que eran de la jurisdicción del poder municipal siendo un total de 161, y que fueron construídas durante la época posterior al año 1933, fueron dotados de recursos tanto materiales como humanos, para dar atención médica ambulatoria del nivel primario. En un inicio, se dio un énfasis a la atención médica hospitalaria y a las medidas preventivas en formas de campañas verticales, lo cual fue una primera acción estratégica frente a la salida masiva de médicos del País<sup>100</sup>, que imposibilitó desde un primer momento producir una amplia red de servicios asistenciales.

En el año de 1961, por la Ley no.959, se reorganiza el antiguo ministerio de Sanidad y Asistencia Hospitalaria (nombre que adoptó en 1959) en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP); y pasó a ser de una organización descentralizada y con autonomía en el nivel local; una organización con centralización normativa y descentralización ejecutiva.

La estructura ministerial se re-estructuró en cinco viceministerios.<sup>101</sup>

- Atención Médica (incluyendo hospitales y unidades de atención primaria)

<sup>100</sup> Entrevista realizada al Dr. José Jordán, Revista Proceso No. 110, Septiembre, México 1977.

<sup>101</sup> Roemer M. Cuban Health Services and Resources, Pan American Health Organization, Washington, D.C. p. 11.



- Suministros Médicos (especialmente la producción de medicamentos).
- Higiene y Epidemiología (incluyendo el control de enfermedades transmisibles, higiene ambiental, de los alimentos y laboral).
- Capacitación Médica (incluyendo todo lo relacionado al perfeccionamiento del recurso humano en salud).
- Economía (incluyendo planificación, financiamiento y relaciones externas).

Las funciones del MINSAP, se definieron en términos de 15 objetivos-programa, los cuales fueron, en forma resumida:<sup>102</sup>

- Extensión de los servicios preventivos y curativos en salud, a toda la población.
- Énfasis a los servicios a la madre y el niño.
- Promoción de salud en los adolescentes.
- Mejorar la sanidad ambiental -rural y urbana-
- Protección a la salud del trabajador.
- Control de alimentos y medicamentos.
- Estadísticas de Salud.
- Educación para la Salud.
- Construcción y supervisión de hospitales.
- Aplicación de los avances de la ciencia en los servicios de salud.

---

<sup>102</sup> World Health Organization, II Report on the world Health Situation 1957-1960. GENEVE, 1963, p. 121.



- Investigación.
- Regulación del depósito y entierro de cadáveres.
- Producción nacional de medicamentos.

Ahora bien, para traducir estos programas objetivos en una práctica operativa y administrativa, se determinaron cinco principios de la administración y organización de salud:

103

- Planificación de salud, dentro de la planificación general de la nación.
- Concentración de todas las actividades de salud, en el Ministerio de Salud Pública.
- Integración de lo preventivo y lo curativo en el trabajo de salud.
- Centralización de lo normativo y descentralización de lo ejecutivo.
- La Participación de la Población organizada en las tareas de salud
- Bases científicas para todo el trabajo.
- Cobertura de todo el territorio con servicios de salud.
- Cooperación internacional.

En esta etapa, el Ministerio de Salud Pública retomó bajo su control y normación nacional todos aquellos recursos de atención a la salud que formaban parte del propio Estado, (gobierno local) o de otros sec

---

<sup>103</sup>Roemer, M. Op. Cit., p. 12 (Subrayado nuestro).



tores del gobierno. La seguridad de maternidad obrera que antes formaba parte del ministerio del trabajo, se transfirió al Ministerio de Salud Pública,<sup>104</sup> de igual forma se integró al Ministerio todos aquellos servicios (hospitales y clínicas) que en la etapa anterior estaban bajo las jurisdicciones de los municipios o provincias, y que tenían muy poca -o ninguna- supervisión por parte del nivel central.

El sector privado, las organizaciones religiosas, y el mutualismo; permaneció intacto en esta primera fase. Se permitía el ejercicio liberal de la profesión sin producirse cambios importantes en este tipo de servicios. Sin embargo, la fuga masiva de médicos -y el abandono de consultorios y clínicas particulares- permitió que el proceso de estatización de los servicios de salud, se produjera muchísimo más rápido de lo que se tenía proyectado.

Vemos por consiguiente como la organización de la práctica médica estatal es replanteada en función de asegurar una total cobertura de servicios de salud con una centralización normativa, e integrando a la propia población en la ejecución de tareas de salud. De igual forma se observa, el interés de integrar la atención preventiva y curativa -que en épocas anteriores estaban completamente separadas- dándole una prioridad fundamental a los componentes de Educación y promoción de la salud.

De esta forma, el Estado empieza a asumir su verdadera

---

<sup>104</sup> Ibid., p. 14.



responsabilidad en cuanto a la salud de los ciudadanos, enfocando su atención en los grupos poblacionales que estaban totalmente desatendidos.

Estas primeras medidas relacionadas con la decisión política de brindar atención preventivo-curativa a toda la población cubana, concretaban el cumplimiento de otro objetivo más del programa de Moncada; asegurando así el apoyo progresivo y el consenso de las mayorías, en el nuevo orden que imponía el gobierno revolucionario.

Ahora bien, los cambios que se sucedieron en el orden económico, social y político afectaron directamente los intereses del imperialismo norteamericano, y ante la resistencia de dejarse arrancar las propiedades y el poder político, atentaron contra los logros obtenidos por la revolución reforzando su agresión armada. Se sucede así los bombardeos por aviones provenientes de los Estados Unidos a la ciudad de San Antonio de los Baños, a Ciudad Libertad, y al Puerto de Santiago de Cuba, el día 15 de abril de 1965; se agudizan aún más las contradicciones y al día siguiente en un acto de verdadera masividad, se declara el Carácter Socialista de la Revolución. El 16 de abril del mismo año, se inicia la invasión mercenaria de Playa Girón de la cual sale triunfante el pueblo cubano cuando a las 72 horas de combate logra derrotar al imperialismo norteamericano. El 19 de abril el ejército mercenario es completamente aplastado.<sup>105</sup>



En medio de las agresiones, el sabotaje y todo acto de contrarrevolución, el pueblo siguió manteniendo otros frentes básicos para el desarrollo del país. En abril de ese año se daba inicio a la zafra que contó con inmensas brigadas de trabajadores voluntarios y no se detuvo. Se realizaba la campaña de alfabetización y se continuaron las clases, la población que se encontraba ya organizada (a través de los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas, y la Asociación Nacional de agricultores pequeños), brindó su aporte y ayuda en la invasión de Girón. En este contexto surge como frente de los CDR, el Frente de la Salud Pública cuyo objetivo principal fue en esos momentos, organizar al pueblo en brigadas sanitarias de ayuda a las Fuerzas Armadas Revolucionarias.<sup>106</sup>

Posteriormente, en 1962, los CDR se organizan y coordinan con el nivel Central del MINSAP llevándose a cabo por primera vez en el país, la Campaña de Vacunación Antipolio. Los comités de la organización a nivel de base, se encargaron de censar y administrar las dosis de vacuna a un total de 200,000 niños comprendidos entre las edades de 0 a 14 años, cumpliéndose el 109.4% de la meta.<sup>107</sup> Un año después, se declara a Cuba país libre de poliomielitis.

Entre octubre de 1962 y febrero de 1963, se emprende la campaña de vacunación triple contra el tétano, la difteria y la tosferina

---

<sup>106</sup> Informe Central de los Comités de Defensa de la Revolución de la Provincia, Ciudad de La Habana, al I Congreso de los CDR. Mimeo-grafiado. La Habana, 1978. p. 11.

<sup>107</sup> Memorias de los CDR año 1962, Edic. Con la Guardia en Alto, La Habana, 1963, p. 54.



donde la organización de los CDR y FMC en las ciudades y la ANAP en el campo, juegan un papel destacado en dicha actividad. Pocos meses después azotó a la Isla el ciclón "Flora" pudiéndose comprobar que muy pocas personas fueron víctimas de aquellas enfermedades tan frecuentes en semejantes contingencias.<sup>108</sup> Unido a la campaña de vacunación en el mes de octubre, la organización se enfrentó a una de las tareas de vital importancia y significado solidario, nos referimos a la donación de sangre voluntaria. Durante la crisis de octubre, los CDR comenzaron a trabajar de forma más intensa en esta actividad, siendo la Provincia Habana la de la iniciativa de ser la primera del país que logra realizar en 1962, 10,000 donaciones voluntarias de sangre,<sup>109</sup> cifra que ha ido avanzando año tras año hasta llegar a un aporte anual de 54,000 donaciones en 1977.<sup>110</sup>

En esta primera etapa, se da un énfasis muy importante a las campañas preventivas de tipo vertical y las organizaciones de masas juegan un papel decisivo en los éxitos de las mismas. Se enfatizó la labor educativa, realizándose en el año de 1962 un total de 5,638 seminarios con 76,779 participantes,<sup>111</sup> dichos seminarios trataron sobre los

---

<sup>108</sup> Informe Central de los CDR, al I Congreso, Op. Cit., p. 11.

<sup>109</sup> Ibid., p. 13

<sup>110</sup> Ibid., p. 14

<sup>111</sup> Memoria del CDR año 1962, Op. Cit., p. 54.



aspectos de higiene y limpieza. Se crearon de igual forma las Escuelas Populares de Salud Pública alcanzando la cantidad de 1,294 escuelas con una matrícula de 42,288 participantes.<sup>112</sup> Se iniciaron las Audiencias Sanitarias en todo el país (reuniones educativas e informativas de los técnicos de salud a la población) efectuando en 1962 un total de 106,005 audiencias con la participación de 1,824,563 personas.<sup>113</sup>

Además de estas actividades señaladas, se cumplió con otras de similar importancia; la organización aportó la colaboración de sus miembros para la vacunación contra el cólera porcino realizada en 1962, la vacunación de perros y la campaña de desratización.<sup>114</sup>

Estos datos nos dan una demostración más, de que la nueva organización de la práctica médica a partir del año 1961, comienza a manejar y aplicar la concepción preventiva de la medicina -que en épocas anteriores era completamente nula- e incorpora desde un inicio, a los amplios sectores poblacionales en la propia gestión de prevención. Indudablemente que en un primer momento, la participación popular en la ejecución de tareas de salud, era una necesidad en cuanto a su aporte como fuerza de trabajo; pero también se visualizó como un valioso elemento desde el punto de vista político, ya que la participación colectiva socialmente organizada permitió ir avanzando en la creación de con-

---

<sup>112</sup> Ibid., p. 55

<sup>113</sup> Ibid., p. 55

<sup>114</sup> Ibid., p. 56



diciones objetivas y subjetivas para un proceso de concientización social.

La organización social de los Comités de Defensa de la Revolución, se constituye por lo tanto en "una fuerza importante para la revolución",<sup>115</sup> ya que significó y significa una organización del pueblo y para el pueblo ya que sus miembros y cuadros dirigentes, se fueron extrayendo de las propias masas,<sup>116</sup> estando al frente de múltiples tareas de fundamental importancia: en la defensa, en la educación, en la salud, en la organización del abastecimiento, en el control y censo de población, etc.

Todas estas transformaciones en el orden económico, social y político del país -donde se incluye todo el replanteamiento de la organización de la Práctica Médica- marcan así el inicio de la construcción de una nueva sociedad, la sociedad socialista.

---

<sup>115</sup> Castro, F. Discurso pronunciado en el 2º Aniversario de la Fundación de los Comités de Defensa de la Revolución, 28 de septiembre de 1962. Memorias de los CDR, Op. Cit., pp. 191-192.

<sup>116</sup> Ibid., p. 193.



## REVOLUCION DEMOCRATICO POPULAR Y SOCIALISTA

### Período 1963-1970

Después de esta primera fase de liberación nacional, que como menciona Blas Roca tuvo "un carácter antimperialista y liberador, al asumir y ejercer a plenitud la soberanía nacional constitutivo de un poder netamente cubano, estableciendo una política exterior independiente antilatifundista agraria y democrática"<sup>117</sup>, la historia transcurrió en función de leyes objetivas que se vieron adelantadas por la agudización de las contradicciones entre el imperialismo y el pueblo; dando su salto cualitativo a una formación social socialista.

En este contexto surgen nuevas formas de organización y dirección de la economía, nuevas formas de organización y participación social, y nuevas formas de organización institucional que marcan la ruptura definitiva con la formación social capitalista.

El primer hecho en el orden económico significó la promulgación y aplicación de la segunda ley de la Reforma Agraria, en octubre de 1963; la cual fija como límite máximo de la propiedad privada de la tierra en 67 hectáreas (cinco caballerías), expropiación -mediante indemnización- de las propiedades de los 10,000 miembros de la burguesía rural subsistentes tras la primera reforma agraria (fincas de 67 a 402 hectáreas), y nacionalización y atribución al sector socialista de la agricultura de las fincas afectadas por las disposiciones de la Segunda Reforma

---

<sup>117</sup> Blas Roca, Los Fundamentos del Socialismo en Cuba, Reedicción No. 159, Edic. Populares, La Habana. p. 23.



Agraria<sup>118</sup> la cual viene a constituir una verdadera revolución agraria.

Esta situación afecta a los intereses de la burguesía y pequeña burguesía local, trayendo como consecuencia la definición de ciertos sectores, en contra del proceso revolucionario.

Con la reforma agraria de 1963, y el paso al Estado de las tierras nacionalizadas quedó garantizado el control estatal sobre el 62% de la superficie agrícola, es decir, sobre el 70% del área cultivable<sup>119</sup> quedando la agricultura de la Isla integrada en las dos fuerzas existentes en el campo: Por un lado las empresas agropecuarias estatales, y por otra parte los pequeños agricultores asociados a la ANAP; favoreciendo esta definitiva estructuración, la planificación de la agricultura y la reorganización de la producción agropecuaria sobre el 90% de la superficie agrícola cubana.

En cuanto a los otros sectores de la economía, fueron progresivamente nacionalizados y socializados, formando parte de una planificación centralizada que aseguraba un desarrollo proporcional y una distribución equitativa.

Este proceso de transferencia del resto de las propiedades privadas al sector estatal, se acelera aún más en el año 1968 (durante la ofensiva revolucionaria) cuando prácticamente todos los sectores (industria, construcción, transporte, comercio detalle, comercio exterior

---

<sup>118</sup> Ovidio García Regueiro, Op. Cit. p. 166.

<sup>119</sup> Ibid., p. 166.



y de mayoreo, la banca, la educación y la salud) pasan en un 100% a ser administrados por el Estado.<sup>120.</sup>

En medio de las profundas transformaciones de la economía del país, y al definirse de una forma concreta el rumbo a tomar por la revolución cubana, los Estados Unidos responden una vez más, con una serie de acciones tendientes a frustrar el movimiento interno. Impone de esta forma un criminal bloqueo económico a Cuba, y comienza su apoyo a las bandas contrarrevolucionarias formadas por sectores de la pequeña burguesía local que habían sido afectados por la segunda ley de la reforma agraria, y por las ulteriores nacionalizaciones de otros sectores de la economía.

En este contexto -viviendo una guerra interna de la lucha contra bandidos- el proceso no se detiene y continúa su avance en la construcción de la sociedad socialista.

Desde el punto de vista político y después de una dura crítica al sectarismo seguido por las Organizaciones Revolucionarias Integradas (ORI), se inicia el proceso de depuración de los cuadros de la ORI el cual comienza en una Escuela Superior de Formación Política,<sup>121</sup> donde Fidel propone que se realice una asamblea para elegir los mejores alumnos de la escuela que serán a su vez considerados militantes del

---

<sup>120</sup> Acosta, J. Cuba de la neocolonia a la construcción del socialismo. Rev. de Economía y Desarrollo No. 20 - Nov.-Dic. 1973, La Habana, p. 79.

<sup>121</sup> Martha Harnecker, Cuba, ¿Dictadura o Democracia? Siglo XXI. Edit. México. 1975, p. 23.



partido. Se inicia así todo el movimiento de elección de trabajadores de avanzada y se delinea la formación de un partido con respaldo absoluto de las masas, "capás de dirigir, sin ocultarse todas las organizaciones de masas, porque sus militantes son considerados los mejores entre los mejores"<sup>122</sup>, se constituye así el Partido Unido de la Revolución Socialista (PURS), que responde abiertamente al carácter socialista que toma la revolución después de la invasión de Playa Girón, y que posteriormente dio paso en 1965 al nacimiento del Partido Comunista de Cuba, donde la organización no crece sino que se depura.

Con este hecho se da inicio a un proceso de apertura y discusión donde hay una plena participación organizada en el proceso de toma de decisiones, se establecen las asambleas de discusión y crítica en los centros de trabajo y en las organizaciones de masas, se constituyen los tribunales populares, se delinean los principios de la emulación socialista y se emprende una ardua tarea de construcción de un nuevo orden, que por demás no estuvo exento de grandes errores.

La organización de salud, es también objeto de múltiples cambios en este período. Como un primer momento se da un replantamiento en cuanto a la necesidad de desarrollar un sistema de atención médica primaria, (ya que como vimos en el período anterior se dio énfasis en la atención secundaria y tan sólo se dotaron los servicios de

---

<sup>122</sup> Fidel Castro, discurso pronunciado en el 50 aniversario del primer partido marxista-leninista de Cuba, el 22 de agosto de 1975.  
Cit. por M. H. Op.cit. p.22.



las casas de socorro) reforzando la formación del recurso humano en salud, tanto profesional como de técnico medio.

Se da entonces inicio a la construcción de unidades de atención primaria denominados "policlínicos"\* , los cuales tienen una cobertura poblacional de unos 30,000 habitantes. A este nivel se horizontalizaron programas de carácter preventivo-curativo, como el programa de atención integral al niño, a la mujer y a el adulto, permaneciendo con el carácter de verticales algunas campañas como la de la polio y la erradicación de la malaria (que se inició en el año de 1960). Bajo esta concepción, se desarrolla una amplia red de estas unidades, tanto en el medio urbano como rural (en el campo y particularmente en las zonas muy intrincadas de la sierra, se le denominaron hospitales rurales por dotárseles de camas y prestar servicios de hospitalización) constituyendo el primer eslabón del Sistema Nacional de Salud de Cuba.

En el año de 1965 surge el primer policlínico integral "Aleida Fernandez Ch." que sirvió como modelo para el desarrollo de otras unidades que alcanzaron el No.376 para el año de 1972.<sup>123</sup>

La política de formación masiva de recursos humanos -que se materializó en la creación de dos escuelas más de medicina, (una

---

\* El policlínico es la institución de la organización de salud que desarrolla actividades de promoción, protección, y recuperación de la salud, sobre la población de un área determinada; mediante servicios que alcanzan sanos y enfermos en el ámbito laboral, escolar o social en general. Rojas Ochoa, F. "El Policlínico" Serie: Informes técnicos 3/72 Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, La Habana p. 7.

<sup>123</sup> Informe Anual, Ministerio de Salud Pública, Cuba 1972.



en la provincia de Oriente y otra en Las Villas) tecnológicos de la salud y escuelas de enfermería -aunado a la nueva organización de la práctica médica; de donde se estableció con mayor precisión los niveles de atención médica (primario, secundario y terciario) y se perfeccionó el sistema de regionalización- permitió tener para el año de 1970 un 100% de cobertura de atención. A continuación, presentaremos unos cuadros, que nos muestran la gran expansión que tuvo en este período el sector salud y específicamente la atención primaria y la formación de recursos humanos.

**DISTRIBUCION DE POLICLINICOS Y HOSPITALES RURALES  
POR PROVINCIA. CUBA 1972**

Provincias	Policlínicos	Hospitales Rurales	Total
Pinar del Río	16	1	17
La Habana	104	-	104
Matanzas	37	1	38
Las Villas	62	17	79
Camaguey	32	14	46
Oriente	63	29	92
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>62</b>	<b>376</b>

Fuente: Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, Cuba 1972.

El cuadro anterior nos señala como la organización de la práctica médica a nivel primario se extiende por todo el País, existien-



do un mayor número de unidades en aquellas provincias que tienen una mayor densidad de población como son: La Habana, Las Villas, y Oriente.

RELACION ENTRE EL NUMERO DE MEDICOS Y  
POLICLINICOS  
(1965-1969)

Año	No. de Médicos.	No. de Policlínicos
1965	395	202
1966	380	236
1967	433	248
1968	616	260
1969	940	289

Fuente: Informe Anual, Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1976.

GRADUADOS EN CURSOS BASICOS DE DOCENCIA  
MEDICA MEDIA  
(1963-1969)

Año	No. de Graduados
1963	2,564
1964	2,358
1965	2,791
1966	2,276
1967	3,108
1968	3,672
1969	3,750

Fuente: Cuba, La Salud en la Revolución. 1975.  
p. 73.



Vemos por consiguiente que desde el punto de vista de la organización de la práctica médica, ésta sigue un ritmo de expansión acelerado dándose una prioridad a la atención primaria, sin embargo, en este período se entra en una franca contradicción entre el enfoque de los servicios y el enfoque de la formación del recurso humano en salud; lo cual produce serias consecuencias en la propia eficiencia de los servicios a nivel primario.

Con esto queremos decir, que el personal médico, estomatológico y técnicos medios, continúan formándose con la concepción "cientificista" de la medicina, centrada fundamentalmente en la práctica hospitalaria. En el año de 1967, por la necesidad de formar un gran número de personal que se involucrara en los servicios de salud (integración docente asistencial), se llevó a cabo la implementación de las primeras unidades de HOSPITALES-DOCENTES, que respondían a una política nacional que se vino dando desde inicio de este período en relación a la integración del estudio con el trabajo.

Estos centros de aprendizaje se convirtieron en el pilar de la formación del recurso, dándole un énfasis a la atención curativa y al hombre enfermo generalmente en la fase final de la enfermedad. El volumen de conocimientos, habilidades y aptitudes que adquiría el médico, eran especialmente en la esfera de las alteraciones fisiológicas y biológicas; desligándose un tanto de la problemática de la salud en relación con la situación social, ambiental y/o laboral. Si bien la orientación



de los policlínicos era justamente estrechar los vínculos entre el personal médico y la población, el recurso humano que implementaba los programas tenía una formación muy diferente. Esto trajo consigo un deterioro en la atención médica primaria; y un rechazo -consciente o no- a la consulta en el policlínico por parte de la mayoría de los médicos.

Como consecuencia de lo anterior, los policlínicos se convirtieron en centros de atención médica ambulatoria con una orientación fundamentalmente curativa, perdiéndose en la práctica la necesidad de integrar lo preventivo con lo curativo. Se dio un énfasis al control del daño (que se vio materializado en las campañas verticales), pero el equipo de salud del policlínico se concentró más que todo en "dar consulta", quedando encerrado en el policlínico y perdiendo contacto con la propia comunidad.

Indudablemente que si hacemos un análisis puramente técnico de esta situación nos quedamos con una visión muy restringida del porqué de este fenómeno. Tenemos que tomar en consideración que estos errores se dieron en el contexto de una realidad económica, social y política extremadamente difícil. El bloqueo económico, la fuga de técnicos, la necesidad de formarlos en forma masiva para resolver los inmensos daños acumulados, la aguda lucha de clases desatada con la guerra contra bandidos y el recrudecimiento de la contrarrevolución; todo

---

<sup>124</sup> CUBA, La Salud en la Transición, Maestría en Medicina Social UAM-X. Mimeografiado, 1977. p. 57.



esto aunado a la poca experiencia tanto administrativa como política de los cuadros.

En este contexto, se da en el año de 1968 como parte de la ofensiva revolucionaria (ante la necesidad de exterminar la base material que sostenía a la contrarrevolución), la completa socialización de los vestigios de propiedad privada y dentro de estas medidas se comienzan a intervenir las clínicas particulares (que estaban en manos de médicos, agrupaciones religiosas, etc.) y se da fin a la organización mutualista integrándose a la organización de los servicios del Sistema Nacional de Salud, que como servicios del Estado eran completamente gratuitos. Esto trajo consigo una situación asistencial bastante crítica. Las consultas externas aumentaron de 13,659,085 en 1966 a 21,504,512 en 1969 y las consultas al cuerpo de guardia aumentaron en el mismo período de 19,631,256 a 29,809,685; detectándose que no había un aumento real de las urgencias.<sup>125</sup>

Con esta realidad asistencial, la cual no pudo ser prevista ni programada, aunada a una evidente preferencia de la población hacia el hospital, (comportamiento y actitudes que se arrastran históricamente por el desprestigio de las unidades ambulatorias "casas de socorro") es lógico suponer que la relación entre la organización de la salud en el nivel primario y las organizaciones de masas se haya debilitado, y en algunos casos ni fomentado.

---

<sup>125</sup> Cuba, La Salud en la Revolución. Op. Cit. p. 78.



Las organizaciones de masas siguieron participando en salud, pero fundamentalmente a través de las orientaciones recibidas por la propia organización a través de sus coordinaciones con el nivel central del Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, la crisis que vivió la atención médica, -particularmente la primaria- el cierto descuido a los programas educativos y de prevención -que se habían horizontalizado a nivel de los policlínicos- no tardaron en "golpear" al sistema de salud; tanto por los propios indicadores de servicios y de salud, como por las propias demandas y planteamientos de la población. Esto llevó necesariamente a un replanteamiento de las bases organizativas del sistema y la readecuación a las necesidades objetivas del País, lo cual formó parte de todo un replanteamiento que se llevó a cabo a nivel de lo general de la sociedad.

Los errores que se cometieron en el sector salud, no pueden verse aislados de toda la situación que se daba en el contexto de la totalidad social, ya que esta primera fase si bien alcanzó muchos logros -fundamentalmente en salud y educación, constituyéndose en importantes pilares del proceso- también vivió muchos tropiezos por alejarse en un momento dado de la concepción materialista de la historia, obviando el carácter objetivo de las leyes que rigen a la sociedad. En 1970, después del fracaso de la zafra de los 10,000 millones, se abre un espacio de revisión, de crítica y autocrítica, que marca una nueva fase en la construcción de la sociedad socialista.



HACIA NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACION Y DIRECCION  
EN LA CONSTRUCCION DEL SOCIALISMO

Período 1970-1976

El 26 de julio de 1970, en el discurso conmemorativo del XVII aniversario del Asalto al Cuartel Moncada, Fidel plantea ante todo el pueblo los errores cometidos en el período anterior, y fija la línea a seguir.

Se comienza un discurso en medio de múltiples delegaciones extranjeras abordando fundamentalmente la situación vivida ante el fracaso de la zafra de los 10,000 millones "En el día de hoy vamos a hablar de nuestros problemas y de nuestras dificultades, y no de nuestros éxitos, sino de nuestros reveses"<sup>126</sup> y continúa agregando; "No suelo venir a estos actos con muchos papeles, pero esta vez no me ha quedado más remedio que traerlos porque son muchos los datos y los números, y vamos, si se quiere, de la manera más sintética posible, a expresar la esencia o lo esencial de nuestras dificultades"<sup>127</sup>. De esta forma se demuestra una vez más la amplia participación que tiene el pueblo cubano, no solamente en el propio acto de realizar tareas, sino que también es receptor de los análisis críticos de los errores que cometió el gobierno revolucionario, poniéndolos al tanto de la verdadera situación que

---

<sup>126</sup> Fidel Castro, Discurso en la Plaza de la Revolución el 26-VII-70, Obras escogidas, Tomo III. Op. Cit. p. 51.

<sup>127</sup> Ibid. p. 51.



vivió el país. "Nos interesa sobre todo que las masas tengan información, que comprendan y se dispongan a librar su batalla"<sup>128</sup>. En este discurso que significó una nueva línea a seguir en el proceso, además de hacer un balance de la producción económica y en la producción de los servicios; se hace un valioso análisis de la PARTICIPACION, y se trazan nuevos caminos. Un ejemplo de ello significó el proceso de discusión y toma de decisiones por parte del pueblo, tanto en los comités de las organizaciones sociales, como en las fábricas.

"... establezcamos que sean los hombres quienes determinen, y si los vecinos se equivocan, ellos se pueden equivocar, es difícil, pero son ellos"<sup>129</sup>. De igual forma apunta hacia la participación en las fábricas "nosotros no creemos que el problema de la dirección de una fábrica es el problema de un administrador y sólo un administrador. Realmente, valdría la pena que en la dirección de las fábricas se vaya estableciendo un organismo colectivo, que lo presida uno pero que esté representado allí, los trabajadores de vanguardia, la juventud, el partido..."<sup>130</sup> ¿Por qué no ir introduciendo la representación de aquella colectividad de trabajadores en la dirección de esa fábrica?<sup>131</sup> Se plantea de igual forma la inmensa complejidad de la administración del Estado, "Ya no es posible la administración de la producción social con un Consejo de Ministros. Es imposible hoy dirigir y coordinar todo es-

---

<sup>128</sup> Ibid, p. 52

<sup>129</sup> Ibid. p. 94

<sup>130</sup> Ibid. p. 95

<sup>131</sup> Ibid, p. 96



te aparato. Es necesario crear una estructura de carácter político para que coordine los distintos sectores de la producción social!"<sup>132</sup>

Se plantea por consiguiente la necesidad de implementar nuevas formas de organización colectiva de participación, tanto en la ejecución de tareas como en el proceso de toma de decisiones, y se van gestando las primeras ideas de la necesidad de implementar una estructura directiva a nivel de lo general de la sociedad; que cuente con la participación de todo el pueblo.

A partir del año de 1970, se inicia un proceso ininterrumpido de ascenso en todos los frentes de trabajo de la Revolución, que tienen entre sus hechos más sobresalientes:<sup>133</sup>

"Recuperación y robustecimiento de las organizaciones de masas, en primer lugar los sindicatos, fortalecimiento del partido y delimitación de sus funciones con el Estado y las organizaciones de masas. Fortalecimiento del aparato Estatal. Vinculación del salario a la norma y otras medidas, como resultado del histórico XIII Congreso de la CTC. Reducción de la política de gratuidades indebidas y otras acciones que han facilitado el saneamiento de las finanzas internas. Recuperación parcial de los controles económicos y énfasis en la contabilidad de los costos y su reducción. Inicio del proceso de liquidación del exceso de circulante mediante incrementos de la producción de bienes de consumo

---

<sup>132</sup> Ibid. p. 99

<sup>133</sup> Fidel Castro, Informe Central al I Congreso del Pec. Op. Cit. pp. 110-111.



y de servicios, una mayor disponibilidad de artículos de uso duradero y elevación de algunos precios de productos no esenciales como bebidas alcohólicas, cigarrros y tabacos". A pesar de que para esta época regían dos sistemas de dirección de la economía, (el financiamiento presupuestario, que abarcaba la mayor parte de la industria, y el cálculo económico que parcialmente se implantó en la agricultura, el comercio exterior y una parte menor de la industria) que trajo consigo enormes problemas como una alta centralización y la utilización muy restringida de las palancas económicas, las relaciones mercantiles y el estímulo material; se lograron extraordinarios avances en el campo económico en los últimos años, y ello se debió fundamentalmente "al nivel de conciencia alcanzado por las masas, y su entusiasmo inagotable, el fortalecimiento del aparato del Partido y el Estado y las organizaciones de masas, y la respuesta extraordinaria que nuestro pueblo ha dado siempre a los llamados de la Revolución"<sup>134</sup>.

En el sector salud, se dio de igual forma todo un movimiento de reflexión y replanteo, para hacer frente a la situación crítica que se vivía con los servicios de salud. En un primer momento se trató de afrontar el problema con un programa que se empezó a instrumentar a partir del año de 1970, que se llamó "Programa de Optimización del Tratamiento", lo cual implicó abrir un espacio de participación de toda la población, para que expresara sus demandas, quejas, críticas y sugerencias

---

<sup>134</sup>

Ibid. p. 111.



sobre los servicios.

De igual forma, las unidades de atención tuvieron que implementar diversos programas educativos en relación a la debida utilización de los servicios por parte de la población; explicando las bases de la regionalización y la importancia de consultar primero -si no era caso de urgencia- en los policlínicos que les correspondían. Si bien esto ayudó en algo no resolvía el problema. Se tomó conciencia de que además de existir un problema de tipo subjetivo en cuanto a las aptitudes de la población, había un problema objetivo en la organización de los servicios de atención primaria y en la eficiencia y eficacia de su personal. Esto llevó a un grupo de técnicos a plantearse la necesidad de crear un nuevo modelo de atención que incorporara como elemento fundamental en su gestión, la participación institucionalizada de la comunidad organizada. Surge así en el año de 1974, el primer policlínico comunitario, en la comunidad de "Alamar" en La Habana, que sirvió también de guía para las consecutivas conversiones de los policlínicos que venían trabajando con el antiguo modelo, en policlínicos que adoptaran el Modelo de Medicina en la Comunidad (cuyos principios están enunciados en la parte III de la presente investigación, Págs. 3.34-36). A partir del año de 1975 coincidiendo con un hecho histórico de fundamental importancia para el país, como lo fue el I Congreso del Partido Comunista de Cuba; todo policlínico que se construyera, se proyectaba y organizaba para que implementase el modelo alternativo, y se empezó a generalizar a todo el país esta nueva organización de la práctica médica a nivel primario.



Otro hecho importante que se da en la organización de la salud pública en Cuba durante esta época, es la elaboración y aplicación del subprograma de la reducción de la mortalidad infantil. En el año de 1969, cuando se observó el alza que experimentó la tasa de mortalidad infantil de 38.3 x 1,000 nacidos vivos en el año de 1968, a 46.7 en el año de 1969<sup>135</sup> se valoró que dentro de la organización de salud se tenía que realizar una readecuación administrativa de acuerdo a las necesidades del país, tomando como uno de los indicadores que demostraban déficit en este sentido, el indicador de la tasa de mortalidad infantil. Es así como a partir del año de 1970, se proponen como meta para el decenio 1970-80, bajar la tasa en un 50%; año a partir del cual se comenzó la aplicación del programa en todas las unidades de atención primaria.\* Ahora bien, se planteó con gran énfasis -y sobre todo a partir del discurso del 26 de julio de 1970- que la batalla de bajar la tasa además de ser un esfuerzo de los técnicos y profesionales de la salud, debía contarse con una amplia participación de la población en la ejecución de dicho programa.

---

135 Informe Anual del Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1977, p. 116.

\* Cabe señalar, que se fijó como tasa base la del año de 1968 (46.7 por mil) lográndose cumplir la meta de reducción en un 50% antes del decenio, ya que para el año de 1976 la tasa fue de 22.9 por mil nacidos vivos. Informe Anual. Cuba, 1977. p. 116.



Podemos decir que a partir de entonces, se refuerza de forma considerable el trabajo del nivel primario con la comunidad. Se discutíó en cada área de salud y con los correspondientes representantes de las organizaciones de masas (CDR, FMC, ANAP), los objetivos del programa, se realizó una intensa labor educativa y se orientaron los mecanismos necesarios para estrechar las relaciones entre los policlínicos y la comunidad; siendo esta política altamente consecuente con los planteamientos que se habían formulado a nivel de lo general de la sociedad.

Podemos decir entonces, que a partir del año de 1970, cuando se reformulan los errores que se han cometido, y el idealismo en que se cayó al tratar de llegar a una zafra de 10,000 millones -sin contar con un grado suficiente de desarrollo de las fuerzas productivas y descuidando otros sectores básicos de la producción y los servicios- se dan nuevos pasos en la organización y participación social en la construcción del socialismo.

En el año de 1975, como dijimos anteriormente, se celebra el primer Congreso del Partido Comunista de Cuba, y después de un importante balance que realiza el Primer Ministro Fidel Castro sobre la Revolución Socialista Cubana, aunado a una profunda crítica y autocrítica de los errores cometidos; se formulan las directrices a seguir en cuanto al nuevo sistema de Dirección de la Economía, la nueva división político administrativa del País, y el proceso de estructuración y consolidación del Primer Estado Socialista de América; El Poder Popular.



Los años de 1975-1976, significaron momentos de grandes movilizaciones y de intenso proceso de participación popular. En primera instancia se dio una amplia difusión, discusión y análisis en todos los centros de trabajo, de los nuevos principios que se formulaban para la Nueva Dirección de la Economía del País.\* Los obreros, técnicos, intelectuales y todos los trabajadores, tuvieron la opción de opinar y discutir en su centro de trabajo -a través de las asambleas de producción y servicios- las bases del Sistema; teniendo completa libertad para opinar y aportar sus criterios al respecto, con vistas de ser retomados e incorporados por la Junta Central de Planificación.

Conjuntamente con este proceso, se discutió en cada cuadra, en cada bloque, en cada centro de trabajo y a nivel de todas las organizaciones sociales y políticas del país; el anteproyecto de Constitución de la República, redactado por la Comisión Mixta de Partido y Gobierno nombrada por acuerdo conjunto del Buró Político del Partido Comunista de Cuba y el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.<sup>136</sup> En la discusión de este anteproyecto participaron a través de asambleas, más de

---

\* Este sistema implica respetar la ley del valor, por lo que se hace necesario que entre todas las empresas, incluyendo las estatales, hayan relaciones de cobro y de pago; que funcione el dinero, los precios, las finanzas, los créditos y demás categorías mercantiles para medir el uso que se hace de los recursos productivos y determinar los gastos, los costos y la rentabilidad. El sistema también prevé una determinada autonomía en el uso y manejo de los recursos por cada empresa, al igual que establece el estímulo material, sin descuidar los estímulos morales. Informe Central, Op. Cit. p. 112.

<sup>136</sup> Constitución de la República de Cuba, Edic. Oficial Ministerio de Justicia, La Habana, 1976, p. 17.



6 millones de ciudadanos<sup>137</sup> siendo sometido a Referendo Nacional el 15 de febrero de 1976, en el que votaron 5,602,973 ciudadanos, de donde 5,473,534 votos fueron afirmativos y 54,070 fueron negativos.<sup>138</sup> En vista de los resultados obtenidos por el voto libre directo y secreto de los ciudadanos cubanos, se proclamó por mandato de la voluntad soberana del pueblo, a la Constitución de la República y la Ley de Tránsito Constitucional, como las normas jurídicas superiores que rigen el Estado Socialista Cubano; a los 24 días del mes de febrero de 1976.

En el año de 1976, con el inicio de la nueva división político administrativa del País (Municipio-Provincia-Nación; suprimiéndose el eslabón intermedio de la Región); el pueblo cubano se organiza por circunscripciones electorales,\* para elegir a sus delegados -por voto directo y secreto- a las instancias del Poder Popular. Luego se procedió a constituir el órgano del Poder Popular Municipal, integrado por todos los delegados electos en el municipio, y siendo el máximo órgano de poder estatal en esa instancia.

Una vez que se constituyeron dichas asambleas en todos los municipios del País se eligieron los delegados a la Asamblea Provincial del Poder Popular y los Diputados a la Asamblea Nacional del Poder Popular.

---

<sup>137</sup> Ibid. p. 17.

<sup>138</sup> Ibid. p. 17.

\* La circunscripción electoral está constituida por un número de 100 a 3000 habitantes mayores de 16 años residentes en un área. El número de delegados al Poder Popular estará dado por la cantidad de habitantes entre las edades señaladas, los cuales serán no menores de 2 años ni mayores de 8 años.



Finalmente, el día 2 de diciembre de 1976, quedó constituida la Asamblea Nacional del Poder Popular, donde el Consejo de Ministros le transfirió a dicha Asamblea todas las funciones constituyentes y legislativas; donde el gobierno y la administración de la justicia comenzaron a depender directamente de la Asamblea, existiendo división de funciones pero no división de poderes.<sup>139</sup>

A partir de este momento cesó el período de provisionalidad del Gobierno Revolucionario y el Estado Socialista Cubano tomó de manera definitiva sus formas institucionales. "La Asamblea Nacional se constituye en órgano supremo del Estado y asume las funciones que le asigna la Constitución".<sup>140</sup>

Particularmente, el Ministerio de Salud Pública (para poner un ejemplo), sus direcciones administrativas y unidades ejecutoras (hospitales, policlínicos, bancos de sangre, etc.) pasaron a depender desde el punto de vista ejecutivo y administrativo, de las Asambleas correspondientes del Poder Popular; quedando el Ministerio como organismo asesor, consultivo y normativo de los procedimientos técnico-metodológicos de la Salud Pública. (ver gráficos que se presentan a continuación).

El Sistema Nacional de Salud de Cuba, quedó entonces a partir del año de 1977 con una organización y funcionamiento totalmente ajustada a la nueva división política del país, al desarrollo de los Organos

---

<sup>139</sup> Fidel Castro, Discurso Pronunciado en el Acto de Constitución de la Asamblea Nacional del Poder Popular, Edit. Ciencias Sociales, La Habana, 1976, p. 9.

<sup>140</sup> Ibid. p. 6.



del Poder Popular y al vigente sistema de dirección y planificación de la economía.

Se definieron los principios del Sistema en los siguientes (en los cuales descansó desde su creación).<sup>141</sup>

- Responsabilidad del Estado en la Protección y Recuperación de la Salud de todos los ciudadanos, y derechos de éstos a recibirla por igual.
- Accesibilidad económica, geográfica, legal y cultural a todos los servicios de salud.
- Integración y trabajo en equipo de profesionales y técnicos en la prestación de servicios.
- Acciones de salud planificadas, con atención dispensarizada a grupos expuestos a riesgos.
- Participación del pueblo en las actividades de salud.

y sus funciones en:

- Atención médica y estomatológica.
- Atención al ambiente
- Asistencia Social.
- Formación, especialización y educación continuada de los recursos humanos para la salud.
- Información médica y actividades científicas
- Estadísticas de Salud

---

<sup>141</sup>

Informe Anual MENSAP, Cuba, 1977. p. 9.



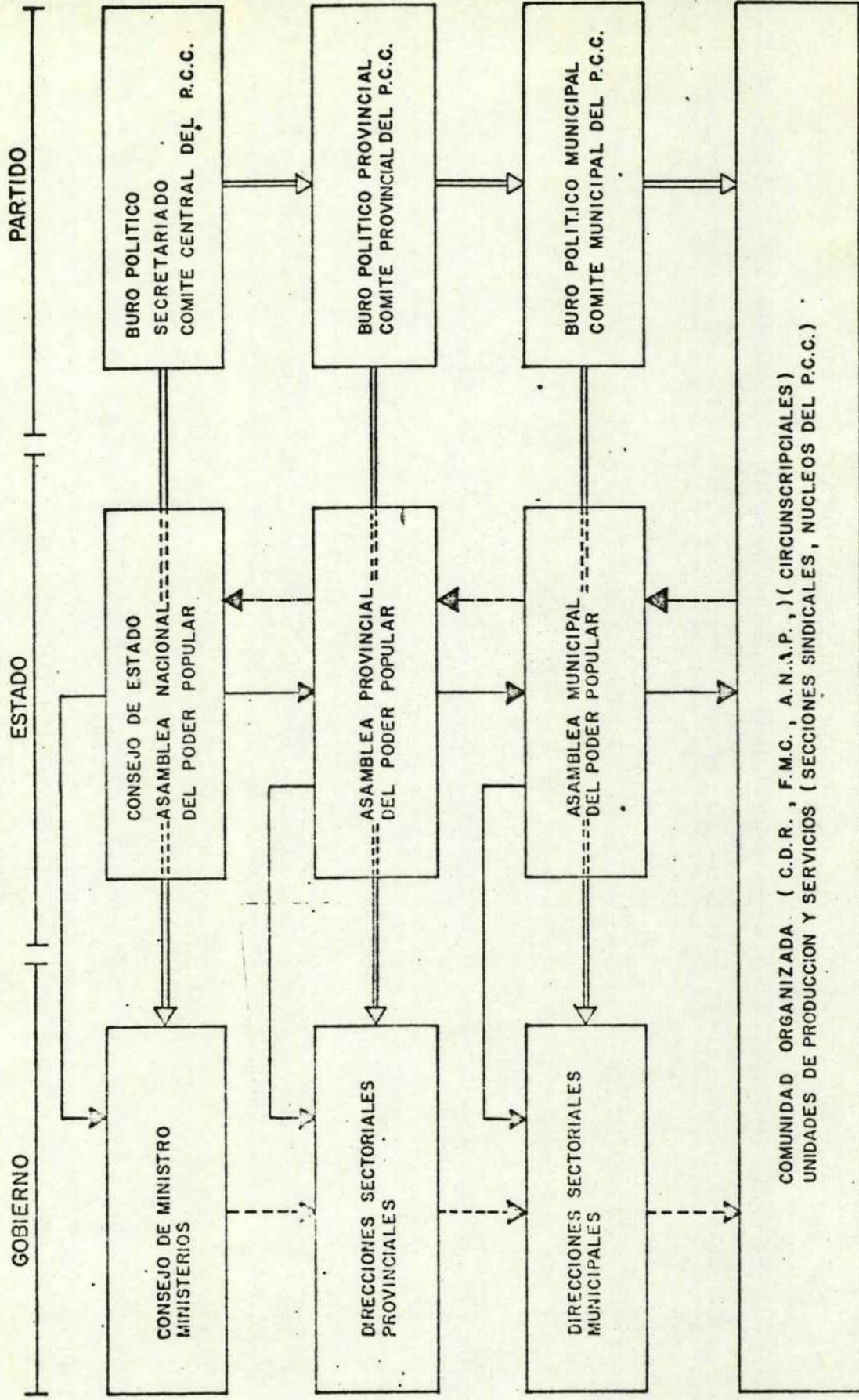
- Planificación de Salud
- Producción, distribución y comercialización de medicamentos e instrumental médico.
- Educación a la población en materia de salud.

Los niveles administrativos del Sistema, quedaron definidos a partir de 1977 en el Nivel Central, Provincial y Municipal; siendo los niveles de atención:

El nivel primario, secundario y terciario (Ver Gráficos).



# ESTRUCTURA DE LA SOCIEDAD CUBANA

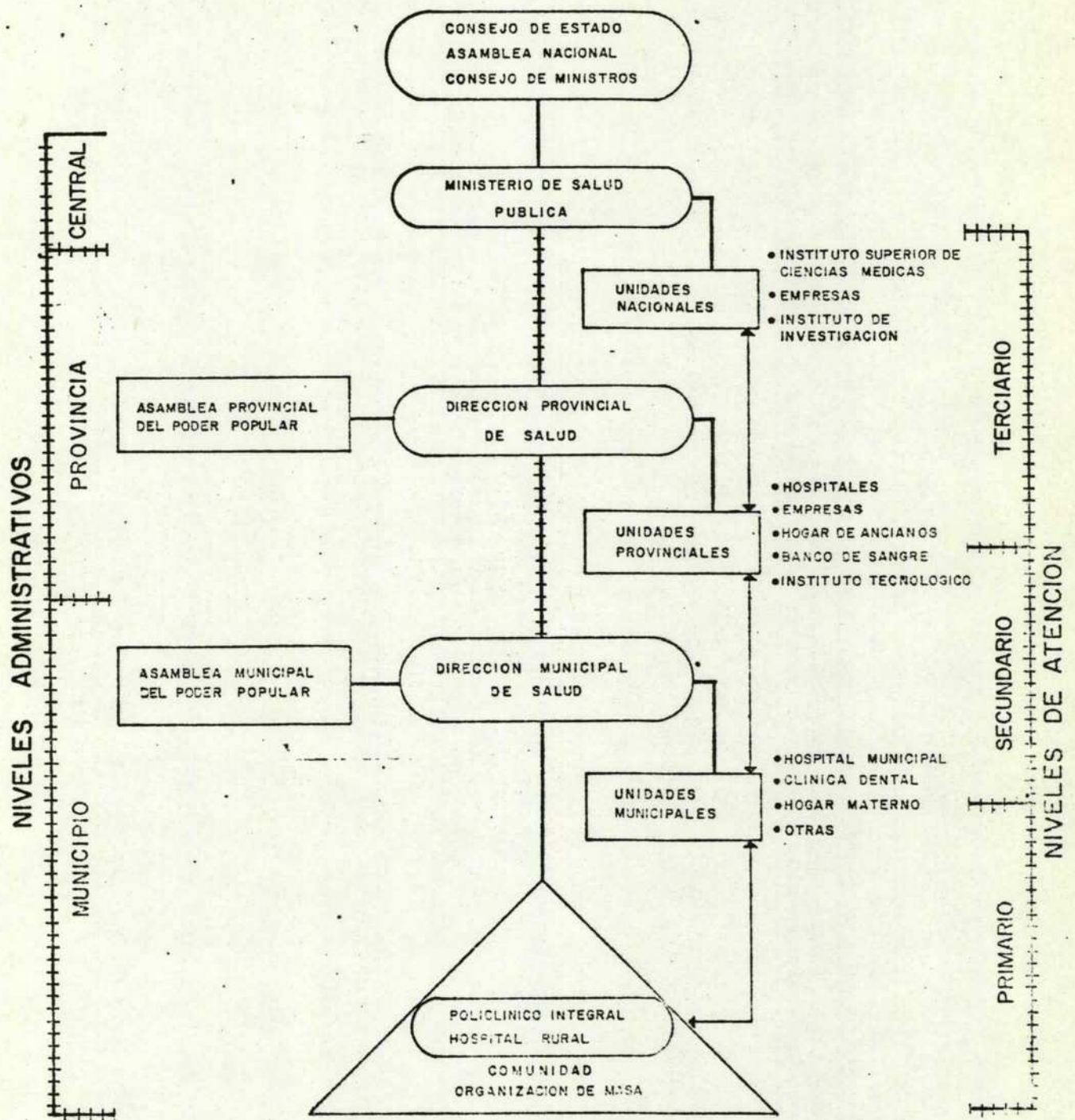


SIMBOLOGIA

- ▲ ▲ LINEA DE DIRECCION POLITICA
- ▲ ▲ LINEA DE DIRECCION NORMATIVA
- LINEA DE JERARQUIZACION EJECUTIVA DE ABAJO A ARRIBA
- LINEA DE JERARQUIZACION EJECUTIVA DE ARRIBA A ABAJO



# SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y FUNCIONAL



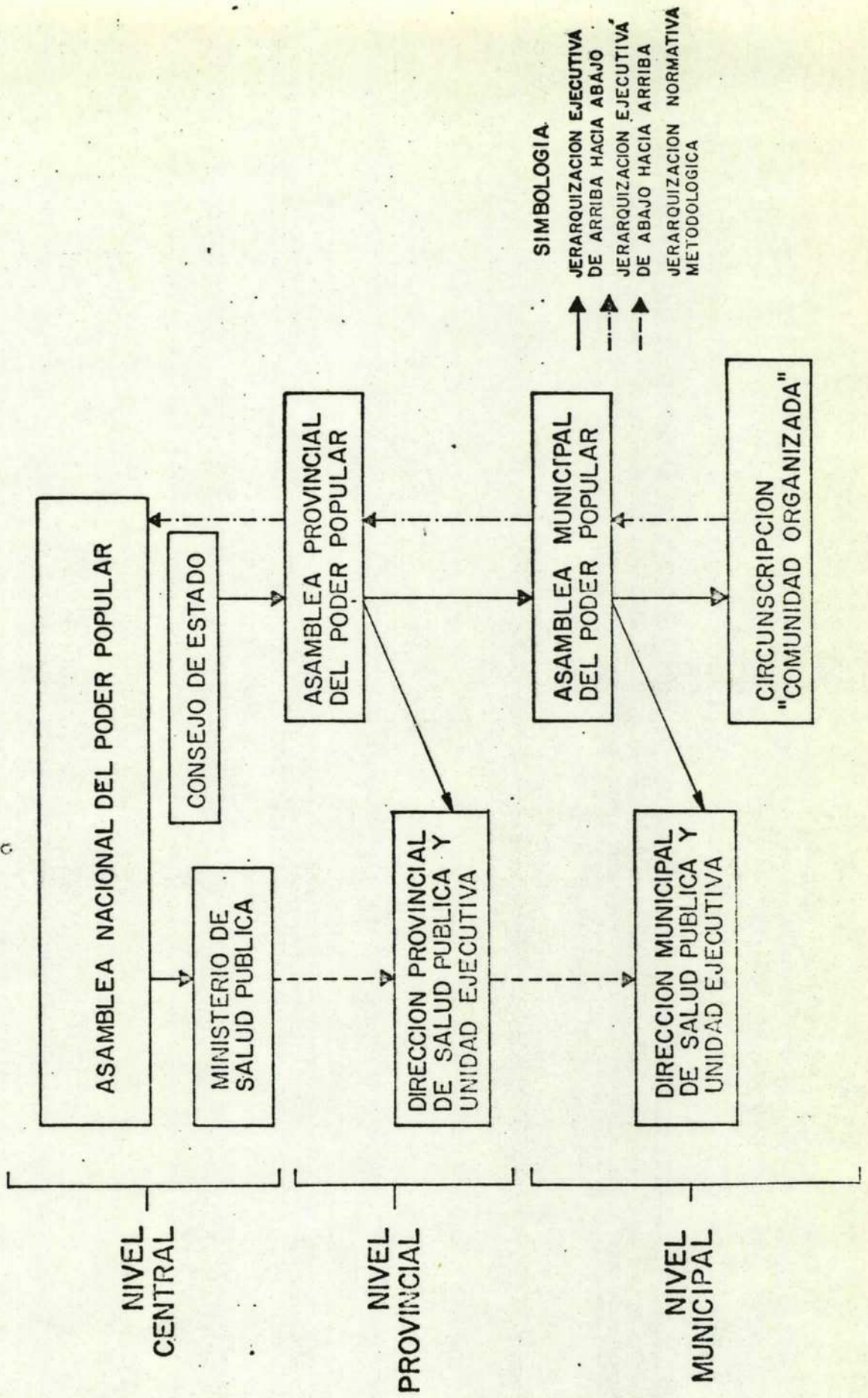
## SIMBOLOGIA

- HIERARQUIZACION ADMINISTRATIVA
- HIERARQUIZACION NORMATIVA Y DE CONTROL
- ↔ DINAMICA DE LA REGIONALIZACION DE SERVICIOS

FUENTE: INFORME ANUAL DE 1977

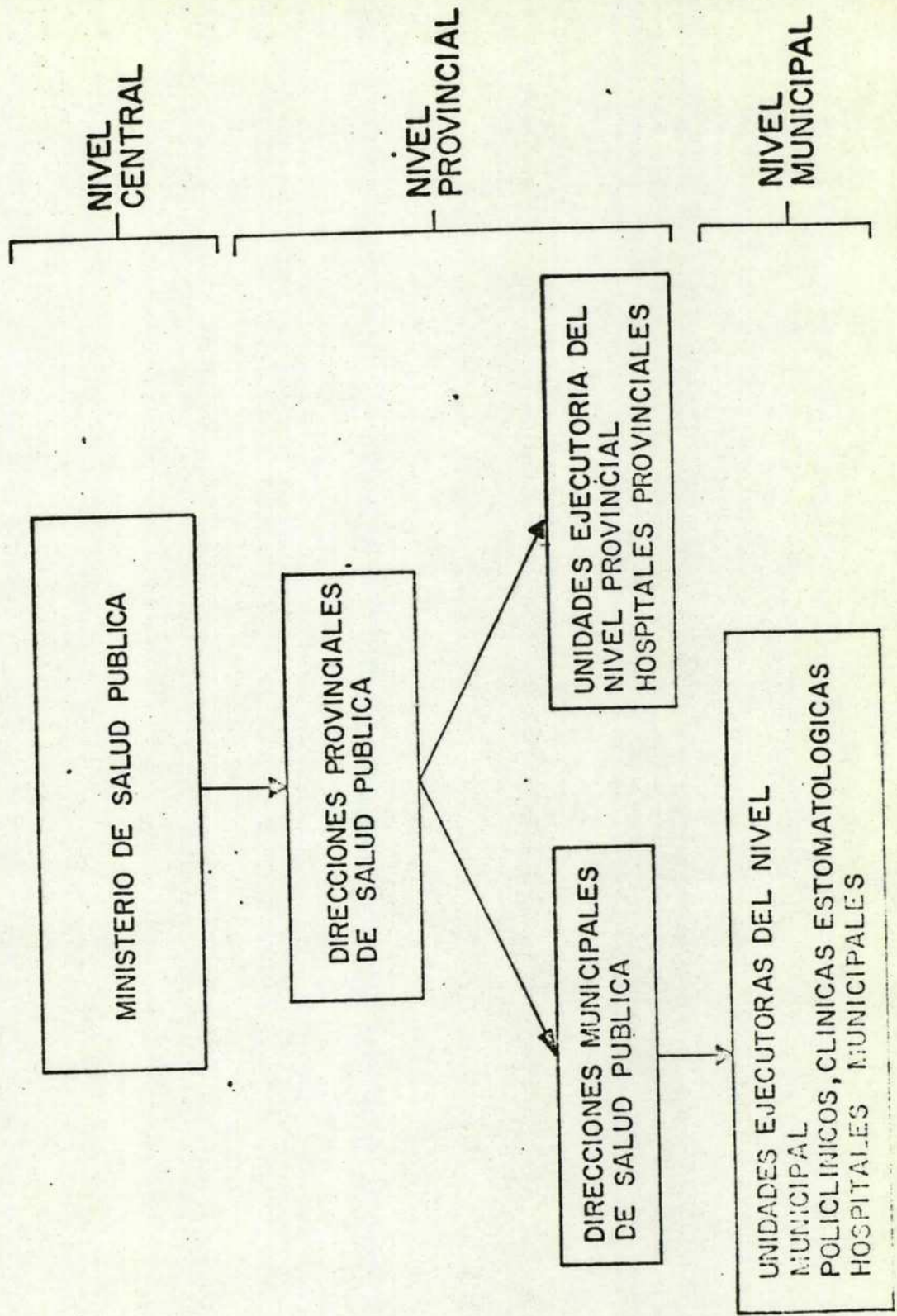


# NIVELES DE JERARQUIZACION EJECUTIVAS-NORMATIVAS





# NIVELES DE JERARQUIZACION NORMATIVA Y METODOL





De lo expuesto en este último período, vemos claramente el avance cuantitativo y cualitativo de la organización y la participación social en la construcción del proceso.

Desde el punto de vista particular de salud, se marcan importantes avances de la participación en este sector. La población organizada no sólo intervino en la ejecución de actividades de salud (donación de sangre, vacunación de polio, actividades de apoyo a los programas de pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, higiene ambiental, etc.) sino que además dio un aporte valioso en la propia planeación y ejecución de actividades de investigación de importancia nacional; como lo fue la participación de la Federación de Mujeres Cubanas en la conformación muestral de la investigación de Crecimiento y Desarrollo realizada en Cuba los años 1972-1974.

Se dieron de igual forma importantes avances en la participación poblacional en la propia gestión de dirección de las unidades de atención médica (a través de asambleas de rendiciones de cuentas de los médicos a los pacientes hospitalizados, con el programa de optimización del trato, y con los Consejos de Salud del pueblo de los policlínicos) y finalmente, a través de todo el proceso de lo general de la sociedad, (lo cual se materializa en la propia institucionalización del Poder Popular) la población ejerce el poder, y formula políticas de salud de acuerdo a las necesidades particulares de cada municipio o provincia del país.

Ahora bien, todos estos cambios que se dieron en la organización de salud de Cuba a nivel de los servicios, fueron igualmente acom-



2.100.  
pañados por cambios en la formación del recurso humano en salud -tomando como base la experiencia del error cometido en etapas anteriores- se reformularon los planes de estudio y se integró la formación del recurso al Ministerio de Salud Pública, quedando el Ministerio de Educación Media y de la Enseñanza Superior; encargados de los aspectos normativos y metodológicos en el orden pedagógico y educacional. Se articuló de igual manera la formación del recurso con la comunidad, estableciendo desde un principio en la formación de pre y postgrado, programas de docencia de servicio a nivel de los policlínicos comunitarios. (Los policlínicos también comienzan a dotarse de recursos para que en los mismos se integre el estudio con el trabajo, en la formación de técnicos y profesionales, y de esta forma adquieran habilidades y aptitudes para el trabajo comunitario).

Se marca así a partir del año de 1977 un nuevo período en la formación social cubana, y en este contexto de su desarrollo actual, ubicamos la investigación empírica del proceso de participación popular en el nivel primario de atención médica, que presentamos a continuación.



PARTE III.

ESTUDIO DE VERIFICACION EMPIRICA  
ANALISIS DEL PROCESO DE PARTICIPACION POPULAR  
EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION MEDICA

CASO: "POLICLINICO PLAZA DE LA REVOLUCION  
CIUDAD DE LA HABANA - CUBA 1977-1978

Asesor:

Lic. Ada Casals Sosa  
Jefa del Departamento de Psicosocial  
del Policlínico Plaza de la Revolución



## C O N T E N I D O

1. Planteamiento del Problema
2. Objetivos del Trabajo
3. Aspectos Teórico Conceptuales (descriptivo-empírico)
4. Aspectos Teórico-Metodológicos
5. Aspectos Técnicos
6. Presentación de Resultados
7. Análisis de Resultados y Conclusiones



"NUESTRO PROCESO REVOLUCIONARIO FUE, DESDE UN PRINCIPIO, PROFUNDAMENTE POPULAR Y ESTUVO SOLIDAMENTE ENRAIZADO EN LAS MASAS. EL PRIMER ACTO SOBERANO DEL PUEBLO FUE LA REVOLUCION MISMA".

FIDEL



## Introducción

Ubicándonos en el desarrollo actual de la formación social cubana, tenemos que a partir de la implantación de la nueva dirección de la economía y de la Institucionalización del Poder Popular, se entra en una nueva fase de la construcción de la sociedad socialista; que implica formas superiores de organización y participación social y política. En lo particular del desarrollo del Sistema Nacional de Salud, se implementan de igual manera, nuevas formas de organización de la práctica médica -fundamentalmente en el nivel primario- creándose las condiciones para un perfeccionamiento de los mecanismos de participación popular en la gestión de salud.

Vemos por consiguiente, que tanto a nivel de lo general de la sociedad, como en lo particular de la organización de salud; se han creado condiciones objetivas para propiciar un proceso superior de participación ya no sólo en la acción transformadora a través de la ejecución organizada de actividades de salud; sino también en la gestión directiva de los servicios, y en la formulación de políticas y necesidades de salud.

Existiendo estas condiciones se hace necesario por tanto, detenernos en el estudio particular del comportamiento actual del proceso de participación en el nivel primario de atención médica; con vistas de ir identificando los factores tanto objetivos como subjetivos que pueden intervenir en dicho proceso, bien sea favoreciéndolo u obstaculizándolo.



Con estos propósitos planteamos la siguiente investigación empírica, que partiendo de una cuantificación del proceso de participación, pretende encontrar relaciones causales y propuestas alternativas, que tiendan a un progresivo perfeccionamiento de la gestión participativa en salud.



## Planteamiento del Problema

Como bien dijimos en un inicio, la ausencia de investigaciones en este campo, plantea la necesidad de un primer estudio exploratorio; donde relacionaremos el proceso de participación en salud en su articulación con algunas variables sociales. Ahora bien, hemos establecido que en una sociedad socialista sus diversos agentes contraen entre sí, relaciones sociales no antagónicas -por abolirse la propiedad privada de los medios de producción- por lo que se podrá hablar de una unidad y voluntad de intereses, identificados con los intereses de la sociedad; siendo la participación popular la máxima expresión de dichos agentes, en la gestión de la sociedad en su conjunto. Sin embargo, al tratar de caracterizar a los agentes que componen la actual sociedad cubana, no es permisible hablar de clases sociales (definidas éstas de acuerdo a su posición de propietarios o no propietarios de los medios de producción) por lo que optamos en clasificarlos según su ubicación en el proceso de producción social. Para tales efectos se tomó la clasificación realizada por el Ministerio del Trabajo de la República de Cuba (ver Parte III, aspectos teórico conceptuales) la cual hace una diferenciación de acuerdo a la ubicación de los agentes en la división social del trabajo (división que se establece sobre las relaciones sociales de producción socialista). Esta clasificación -a nuestro juicio- no resulta la más idónea para hacer tal diferenciación, como se verá más adelante, adolece de ciertas especificaciones que se prestan a un decidir un tanto ambiguo, en cuanto a la colocación de un agente en una u otra categoría. Sin embargo, por estar éste trabajo basado en datos primarios y también secundarios (adoptando estos últimos la clasificación mencionada) se nos imposibilitó la formulación y construcción de categorías más precisas.



Partiendo de estas consideraciones teórico-metodológicas, nos introducimos en el estudio particular de la participación en salud, en el nivel primario de atención médica; para lo cual seleccionamos el Policlínico Comunitario "Plaza de la Revolución" ubicado en la ciudad de La Habana, valorando el comportamiento que ha tenido la población residente en el área (población usuaria y receptora de los servicios que brinda el policlínico) en cuanto a su participación en salud se refiere; tomando como años de estudio 1977 y 1978. Nuestra premisa teórica parte de la siguiente afirmación que someteremos a su verificación: las situaciones que se han dado a nivel de lo general de la sociedad (institucionalización del Poder Popular) y en lo particular de la organización de la práctica médica en el nivel primario (implementación del nuevo modelo de Medicina en la Comunidad) han creado las condiciones objetivas para desarrollar nuevas formas de organización y participación en salud; lo cual se traduce en la posibilidad que tiene la población residente en el área Plaza de la Revolución, de desarrollar sus capacidades participativas, tanto en la ejecución de tareas de salud (momento hombres-objeto) como en la gestión de dirección del policlínico (momento hombres-sujeto); utilizando las vías institucionales del órgano colectivo de dirección y las instancias del poder popular.

De igual forma intentamos a través de esta investigación, determinar los efectos que tiene sobre la participación en salud, la inserción de los agentes sociales al proceso de producción social, y el comportamiento que la misma exhibe según la ubicación que tienen dichos agentes, en la división social del trabajo.

Esto último constituye la base de nuestro análisis exploratorio de la participación, sobre lo cual se establecerán las primeras aproximaciones causales del proceso de participación en salud, en su articulación con las determinaciones de la estructura social.



## 2. Objetivos del trabajo

1. Verificar según criterios cuantitativos -y en algunos casos cualitativos- el proceso de participación popular en la gestión del Sistema de Atención Médica Primaria "Policlínico Plaza de la Revolución", para los años de 1977 y 1978.
2. Analizar el comportamiento de la participación en salud, de acuerdo a la ubicación y función que ocupen los agentes sociales -representantes de salud- en el proceso de producción social.
3. Establecer las primeras aproximaciones causales del proceso de participación popular en la gestión de la salud pública, y aportar sugerencias que tiendan al progresivo perfeccionamiento de la aplicación de la línea de masas en este sector.
4. Realizar, con base al estudio histórico social de la participación en salud, y los resultados obtenidos en la investigación empírica, una proposición teórica de interpretación del proceso de participación popular en la gestión de la salud pública.



### 3. Aspectos Teórico-Conceptuales (descriptivo-empírico)

#### 3.1. Momentos y esferas de la participación en salud

Para abordar el estudio empírico de la participación popular en la gestión del nivel primario de atención médica, utilizaremos las categorías de análisis que construimos en nuestro objeto teórico, diferenciando la participación de los agentes sociales en su posición de hombres objeto y hombres sujeto.

Siguiendo nuestra formulación teórica a partir de la cual definimos los momentos de la participación, tenemos entonces, que para la expresión concreta de la participación en salud, los agentes sociales se encontrarán participando en su posición de hombres-objeto, a través de la ejecución de diferentes actividades que los mismos realizan, en apoyo al sistema de atención médica primaria. Participación en la acción transformadora, -el trabajo- en la ejecución de tareas de salud.

El momento de la participación de dichos agentes en su posición de hombres-sujeto, se dará en la gestión que los mismos realizan en el órgano colectivo de dirección del sistema de atención médica primaria -en lo particular- y en las instancias político administrativas del poder estatal -en lo general.

La posición de hombres-sujeto que los agentes sociales tienen en cuanto a su participación en salud se refiere, se expresará entonces, en el ejercicio de la gestión de dirección, tanto en el nivel local, como a través de las vías institucionales del Poder Político



Quedan de esta forma definidos los momentos de la participación de los agentes sociales en el nivel primario de atención médica, de la siguiente forma:

- Momento de hombres-objeto -- Como participación en la ejecución de tareas de salud.
- Momento de hombres-sujeto -- Como participación en la gestión de dirección.

y las esferas participativas en:

La gestión preventivo-curativa del sistema de atención médico primario, el órgano colectivo de dirección del policlínico, y las instancias del Poder Político (Estado).

3.2. Diferenciación y caracterización de los agentes sociales

Por las razones expuestas al inicio de este trabajo (ver planteamiento del problema, pág. 3.1), optamos por distinguir a los agentes sociales de acuerdo a la función que cumplen en el proceso de producción social.

En tal sentido se caracterizaron según su vinculación o no al proceso de trabajo y a la ubicación que tienen según la división del mismo.

Como segundo orden de caracterización, se dividieron según edad, sexo, y nivel de escolaridad.



3.2.1. Caracterización de los agentes sociales según su vinculación laboral:

**Trabajadores:** Todos aquellos agentes que estén vinculados a un proceso de trabajo -en la producción o servicios- por el cual perciban un salario, siendo ésta su ocupación principal durante 8 hrs. laborales diarias en 6 días de la semana.

**No trabajadores:** Todos aquellos agentes que no están vinculados a un proceso de trabajo por el cual perciban un salario, donde su ocupación principal durante 8 horas en los seis días de la semana, está relacionada con otro tipo de actividad fuera de la esfera de la producción o servicios.

3.2.2. Caracterización de los agentes vinculados laboralmente -trabajadores- según la función que cumplen y la ubicación que tienen de acuerdo a la división del trabajo (Categoría Ocupacional).

Para hacer esta caracterización de los agentes trabajadores, adoptamos la clasificación hecha por el Ministerio del Trabajo de la República de Cuba.

**Trabajadores administrativos:** son aquellos que participan en el proceso de información, tablas estadísticas, contaduría, etc.,



es decir trabajadores que no están directamente dentro de la producción y/o servicios. Compañeros que realizan trabajo de oficina en unidades, fábricas, empresas, o cualquier dependencia de los organismos.

Trabajadores de servicios: son aquellos trabajadores que prestan directamente sus servicios a la población, que no participan en la producción sino que prestan sus servicios directos al público en la actividad donde laboran.

Trabajadores - Obreros: Están considerados en esta categoría todo trabajador que esté contemplado en el proceso de producción de bienes materiales de cualquier rama del país, todo trabajador que participe directamente en la fabricación, confección, transformación, extracción, manipulación y transporte de productos, es decir, trabajador que intervenga en los procesos productivos.

Trabajadores - Técnicos: Están considerados en esta categoría todo trabajador que posea un certificado evaluativo como tal, expedido por escuelas, institutos y universidades y trabajadores que posean conocimientos especializados en actividades específicas y propias de la rama que se trate y a su vez posean la evaluación como tal de su organismo, y los mismos estén aprobados por el Mintrab. (Ministerio del Trabajo).



Trabajadores dirigentes: Están considerados aquellos compañeros que en el organismo sean evaluados por la dirección de cuadros y posean su resolución ministerial que lo acredite como tal.

3.2.3. Caracterización de los agentes no vinculados laboralmente:

(No trabajadores).

Estudiantes: Todos aquellos agentes que tienen como ocupación principal el estudio, en cualquier centro de enseñanza o capacitación.

Amas de Casa: Todos aquellos agentes que tienen como ocupación principal las labores de tipo domésticas.

Jubilado: Todo aquel individuo que llegado a sus 30 años de servicio, y/o por razones de edad, o incapacidad esté retirado del trabajo y reciba una pensión -por vejez o invalidez.



4. Aspectos teórico-metodológicos

Nuestra intención es, además de cuantificar la participación de los agentes -responsables de salud- tanto en la ejecución de tareas de salud, como en la gestión de dirección del sistema, realizar una aproximación causal de los factores que en un momento dado pueden facilitar u obstaculizar el proceso de participación.

Para cumplir con este objetivo, hemos definido:

Como variables Independientes : La vinculación y ubicación de los agentes al proceso de producción social.

Como variables Dependientes : El nivel de cumplimiento en la ejecución de tareas.

El nivel de participación en la gestión de dirección.

De igual forma, valoraremos otras variables que podríamos definir como intervinientes, las cuales están en relación con los aspectos de tipo organizativo del sistema de atención y de la propia comunidad, además de ciertos aspectos del comportamiento psicosocial.

A continuación pasaremos a describir la forma como nuestras variables las convertimos en indicadores de medición cuantitativa y en algunos casos cualitativa de la participación de los agentes en salud.

- 1. Participación en la ejecución de tareas de salud: Se consideraron todas las actividades que realiza la comunidad, como tareas de apoyo al sistema de atención médica y las actividades de educación para la salud.



Estas actividades fueron diferenciadas en dos tipos:

1.1. Actividades normadas y controladas<sup>(1)</sup>

1.1.1. Censo y vacunación de polio.

1.1.2. Donación de sangre.

1.1.3. Prueba citológica.

1.2. Actividades no normadas<sup>(2)</sup>

1.2.1. Captación precoz de mujeres embarazadas que no han asistido por primera vez al policlínico.

1.2.2. Captación, remisión y notificación al policlínico, de pacientes que presentan alguna patología y requieren atención (médica, psicológica o social) y que por algún motivo no han asistido al policlínico.

---

(1)

Estas son actividades normadas, controladas y evaluadas por la instancia administrativa de la organización de la comunidad (nivel municipal de los Comités de Defensa de la Revolución) quienes bajan las orientaciones al nivel intermedio (responsables de salud de zona de los Comités de Defensa de la Revolución) siendo éstos los que fijan las metas de cumplimiento anual, a los responsables de base (responsables del frente de salud de cuadra de los Comités de Defensa de la Revolución). Estas metas son controladas y evaluadas anualmente, formando parte del chequeo anual de emulación de la organización. En los aspectos técnicos y en la presentación de resultados, explicitaremos con mayor detalle las consideraciones sobre la estructura organizativa de los C.D.R.

(2)

Estas son actividades que orienta el Policlínico (Unidad de Atención Médica Primaria que le corresponde a los residentes del área). Las actividades son orientadas por los equipos de salud del policlínico a través de reuniones o visitas que hace el equipo al responsable del frente de salud de cuadra y de zona. Estas actividades no son normadas por los equipos de salud. Es un trabajo voluntario -igual que el otro- pero no se establecen compromisos de metas de cumplimiento anual. Por el tipo de actividad, es lógico pensar que su normación se hace bastante difícil.



1.2.3. Visita y control de pacientes dispensarizados tales como:

- Hipertensos y/o cardiópatas.
- Diabéticos.
- Asmáticos.
- Niños prematuros (aquellos que independientemente del tiempo de gestación, pesaron menos de 2.500 Kg. al nacer).
- Niños distróficos.
- Embarazadas inasistentes a la consulta prenatal.
- Niños menores de un año inasistentes a la consulta de puericultura.
- Pacientes con tratamiento ambulatorio por T.B., sífilis, blenorragia, o hansen (lepra).

1.2.4. Asistencia a las reuniones de educación para la salud. En el área se han realizado -en promedio- 5 reuniones de educación para la salud por zona. Se indagaba su asistencia a un mínimo de 2 reuniones en el año.

2. Participación en la gestión de dirección: Se tomaron en cuenta las actividades que realiza la comunidad a dos niveles.

2.1. Participación en el órgano colectivo de dirección del policlínico "Consejo de Salud del Pueblo", donde se valoró:

2.1.1. Asistencia por parte de los miembros representantes de la comunidad y por parte de los miembros del consejo de dirección.



- 2.1.2. Numero de planteamientos expuestos por la comunidad a través de los responsables de salud de zona.
- 2.1.3. Carácter de los planteamientos, para lo cual se dividieron en tres categorías:
- a. Planteamientos de carácter higiénico-sanitario: Todos aquellos que involucran los aspectos relacionados con el saneamiento ambiental, (higiene comunal), la higiene de los alimentos y la higiene laboral.
  - b. Planteamientos de carácter administrativo: Todos aquellos que se refieran a las irregularidades administrativas del funcionamiento del personal del policlínico o de las normas establecidas en el mismo. (Todo lo referente a organización, turnos, consultas, cumplimiento de horarios, servicios generales, etc.).
  - c. Planteamientos que involucran problemas en la relación médico-paciente: Dentro de esta categoría se englobaron todos los planteamientos que llaman la atención sobre el "mal trato" recibido por algún paciente de parte de algún personal del policlínico.
- 2.1.4. El nivel de solución de los planteamientos:
- Planteamientos con nivel de solución en el policlínico: Todos aquellos que competían al área de salud resolver, y en ese nivel se tenía la decisión y el recurso para dar una respuesta.



- 3.10.
- Planteamientos con nivel de solución en otras instancias administrativas: Todos aquellos que les competía a la Dirección Municipal de Salud Pública o a los hospitales resolver y dar una respuesta, ya que el policlínico no tenía ni el recurso ni el nivel de decisión para resolverlos. (En este sentido se recogía el planteamiento y se trataba de canalizar la inquietud, utilizando la vía administrativa del policlínico para informar a las otras instancias competentes).

2.1.5. Resolución de los planteamientos hechos por la comunidad: Se cuantificó el nivel de capacidad que tuvo el policlínico y la eficiencia y eficacia de su personal, para resolver los problemas y planteamientos expuestos por la comunidad.

2.1.6. Problemas que quedaron pendientes sin resolverse: Se cuantificó los problemas que no tuvieron un nivel de resolución por parte del personal competente del policlínico.

2.2. Participación de los agentes sociales, -residentes en el área en las instancias del poder estatal.

Se valoró la participación de los electores (personas mayores de 16 años comprendidos en el área de salud "Plaza de la



Revolución", durante las rendiciones de cuentas del Poder Popular<sup>(3)</sup>.

Nota: Se cuantificó la participación de los electores, en cuanto a salud pública se refiere, o sea, sólo consideramos los planteamientos que hizo la comunidad del área, que involucraba a la instancia del policlínico su resolución.

Para la cuantificación, cualificación y resolución de los planteamientos hechos por la comunidad, a través de las instancias del Poder Popular, se utilizaron los mismos indicadores y criterios del inciso 2.1.

---

(3)

En el área de salud del "Policlínico Plaza de la Revolución" están comprendidas 13 circunscripciones del Poder Popular con su correspondiente delegado (representante del poder estatal) que ha sido elegido por ellos mismos -mediante el voto directo y secreto- por un período de dos años. En cualquier momento los electores pueden revocarlo de su cargo, cuando consideren que no realiza a cabalidad sus funciones.

El delegado tiene la obligación de reunirse con sus electores cada tres meses -cuando se abre el período de rendiciones de cuentas y tiene que informar de toda la gestión realizada para resolver las peticiones y planteamientos formulados en la rendición de cuentas anterior, y a su vez recoger nuevos planteamientos o inconformidades ante la solución dada a los mismos.

Cabe mencionar, que este delegado no responde únicamente al sector salud, el mismo representa la autoridad del Estado en el nivel local y atiende todos los problemas que de una u otra forma están afectando a los residentes en la circunscripción. (Educación, transporte, construcción, comercio, abastecimiento, etc.).

Es también de importancia señalar que el delegado que representa a su comunidad en las instancias del Poder Estatal, no se desliga de su puesto de trabajo en el proceso de producción social -sigue cumpliendo sus funciones de trabajador- y no recibe remuneración adicional por el cargo que desempeña como representante de sus electores, ante la Asamblea del Poder Popular.



3. Valoración de otro tipo de variables (intervinientes).

A modo un tanto opinático y subjetivo, se trató de medir algunos aspectos de índole psicosocial, tanto de los propios responsables de salud, como de la comunidad -indirectamente a través de los responsables del frente de salud.

Para tales fines definimos los siguientes indicadores:

- 3.1. Motivación, interés y tiempo que le dedica al trabajo del frente y salud.
  - 3.2. Relaciones y frecuencia con que se reúne y visita a la comunidad que representa.
  - 3.3. Cooperación que le brinda la comunidad que representa, para la ejecución y cumplimiento de las tareas de salud que se le orientan.
4. También tratamos de indagar el tipo de relación que ha mantenido el equipo de salud con el responsable de salud de la comunidad. Valoramos si ha sido visitado por dicho equipo, para educarlo y orientarle cómo debe realizar su trabajo. (Mínimo dos visitas del equipo de salud al año).
5. Por último nos interesó valorar el tiempo que tenía el responsa-



ble del frente de salud realizando sus funciones, y el tipo de elección<sup>(4)</sup>.

- 5.1. De nueva elección (lleva hasta dos años de responsable).
- 5.2. Ratificado en su cargo (lleva más de dos años como responsable).

---

(4) Los responsables de los diferentes frentes con que cuenta la organización a nivel de base -que especificaremos más adelante- son elegidos en asambleas a través del voto abierto (a mano alzada), por la propia comunidad. La duración de los cargos es de dos años, pero pueden ser revocados por la comunidad que lo eligió, cuando los mismos lo consideren necesario. También puede darse el caso de ser ratificados en sus cargos cuando se convoca a la asamblea de renovación de mandatos. En caso de renuncia, el cargo queda vacante y el coordinador de la zona de la organización de los CDR, puede nombrar un sustituto. Dicho nombramiento se somete a la consideración de la base, y puede ser ratificado o revocado en la próxima asamblea. Cabe señalar que en el año de 1976, se llevó a cabo la última asamblea de renovación de mandatos de los Comités de Defensa de la Revolución y la próxima será en 1979, coincidiendo con las elecciones de delegados al poder popular.



## 5. Aspectos técnicos

Para los efectos del proceso de recolección de información, el presente estudio se dividió en tres fases:

FASE I, que comprende cinco subfases:

Subfase A. Recolección de información para la caracterización del área de salud de acuerdo a: su división político-administrativa, su organización y división en sectores de salud, su división en zonas y niveles jerárquico-administrativos de los cuales depende y a quienes responde de su gestión.

Se recolectó esta información con base a entrevistas realizadas al Director de la Unidad, y Jefes de Departamento del Policlínico.

Subfase B. Recolección de información para la caracterización del área en cuanto a sus aspectos de urbanización, infraestructura, comunicación etc. Para esta fase se utilizaron los informes anuales que realiza el policlínico. (Principalmente el informe del Departamento de Higiene y Epidemiología).



Subfase C. Recolección de información en cuanto a la organización de la comunidad residente en el área. Para esta fase se utilizaron entrevistas a los Coordinadores de las organizaciones de masas (de los comités de defensa de la revolución y de la federación de mujeres cubanas).

Subfase D. Recolección de información en cuanto a las actividades que ha realizado el policlínico para promover, conducir y dirigir el proceso de participación en salud. Para esta fase se utilizaron los informes anuales que realiza el policlínico. (Principalmente el informe del Departamento de Psicosocial, el cual tiene a su cargo la coordinación de las actividades con la comunidad).

Subfase E. Recolección de información sobre la base de datos secundarios (censo del área), para la caracterización de la misma y la composición de sus habitantes por edad, sexo, ocupación, etc. Además del censo realizado por el Departamento de Estadística del policlínico, también se utilizó el libro de registro de actividades "libro rojo", del año 1977 y 1978.



**FASE II** Comprendió la fase de recolección de información para valorar y cuantificar la participación de la comunidad en el momento de hombres objeto, o sea, su participación en la ejecución de tareas de salud.

Para esta fase se utilizó un cuestionario, obteniéndose el dato directamente del entrevistado -responsable del frente de salud de cuadra- (Ver anexo).

**FASE III** Comprendió la fase de recolección de información para valorar y cuantificar la participación de la comunidad en el momento de hombres-sujeto, o sea, su participación en la gestión de dirección (tanto en el órgano colectivo de dirección del policlínico, como en la instancia del poder popular, - rendiciones de cuentas de las circunscripciones.

Para esta fase, se utilizaron fuentes secundarias de registro.



## DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS PARA LAS

### FASES II Y III

#### FASE II

Para el estudio de cuantificación de la participación en la ejecución de tareas de salud, seleccionamos como nuestro universo, el total de los responsables de los frentes de salud de cuadra de los comités de defensa de la revolución<sup>(5)</sup>.

Se realizó un censo de todos los responsables de frentes de salud comprendidos en el área "Plaza de la Revolución", dando un total de 195 RFS.

De los mismos, 182 se encontraban activos en sus funciones para un 93.9% estando 12 frentes de salud con responsable electo, pero no activos en sus cargos. En muchas ocasiones existen "activistas de salud", que sin ser electos como responsables, éstos comienzan a realizar funciones de tales. (Para efectos del estudio, "los activistas",

---

(5) Los comités de defensa de la revolución, llamados también CDR, son la organización de masas que agrupa a más del 90% de la población cubana, mayor de 14 años. Cabe señalar que esta organización es una organización social, que dentro de sus funciones, cumple con actividades de apoyo a la gestión del Ministerio de Salud Pública de Cuba. La unidad más pequeña de la organización lo constituye la CUADRA, donde existe un COMITE DE CUADRA DE LOS CDR. La estructura organizativa del mismo será explicada con mayor detalle en la parte correspondiente a la presentación de resultados. Varias cuadras conforman la ZONA, constituyendo las mismas el primer nivel administrativo de la organización "Comité Municipal de los CDR". Los comités municipales conforman la "Dirección Provincial de los CDR", y las direcciones provinciales de las 14 provincias del País, conforman el nivel central o de nación "Dirección Nacional de los CDR".

Se denomina con el nombre de CEDERISTA, a todo miembro de la organización.



no fueron entrevistados).

De los 195, pudimos entrevistar 177, para un 90.8%, dejando de entrevistar a 17 (por la imposibilidad de encontrarlos en sus casas), para un 8.2%.

#### Escala de medición para el nivel de cumplimiento de las tareas de salud

Sólo se estableció escala de medición, para aquellas actividades normadas y controladas por el nivel administrativo de la organización de los CDR, ya que en estas actividades se establecen metas de cumplimiento anual y pudimos cuantificar el porcentaje de cumplimiento de las mismas<sup>(6)</sup>.

(6)

Las metas son fijadas anualmente de la siguiente manera:

Para las donaciones de sangre: Se reporta el número de personas mayores de 17 años y menores de 60 que tengan capacidad o estén en condiciones de donar sangre. Estas personas tienen que cumplir con un mínimo de una donación anual. La meta es el 100% de dichas personas.

Para las pruebas citológicas: Se reporta el número de mujeres casadas de cualquier edad y las solteras mayores de 30 años, que no se han hecho la prueba citológica en el año, o que la misma la tienen vencida (prueba caduca). La meta es el 100% de dichas mujeres.

Para el censo de vacunación de polio: No se fijan metas de cumplimiento. Pero para los efectos del estudio planteamos una escala de medición de acuerdo a los siguientes criterios:

- Alto cumplimiento: responsable que realizó en forma completa el censo de todos los niños menores de 4 años y 9 años cumplidos.
- La media (norma): responsable que le faltó censar niños.
- Bajo cumplimiento: responsable que no censó a los niños.



Se estableció entonces:

**Alto cumplimiento:** Para aquellos responsables que cumplieron la meta anual, por encima del 80%.

**La media (norma):** Para aquellos responsables que cumplieron la meta anual entre el 80-50% (esta norma se fijó con base al criterio de la experiencia).

**Bajo cumplimiento:** Para aquellos responsables que cumplieron la meta anual, por debajo del 50%.

#### Verificación de las respuestas

Para las actividades normadas se les pidió el comprobante de:

- La donación de sangre<sup>(7)</sup>
- La prueba citológica<sup>(8)</sup>

---

(7)

A cualquier miembro de la comunidad que asiste al banco de sangre a donar su sangre, se le entrega un comprobante de donación, el cual tiene que entregárselo al responsable del frente de salud de su cuadra. Este comprobante lo conserva el responsable y es lo que se utiliza para realizar los controles de cumplimiento de las metas y para el chequeo emulativo (Ver Anexo).

(8)

A cualquier mujer casada de cualquier edad, o soltera mayor de 30 años que asiste al policlínico y se realiza la prueba citológica, se le entrega un comprobante que debe entregar al responsable del frente de salud de su cuadra. También lo conserva el responsable y sirve para el control del cumplimiento de las metas y el chequeo emulativo. (Ver Anexo).



- La planilla del censo de vacunación de polio<sup>(9)</sup>

Se les preguntó la meta anual que tenían para cada actividad y se calculó el por ciento de cumplimiento.

Para las actividades no normadas y el resto de las preguntas, se jugó con la veracidad del entrevistado.

Todas estas actividades fueron valoradas y cuantificadas en su cumplimiento, para el año de 1977.

Para esta fase también se utilizaron los resultados de inmunización de la campaña de vacunación de polio del área de salud "Plaza de la Revolución" para el año de 1977 la cual es realizada por los responsables del frente de salud de cuadra.

El policlínico a través del departamento de enfermería se encarga de dar los caramelos para la vacunación, y de recuperar los dosis, una vez terminada la campaña.

FASE III

Para el estudio de la cuantificación de la participación de la comunidad en la gestión de dirección, utilizamos las siguientes técnicas:

---

(9) De 30 a 60 días antes de empezar la campaña de vacunación, (en febrero) el departamento de enfermería del policlínico hace entrega a los responsables de salud, de una planilla donde deben realizar el censo de los niños menores de 4 y 9 años cumplidos, residentes en su cuadra. El responsable conserva una copia de esta planilla -para los efectos propios de la vacunación- otra va al departamento de enfermería del policlínico y una tercera copia se envía a la dirección municipal de los CDR (Ver Anexo).



1. Para valorar la participación en el órgano colectivo de dirección "Consejo de Salud del Pueblo" <sup>(10)</sup> tomamos las actas de las sesiones de estos consejos, desde su creación en Junio de 1977, hasta Junio de 1978 (un total de 12 actas correspondientes a un año de sesiones). Se elaboró un cuestionario guía para obtener la información siguiente:

(10)

El consejo de salud del pueblo, es un órgano colectivo de dirección del policlínico, el cual está institucionalizado e incluido en el organigrama del policlínico.

Dicho consejo tiene un carácter de ejecutivo, y es responsabilidad del director de la unidad, hacer cumplir los acuerdos y resoluciones que se tomen en el mismo. También es un órgano al cual se convoca para asuntos de consulta, asesoría e información.

Esta constituido por los responsables de salud de Zona de los CDR. -que son los representantes de los responsables del frente de salud de cuadra de los CDR- siendo un total de 12, y por los miembros del consejo de dirección del policlínico que son un total de 8, a saber:

- Director
- J' del departamento de pediatría
- J' del departamento de ginecobstetricia
- J' del departamento de medicina interna
- J' del departamento de enfermería
- J' del departamento de psicosocial
- J' del departamento de higiene y epidemiología
- J' del departamento de estadística

En calidad de invitados asisten: (tienen voz pero no voto)

- El administrador de la unidad
- El secretario del núcleo del Partido Comunista de Cuba.
- El secretario del comité de dirección de la Unión de Jóvenes Comunistas.
- El secretario general de la sección sindical del centro.
- También asisten pero no con carácter regular, el presidente del CDR a nivel municipal, el coordinador de salud del nivel municipal y el que atiende al sector salud por el poder popular municipal.

El consejo de salud del pueblo lo preside el director del Policlínico y cuenta con una secretaria de actas que lleva el control de acuerdos. Sesiona una vez al mes, (los segundos jueves) a las 9 de la noche.



- Número de participantes: Por el control de asistencia que se lleva en cada acta, se sacó la participación en cuanto a la asistencia de sus miembros.
- Número de planteamientos: Sólo se obtuvo el número de planteamientos hechos por la comunidad -a través de los responsables de cuadra y de zona- en cuanto a sus demandas, quejas y sugerencias. Se obviaron todos aquellos asuntos de carácter informativo o educativo para la comunidad.
- Número de planteamientos con nivel de solución en el policlí--nico (ya definidos en aspectos teórico-metodológicos).
- Número de planteamientos con nivel de solución en otras ins--tancias administrativas (idem).
- Porcentaje de resolución de los planteamientos: A través del control de acuerdos que se lleva en las actas, se chequeó si los planteamientos hechos por la comunidad se le habían dado curso, se habían resuelto, o quedaban pendientes. Se valoró cuántos de los planteamientos hechos no se informaron de su curso o solución.
- Carácter de los planteamientos: Higiénico-sanitarios, administrativos, y relación médico paciente. (Ya definidos en los aspectos teórico-metodológicos).

**Nota:** Por ser los planteamientos que se recogen en las actas, hechos por los responsables de salud de zona, los cuales pueden provenir de los responsables de frente de salud de cuadra,



u otro miembro residente de la comunidad -que a veces no se precisa- fue muy difícil caracterizar la participación de los agentes de acuerdo a su ubicación en el proceso de producción social. En tal sentido, nos limitamos a cuantificar y cualificar la participación global.

2. Para la participación de la comunidad en la gestión de dirección en el nivel de las instancias del poder político (Poder Popular), se tomaron todas las actas del Poder Popular llegadas al Policlínico, durante el año de 1977 y el primer semestre de 1978. <sup>(11)</sup>

---

(11)

Después de cada rendición de cuentas de las circunscripciones del Poder Popular, el delegado canaliza los planteamientos de los electores y se dirige a las instancias administrativas del Estado. Para el sector salud sería en nuestro caso, la dirección municipal del poder popular del sectorial salud. La dirección administrativa manda una relación -acta- de los planteamientos de los electores, a las unidades de atención médica que están bajo su jerarquización -El Policlínico Plaza de la Revolución sería un ejemplo- El acta la recibe el director de la unidad, quien la dirige al departamento que tiene la competencia del asunto, y le da solución al mismo. Luego se visita al elector en su domicilio y se le informa de la gestión realizada ante el planteamiento formulado en la rendición de cuentas. Se da un plazo de 10 días para dar curso a los planteamientos y proceder a su contestación. El elector puede o no quedar satisfecho con la solución, si no queda lo puede volver a plantear y si la situación escapa de las posibilidades de resolverse a ese nivel, el problema es elevado a la Asamblea Municipal del Poder Popular. El responsable de dar solución y respuesta a los planteamientos por parte del policlínico, debe contestar por escrito a la instancia administrativa de salud (Dirección Municipal), explicando la gestión realizada y el nivel de satisfacción del elector, Sobre estos informes fue que se realizó la investigación. Cabe mencionar que los electores no deben esperar la rendición de cuentas para plantear algún problema, ellos pueden dirigirse en el momento que lo deseen -los días de despacho- a su correspondiente delegado de circunscripción.



A los informes -respuestas- que el policlínico da a dichas actas, se les aplicó un cuestionario guía con el mismo contenido que el aplicado a las actas del consejo de salud del pueblo.

Por registrarse en las actas, se valoró también el nivel de conformidad del elector ante la solución dada a su planteamiento.



## 6. Presentación de Resultados

- 6.1. Descripción del área de salud "Plaza de la Revolución".
  - 6.1.1. División Político Administrativa.
  - 6.1.2. Organización de Salud Pública.
  - 6.1.3. Estructura Organizativa del Policlínico.
  - 6.1.4. Organización Social.
- 6.2. Actividades realizadas por el Policlínico, para promover, y conducir el proceso de participación de la comunidad  
Año 1977.
- 6.3. Composición de la población del área de salud según:  
edad, sexo, escolaridad, población económicamente activa,  
categorías ocupacionales.
- 6.4. Resultados de la investigación propiamente dicha.



### 6.1. Descripción del área de salud "Plaza de la Revolución" (°)

El área de salud, que tiene como unidad de atención médica primaria el Policlínico Plaza de la Revolución, tiene una extensión territorial de  $2.5 \text{ Km}^2$ , con una cobertura poblacional de 37,0008 habitantes, dando una densidad de población de 14,803 habitantes por kilómetro cuadrado.

Tiene características eminentemente urbanas, dotada de todos los servicios. En la misma están incluidos centros laborales de producción nacional, las sedes de organizaciones políticas (Comité Central del Partido Comunista de Cuba) y organismos ministeriales tales como; el Ministerio de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Transporte y el Ministerio de Comunicaciones. Existen de igual forma centros culturales de importancia como la biblioteca nacional José Martí y el Auditorium Nacional. En esta área también están ubicados centros editoriales de importancia nacional como son: el periódico Granma, la Revista Bohemia y Verde Olivo.

Cuenta con un espacio recreativo de unos  $600 \text{ Km}^2$  denominado "la Feria de la Juventud" y también se encuentra la sede de la

---

(°)

En la terminología utilizada por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, se denomina área de salud al nivel primario de atención médica -que en este caso es un Policlínico- que tiene una cobertura aproximada de 30,000 habitantes. Se denomina área porque la unidad de atención no sólo tiene una cobertura poblacional sino también geográfica, sobre todo para los aspectos concernientes a la atención del ambiente.



terminal de Omnibus inter-provinciales de la Ciudad de La Habana.

En cuanto a su urbanización se refiere, cuenta con unidades habitacionales del tipo "multifamiliar" denominadas microbrigadas, las cuales fueron construidas después de la revolución, por contingentes de trabajadores seleccionados de los centros laborales. Tiene un total de 83 ciudadelas y 8,053 viviendas.

6.1.1. División Político Administrativa del área de salud "Plaza de la Revolución".

El espacio geográfico del área de salud, está comprendido entre dos municipios de la Provincia Ciudad de La Habana, estando una parte incluida dentro del municipio Cerro y otra -la más grande- dentro del municipio Plaza de la Revolución.

Esto quiere decir, que el área de salud no tiene ni una cobertura poblacional ni una cobertura geográfica, correspondiente con la división político administrativa que rige en la actualidad en el País (la cual fue instaurada a partir de 1977 en tres niveles; Municipio, Provincia y Nación).

A consecuencia de esto, dicha unidad tiene que responder a dos instancias en los ejecutivo-administrativo, (Poder Estatal) que serían: La Asamblea Municipal del Poder Popular del Municipio Cerro y la Asamblea Municipal del Poder Popular del Municipio Plaza de la Revolución.



De igual forma, en cuanto a salud pública se refiere, tiene que responder a dos instancias en lo técnico-normativo que serían: La Dirección Municipal de Salud Pública del Municipio Cerro y la Dirección Municipal de Salud Pública del Municipio Plaza de la Revolución.

En tal sentido, conocemos que esta situación no es motivo de conflictos o contradicciones en los procedimientos administrativos, por el carácter de normación nacional que tienen los mismos. Sin embargo, es evidente que la complejidad de los aspectos de índole administrativos aumenta por tener que responder a cuatro instancias a la vez, cuando lo correcto es responder a dos. (una normativa y otra ejecutiva).

Siguiendo con la división político administrativa, tenemos de igual forma que las circunscripciones del Poder Popular comprendidas en el área de salud, también confrontan este problema, o sea, que existen circunscripciones de los dos municipios mencionados anteriormente. En tal sentido sí pensamos que ésto puede ser un factor que eleva la complejidad de la gestión de los delegados de circunscripciones y por ende también el proceso de participación de los agentes, en el nivel de toma de decisiones.

Esta situación nos impidió conocer a ciencia cierta, el número de electores que existen en el área, ya que cada asamblea del Poder Popular Municipal, tiene el número total para cada municipio, encontrándonos con la dificultad de discriminar cuántos de ese total, tenían como Policlínico el Plaza de la Revolución.



Se estima que dentro del área de salud, existen 13 circunscripciones del Poder Popular, de las cuales 5 son del Municipio Cerro y 8 son del Municipio Plaza de la Revolución. Esto daría un número aproximado de 18,000 a 20,000 electores (personas mayores de 16 años). Consideramos que esta situación debe ser sometida a una revisión y estudio, con el fin de adecuar la división de salud pública, a la división político administrativa que adoptó el País a partir de 1977, con el objeto de lograr disminuir situaciones conflictivas tanto desde el punto de vista administrativo, como en el propio proceso de participación popular.

Tal como lo mencionamos anteriormente, esta situación la formulamos como un "supuesto" de problemas y complejidad administrativa que puede ser un factor que obstaculice la participación. Sin embargo, aquí sólo nos limitamos a mencionarlo, siendo necesaria una investigación aparte que fundamente lo dicho, y sobre esta base proceder a los cambios pertinentes.

#### 6.1.2. Organización de Salud Pública

Revisando algunos aspectos de organización del Sistema Nacional de Salud de Cuba, vimos que está dividido en niveles de atención (primario, secundario y terciario) y en niveles administrativos en el orden técnico-normativo (Dirección Municipal, Provincial y Nacional).

En este caso particular, el Policlínico Plaza de la Revolución por ser un nivel de atención primaria, es jerarquizado por la ins



tancia municipal, que por lo señalado anteriormente responde a dos: La Dirección Municipal de Salud del Municipio Cerro y del Municipio Plaza. A ellas tiene que rendir cuentas de su gestión, mensualmente siendo éstas direcciones, las que controlan, norman y orientan los procedimientos técnicos-metodológicos del modelo "medicina de la comunidad".

Dicho modelo se fundamenta en los siguientes principios<sup>(12)</sup>:

**Atención Médica Integral:**

Considerando la unidad de los aspectos preventivos y curativos, así como lo biológico, psicológico, social y del ambiente físico que está en interacción con el individuo.

**La sectorización:**

Este elemento constituye uno de los de mayor categoría al permitir que la atención médica integral se realice plenamente. En ella se responsabiliza al médico de atención primaria, junto con el psicólogo, trabajadora social, y trabajador sanitario, de un número determinado de habitantes, según los grupos de edades y sexo de la población que conforman el área de salud.

---

(12)

Para mayor detalle consultar: Fundamentación para un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad, Ministerio de Salud Pública, República de Cuba, octubre 1976.



El médico con su equipo, son responsables de todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad de sus usuarios, tanto sanos como enfermos, así como su ambiente inmediato físico y social.

El área de salud Plaza de la Revolución, está dividida en 8 sectores de salud, contando cada uno de los mismos con un médico internista, un pediatra, un trabajador sanitario, y un psicólogo o psicometrista y con un médico gineco-obstetra por cada dos sectores.

Cada médico de sector cuenta de igual forma con una enfermera de sector en las diferentes especialidades básicas.

#### Regionalización:

Siendo esta la base para establecer la interrelación de los distintos niveles de la organización y en especial del Policlínico con los hospitales. El área de Salud del Policlínico Plaza, tiene como hospitales base -donde remite a los pacientes que requieran el concurso del nivel secundario- al ginecobstétrico "Gonzalez Coro", el Clínico Quirúrgico "Manuel Fajardo" y al Pediátrico "Pedro Borrás" con quienes tienen nivel de relación continuo y canales administrativos y de organización necesarios, para recibir los pacientes que provengan del área de salud y luego remitirlos nuevamente a su médico en el nivel primario.



**Atención Médica Continuada:**

El médico y su equipo atienden a la población a él asignada a lo largo del tiempo. (la población sabe cuál es su médico, enfermera, psicólogo, trabajadora social y trabajador sanitario, según el sector al cual pertenece).

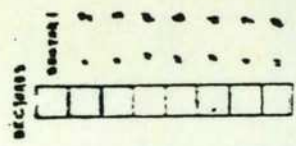
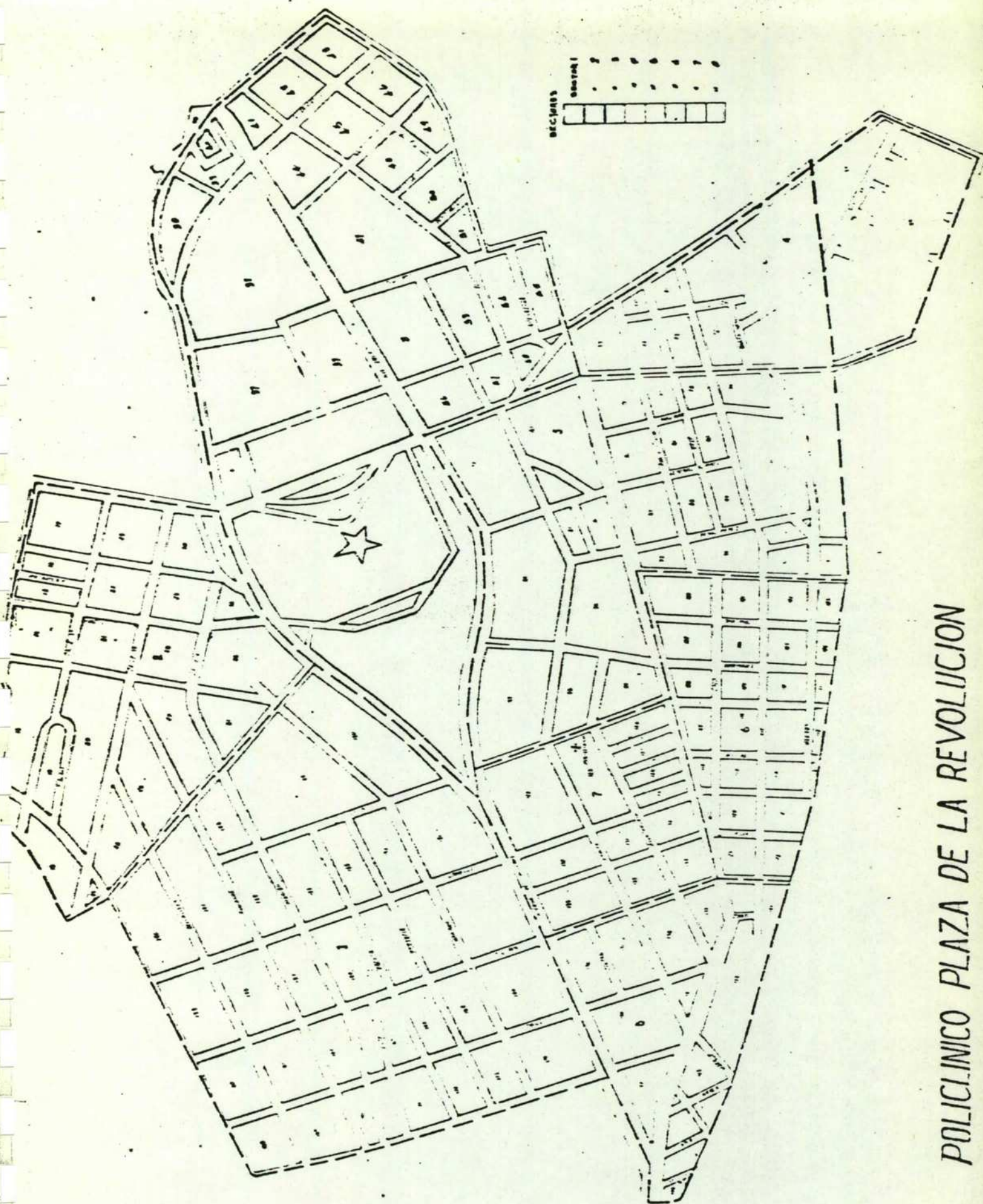
El médico y el equipo atienden al usuario, tanto en el Policlínico como en su domicilio, círculo infantil, escuela o centro de trabajo que se encuentre en el área de salud.

Concurre además a las instituciones del segundo nivel que atiendan a su paciente, para dar y recibir la información necesaria que le permita continuar el tratamiento y/o rehabilitación del paciente a su alta de la institución.

**Dispensarización:**

Conociendo el universo de su trabajo, el médico y su equipo pueden establecer dentro del mismo grupo, una selección de pacientes que siendo considerados sanos, son tributarios de una atención activa y controlada periódicamente. Serán entonces pacientes dispensarizados sanos: La mujer embarazada, el niño menor de un año y otros que a juicio de los especialistas requieran chequeo periódico. De igual forma, los pacientes con afecciones agudas y crónicas (asma, diabetes, epilepsia, enfermedad hipertensiva, tuberculosis, malnutrición, fiebre tifoidea, y otras), son





POLICLINICO PLAZA DE LA REVOLUCION



clasificados como pacientes dispensarizados, quienes se agrupan y se les establece su registro y control.

#### Participación Activa de la Comunidad:

Aspecto que es objeto del presente estudio, y a través del cual se puede apreciar su contenido.

#### 6.1.3. Estructura Organizativa del Policlínico.

Por no ser el objetivo de este trabajo, entrar en un análisis minucioso de los aspectos administrativos, sólo nos limitaremos a describir, ciertos aspectos de índole organizativo -que a nuestro juicio- ayudarán a tener una comprensión más global del proceso de participación en el nivel primario de atención médica.

El Policlínico cuenta con dos órganos colectivos de dirección que son:

El Consejo de Dirección (formado únicamente por personal del Policlínico).

El Consejo de Salud del Pueblo (formado por personal del Policlínico y representantes de salud de la comunidad).

Estos Consejos son los máximos rectores de la unidad, donde se toman acuerdos y resoluciones a través de la discusión colectiva y el voto.

·Siguiendo el principio del centralismo democrático -de discusión colectiva y mando unipersonal- le corresponde al director de la unidad la responsabilidad de hacer cumplir los acuerdos, siendo él, la



única línea ejecutiva superior.

El director jerarquiza a su vez a 8 departamentos, a saber:

Departamento de Medicina Interna

Departamento de Pediatría

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Departamento de Enfermería

Departamento de Higiene y Epidemiología

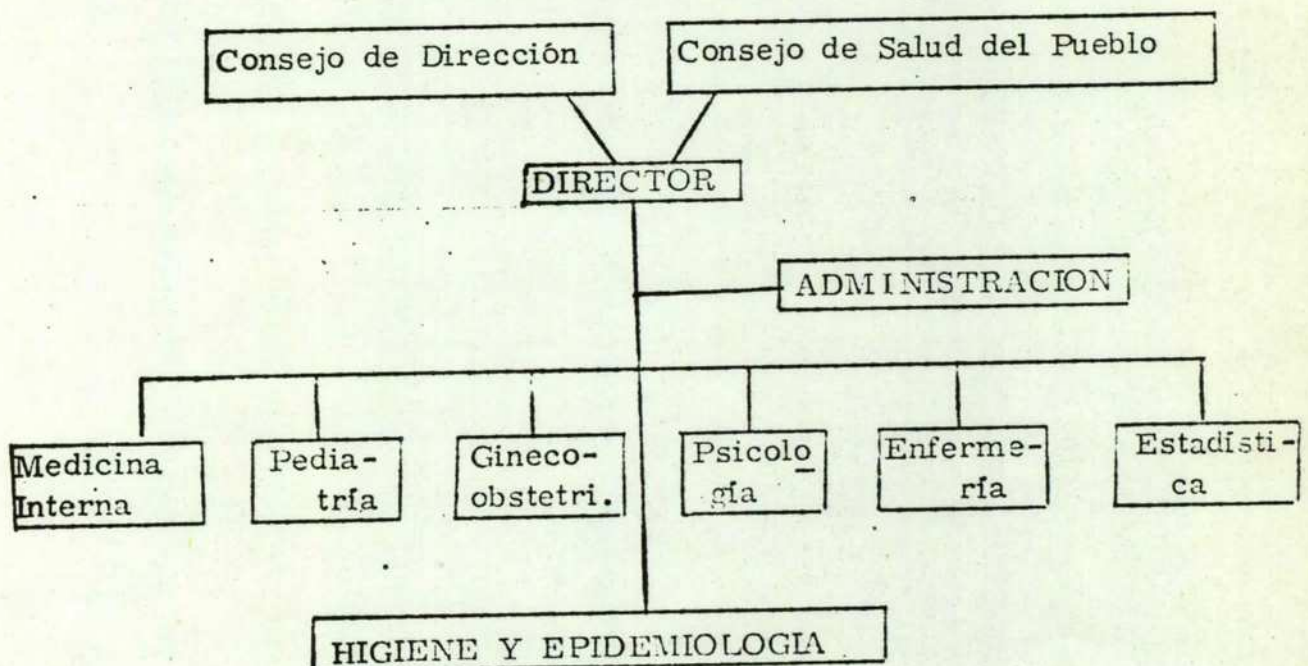
Departamento de Psicosocial

Departamento de Estadística

Servicios generales y administración

El Departamento de Psicosocial, además de dar asistencia, es el encargado de coordinar, programar, fomentar, y conducir todo el proceso de participación de la comunidad.

Estructura Organizativa (Organigrama de la Unidad)





El organigrama anterior muestra el nivel otorgado al "Consejo de Salud del Pueblo", como órgano colectivo de dirección, donde la comunidad residente en el área -a través de sus representantes de salud- ejercen funciones directivas y tienen acceso a participar, en el proceso de toma de decisiones de su propio Policlínico.

6.1.4. Organización social de la comunidad residente en el área de salud "Plaza de la Revolución".

Hemos venido insistiendo a lo largo de este trabajo, que la organización constituye un elemento fundamental y hasta un "prerrequisito", para desarrollar cualquier proceso de participación colectiva. En tal sentido, fue necesario investigar el nivel de organización de esta comunidad, y en especial sus mecanismos internos de decisión y coordinación con las instancias administrativas del Estado.

La comunidad residente en el área de salud, se encuentra organizada socialmente en dos:

1. Los Comités de Defensa de la Revolución y
2. La Federación de Mujeres Cubanas.

Las cuales son llamadas genéricamente "Organizaciones de Masas"<sup>(13)</sup>.

---

(13)

En Cuba, existe una distinción entre las diferentes organizaciones de acuerdo a su carácter y la función que las mismas cumplen. Podríamos destacar un ejemplo:

Organizaciones Políticas: El Partido Comunista de Cuba, la Unión de Jóvenes Comunistas y la Unión de Pioneros de Cuba (siendo estas dos últimas, las canteras de cuadros del partido).

../. ..



Resaltando aquí el hecho, de que estas organizaciones no han sido creadas para cumplir funciones de salud pública, como veremos más adelante, son organizaciones sociales a nivel nacional que constituyen como llamara Lenin, "Las correas de transmisión de la sociedad".

A modo ilustrativo, describiremos ciertos aspectos de índole general de dichas organizaciones de masas, para luego entrar en lo particular del área de salud Plaza de la Revolución.

#### Los Comités de Defensa de la Revolución

Como dijimos anteriormente, constituye la organización de masas que aglutina a más del 90% de la población cubana mayor de 14 años. La estructura de base es la cuadra, conformándose en cada una, un COMITE DE CUADRA DE LOS CDR.

Organizaciones del Poder Estatal: Los órganos del poder popular en sus diferentes niveles; Asamblea Municipal del Poder Popular, Asamblea Provincial, y Asamblea Nacional del Poder Popular.

Organizaciones Administrativas del Estado: (Gobierno), Consejo de Ministros, Ministerios, y Direcciones (tanto en el nivel provincial como Municipal).

Organizaciones de Masas: La Central de Trabajadores de Cuba, Los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños.

Organizaciones Estudiantiles: Federación de Estudiantes Universitarios, de estudiantes de enseñanza media, y de estudiantes de enseñanza media superior.

Organización Civil para la Defensa: Las milicias revolucionarias. Y otras organizaciones sociales que agrupan, profesionales, intelectuales, etc.



Cada Comité está constituido por 7 responsables de frente y un coordinador.

- El responsable del frente de Organización
- El responsable del frente de Vigilancia
- El responsable del frente de Educación
- El responsable del frente de Ideológico
- El responsable del Frente de Finanzas.
- El responsable del frente de trabajo voluntario.
- El responsable del frente de Salud Pública

Todos estos responsables realizan un trabajo de tipo voluntario, que combinan con sus actividades laborales, políticas o domésticas.

Un número determinado de cuadrás conforman una ZONA, teniendo una estructura organizativa homóloga a la del comité de cuadra, de donde, cada responsable de un frente de cuadra responde a su homólogo en la zona.

El conjunto de zonas de un municipio, conforman la Dirección Municipal de los CDR, quienes con una estructura homóloga, son los que se coordinan con las diferentes direcciones administrativas del Estado, del Partido y de los Organos del Poder Popular Municipal.

Las direcciones municipales conforman la Dirección Provincial de los CDR -también con una estructura homóloga- y las 14 provincias del País, constituyen la Dirección Nacional.



La dirección nacional orienta y normá una serie de actividades, que son bajadas a los niveles provinciales y municipales quienes se encargan de llevarlo a nivel ejecutor (Zona y Cuadra), donde se discute y analiza las orientaciones del nivel superior, se elevan nuevamente -con todas las modificaciones y criterios sugeridos por la base- y se revierte en un plan definitivo.

El máximo órgano rector de la organización lo constituye el CONGRESO DE LOS CDR, conformado por delegados de todo el País. A ese nivel se realizan las votaciones para los cargos directivos -mediante el voto directo y secreto- y se discuten y aprueban las tesis y resoluciones que guiarán el trabajo de la organización para el próximo período.

#### La Federación de Mujeres Cubanas

Es una organización de masas, femenina, que agrupa a todas las mujeres cubanas mayores de 14 años.

La unidad de base es el BLOQUE, constituido por una delegada coordinadora y 5 frentes, a saber:

- Delegada por el frente de Organización
- Delegada por el frente de Finanzas
- Delegada por el frente de Educación
- Delegada por el frente Ideológico



(14)

- Delegada por el frente de Trabajo Social

Cabe mencionar que los frentes de Educación e Ideológico no se superponen en sus funciones con los frentes de Educación e Ideológico de los CDR.

Estos frentes trabajan fundamentalmente sobre los aspectos de interés para la mujer, y en cuanto a educación se refiere, se encarga de elevar el nivel cultural de las amas de casa, principalmente de aquellas que no han alcanzado el sexto grado; organizando junto con el Ministerio de Educación las escuelas primarias de la FMC para mujeres no trabajadoras, mientras que el frente de Educación de los CDR, vela por la educación de los niños y superación cultural del resto de los adultos.

Los bloques conforman una estructura superior que es la DELEGACION, la cual tiene una estructura organizativa homóloga a la del bloque.

---

(14)

Este es el frente de la FMC, que tiene su vinculación con el nivel primario de atención médica. El departamento de enfermería de la unidad, junto a la trabajadora social, coordina con la federada las actividades que la misma debe realizar en apoyo al sistema de atención médica. A partir del año de 1978, se reformularon las actividades de este frente, quedando desde entonces, encargadas de los programas de reducción de la mortalidad infantil, prevención del cáncer cervicouterino y los programas de vacunación antitetánica de la ama de casa.

La responsable de este frente se encarga también de captar a voluntarias para el programa de capacitación de las BRIGADISTAS SANITARIAS, quienes son entrenadas por el departamento de enfermería - Según el programa FMC-MINSAP para realizar las actividades arriba mencionadas, y otras tales como; primero auxilios; prevención y educación para la salud de las amas de casa, etc.



Igual que los CDR, las delegaciones de un municipio constituyen la dirección municipal de la FMC, éstas, las direcciones provinciales y el total de las mismas, la Dirección Nacional.

Los comités ejecutivos de cada instancia, son los encargados de realizar las coordinaciones con los correspondientes niveles del partido, las direcciones administrativas del estado (sector salud y educación principalmente), y los órganos del poder popular.

Los cargos a nivel de base (bloque y delegación) son elegidos en asamblea, a través del voto abierto a mano alzada, mientras que los cargos directivos son elegidos mediante el voto directo y secreto en el Congreso de la FMC, que cuenta con delegadas de todo el país.

#### Comités de Defensa de la Revolución en el área de salud "Plaza de la Revolución"

Dentro del área de salud, existen 194 comités de cuadra y 12 zonas de CDR, de estas 12 zonas, 5 responden a la dirección municipal del Municipio Cerro, y 7 responden a la dirección municipal del Municipio Plaza. Como vemos, el problema confrontado con la división político administrativa, repercute también en la división de la organización. El policlínico y específicamente el departamento de psicosocial, tiene que coordinarse con dos instancias administrativas de los CDR, y con dos responsables de Salud Pública en el nivel municipal. Tenemos conocimientos -a través de las entrevistas realizadas- que los responsables de salud a nivel municipal, no siempre coinciden en sus criterios, con respecto al trabajo con el policlínico, lo cual indudablemente puede



ser un obstáculo para el propio proceso de participación.

Por otra parte, el trabajar con zonas de CDR, que responden a instancias directivas diferentes, puede traer consigo dualidad en cuanto a las formas de operar y conducir las tareas de apoyo al nivel primario de atención médica.

Esta situación merece también ser sometida a un estudio, partiendo de la hipótesis de que las circunstancias propias de índole administrativo y organizativo, pueden tener repercusiones sobre el desarrollo del proceso de participación comunitaria en salud. Como bien dijimos en el punto anterior, mencionamos estos problemas cuyo conocimiento surgió en el transcurso de esta investigación, con el objetivo de abrir nuevas alternativas de estudio, que conlleven a un análisis de los factores objetivos de organización, como parte del desarrollo y perfeccionamiento de los mecanismos de participación popular.

#### FMC en el área de salud "Plaza de la Revolución".

Pudimos obtener poca información sobre el programa de adiestramiento que llevan las brigadistas sanitarias en el área de salud "Plaza de la Revolución". Fue fundamentalmente a partir del año de 1978, que el departamento de enfermería junto a la trabajadora social, empezó un plan de trabajo con la FMC, teniendo los años anteriores una vinculación un tanto deficiente. Sobre la crítica a este particular, donde se ha reconocido la necesidad de desarrollar con la FMC, el nivel de vinculación que se tiene con los CDR, se ha iniciado un plan de acti-



vidades para reforzar las relaciones entre el policlínico -específicamente el Departamento de Enfermería- y los frentes de Trabajo Social de la FMC.

Tenemos conocimiento de que dicha organización presenta también el mismo problema de los CDR, o sea, dentro del área hay bloques y delegaciones de la FMC que dependen de la dirección municipal del Municipio Cerro y del Municipio Plaza, razón por la cual no se puede saber a ciencia cierta con cuántos frentes de trabajo social cuenta el área de salud. Esto ha llevado a la necesidad de realizar un censo que para los momentos del estudio no se había concluido, y emprender toda una tarea de organización y planeación para realizar las consecuentes coordinaciones con los frentes de trabajo social, las brigadistas sanitarias y las direcciones administrativas de la FMC a nivel Municipal.

Las situaciones expuestas en relación a la FMC, del área de salud Plaza de la Revolución -recientemente incorporación de los frentes, al trabajo de apoyo en salud pública, la reformulación sobre los objetivos que dicha organización cumplirá desde el punto de vista del trabajo social y de salud, etc., fueron motivos que nos impidieron incluir en esta investigación, a la organización de la Federación de Mujeres Cubanas.

En tal sentido, esperamos que para próximos estudios sobre esta misma línea, se considere a la FMC como una organización importante con respecto a su participación en el nivel primario de atención médica.



6.2. Actividades desarrolladas por el Policlínico "Plaza de la Revolución" para promover y conducir el proceso de participación de la comunidad en la gestión del nivel primario de atención médica.

Como mencionamos anteriormente, el departamento de psicosocial del Policlínico Plaza de la Revolución, es el encargado de centralizar, coordinar, motivar y fomentar la participación de la comunidad en la gestión de salud. "Nuestro departamento se perfila como un elemento motivador y sensibilizador, tanto de la comunidad como del equipo de salud, buscando lograr la comunicación e interrelación adecuada entre ambos"<sup>(15)</sup>.

Acciones directas con la comunidad

Estas acciones se dividen en dos tipos:

1. Individuales: realizadas con los líderes o cuadros formales de la comunidad (responsables de salud de los CDR, a nivel municipal, zonal y de cuadra), con el objetivo de modificar actitudes y esquemas de trabajo, así como conocer su motivación y disponibilidad, hacia su labor como responsable de salud.

---

(15)

Balance del trabajo realizado por el departamento de psicosocial durante el año de 1977 (comparativo con los años 1975-1976). Informe anual del departamento. Mimeografiado. Enero de 1978. Archivo del departamento.



1.1. Entrevistas con los responsables de salud a nivel municipal y zonal para efectuar coordinaciones y motivarlos en su trabajo.

Año	No. de visitas
1975	34
1976	71
1977	109

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial Policlínico "Plaza de la Revolución", Enero de 1978.

1.2. Visitas domiciliarias a responsables de los frentes de salud de cuadra de los CDR <sup>(16)</sup>

Año	No. de visitas
1975	96
1976	135
1977	223

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial del Policlínico "Plaza de la Revolución", Enero de 1978.

(16)

Observación que se explica en el informe: durante el año de 1976, sólo reflejamos las visitas realizadas por el personal de nuestro departamento durante el primer semestre, pues a partir del mes de julio comenzaron a efectuarla los equipos horizontales de los sectores (médico-enfermera de las especialidades de Medicina Interna, Ginecobstetricia y Pediatría). En el año de 1977 retomamos esta actividad, por considerarla necesaria para cumplir con los objetivos del departamento, programando y realizando al menos 2 visitas a cada responsable de salud de cuadra durante el año.



2. Grupales: tendientes a lograr la capacidad de los responsables de salud, en las actividades de los programas básicos de trabajo del policlínico, para así lograr una participación de la comunidad más consciente y eficaz.

2.1. Reuniones informativas

Año	No. de reuniones	Asistencia
1975	18	866
1976	3	64
1977	11	459

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial del Policlínico "Plaza de la Revolución". Enero 1978.

2.2. Dinámicas de grupo<sup>(17)</sup>

Sector	1975	1976	1977
1	2	5	2
2	1	5	2
3	1	4	3
4	-	1	2
5	-	3	3
6	3	2	6
7	1	2	4
8	1	3	3
Total realizadas.	9	25	25
Total suspendidas	3	2	5
Asistencia total	451	752	587
Promedio de asistencia por reunión.	50.11	30.08	23.48

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial, Enero, 1978.

(17) Nota aclaratoria que se explica en el informe:

Debemos señalar que, mientras que en los comienzos de la implantación del modelo en 1975, tratábamos de que la asistencia a las dinámicas de grupo fuera la mayor posible, durante el año de 1977 las realizamos solamente con los responsables de salud de cuadra. Esto nos permitió mejorar la calidad de las mismas, así como comenzar a crear en ellos, conciencia, de la responsabilidad que tienen frente a la masa de la cual son representantes, con relación a los problemas de salud (esto es lo que explica la disminución en el promedio de asistencia).



2.3. Escuelas Populares de Salud<sup>(18)</sup>

Sector	1975	Graduados	1976 graduados	1977 graduados
1	-	-	1 20	- -
2	-	-	2 33	1 10
3	1	20	- -	1 12
4	-	-	- -	1 8
5	-	-	1 14	1 8
6	-	-	1 5	- -
7	1	14	- -	- -
Zonal	1	12	- -	- -
Totales	3	46	6 89	6 68

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial del Policlínico "Plaza de la Revolución". Enero, 1978.

Nota: Como podemos observar en el cuadro, en el año de 1977 no se realizaron escuelas populares de salud en 2 sectores y en el nivel zonal (a los representantes de salud de zona del CDR), razón por la cual no pudimos cuantificar -a través de la encuesta- la asistencia a esta actividad para el año de 1977, ya que habían un número considerable de responsables de salud que no fueron convocados por el Policlínico.

(18)

Esta actividad se realiza básicamente con los responsables de salud con el objetivo de lograr la capacitación de los mismos, así como el de interrelacionarlos con los equipos horizontales de los sectores (Médico-enfermera de las especialidades de medicina interna, ginecobstetricia y pediatría) así como con los equipos verticales de enfermería, psicosocial e higiene y epidemiología (equipos formados por grupos de técnicos en la misma especialidad).



Actividades grupales, dirigidas a toda la comunidad<sup>(19)</sup>

Audiencias educativas 1977

Sector	Aud. Progra- madas.	Aud. reali- zadas.
1	4	4
2	2	2
3	2	2
4	5	4
5	3	2
6	2	2
7	2	2
8	2	2
Total	22	20

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial del Policlínico "Plaza de la Revolución".

Círculos de orientación familiar<sup>(20)</sup>

Sector	Círculos rea- lizados
1	2
2	1
3	1
4	1
5	1
6	2
7	1
8	1
Total	10

Fuente: Informe anual del departamento de psicosocial del Policlínico "Plaza de la Revolución".

(19) Son actividades con contenidos de educación para la salud, dirigidas a toda la masa. Comenzaron a realizarse a partir del año de 1977.

(20) Los círculos de orientación familiar comenzaron a partir del mes de julio de 1977. Su contenido es básicamente de educación u orientación a la familia, sobre los patrones de crianza infantil con vistas a lograr un desarrollo adecuado del niño. Se realizan a través de los CDR, utilizando la técnica de la charla con discusión de grupo.



Actividades relacionadas con la participación de la comunidad en la gestión administrativa del Policlínico

Durante el año de 1977, se realizaron 6 sesiones del Consejo de Salud del Pueblo, cuyos resultados serán presentados en este trabajo de investigación.

Se dio inicio a los Consejos de Salud a nivel de Sector. Para el año de 1978, se dio comienzo a esta actividad, con vistas a mejorar la participación de la comunidad a nivel de los comités de cuadra, y por ende obviar los problemas que en un momento dado conlleva la representatividad en el propio desarrollo de la participación.

Los Consejos de Salud a nivel de Sector consiste en el siguiente mecanismo: se reúnen todos los responsables del frente de salud de cuadra, con sus correspondientes equipos de salud; el médico y la enfermera de las especialidades de ginecología, medicina interna, y pediatría junto con el trabajador sanitario del sector y el psicólogo.

Estas reuniones tienen una periodicidad bimensual, y se realizan previo al Consejo de Salud del Pueblo.

Como mencionamos anteriormente, dieron su inicio a partir del año de 1978, por lo que todavía no se han evaluado sus resultados.

Reuniones de los representantes de salud de la comunidad a nivel de zona con: el departamento de servicios generales del Policlínico.



Durante el año de 1977 se realizó una reunión con todo el personal auxiliar y de limpieza de la unidad, donde la comunidad planteó sus inquietudes con relación a los aspectos de limpieza e higiene del policlínico:

Aspectos tratados: <sup>(21)</sup>

- a - Situación higiénica de pasillos y baños.
- b - Situación ornamental de los recibos (Plantas, maceteros, etc).
- c - Aspectos del ahorro de energía eléctrica (apagar las luces y ventiladores).
- d - Aspectos de presentación personal de los empleados (uso de sus uniformes, y limpieza de los mismos.

Reunión de los residentes de las diferentes especialidades.

En el año de 1978, los representantes de salud de la comunidad a nivel de zona, se reunieron con todos los médicos de los sectores, para plantear inquietudes y llegar a la toma de acuerdos y resoluciones de los mismos.

Aspectos tratados: <sup>(22)</sup>

- a - Presentación puntual a las horas de consulta

---

(21) Tomado del acta "reunión del Consejo de Salud del Pueblo" con el personal de limpieza y servicios generales del Policlínico Plaza de la Revolución, 17 de noviembre de 1977 - Archivo del Departamento de Psicosocial).

(22) Tomado del acta "Reunión del Consejo de Salud del Pueblo con médicos residentes del Policlínico Plaza de la Revolución. 15 de abril de 1978. (Archivo del Departamento de Psicosocial).



- b - Otorgar turnos con prioridad a las mujeres trabajadoras embarazadas.
- c - Aspectos de relación médico paciente (Privacidad en las consultas de ginecología, uso del paraban, etc.).
- d - Aspectos relacionados con la presentación personal de los médicos y enfermeras (Uso de bata en la consulta).

Otras actividades que se comenzaron a fomentar en el polí-clínico a partir del año de 1978. (A partir de los resultados de las mismas se procederá a su normación y consecuente institucionalización).

Participación con el equipo de salud, en la elaboración, ejecución y presentación, del diagnóstico de salud del sector.

Semestralmente los médicos residentes de cada sector y de cada especialidad (junto con el trabajador sanitario y psicólogo), deben presentar un informe sobre el diagnóstico del proceso de salud, enfermedad; tanto de su población a cubrir como del ambiente.

A partir del año de 1978, se comenzaron las coordinaciones de los equipos de salud con sus correspondientes responsables de frentes de cuadra, para juntos dar inicio al proceso de recolección de información, datos estadísticos, problemas existentes, etc., en el sector y posteriormente elaborar la presentación del informe "Diagnóstico del Sector", el cual es presentado a la dirección, según la programación realizada por la misma.



Participación de los representantes de salud a nivel de zona, en las asambleas de producción y servicios del Policlínico. Mensualmente la sección sindical del centro, convoca a sus trabajadores para discutir la elaboración, evaluación y control de cumplimiento, del plan técnico económico de la unidad. Se discuten aspectos relacionados con el cumplimiento de las normas y metas del plan, aspectos relacionados con el presupuesto, etc. A partir de 1978, se comenzó a fomentar la participación de los responsables de salud en las sesiones mensuales de balance del sindicato (asambleas de producción y servicios), con vistas de que los representantes de la comunidad, estén al tanto de los problemas administrativos, de recursos, y laborales que presenta su propio policlínico donde reciben atención.



**6.3. ESTRUCTURA Y COMPOSICION DE LA POBLACION  
RESIDENTE EN EL AREA DE SALUD "PLAZA DE  
LA REVOLUCION".**



CUADRO No. 1

ESTRUCTURA DE LA POBLACION SEGUN GRUPOS DE EDAD

Edad	No.	Por ciento
- de 1 año	288	0.7
1 a 4	1,944	5.4
5 a 9	3,262	8.8
10 a 14	4,097	11.0
15 a 49	18,521	50.0
50 a 64	5,254	14.2
65 y más	3,642	9.9
<b>TOTAL</b>	<b>37,008</b>	<b>100.0</b>

Fuente: "Libro Rojo" Control y evaluación de los programas básicos de salud del área. Departamento de Estadística del Policlínico "Plaza de la Revolución". Censo actualizado de octubre de 1977

Nota: El criterio de los intervalos de las clases están en función de los programas de atención médica primaria, razón que explica, el porque no se hizo con base a intervalos iguales. (Es un censo con objetivos de programación en salud).



## CUADRO No. 2

---

 DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION MAYOR DE 14 AÑOS  
 OCTUBRE, 1977
 

---

SEXO	No.	Por ciento
M	12,087	44.1
F	15,330	55.9
<b>TOTAL</b>	<b>27,417</b>	<b>100.0</b>

---

Fuente: Censo, Departamento de Estadística del Policlínico  
 "Plaza de la Revolución", 1977.

Nota: El policlínico registra la población por sexos mayor de  
 14 años, por tener importancia para los efectos de pla-  
 nificación en salud. No así la población menor de 15 años.



## CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL GRADO DE ESCOLARIDAD. OCTUBRE, 1977 (°)

ESCOLARIDAD	No.	POR CIENTO
PRIMARIA	11,928	40.0
ENSEÑANZA MEDIA	9,385	31.5
ENSEÑANZA MEDIA SUPERIOR	5,442	18.2
ENSEÑANZA SUPERIOR	3,017	10.3
<b>T O T A L</b>	<b>29,772</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Censo, Departamento de Estadística Policlínico "Plaza de la Revolución", 1977

(°) Provisional, resultados preliminares sujetos a revisión.



## CUADRO No. 4

---

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA,  
SEGUN LA VINCULACION LABORAL. OCTUBRE 1977 (°)

---

VINCULACION LABORAL	No.	POR CIENTO
NO TRABAJAN	9,819	41.3
TRABAJAN	13,956	54.7

---

Fuente: CENSO, Departamento de Estadística del Policlínico  
"Plaza de la Revolución".

(°) Provisional, resultados preliminares sujetos a revisión.



## CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION, SEGUN CATEGORIAS OCUPACIONALES. OCTUBRE 1977 (°).

CATEGORIA OCUPACIONAL	No.	POR CIENTO
ADMINISTRATIVOS	3,266	9.5
SERVICIOS	2,735	8.2
OBREROS	1,532	4.5
TECNICOS	5,748	16.7
DIRIGENTES	675	1.9
ESTUDIANTES	13,825	40.3 (°°)
AMAS DE CASA	4,873	14.2
JUBILADO	1,604	4.7
<b>T O T A L</b>	<b>34,258</b>	<b>100.0</b>

Fuente: CENSO, Departamento de Estadística del Policlínico "Plaza de la Revolución".

(°) Provisional, datos preliminares sujetos a revisión

(°°) Incluye estudiantes de nivel primario



6.4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION PROPIA-  
MENTE DICHA.

VERIFICACION CUANTI-CUALITATIVA DE LA  
PARTICIPACION POPULAR EN EL NIVEL PRI-  
MARIO DE ATENCION MEDICA.

POLICLINICO "PLAZA DE LA REVOLUCION".



CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	No.	POR CIENTO
15 - 19	16	9.0
20 - 24	7	4.0
25 - 29	13	7.4
30 - 34	29	16.4
35 - 39	19	10.7
40 - 44	25	14.1
45 - 49	23	13.0
50 - 54	18	10.2
55 - 59	12	6.7
60 - 64	10	5.7
65 - 69	5	2.8
<b>T O T A L</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta



## CUADRO No. 7

---

**DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DE SALUD,  
SEGUN SEXO**

---

SEXO	No.	POR CIENTO
M	16	9.0
F	161	91.0
<hr/> <b>T O T A L</b>		<b>177</b>
		<b>100.0</b>

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 8

---

DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN  
ESCOLARIDAD

---

ESCOLARIDAD	No.	POR CIENTO
PRIMARIA	66	37.3
ENSEÑANZA MEDIA	68	38.4
ENSEÑANZA MEDIA SUPERIOR	27	15.3
ENSEÑANZA SUPERIOR	16	9.0
DESCONOCIDO	-	-
<b>T O T A L</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 9

---

**DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN  
VINCULACION LABORAL**

---

VINCULACION LABORAL	No.	POR CIENTO
NO TRABAJADORES	76	43.0
TRABAJADORES	101	57.0
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 10

---

 DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES, SEGUN CATEGORIAS  
 OCUPACIONALES
 

---

CATEGORIAS OCUPACIONALES	No.	POR CIENTO
ADMINISTRATIVOS	26	14.7
SERVICIOS	25	14.1
OBREROS	19	10.7
TECNICOS	29	16.4
DIRIGENTES	2	1.1
ESTUDIANTES	14	7.9
AMAS DE CASA	55	31.1
JUBILADOS	7	4.0
DESCONOCIDO	-	-
<b>T O T A L</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 11

---

 RELACION DE RESPONSABLES DE SALUD DE CUADRA POR  
 1,000 HABITANTES
 

---

POBLACION TOTAL	Nº TOTAL DE RESPONSABLES	X 1,000 HABITANTES
37,008	194	5.3.

---

## CUADRO 12

---

 RELACION DE RESPONSABLES DE SALUD DE CUADRA POR  
 1,000 HABITANTES. MAYORES DE 14 AÑOS
 

---

POBLACION MAYOR DE 14 AÑOS	Nº DE RESPON- SABLES	X 1,000 HABITANTES
27,417	194	7.1.

---



PARTICIPACION DE LOS RESPONSABLES,  
EN LA EJECUCION Y CONTROL DE ACTI-  
VIDADES DE SALUD (MOMENTO HOMBRES-  
OBJETO).



## CUADRO No. 13

---

 RELACION DE RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN SEXO POR  
 1,000 HABITANTES. MAYORES DE 14 AÑOS
 

---

SEXO	Nº TOTAL MAYOR DE 14 AÑOS	Nº TOTAL DE RESPONSABLES	X 1,000 HABI- TANTES MAYO- RES DE 14 AÑOS
M	12,087	16	1.3
F	15,330	161	10.5

---

Nota: La estimación realizada se hizo con base al número de res-  
 ponsables entrevistados (177), por ciento de no respuesta:  
 9.2%.

La estimación también tiene un carácter de provisional, por  
 considerar los datos del censo como provisorios sujetos a  
 revisión.



CUADRO No. 14

---

**RELACION DE RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN VINCULACION  
LABORAL POR 1,000 HABITANTES ECONOMICAMENTE ACTIVOS**


---

VINCULACION LABORAL	No. TOTAL	No. TOTAL DE RESPONSABLES	X 1,000 HABI- TANTES ECON. ACTIVOS.
Nº. DE TRA- BAJADORES	9,819	76	7.7
TRABAJADORES	13,956	101	7.2.

---

**Nota:** La estimación realizada se hizo con base al número de respon-  
sables entrevistados (177), porcentaje de no respuesta: 9.2%.  
La estimación también tiene un carácter de provisional, por  
considerar los datos del censo como provisorios, sujetos a  
revisión.



3.68.

CUADRO No. 15

---

RELACION DE LOS RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN  
ESCOLARIDAD POR 1,000 HABITANTES

---

ESCOLARIDAD	Nº TOTAL	Nº TOTAL DE RESPONSABLES	X 1,000 HABIT.
PRIMARIA	11,928 (°)	66	-
ENSEÑANZA MEDIA	9,385 (°°)	68	-
ENSEÑANZA MEDIA SUPERIOR	5,442	27	5.0
ENSEÑANZA SUPE- RIOR	3,017	16	5.3

(°) Dentro de esta categoría pueden estar incluidas personas menores de 15 años que no pueden ser elegidos como responsables de salud, razón por la cual no pudimos hacer la estimación correspondiente.

(°°) Idem.

Nota: La estimación realizada se hizo con base al número de responsables entrevistados (177), porcentaje de no respuesta: 9.2%.

La estimación también tiene un carácter de provisional, por considerar los datos del censo como provisorios, sujetos a revisión.



CUADRO No. 16

---

 RELACION DE RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN CATEGORIAS OCUPACIONALES POR 1,000 HABITANTES
 

---

CATEGORIA OCUPACIONAL	No. TOTAL	No. RESPON- SABLES.	X 1,000 HABIT.
ADMINISTRATIVOS	3.266	26	8.0
SERVICIOS	2,735	25	9.1
OBREROS	1,532	19	12.4
TECNICOS	5.748	29	5.0
ESTUDIANTES	13.825 <sup>(e)</sup>	14	-
AMAS DE CASA	4.873	55	11.3
JUBILADOS	1.604	7	4.3

(e)

Dentro de esta categoría están incluidos estudiantes de primaria y de la enseñanza media, que por razones de edad, no pueden ser elegidos como responsables de salud.

Esta fue la razón por la que no pudimos realizar la estimación correspondiente.

Nota: La estimación realizada se hizo con base al número de responsables entrevistados, (177). Porcentaje de no respuesta: (9.2%). La estimación también tiene un carácter de provisional, por considerar los datos del censo como provisorios sujetos a revisión.



CUADRO No. 17

NIVEL DE CUMPLIMIENTO, POR LOS RESPONSABLES DE FRENTE, DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD NORMADAS POR LA ORGANIZACION DE LOS CDR. AÑO 1977.

ACTIVIDADES NORMADAS	ALTO CUMPLIMIENTO		NORMA		BAJO CUMPLIMIENTO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CENSO VACUNACION POLIO	177	100.0	0	-	0	-	177	100.0
DONACION DE SANGRE	76	43.0	72	40.7	29	16.3	177	100.0
PRUEBA CITOLOGICA	73	41.3	72	40.7	32	18.0	177	100.0

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 17'

RESULTADOS DE LA CAMPAÑA DE VACUNACION ANTIPOLIO. FEBRERO 1977.  
POLICLINICO "PLAZA DE LA REVOLUCION".

GRUPO DE EDAD	CENSA- DOS	VACUNA- DOS	POR CIENTO	NO VACUNADOS aus. enf. nega.	TOTAL	POR CIENTO NO VAC.
- de 1 año	247	214	88.4	18 10	28	11.5
1 año	254	233	91.7	9 12	21	8.2
2 años	316	285	90.1	15 16	31	9.8
3 años	301	283	94.0	7 11	18	5.9
T O T A L	1,113	1,015	91.1	49 49	98	8.8

Fuente: Registro de Campañas de Vacunación Antipolio. Departamento de Enfermería  
Policlínico "Plaza de la Revolución. Febrero 1977.



## CUADRO No. 18

NIVEL DE CUMPLIMIENTO, POR LOS RESPONSABLES DE FRENTE, DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD ORIENTADAS POR EL POLICLINICO. AÑO 1977.

ACTIVIDADES	CUMPLIO		NO CUMPLIO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
CONTROL DE EMBARAZADAS, NIÑOS - 1 AÑO, PACIENTES DISPENSARIZADOS.	88	49.7	89	50.3	177	100.0

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 19

ASISTENCIA DE LOS RESPONSABLES DE FRENTE, A LAS REUNIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD, CONVOCADAS POR EL POLICLINICO. AÑO 1977.

REUNIONES	ASISTIERON		NO ASISTIERON.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
AUDIENCIAS, DINAMICAS DE GRUPO.	148	83.6	29	16.4	177	100.0

Fuente: Encuesta:



## CUADRO No. 20

---

 DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES, SEGUN SU MOTIVACION  
 HACIA EL TRABAJO DEL FRENTE DE SALUD.
 

---

MOTIVACION	No.	POR CIEN- TO.
Le gusta el frente y realiza con interés las actividades de salud.	66	37.3
Le gusta el frente, pero no dispone de mucho tiempo para realizar las actividades.	93	52.5
No le gusta el trabajo del frente, sin embargo cumple con la responsabilidad que depositó en él (a), la masa.	12	6.8
No le gusta el trabajo del frente por lo que no cuenta con interés para realizar las actividades.	6	3.4
<b>T O T A L</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 21

---

 COOPERACION DE LA COMUNIDAD, DE ACUERDO AL CRITERIO DE LOS RESPONSABLES DE SALUD.
 

---

CRITERIOS	No.	POR CIENTO
Cooperan satisfactoriamente y lo ayudan en el cumplimiento de las actividades de salud que son orientadas.	110	62.1
Cooperan con dificultad y les cuesta trabajo cumplir con las actividades de salud.	58	32.8
No cooperan, por lo que no se logra que cumplan con las actividades de salud.	9	5.1
T O T A L	177	100.0

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 22

DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DE FRENTE, SEGUN LA FRECUENCIA DE RELACION QUE TIENEN CON LA COMUNIDAD QUE REPRESENTAN. AÑO 1977

FRECUENCIA	No.	POR CIENTO
Se reunió mensualmente con su base, los visitó y se mantuvo al tanto de la problemática de salud de su cuadra.	65	36.8
Se reunió con su base, solamente cuando fue necesario bajar una orientación.	73	41.2
No se reunión con su base	39	22.0
<b>T O T A L</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 23

---

 DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DEL FRENTE DE SALUD,  
 SEGUN EL TIPO DE ELECCION Y TIEMPO EN EL CARGO.
 

---

TIEMPO Y TIPO DE ELECCION	No.	POR CIENTO
De reciente elección por su base (hasta dos años en el cargo).	53	30.0
Ratificada en su cargo (más de dos años ejerciendo funciones)	124	70.0
<b>T O T A L</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

---

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 24

---

DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES DE SALUD, SEGUN SI HAN SIDO VISITADOS COMO FRENTE, POR EL EQUIPO DE SALUD DEL SECTOR. AÑO 1977.

---

	No.	POR CIENTO
SI FUE VISITADO	103	58.2
NO FUE VISITADO	74	41.8
<hr/>		
T O T A L	177	100.0

---

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 25

CUMPLIMIENTO POR LOS RESPONSABLES, DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD NORMADAS POR LA ORGANIZACION DE LOS CDR, SEGUN LA VINCULACION LABORAL. AÑO 1977

CUMPLIMIENTO DE TAREAS NORMADAS POR LOS CDR

VINCULACION LABORAL	CENSO VACUNACION POLIO			DONACION DE SANGRE			PRUEBA CITOLOGICA											
	A. C.	N.	B. C.	A.C.	N.	B. C.	A. C.	N.	B. C.									
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%								
NO. TRABAJADORES	76	100.0	0	-	0	-	38	50.0	29	38.2	9	11.8	39	51.4	30	39.4	7	9.2
TRABAJADORES	101	100.0	0	-	0	-	38	37.7	45	44.5	18	17.9	36	35.6	42	41.5	23	22.9

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 26

CUMPLIMIENTO POR LOS RESPONSABLES, DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD ORIENTADAS POR EL POLICLINICO, SEGUN SU VINCULACION LABORAL. AÑO 1977.

VINCULACION LABORAL	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES NO NORMADAS					
	CUMPLIERON		NO CUMPLIERON		T O T A L	
	No.	%	No.	%	No.	%
NO TRABAJADORES	52	68.4	24	31.6	76	100.0
TRABAJADORES	36	35.6	65	64.4	101	100.0
T O T A L	88	49.7	89	50.3	177	100.0

Fuente; Encuesta.



CUADRO No. 27

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES NORMADAS

OCUPACION	CENSO DE VACU- NACION		DONACION DE SANGRE				PRUEBA CITOLOGICA				TOTAL							
	A.C.		B.C.		A.C.		B.C.		A.C.			B.C.						
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%					
ADMINISTRA- TIVOS	26	100.0	0	-	9	34.6	11	42.3	6	23.0	5	19.2	16	61.6	5	19.2	26	100.
SERVICIOS	25	100.0	0	-	13	52.0	9	36.0	3	12.0	11	44.0	9	36.0	5	20.0	25	100.
OBRREROS	19	100.0	0	-	5	26.3	9	47.3	5	26.4	7	36.8	7	36.8	5	26.4	19	100.
TECNICOS	29	100.0	0	-	10	34.5	15	51.7	4	13.8	11	38.0	10	34.5	8	27.5	29	100.
DIRIGENTES	2	100.0	0	-	1	50.0	1	50.0	0	-	2	100.0	0	-	0	-	2	100.
ESTUDIANTES	14	100.0	0	-	5	35.7	4	28.6	5	35.7	5	35.7	5	35.7	4	28.6	14	100.
AMAS DE CASA	55	100.0	0	-	30	54.6	19	34.5	6	10.9	30	54.6	20	36.4	5	9.0	55	100.
JUBILADO	7	100.0	0	-	3	42.9	4	57.1	0	-	2	28.5	5	71.5	0	-	7	100.
T O T A L	177	100.0	0	-	76	43.0	72	40.7	29	16.3	73	41.3	72	40.7	32	18.0	177	100.

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 28

CUMPLIMIENTO POR LOS RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD ORIENTADAS POR EL POLICLINICO, SEGUN SU OCUPACION. AÑO 1977

OCUPACION	ACTIVIDADES DE SALUD NO NORMADAS					
	CUMPLIERON		NO CUMPLIERON		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Administración	10	38.5	16	61.5	26	100.0
Servicios	10	40.0	15	60.0	25	100.0
Obreros	6	31.5	13	68.5	19	100.0
Técnicos	12	41.4	17	58.6	29	100.0
Dirigentes	0	-	2	100.0	2	100.0
Estudiantes	7	50.0	7	50.0	14	100.0
Amas de Casa	39	70.9	16	29.1	55	100.0
Jubilado	4	57.2	3	42.8	7	100.0
<b>T O T A L</b>	<b>88</b>	<b>49.7</b>	<b>89</b>	<b>50.3</b>	<b>177</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta.



CUADRO No. 29

ASISTENCIA POR LOS RESPONSABLES A LAS REUNIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD, SEGUN SU VINCULACION LABORAL.  
AÑO 1977.

ASISTENCIA A REUNIONES DE EDUCACION  
PARA LA SALUD

VINCULACION LABORAL	ASISTIERON		NO ASISTIE- RON		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
• NO TRABAJA- DORES	68	89.5	8	10.5	76	100.0
TRABAJADORES	80	79.3	21	20.7	101	100.0
T O T A L	148	83.6	29	16.4	177	100.0

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 30

ASISTENCIA POR LOS RESPONSABLES, A LAS REUNIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD,  
SEGUN SU OCUPACION. AÑO 1977

## ASISTENCIA A REUNIONES DE EDUCACION PARA LA SALUD

OCUPACION	ASISTIERON		NO ASISTIERON		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ADMINISTRATIVOS	23	88.5	3	11.5	26	100.0
SERVICIOS	21	84.0	4	16.0	25	100.0
OBREROS	13	68.4	6	31.6	19	100.0
TECNICOS	22	75.8	7	24.2	29	100.0
DIRIGENTES	1	50.0	1	50.0	2	100.0
ESTUDIANTES	11	78.5	3	21.4	14	100.0
AMAS DE CASA	50	90.9	5	9.1	55	100.0
JUBILADOS	7	100.0	0	-	7	100.0
T O T A L	148	83.6	29	16.4	177	100.0

Fuente: Encuesta.



PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD "PLAZA DE LA  
REVOLUCION" EN LA GESTION DE DIRECCION DEL  
NIVEL PRIMARIO DE ATENCION MEDICA.  
(MOMENTO HOMBRES - SUJETO).



CUADRO No. 31

DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES SEGUN EL TIPO DE ELECCION Y TIEMPO EN EL CARGO Y SU OCUPACION. AÑO 1977.

OCUPACION	TIPO DE ELECCION Y TIEMPO EN EL CARGO					
	RATIFICADO (+ de dos años)		NUEVA ELECCION (hasta 2 años)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ADMINISTRATIVO	13	50.0	13	50.0	26	100.0
SERVICIOS	18	72.0	7	28.0	25	100.0
OBREROS	13	68.5	6	31.5	19	100.0
TECNICOS	19	65.5	10	34.5	29	
DIRIGENTES	0	-	2	100.0	2	100.0
ESTUDIANTES	7	50.0	7	50.0	14	100.0
AMAS DE CASA	48	87.3	7	12.7	55	100.0
JUBILADOS	6	85.7	1	14.3	7	100.0
T O T A L	124	70.0	53	30.0	177	100.0

Fuente: Encuesta.



## CUADRO No. 32

No. DE PLANTEAMIENTOS HECHOS POR LA COMUNIDAD A TRAVES DE LOS RESPONSABLES DE SALUD DE ZONA DE LOS CDR, EN EL CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO/ Y NIVEL ADMINISTRATIVO O DE ATENCION QUE LE CORRESPONDE SU RESOLUCION.

JUNIO 1977 - JUNIO 1978

NO. DE PLANTEA- MIENTOS.		NIVEL ADMINISTRATIVO O DE ATENCION					
		POLICLINI- CO		NIVEL HOSPI- TALARIO		DIRECCION MUNICIPAL	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
54	100.0	29	53.7	15	27.8	10	18.5

Fuente: Actas del Consejo de Salud del Pueblo, Policlínico "Plaza de la Revolución", Junio 1977-Junio 1978.



CUADRO No. 33

CARACTER DE LOS PLANTEAMIENTOS HECHOS POR LA COMUNIDAD,  
A TRAVES DE LOS RESPONSABLES DE SALUD DE ZONA DEL CDR,  
QUE TIENEN SU NIVEL DE RESOLUCION EN EL POLICLINICO.  
JUNIO 1977-JUNIO 1978

TIPO DE PLANTEAMIENTO	No.	POR CIENTO
HIGIENICO SANITARIO	10	34.5
ADMINISTRATIVOS	13	44.8
RELACION MEDICO/PACIENTE	6	20.7
<b>T O T A L</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Actas del Consejo de Salud del Pueblo "Policlínico Plaza de la Revolución". Junio 1977 - Junio 1978.



CUADRO No. 34

CARACTER DE LOS PLANTEAMIENTOS HECHOS POR LA COMUNIDAD, A TRAVES DE LOS RESPONSABLES DE SALUD DE ZONA DEL CDR, QUE TIENEN SU NIVEL DE RESOLUCION EN LA INSTANCIA HOSPITALARIA Y ADMINISTRATIVA MUNICIPAL.  
 JUNIO 1977 - JUNIO 1978

TIPO DE PLANTEAMIENTO	NIVEL DE RESOLUCION	No.	POR CIENTO
HIGIENICO SANITARIOS	DIRECCION MUNICIPAL	10	40.0
ADMINISTRATIVOS	NIVEL HOSPITALARIO	6	24.0
RELACION MEDICO/PACIENTE	NIVEL HOSPITALARIO	9	36.0
T O T A L		25	100.0

FUENTE: Actas del Consejo de Salud del Pueblo Policlínico "Plaza de la Revolución". Junio 1977 - Junio 1978



CUADRO No. 35

CURSO DE LOS PLANTEAMIENTOS HECHOS POR LA COMUNIDAD A TRAVES DE LOS RESPONSABLES DE SALUD DE ZONA DEL CDR, QUE NO TIENEN NIVEL DE RESOLUCION EN EL POLICLINICO.  
JUNIO 1977 - JUNIO 1978

NIVEL DE RESOLUCION	NO. DE INFORMADOS		RESPUESTA RECIBIDA		NUMERO DE RESPUESTA	
	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALARIO	15	100.0	10	66.7	5	33.3
DIRECCION MUNICIPAL	10	100.0	4	40.0	6	60.0
T O T A L	25	100.0	14	56.0	11	44.0

Fuente: Informes "Planteamientos de la Comunidad". Archivo de la Dirección del Policlínico "Plaza de la Revolución".

CUADRO No. 36

RESOLUCION POR PARTE DEL POLICLINICO, DE LOS PROBLEMAS PLANTEADOS POR LA COMUNIDAD A TRAVES DE LOS RESPONSABLES DE SALUD DE ZONA DEL CDR, EN EL CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO. JUNIO 1977 - JUNIO 1978

PLANTEAMIENTOS CON NIVEL DE SOLUCION EN EL POLICLINICO		RESUELTOS		NO RESUELTOS		NO INFORMAN	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
29	100.0	21	72.4	6	20.7	2	6.9

Fuente: Actas del Consejo de Salud del Pueblo, Policlínico "Plaza de la Revolución". Junio 1977 - Junio 1978.



CUADRO No. 37

CARACTER Y SOLUCION DE LOS PLANTEAMIENTOS HECHOS POR LA COMUNIDAD A TRAVES DE LOS RESPONSABLES DE SALUD DE ZONA DEL CDR, QUE TIENEN NIVEL DE RESOLUCION EN EL POLICLINICO. JUNIO 1977 - JUNIO 1978

TIPO DE PLANTEAMIENTO	RESUELTOS		NO RESUELTOS		NO SE INFORMAN	
	No.	%	No.	%	No.	%
HIGIENICO SANITARIOS.	6	60.0	4	40.0	-	-
ADMINISTRATIVOS	9	69.2	2	15.4	2	15.4
RELACION MEDICO/PACIENTE	6	100.0	-	-	-	-
<b>T O T A L</b>	<b>21</b>	<b>72.4</b>	<b>6</b>	<b>20.7</b>	<b>2</b>	<b>6.9</b>

Fuente: Actas del Consejo de Salud del Pueblo "Policlínico Plaza de la Revolución". Junio 1977 - Junio 1978.



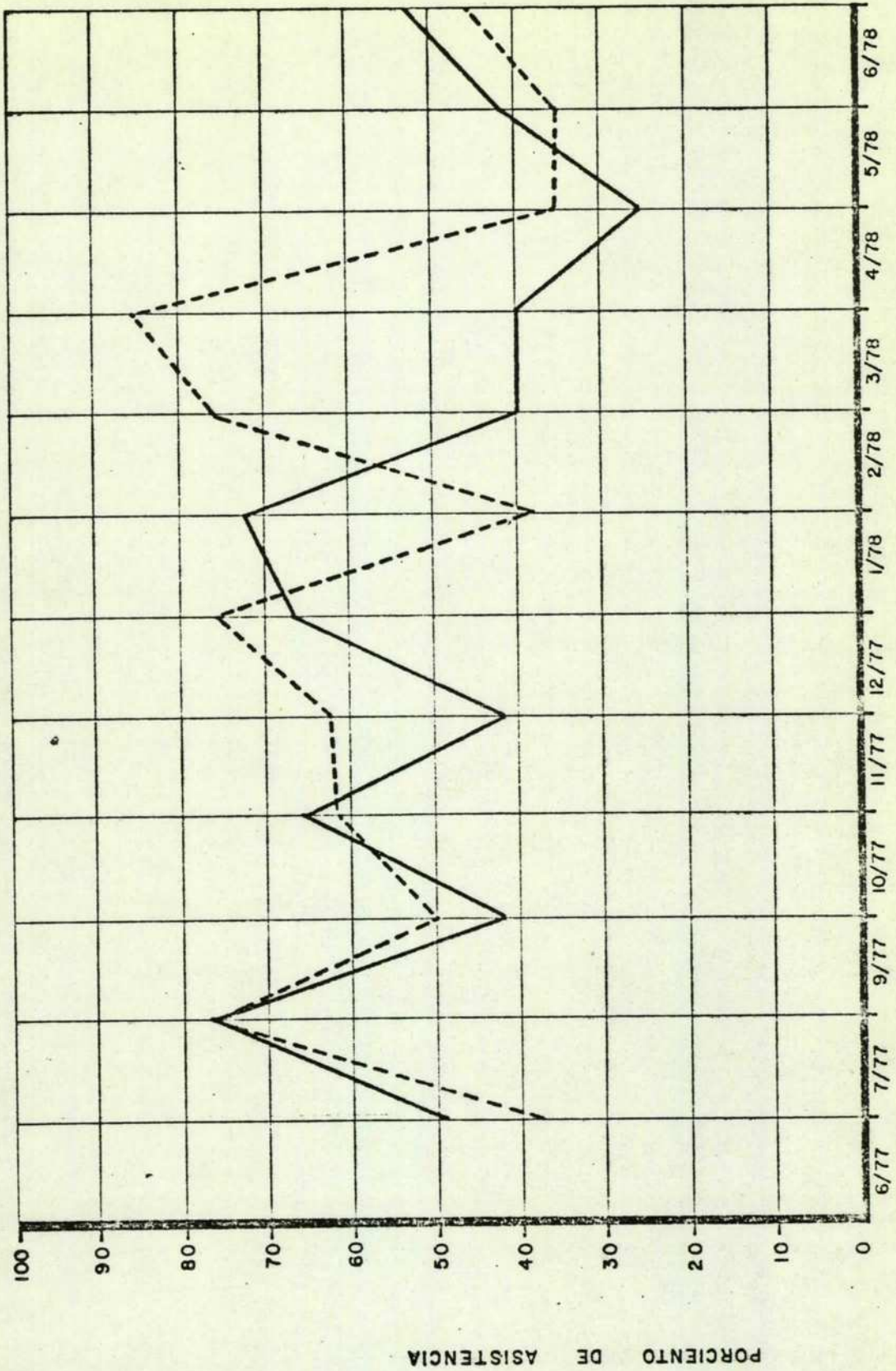
CUADRO No. 38

CONTROL DE ASISTENCIA AL CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO JUNIO 1977 - JUNIO 1978 POLICLINICO "PLAZA DE LA REVOLUCION".								
M E S	A Ñ O	A C T A	REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD			REPRESENTANTES DEL POLICLINICO		
			DEL TO- TAL	ASISTIE- RON	POR- CENT.	DEL TO- TAL	ASISTIE- RON	POR- CENT.
JUNIO	77	1	12	6	50.0	8	3	37.5
JULIO	77	2	12	9	75.0	8	6	75.0
AGOSTO	77	-	MES DE VACACIONES. NO SESIONO EL CONSEJO DE SALUD.					
SEPT.	77	3	12	5	41.7	8	4	50.0
OCTUBRE	77	4	12	8	66.7	8	5	62.5
NOVIEM.	77	5	12	5	41.7	8	5	62.5
DICIEM.	77	6	12	8	66.7	8	6	75.0
ENERO	78	7	12	9	75.0	8	3	37.5
FEBRE.	78	8	12	6	50.0	8	6	75.0
MARZO	78	8	12	6	50.0	8	7	87.5
ABRIL	78	10	12	3	25.0	8	3	37.5
MAYO	78	11	12	5	41.7	8	3	37.5
JUNIO	78	12	12	7	58.3	8	4	50.0

Fuente: Actas del Consejo de Salud del Pueblo, Policlínico "Plaza de la Revolución". Junio 1977 - Junio 1978.



GRAFICO No. 1  
 COMPORTAMIENTO DE LA ASISTENCIA DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO  
 POLICLINICO PLAZA DE LA REVOLUCION JUNIO 77 - JUNIO 78



REPRESENTANTES COMUNIDAD ———

REPRESENTANTES POLICLINICO - - - - -

MES / AÑO

FUENTE: CUADRO No. 38



## CUADRO No. 39.

NUMERO Y CARACTER DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS SOBRE EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION MEDICA, POR LOS ELECTORES DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVOLUCION AÑO 1977 - PRIMER SEMESTRE 1978.

TIPO DE PLANTEAMIENTO	No. DE PLANTEAMIENTOS	PORCIENTO
HIGIENICO SANITARIOS	57	93.4
ADMINISTRATIVOS	3	5.0
RELACION MEDICO/PACIENTE	1	1.6
T O T A L	61	100.0

Fuente: Actas "Rendiciones de Cuentas del Poder Popular  
 Archivo Dirección, Policlínico Plaza de la Revolución 1977-1978.



## CUADRO No. 40

NUMERO Y NIVEL COMPETENTE PARA LA SOLUCION, DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS SOBRE EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION MEDICA, POR LOS ELECTORES DEL AREA DE SALUD, PLAZA DE LA REVOLUCION, EN LAS RENDICIONES DE CUENTAS DEL PODER POPULAR AÑO 1977 -PRIMER SEMESTRE 1978.

NIVEL DE SOLUCION COMPETENTE.	No. de PLANTEAMIENTOS.	PORCIENTO.
POLICLINICO PLAZA	46	75.4
DIRECCIONES MUNICIPALES DE SALUD	15	24.6
T O T A L	61	100.0

Fuente: Actas "Rendiciones de Cuentas del Poder Popular."  
 Archivo Dirección, Policlínico Plaza de la Revolución 1977-1978.



CUADRO No. 41

NUMERO, CARACTER Y SOLUCION, DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS POR LOS ELECTORES DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVOLUCION; QUE TUVIERON SU NIVEL DE RESOLUCION COMPETENTE EN EL POLICLINICO.

TIPO DE PLANTEAMIENTO	RESUELTOS		NO RESUELTOS		NO SE INFORMAN		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HIGIENICO SANITARIOS.	36	85.7	5	11.9	1	2.4	42	100.
ADMINISTRATIVOS	2	66.7	1	33.3	-	-	3	100.
RELACION MEDICO/PACIENTE	1	100.0	-	-	-	-	1	100.
<b>T O T A L</b>	<b>39</b>	<b>84.8</b>	<b>6</b>	<b>13.0</b>	<b>1</b>	<b>2.2</b>	<b>46</b>	<b>100.</b>

Fuente: "Actas Rendiciones de cuentas del Poder Popular"  
 Archivo Dirección Policlínico Plaza de la Revolución.



CUADRO No. 42

NUMERO DE ELECTORES VISITADOS POR EL EQUIPO DE SALUD DEL POLICLINICO Y NIVEL DE SATISFACCION DE LOS MISMOS, ANTE LA SOLUCION BRINDADA A SUS PLANTEAMIENTOS.

NO. DE ELECTORES		VISITADOS		NO VISITADOS		NO ENCONTRADOS		CONFORMES		NO CONFORMES	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
57	100.0	53	93.0	0	-	4	7.0	52	98.0	1	2.0

Fuente: Actas de las rendiciones de cuentas del Poder Popular Año 1977 - Primer semestre 1978. Policlínico "Plaza de la Revolución"



## CUADRO No. 43

NUMERO Y NIVEL COMPETENTE PARA LA SOLUCION, DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS SOBRE EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION MEDICA, POR LOS ELECTORES DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVOLUCION. PERIODO JUNIO 1977- JUNIO 1978.<sup>(\*)</sup>

NIVEL DE SOLUCION COMPETENTE	No. DE PLANTEAMIENTOS	PORCIENTO
POLICLINICO PLAZA	36	85.7
DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD	6	14.3
T O T A L	42	100.0

(\*) Con el objeto de realizar un análisis comparativo, tomamos los planteamientos formulados por los electores en la rendición de cuentas del poder popular, durante el período comprendido entre junio de 1977-junio 1978.

Fuente: Actas "Rendiciones de cuentas del Poder Popular"  
Archivo Dirección Policlínico Plaza de la Revolución.



CUADRO No. 44

NUMERO, CARACTER Y SOLUCION DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS POR LOS ELECTORES DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVOLUCION, QUE TUVIERON SU NIVEL DE RESOLUCION COMPETENTE EN EL POLICLINICO. PERIODO JUNIO 1977-JUNIO 1978 (\*).

TIPO DE PLANTEAMIENTO	RESUELTOS		NO RESUELTOS		NO SE INFORMAN		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HIGIENICO SANITARIOS.	26	81.3	5	15.6	1	3.1	32	100.0
ADMINISTRATIVOS	2	66.7	1	33.3	-	-	3	100.0
RELACION MEDICO/ PACIENTE	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>80.5</b>	<b>6</b>	<b>16.7</b>	<b>1</b>	<b>2.8</b>	<b>36</b>	<b>100.0</b>

(\*) Con el objeto de realizar un análisis comparativo, tomamos los planteamientos formulados por los electores en la rendición de cuentas del Poder Popular, durante el período comprendido entre junio de 1977 y junio de 1978.

Fuente: Actas Rendiciones de Cuentas del Poder Popular.  
Archivo Dirección Policlínico Plaza de la Revolución.



CUADRO No. 45

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS POR LA COMUNIDAD EN EL CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO Y EN LAS RENDICIONES DE CUENTAS DEL PODER POPULAR. JUNIO 1977 - JUNIO 1978

TIPO DE PLANTEAMIENTO	CONSEJO DE SALUD		PODER POPULAR		NIVEL DE RESOLUCION	TOTAL	
	No.	%	No.	%		No.	%
HIGIENICO SANITARIOS	10	23.8	32	76.2	Policlínico	42	100.0
	10	62.5	6	37.5	Otras	16	100.0
ADMINISTRATIVOS	13	81.3	3	18.7	Policlínico	16	100.0
	6	100.0	-	-	Otras	6	100.0
RELACION MEDICO/PACIENTE	6	85.7	1	14.3	Policlínico	7	100.0
	9	100.0	-	-	Otras	9	100.0
TOTAL	54	56.3	42	43.7		96	100.0

Fuente: Cuadro No. 33, 34, 43, 44



CUADRO No. 46

ANALISIS COMPARATIVO DE LA SOLUCION DADA A LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS POR LA COMUNIDAD DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVOLUCION, QUE TUVIERON SU NIVEL DE RESOLUCION COMPETENTE EN EL POLICLINICO.  
 JUNIO 1977 - JUNIO 1978

PLANTEA- MIENTO	RESUELTOS				NO RESUELTOS				NO SE INFORMAN				TOTAL				
	CONSEJO POPULAR		CONSEJO POPULAR		CONSEJO POPULAR		CONSEJO POPULAR		PODER POPULAR		PODER POPULAR			CON- SEJO POPULAR		PODER POPULAR	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
HIGIENICO- SANTARIOS	6	60.0	26	81.3	4	40.0	5	15.6	-	-	1	3.1	10	100.0	32	100	
ADMINISTRA- TIVOS	9	69.2	2	66.7	2	15.4	1	33.3	2	15.4	-	-	13	100.0	3	100	
RELACION MEDICO/PAC.	6	100.0	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100.0	1	100	
T O T A L	21	72.4	29	80.5	6	20.7	6	16.7	2	6.9	1	2.8	29	100.0	36	100	

Fuente: Cuadros No. 37 y 44.



## CUADRO No. 47

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS PLANTEAMIENTOS HECHOS POR LA COMUNIDAD DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVOLUCION, EN EL CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO Y EN LAS RENDICIONES DE CUENTAS DEL PODER POPULAR.

JUNIO 1977 - JUNIO 1978

TIPO DE PLANTEAMIENTO	CONSEJO DE SALUD		PODER POPULAR		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
HIGIENICOS-SANITARIOS	20	34.5	38	65.5	58	100.0
ADMINISTRATIVOS	19	86.4	3	13.6	22	100.0
RELACION MEDICO/ PACIENTE	15	93.7	1	6.3	16	100.0
T O T A L	54	56.3	42	43.7	96	100.0

Fuente: Cuadro No. 45



## CUADRO No. 48

TOTAL DE LOS PLANTEAMIENTOS FORMULADOS POR LA  
COMUNIDAD DEL AREA DE SALUD PLAZA DE LA REVO-  
LUCION, SEGUN SU CARACTER.

JUNIO 1977 - JUNIO 1978

TIPO DE PLAN- TEAMIENTO	NUMERO	POR CIENTO
HIGIENICO-SANITARIOS	58	60.4
ADMINISTRATIVOS	22	23.0
RELACION MEDICO/ PACIENTE	16	16.6
<b>T O T A L</b>	<b>96</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuadro 47.



## 7. Análisis de resultados y conclusiones

Para los fines del análisis, agruparemos los resultados obtenidos en los siguientes incisos:

- 7.1. Descripción de las características de los responsables de salud, según las variables de edad, sexo, escolaridad, vinculación laboral y categoría ocupacional.
- 7.2. Análisis de la determinación de las variables de sexo, escolaridad, vinculación laboral, y categoría ocupacional, en la selección de los responsables de salud de cuadra, dentro de la correspondiente población elegible.
- 7.3. Análisis del cumplimiento por los responsables, de las actividades normadas por la organización de los CDR, de las actividades orientadas por el policlínico, y la asistencia a las reuniones de educación para la salud.
- 7.4. Análisis de la determinación de las variables, vinculación laboral y categoría ocupacional, en el comportamiento de la participación de los responsables, en la ejecución y control de actividades de salud.
- 7.5. Análisis de la participación de la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", en la gestión de dirección del sistema de atención médica primaria.
  - 7.5.1. Participación de la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución" en el Consejo de Salud del Pueblo.
  - 7.5.2. Participación de la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", en las instancias del poder popular.
  - 7.5.3. Análisis comparativo del comportamiento de la participación de la comunidad, en las dos instancias directivas.



7.1. Descripción de las características de los responsables de salud, según las variables de edad, sexo, escolaridad, vinculación laboral y categoría ocupacional.

Nuestra población objetivo de investigación (universo), fueron los 194 responsables de los frentes de salud de los CDR, comprendidos en el área "Plaza de la Revolución". Se obtuvo un porcentaje de respuesta del 91.2% y de no respuesta del 8.7%.

La distribución de los responsables según grupos de edad, nos muestra un predominio del grupo comprendido entre los 30 y 49 años representando el 55% del total de responsables. Le sigue el grupo de personas con edad avanzada (entre 55 y 69 años), y por último los jóvenes (entre 15 y 29 años) con un porcentaje del 25 y 20 por ciento respectivamente.

El 75% de los responsables de salud, tienen un grado de escolaridad entre la primaria y la enseñanza media, lo cual es concordante con la situación que se da en el contexto de la población del área de salud (ver Cuadro No. 3). Es de considerar la importancia de la incorporación de esta población, en el ejercicio de funciones sociales -como lo es la salud pública- para el logro de una superación colectiva a través de su acceso y consecuente apropiación, del conocimiento básico de salud.

En cuanto a la distribución de los responsables según el sexo, observamos un predominio -bastante elevado- del sexo femenino sobre el masculino (ver Cuadro No. 7), lo cual será retomado nuevamente en el análisis del punto 7.2.



El grado de inserción de los responsables al proceso de trabajo, puede considerarse bastante elevado, ya que el 57% de los mismos, se encuentran laborando en las diferentes ramas de la producción y los servicios. Siendo también un reflejo de la situación que se da en lo general del área. (Ver Cuadro No. 4).

Al desglosar los responsables según sus categorías ocupacionales, resaltan las amas de casa, representando el 31.1% del total de los mismos. En cuanto a los responsables trabajadores, existe una distribución similar entre las categorías de administrativos, técnicos y de servicios, mientras que los responsables obreros; tienen el menor porcentaje del total de los responsables vinculados laboralmente (ver Cuadro No. 10). Sobre este particular es de importancia señalar, que del total de la población económicamente activa que está inserta en el proceso de trabajo, apenas el 10% son obreros. (Ver Cuadro No. 5).

Finalmente, el área de salud "Plaza de la Revolución" con una población total de 37,008 habitantes, cuenta con una relación de 5.3 responsables de salud por cada 1,000 habitantes, lo cual nos da un aproximado de un responsable por cada 200 habitantes residentes en el área.

A través de esta descripción, podemos caracterizar a la población de los responsables de salud del policlínico "Plaza de la Revolución", como una población eminentemente femenina -91.0%, con un predominio de edades comprendidas entre la tercera y cuarta década, y a su vez altamente vinculados laboralmente, -siendo el 31% de los responsables no trabajadores, amas de casa- y contando en su mayor



parte, con un grado de escolaridad entre la primaria y la enseñanza media.

La consideración de estas características generales, con que cuenta la población que realiza funciones de responsables de salud en el área "Plaza de la Revolución" permiten una mejor orientación del trabajo comunitario que desarrolla el policlínico con sus correspondientes responsables, y sientan las bases programáticas para la capacitación y entrenamiento de los mismos.

7.2. Análisis de la determinación de las variables de sexo, escolaridad, vinculación laboral, y categoría ocupacional, en la selección de los responsables de salud de cuadra, dentro de la correspondiente población elegible.

De 37,008 habitantes residentes en el área "Plaza de la Revolución" 27,417 personas, constituyen la población elegible como responsable de salud -personas mayores de 14 años- lo cual representa el 74% de la población del área.

Del total de personas elegibles, el 0.7% fue seleccionado para cumplir con funciones de responsables de salud, o sea, que de cada 1,000 habitantes mayores de 14 años, se eligieron a 7.

Si tomamos en cuenta que la organización de los CDR, no sólo cumple con funciones en salud pública, sino que también cumplen con otros objetivos sociales, económicos y político-ideológicos; el por-



centaje de la población que asume compromisos como responsables -en los otros frentes- es aún mayor. Estimando que en el área de salud existen 194 comites de cuadra y que cada comité cuenta con 7 frentes, entonces habrá un aproximado de 1,358 personas, -5.0% de la población mayor de 14 años- ejerciendo funciones de responsables ante la comunidad del area, en las diferentes esferas económicas, sociales y políticas; de donde la salud pública -como una de las esferas sociales- cuenta con 194 responsables, lo cual representaría el 14.0% del total de todos los responsables de los CDR. (Para los efectos de la estimación, no se tomó en cuenta los responsables de salud en el nivel de zona, y en las instancias municipales). Es importante señalar, que dentro del área de salud, la federación de mujeres cubanas, a través de sus diferentes frentes, también tienen un papel participativo en el desempeño de funciones sociales.

Del total de la población elegible del sexo femenino (15,330 que representa el 55.9%), se seleccionaron 10.5 responsables de salud, por cada 1,000 mujeres mayores de 14 años, mientras que del total de la población elegible masculina (44.1%), se seleccionó apenas 1 responsable por cada 1,000 hombres mayores de 14 años. Esto nos permite inferir, que la variable sexo, influye -y por lo tanto determina- en la selección de un responsable de salud (inferencia que se limita para el momento actual, ya que no contamos con un estudio longitudinal que nos permita afirmar con más precisión, el grado de discriminación que ha tenido esta variable a través del tiempo). Podemos decir entonces, que



actualmente la mujer residente en el área "Plaza de la Revolución", es altamente considerada, para el ejercicio de funciones sociales -como lo es la salud pública- y que a su vez tiene una destaca representatividad, en su participación social.

En cuanto a la variable vinculación laboral, todo parece indicar, que no es tomada en cuenta por la comunidad, para los efectos de la elección de un responsable de salud. (ver Cuadro No. 14). Ya que la relación de responsables de acuerdo a 1,000 habitantes trabajadores y no trabajadores; es similar. Por lo pronto podemos afirmar, que en la actualidad, este no es un factor discriminatorio para el proceso de selección. Sin embargo, los resultados que nos muestra el Cuadro No. 31, parecieran indicar una tendencia hacia la sustitución de responsables trabajadores, por no trabajadores (obsérvese el porcentaje de ratificación que tienen las amas de casa y los jubilados). En tal sentido, también sería necesario observar el comportamiento que va teniendo la vinculación laboral, como criterio de peso por parte de la comunidad, para los efectos de elegir un responsable de salud.

Acerca de la determinación de la categoría ocupacional, existe una marcada preferencia a escoger al obrero -dentro de los responsables trabajadores- y a la ama de casa -dentro de los responsables no trabajadores- (ver Cuadro 16). La condición de ser obrero y/o ama de casa, pareciera ser un criterio tomado en cuenta por la población del área, en el momento de realizar la elección. Es importante resaltar, que a pesar de que los obreros representan el 10% de la población



trabajadora, son los que proporcionalmente resultan más elegidos.

Por las limitaciones anotadas anteriormente -de ser éste un trabajo que nos da una visión de lo que sucede en un corte en el tiempo- no podemos valorar el grado de incorporación que han tenido los obreros, en el ejercicio de funciones como responsable de salud. Sin embargo, en la actualidad existe una demostración evidente, del reconocimiento social que los mismos tienen, como clase dirigente.

Por otra parte, el que la ama de casa sea valorada para ejercer dichas funciones, aunado al predominio del criterio electivo para el sexo femenino, también es una demostración del papel relevante que está jugando la mujer -y especialmente la no trabajadora- en su integración a la participación social. Esto, de igual forma tiene que considerarse, como un elemento importante de superación de la mujer, que se dedica prioritariamente a las funciones domésticas. Pese a que no pudimos realizar en forma completa, la estimación correspondiente al número de responsables por población elegible, según escolaridad; los datos con que contamos reflejan la no existencia de un criterio discriminatorio entre las personas con grado de escolaridad de enseñanza media superior, y enseñanza superior (ver Cuadro No. 5). Si obviamos las limitantes que existen para realizar la estimación, tenemos que por cada 1,000 habitantes con grado de escolaridad primaria se seleccionan 5 responsables, y por cada 1,000 habitantes con grado de escolaridad de enseñanza media, se seleccionan 7 responsables. Todo pareciera indicar, que la escolaridad tampoco discrimina. Sin embargo, se hace



necesaria una estimación más precisa.

Finalmente, para valorar la determinación de la variable edad, confrontamos ciertas dificultades por no contar con un censo que distribuyera a la población, en intervalos de clases iguales. Sin embargo, agrupamos el número total de responsables de salud entre las edades de 15 a 49 años, siendo un total de 132 (74.5% del total de responsables), y observamos que de cada 1,000 habitantes entre dichas edades, se seleccionaron 7 responsables de salud, y por cada 1,000 habitantes de 50 y más años, se seleccionaron 5.0 responsables de salud. Esto nos está demostrando que no existe una diferencia muy importante -como en el caso del sexo- en cuanto al grado discriminatorio de la variable edad, para los efectos de la elección de un responsable de salud.

De cierta manera, existe una preferencia electiva hacia la población entre 15 y 49 años, la cual no es muy importante; pero sí nos ayuda a revalorizar un criterio -bastante difundido y que se maneja sobre la base de apreciaciones un tanto subjetivas- sobre la tendencia de seleccionar a personas de edad avanzada (de 50 y más años), para cumplir con funciones de responsables de salud de cuadra.

En conclusión, el proceso de elección de un responsable de salud, dentro del área "Plaza de la Revolución", tiene un comportamiento particular que nos indica que dicho proceso no se realiza arbitrariamente.

La comunidad del área, está tomando en cuenta ciertos criterios electivos -que se comportan en forma discriminatoria- y que definen



la forma en que se están valorando los agentes sociales, para el desempeño de funciones de responsable de salud.

De modo aproximado podemos afirmar que existe una tendencia a elegir personas jóvenes (entre tercera y cuarta década), con acentuada preferencia hacia el sexo femenino e independientemente de su grado de escolaridad; centrándose sobre las categorías de obreros y amas de casa.

Por otra parte, comienza a visualizarse como criterio de importancia, la no vinculación al proceso de trabajo, para los efectos electivos de un responsable de salud.

Ahora bien, de ninguna manera podemos afirmar que estos son los únicos criterios tomados en cuenta por la población, para realizar la selección de sus responsables. Consideramos la necesidad de seguir explorando el comportamiento determinante de otras variables que no fueron cuantificadas en este estudio.

Para tales efectos, sugerimos una revisión y perfeccionamiento de los datos del censo, junto con un estudio exploratorio que nos aporte en la construcción de categorías -y por ende de variables e indicadores de medición- con respecto a los criterios que actualmente maneja la comunidad, para el proceso de elección de sus responsables de salud. La necesidad de ir afinando este tipo de estudios, es una exigencia fundamental para elevar el conocimiento empírico de la participación en salud, a un nivel de conocimiento científico; que revertidos a la comunidad con su consecuente comprensión y apropiación, se-



rá un elemento impulsor en el perfeccionamiento de su participación social.

7.3. Análisis del cumplimiento por los responsables, de las actividades normadas por la organización de los CDR, de las actividades orientadas por el policlínico, y la asistencia a las reuniones de educación para la salud.

El análisis comparativo del grado de cumplimiento de las metas anuales, para las actividades de donación de sangre, y prueba citológica; revela un comportamiento diferencial del cumplimiento de las metas, que va siguiendo un orden decreciente para cada actividad respectivamente.

Observamos entonces, que la vacunación de polio, se constituye en la primera actividad de salud que alcanza el mayor porcentaje de cumplimiento. (ver Cuadros 17 y 17'). Le sigue la donación de sangre y por último la prueba citológica. Entre estas dos últimas actividades, la diferencia en su expresión porcentual no es muy notable. Sin embargo, debemos recordar que en términos absolutos las metas de las pruebas citológicas son considerablemente menores con respecto a las metas de donación de sangre (ver Parte III, No. 5, Fase II).

En cuanto a las actividades orientadas por el policlínico, observamos un porcentaje bastante elevado, de la asistencia de los responsables de salud a las reuniones educativas e informativas que convoca el policlínico; mientras que para las actividades de apoyo a los



programas básicos de salud del área, apenas el 50% de los responsables, cumplieron con dichas actividades para el año de 1977. (Ver Cuadros No. 18 y 19).

En una aproximación interpretativa de los resultados obtenidos, y con el fin de darle un sentido dinámico al proceso de participación de los responsables en la ejecución de tareas de salud; se hace necesario la valoración de ciertos factores temporales, al igual que condiciones objetivas y subjetivas, que podrían estar interviniendo en el desarrollo de dicho proceso participativo.

En tal sentido, la consideración del tiempo que lleva la organización de los CDR y específicamente los frentes de salud, en la ejecución de diversas actividades de salud, y el grado de complejidad que las mismas encierran; podrían ser unos de los elementos explicativos del cumplimiento diferencial observado.

Siguiendo una secuencia cronológica tendríamos, a la campaña anual de vacunación de polio, como la primera actividad de salud que a partir del año de 1962, fue de la completa responsabilidad de los CDR (en cuanto al censo y administración de dosis se refiere). En ese mismo año, a partir del mes de octubre, la organización cederista se responsabilizó de la captación de voluntarios donantes de sangre. La importancia social y político-ideológica, que revestía esta actividad -sobre todo en la eliminación del comercio de sangre y en el desarrollo de una conciencia social- llevó a su progresivo perfeccionamiento estableciendo metas anuales de donación, por comités de cuadra; las



cuales a su vez son indicadores de cumplimiento para los efectos emulativos (entre cuadra y cuadra de una zona de CDR).

A partir del año de 1966, los responsables de salud comenzaron a brindar su apoyo en la movilización de la población femenina -mujeres solteras mayores de 30 años y casadas de cualquier edad- a través de programas educativos sobre la importancia de la prueba citológica en la prevención del cáncer cervicouterino. Dicha actividad -que también revestía una importancia social- también logró normarse, fijándose metas anuales por comités de cuadra. Desde 1968 con el perfeccionamiento del nivel primario de atención médica, los responsables de salud de cuadra del CDR, brindan su apoyo en el subprograma de reducción de la mortalidad infantil y materna, a través de la captación precoz de mujeres embarazadas, sus visitas periódicas y control a la consulta prenatal, al igual que las visitas a los niños menores de 1 año para controlar su asistencia a la consulta de puericultura.

En el año de 1975 -cuando comenzó la implementación a nivel nacional, del nuevo modelo de Medicina en la Comunidad- los responsables de salud adquirieron la responsabilidad del control de pacientes enfermos de alto riesgo -tuberculosos, hipertensos, diabéticos, asmáticos, etc.- que requieren asistencia médica periódica, colaborando con el equipo de salud del sector.

A través de esta síntesis cronológica que resume la secuencia en que los CDR, fueron realizando diversas actividades de salud; podemos apreciar de que además de tener una secuencia temporal, las



mismas presentan, una secuencia de complejidad creciente en el tiempo. Esto nos llevaría a inferir, que en la medida que el responsable de salud y la propia comunidad, van adquiriendo conciencia de la importancia social de su participación en salud -la cual se objetiviza a través de los logros del sector donde el concurso de la participación de las masas ha jugado un papel importante, como serían: la no existencia de poliomielitis desde el año de 1963, un año después de la primera campaña masiva de vacunación, la completa abolición del comercio de sangre, el descenso progresivo de la mortalidad infantil, hasta llegar a una tasa de 24.7 x 1,000 nacidos vivos en el año de 1977, y ser la tasa de mortalidad infantil más baja de América Latina, etc.- y se van apropiando del conocimiento general en salud, los mismos desarrollan una capacidad potencial que se materializa en una participación en salud, que va adquiriendo niveles cada vez más crecientes y complejos.

Sobre la base explicativa del propio desarrollo histórico que ha tenido la participación de los CDR, en la ejecución y control de tareas de salud, es que explicamos el comportamiento diferencial de los resultados, los cuales van siguiendo un orden de cumplimiento decreciente. Para vacunación de polio, donación de sangre, prueba citológica y actividades de control que orienta el policlínico respectivamente, que se corresponde con un orden creciente de complejidad, de dichas actividades en el tiempo.

Retomando nuestro estudio, el cual define como indicadores



de participación en la ejecución y control de actividades de salud, el grado de cumplimiento de las metas, el porcentaje de responsables que realizaron actividades que orientó el policlínico, y el porcentaje de asistencia a las reuniones de educación para la salud; los resultados que nos muestran los Cuadros No. 17, 17', 18 y 19 -ya analizados- nos permiten afirmar con certeza, que la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución" y sus correspondientes responsables, han desarrollado una capacidad participativa en la ejecución y control de actividades de salud. Valga decir, que se han visto realizados en su participación social en salud, en el momento de HOMBRES-OBJETO.

7.4. Análisis de la determinación de las variables, vinculación laboral y categoría ocupacional, en el comportamiento de la participación de los responsables, en la ejecución y control de actividades de salud.

El análisis de los Cuadros No. 25, 26 y 29, nos permite apreciar que la participación de los responsables no trabajadores es cuantitativamente mayor a la de los responsables trabajadores. (excepto para el cumplimiento del censo de vacunación de polio).

Es también de importancia señalar, que apenas el 35.6% de los responsables trabajadores lograron cumplir durante el año de 1977, con algunas de las actividades orientadas por el policlínico, mientras que el 68.4% de los no trabajadores; cumplió con dichas actividades en el período mencionado. Si recordamos que estas activida-



des son orientadas por el equipo de salud en su visita al responsable del frente, y que dichas visitas se realizan en horas laborales, es lógico pensar que los responsables que están vinculados laboralmente no han recibido las orientaciones correspondientes, por encontrarse trabajando en los momentos de las visitas del equipo de salud. Podríamos entonces suponer, que el 41.8% de los responsables, que no fueron visitados por el equipo de salud del sector, obedecen en su mayoría a los responsables vinculados laboralmente. (Ver Cuadro No. 24).

Al desglosar los responsables de salud del área, en categorías ocupacionales, resalta el alto cumplimiento que exhibe la "ama de casa" -la cual es un responsable no trabajador- en relación al resto de responsables (ver Cuadro No. 27), y en lo referente al cumplimiento de las actividades orientadas por el policlínico -en la visita del equipo de salud- llama de igual forma la atención, el alto cumplimiento de los responsables jubilados y amas de casa (no trabajadoras) en relación con el resto de responsables (ver Cuadro No. 28).

Para la interpretación de estos resultados debemos tomar en cuenta que la participación de los responsables en la ejecución de tareas de salud -en el nivel primario de atención médica del tipo "Policlínico Comunitario" como lo es el "Plaza de la Revolución", está en función de su lugar de residencia, y no en función de su lugar de trabajo; por estar la gestión del policlínico dirigida fundamentalmente, sobre la población residente en el área de salud. En tal sentido, la mujer ama de casa y/o el jubilado, por tener mayor tiempo disponible y



sobre todo de permanencia en su área de residencia, puede desarrollar un nivel de eficiencia mayor en el cumplimiento de las actividades de salud. Principalmente aquellas que requieren de una íntima relación con el equipo de salud del sector.

Cabría preguntarse entonces: ¿la vinculación laboral de un responsable de salud, puede convertirse en un obstáculo para el desarrollo de sus capacidades participativas?

La respuesta a esta pregunta, en cierta medida la está dando la propia comunidad, ya que a pesar de que el criterio de la vinculación laboral aparece como no discriminatorio para los efectos de la elección de un responsable de salud, el porcentaje de ratificación observado sobre los responsables "amas de casa y jubilados", parecen indicar una tendencia sustitutiva de responsables trabajadores por responsables no trabajadores (ver Cuadros No. 14, 16 y 31).

Las evidencias empíricas que nos muestra este estudio, nos llevaría a formularnos otra pregunta: ¿quedaría la población trabajadora residente en el área, marginada de su participación en la ejecución de tareas de salud, en el nivel primario de atención médica?

La respuesta a esta pregunta, nos lleva necesariamente a la reflexión de cómo concebir la participación en salud, inserta en un proceso mucho más amplio, que es la dinámica de la estructura social.

La participación social organizada -y específicamente la participación en la ejecución y control de actividades de salud- la hemos abordado como una actividad transformadora de las condiciones ob-



jetivas externas y subjetivas de los individuos. O sea, como un trabajo colectivo socialmente organizado, que como tal deberá responder a una división social del trabajo y por ende orientarse, de acuerdo a la ubicación de los agentes en el proceso de producción social. Partiendo de esta formulación, tendríamos entonces a los agentes que se encuentran insertos en el proceso de trabajo, participando en la ejecución y control de actividades de salud; relacionadas con los aspectos concernientes a la higiene y medicina laboral, de igual forma ubicaríamos a los estudiantes de diferentes niveles en una participación en salud, articulada con los aspectos de la medicina escolar, los deportistas con la medicina del deporte, la comunidad residente en un área -a través de las madres y ancianos- articulados con la medicina familiar y comunitaria etc. De esta forma, la práctica médica a nivel primario -que como práctica también se encuentra socialmente organizada y respondiendo a una división social del trabajo- establece una relación más estrecha con la organización de la sociedad en su conjunto. (Con la organización de los trabajadores, secciones sindicales de las diferentes ramas de la producción y/o servicios, con las organizaciones estudiantiles, y con las organizaciones sociales de la población residente en un área- organizaciones de masas).

Dejamos abierta esta inquietud, y esbozado nuestro planteamiento sobre la necesidad de concebir la participación en salud, articulada con la organización social y respondiendo a una división del trabajo. Nuestra intención es dejar delimitada una línea de investigación pa



ra el nivel primario de atención médica del Sistema Nacional de Salud de Cuba, que tiene que responder prioritariamente a la población residente en un área, a la población trabajadora "flotante" de los centros priorizados, a los círculos infantiles, y escuelas primarias y secundarias. En el contexto de una sociedad, que por su propio desarrollo armónico y proporcional, exige el continuo perfeccionamiento de las condiciones objetivas de organización, la superación creciente de sus agentes, y la consecuente vinculación de los mismos, en el proceso de producción social.

7.5. Análisis de la participación de la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", en la gestión de dirección del sistema de atención médica primaria

Como bien hemos señalado en este estudio, la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", cuenta con dos vías institucionalizadas para ejercer su gestión directiva. Una en el nivel local del policlínico -representada por el consejo de salud del pueblo- y la otra, a través de las instancias del poder estatal, -representadas en las asambleas del delegado del poder popular a sus electores, y en las asambleas del Poder Popular Municipal.

7.5.1. Participación de la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución" en el Consejo de Salud del Pueblo.

Desde la fecha de constitución del Consejo de Salud del



Pueblo -como instancia directiva de cogobierno de la comunidad y el policlínico- en junio de 1977, hasta junio de 1978; se celebraron un total de 12 sesiones consejales, donde se elevaron a través de los responsables de salud de zona del CDR, un total de 54 planteamientos. El policlínico Plaza de la Revolución, tuvo el poder de decisión y el recurso competente, para asumir la responsabilidad resolutoria de 29 planteamientos -que representó el 53.7% del total- mientras que los 25 restantes, 47.3%, fueron elevados a las instancias con el nivel de decisión resolutorio (Hospitales y/o direcciones municipales de salud). (Ver Cuadro No. 35).

El grado de resolución de los planteamientos por parte del equipo de salud del policlínico, fue de un 72.4% en un año (de 29 planteamientos 21 fueron atendidos y resueltos, mientras que 8 no alcanzaron a tener una solución en el período mencionado).

Del total de planteamientos formulados en un año, y que tuvieron su nivel competente de resolución en el policlínico; resaltan los de carácter administrativo siguiendo los relacionados con el "trato" (relación médico-paciente) y los higiénico sanitarios (ver Cuadro No. 33), de donde los administrativos y de relación médico paciente, tuvieron el más alto porcentaje de resolución (ver Cuadro No. 37).

#### 7.5.2. Participación de la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", en las instancias del poder popular.

(Para los fines de nuestro estudio, sólo tomamos como unidad de análisis, los planteamientos formulados por la comunidad, en las



rendiciones de cuentas del Poder Popular).

A partir del año de 1977 -Año de la Institucionalización- comenzaron los periodos trimestrales de rendiciones de cuentas del delegado del poder popular, a sus correspondientes electores de circunscripción. Para los efectos de nuestro análisis, tomamos desde el I periodo de sesiones de las asambleas de rendiciones de cuentas (primer trimestre de 1977) hasta el VII periodo de sesiones (segundo trimestre de 1978).

En el total de 7 rendiciones de cuentas, del delegado del poder popular a sus electores, se formularon 61 planteamientos relacionados con el nivel primario de atención médica "Plaza de la Revolución", de los cuales 46 tuvieron su nivel competente de solución en el policlínico -representando el 75.4% del total- mientras que el resto, tuvieron que ser nuevamente elevadas a las direcciones municipales de salud, por no tener el policlínico, ni los recursos ni los niveles de decisión para resolverlos.

La capacidad resolutive que tuvo el policlínico, ante los planteamientos formulados por la comunidad a través de sus delegados, fue de 84.8% en un periodo de 18 meses (de 46 planteamientos, 39 fueron resueltos mientras que un total de 7 no alcanzaron a tener una solución en el periodo mencionado).

Del total de planteamientos formulados, en VII sesiones de las asambleas de rendición de cuentas del poder popular, -que tuvieron su instancia de solución competente, en el policlínico- el 91.3% de los mismos, fueron de carácter higiénico sanitarios, mientras que el resto, obe



decieron a planteamientos administrativos y de relación médico-paciente. El carácter diferencial de los planteamientos, según la instancia donde se plantean, será un aspecto que retomaremos en el análisis comparativo en el punto 7.5.3.

Los 61 planteamientos que fueron recibidos en el Policlínico "Plaza de la Revolución" a través de la instancia del Poder Popular, fueron formulados por un total de 57 electores, en VII períodos de sesiones de las asambleas de rendiciones de cuentas. Los 57 electores fueron visitados en su domicilio, por el equipo de salud del policlínico, con vistas a informarles el curso y solución de los planteamientos formulados. (Vemos entonces, que independientemente del nivel competente de resolución, cuando el planteamiento es recibido en el policlínico, se visita al elector, y se le explica: si su planteamiento fue solucionado, si no pudo dársele curso porque le compete a otra instancia, -por lo que es necesario que el delegado lo eleve a la asamblea municipal del poder popular- o cuando siendo el policlínico el nivel competente de resolución, el planteamiento formulado por el elector no puede resolverse de inmediato).

De los 57 electores que formularon planteamientos de salud, relacionados con la gestión del nivel primario de atención "Plaza de la Revolución", 52 quedaron conformes con la solución brindada a sus necesidades y demandas, 1 quedó inconforme con la respuesta -el cual puede volver a plantear su demanda hasta llegar a una solución convincente- y 4 no fueron encontrados en sus domicilios, pero se acu-



só recibo por escrito, de la solución dada a sus peticiones. (Ver Cuadro 42).

Concluyendo: Tenemos entonces un total de 115 planteamientos formulados por la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", a través de las instancias directivas del consejo de salud del pueblo, y del poder popular, en el año de 1977 y en el primer semestre de 1978. De los 115 planteamientos formulados, 75 tuvieron su nivel competente de solución en el policlínico (el 65.2%), mientras que los 40 restantes, se elevaron a las otras instancias (bien sea el nivel secundario de atención médica -hospitales- o las direcciones municipales de salud) para su correspondiente curso y solución.

La capacidad y el grado resolutivo que tuvo el policlínico ante los planteamientos formulados por la comunidad, fue de un 80% en 18 meses. (de 75 planteamientos 60 fueron resueltos y 15 no alcanzaron su solución en el período mencionado). Considerando el porcentaje de resolución de los planteamientos, como un indicador de la participación de la comunidad en la gestión de dirección del policlínico; los resultados que nos muestran los cuadros No. 37 y 41 -ya analizados- son una muestra de la capacidad desarrollada por la comunidad del área de salud "Plaza de la Revolución", para tener un grado de participación y decisión, en la gestión de dirección del nivel primario de atención médica del que son usuarios. Valga decir, que dicha comunidad comienza a realizarse en su participación bajo el momento de HOMBRES-SUJETO, donde son capaces de identificar problemas, plantearlos y consecuentemente recibir una solución por parte de



las instancias correspondientes.

Por último, antes de entrar en el análisis comparativo de la participación de la comunidad en las dos instancias directivas, realizaremos un breve comentario sobre el comportamiento de la asistencia de los miembros del consejo de salud del pueblo durante sus 12 sesiones, desde junio de 1977 hasta junio de 1978.

El análisis del comportamiento de la asistencia, a las reuniones del Consejo de Salud del Pueblo (Cuadro No. 38 y gráfico No. 1) nos muestra ciertas características dignas de ser exploradas con mayor detenimiento. Es interesante apreciar, que durante los meses de junio, julio, septiembre, y octubre el comportamiento de la asistencia es más o menos similar tanto en los miembros de la comunidad, como en los miembros del consejo de dirección del policlínico. Sin embargo, a partir del mes de noviembre mientras la asistencia del consejo de dirección se mantiene estable, la asistencia de los miembros de la comunidad, baja abruptamente. Situación que se observa irregular durante los meses de diciembre, enero, febrero, marzo y abril, logrando nuevamente su estabilización, en un comportamiento similar de ascenso, para los meses de mayo y junio.

Realmente no podemos inferir una causalidad precisa de este fenómeno, se hace necesario profundizar más en este estudio, tratando de identificar los factores que en un momento dado influyen en la asistencia. En tal sentido, recomendaríamos que cuando se justificaran las faltas a dichas sesiones, se explicitara el motivo de las



mismas y se realizara el mismo estudio para el año 1978-1979, a manera de comparar el comportamiento de la asistencia, y ver si el fenómeno vuelve a repetirse. Esto sentaría unas bases más sólidas para establecer relaciones de causalidad y por ende proceder a superar los obstáculos que influyen en tal comportamiento.

7.5.3. Análisis comparativo del comportamiento de la participación de la comunidad, en las dos instancias directivas.

A modo de realizar un análisis comparativo de la participación de la comunidad, en el consejo de salud del pueblo -a través de los responsables de zona del CDR, y en las rendiciones de cuentas del poder popular- a través de los delegados de circunscripciones-, equiparamos los planteamientos formulados en las dos instancias, a un mismo período de tiempo. En tal sentido, tomamos el período comprendido entre junio de 1977 y junio de 1978 (para lo cual se extrajeron los planteamientos formulados en el primer semestre de 1977 en las rendiciones de cuentas del poder popular).

Vemos entonces, que durante el período mencionado se realizaron un total de 96 planteamientos, de los cuales, 54 se realizaron a través del consejo de salud del pueblo, y 42 a través de las circunscripciones del poder popular. Sin embargo, los planteamientos que llegaron por la vía del poder popular; tuvieron un mayor grado de resolución en el policlínico, que los que llegaron a través de la vía del consejo de salud.

Obsérvese en el cuadro No. 45, que del total de planteamien



tos formulados a través de la vía del poder popular (42), 36 tuvieron su nivel competente de solución del policlínico; mientras que de 54 planteamientos ante el consejo de salud, tan sólo 29 se resolvieron en dicha instancia.

Analizando los planteamientos que tuvieron su nivel de solución en el policlínico, observamos que el mayor porcentaje de los planteamientos higiénico sanitarios, son canalizados por la vía del poder popular, mientras que los administrativos y los relacionados con el trato (relación médico paciente), son canalizados por la vía del consejo de salud (ver cuadro No. 45). Por otra parte, los problemas higiénico sanitarios que se plantean a través de la vía del poder popular, exhiben un mayor grado de resolución (81.3%), con respecto a los planteamientos de esta misma categoría, planteados en el consejo de salud del pueblo (60.0%).

En tal sentido, vemos que los canales administrativos-ejecutivos del Estado -El Poder Popular, es utilizada por la comunidad para realizar planteamientos y exponer problemas, que implican situaciones que están afectando a toda la colectividad residente en el área (problemas de proyección colectiva), y que además ofrecen un grado de complejidad mayor en su resolución. (concurso de otros sectores y organismos, inversión de recursos, etc.); mientras que el órgano colectivo de dirección del policlínico (el co-gobierno del consejo de salud) es una vía más eficaz y mayormente utilizada por la comunidad, para los problemas que



afrontan los propios usuarios del servicio. (En relación a turnos, horarios, disciplina laboral, información etc.), que por demás no requieren del concurso de otras instancias, ya que el propio policlínico utilizando sus canales organizativos y administrativos los puede resolver. (Ver Cuadro No. 47).

De igual forma, la vía del consejo de salud del pueblo, es también utilizada como canal administrativo para elevar los problemas que confrontan los residentes del área, cuando son remitidos a los hospitales base (nivel secundario de atención que le corresponde al policlínico). Lo cual se convierte en un elemento eficaz para mejorar las relaciones hospital-policlínico y por ende lograr el perfeccionamiento de la atención médica continuada. (Uno de los principios en que se fundamenta el modelo de medicina en la comunidad).

Finalmente, al totalizar todos los planteamientos formulados por la comunidad del área de salud, desde junio de 1977 hasta junio de 1978 a través de las dos instancias directivas, observamos que el 60.4% de los mismos correspondieron a planteamientos de tipo higiénico-sanitario (ver Cuadro No. 48). Esto es un indicador evidente, de que la comunidad del área, está identificando como problema de salud pública, todo aquello relacionado con la atención al ambiente, y sus demandas se centran sobre las necesidades que requieren un abordaje intersectorial, más que sobre aquellas que pueden ser resueltas desde el propio sector salud.

Por las limitaciones que confronta el área de salud "Plaza



de la Revolución" en cuanto a su división político administrativa (que está comprendida entre dos municipios) no pudimos elevar nuestro análisis de la participación popular en salud, a las instancias de la Asamblea Municipal del Poder Popular, y de la Dirección Municipal de Salud Pública, donde se podría identificar con mayor claridad, el nivel adquirido por la población en el proceso de toma de decisiones, con respecto a las políticas de salud; y los mecanismos que implementan las direcciones administrativas del Estado, para hacer cumplir dichas políticas.

Esto trae como consecuencia, que nuestro análisis quede limitado al proceso de participación en el nivel local, planteando la necesidad de abordar con mayor profundidad el estudio de las instancias mencionadas; con el fin de tener un análisis mucho más completo de la participación en salud y las estructuras de poder.

Retomando el análisis que veníamos haciendo sobre el desarrollo del proceso de participación en salud (participación en la ejecución y control de actividades de salud de complejidad creciente...), y continuando con la secuencia cronológica que las mismas han tenido, vemos que a partir de 1977, cuando se implementan nuevas formas de organización -como sería el consejo de salud del pueblo, en lo particular, y la institucionalización de la participación de la población en la gestión del Estado a través de los Organos del Poder Popular, en lo general de la sociedad- vemos que el proceso participativo, da su salto cualitativo a formas superiores de participación. O lo que es lo mismo, la población residente en el área de salud a través de nuevas



formas de organización, en lo particular y en lo general de la sociedad, comienza a participar en el proceso dirección y toma de decisiones.

A partir de entonces, los agentes sociales, además de participar y cooperar con el equipo técnico del nivel primario de atención médica; en la producción de servicios de salud, también dirigen y conducen la gestión del policlínico; para satisfacer sus propias demandas y necesidades.

Podemos concluir nuestro análisis del estudio de verificación empírica afirmando: Que el proceso participativo en salud, de la comunidad del área Plaza de la Revolución, se materializa en sus dos momentos -HOMBRES OBJETO y HOMBRES SUJETO- encontrándose asociados y dando origen a un nuevo espiral dialéctico, en el desarrollo del proceso de participación popular en la gestión de la salud pública.

Concluiremos la Parte III del estudio del caso "Plaza de la Revolución" con una propuesta organizativa del policlínico, para conducir y orientar el proceso de participación popular en salud, de acuerdo a la ubicación de los agentes en el proceso de producción social.

#### Fundamentación teórica de la propuesta:

En el contexto del desarrollo armónico y proporcional de la sociedad socialista cubana, la participación popular en salud se convierte en necesidad y exigencia, de todos y para todos. Por lo



que el trabajo participativo socialmente organizado en salud, se orientará en concordancia con una división social del trabajo y articulado a la organización de la sociedad en su conjunto.

Metodología seguida para la formulación de la propuesta

1. Análisis de la situación actual del proceso de participación en el nivel primario de atención médica.
  - 1.1. Organizaciones existentes en el área de salud, y organizaciones que de una u otra forma están desplegando actividades de salud en coordinación con el policlínico.
  - 1.2. Definición de las actividades que realizan.
  - 1.3. Instancias técnico-administrativas del policlínico que conducen el proceso.
  - 1.4. Identificación de los problemas que detecta la comunidad.
2. Propuesta organizativa
3. Propuesta Operativa

El punto 1 de la metodología: "Análisis de la situación actual del proceso de participación en salud, lo abordamos a través del estudio empírico realizado; a partir del cual realizaremos una breve síntesis, que sentarán las bases de nuestra propuesta organizativa y operativa.

Las organizaciones sociales existentes en el área de salud se podrían agrupar en las siguientes:



1. Comités de Defensa de la Revolución
2. Federación de Mujeres Cubanas.
3. Organización sindical de los centros de trabajo.
4. Organización de estudiantes de enseñanza primaria, media y media superior.
5. Organización de los párvulos de los círculos infantiles.

De estas organizaciones, los Comités de Defensa de la Revolución, a través de sus frentes de salud, son los que hasta ahora han desplegado actividades de salud, en coordinación con el policlínico (hacemos la salvedad de que a partir de 1978, el policlínico comenzó actividades de coordinación con la federación de mujeres cubanas).

Las actividades que realizan las organizaciones de masas -y en especial los CDR- vimos que estaban divididas en dos tipos: Actividades normadas y controladas por la Organización de los CDR, y las actividades que orienta el policlínico a los frentes de salud, para el apoyo en la ejecución de los programas básicos del área. (Esto en lo referente a su participación en la ejecución y control de actividades de salud). De igual forma desarrollan actividades de participación en la gestión directiva, exponiendo sus planteamientos y necesidades de salud, en el Consejo de Salud del Pueblo. Para fines de nuestra propuesta, nos centraremos en la participación de actividades de salud que se realizan en coordinación directa con el policlínico. La instancia técnico administrativa del policlínico que conduce el trabajo con la comunidad, vimos



que era el departamento de psicosocial, quien mantiene una coordinación, normación y ejecución centralizada, de las actividades de la comunidad.

Finalmente, observamos que los planteamientos higiénico-sanitarios, se constituyen en el principal problema que identifica la comunidad como necesidades de salud.

### Propuesta Organizativa

En primer término nuestra propuesta se basa, en que si el policlínico cuenta con una estructura organizativa para brindar atención médica, también deberá tener una organización interna para cumplir con las funciones de promover, conducir, y fomentar el trabajo con la comunidad, y por ende la participación de los mismos en diferentes tareas de salud.

Vimos que las funciones del trabajo comunitario, están centralizadas en el departamento de psicosocial, siendo ésta la única instancia del policlínico que se encarga de programar, y coordinar las actividades con la comunidad. Nuestra visión se inclina por la necesidad de una descentralización ejecutiva de las actividades con la comunidad, manteniendo la centralización normativa en el mencionado departamento. (Departamento de Coordinación General).

Lo que en esencia estamos proponiendo es una distribución más racional del recurso técnico del policlínico, para el desarrollo y conducción del proceso de participación de la comunidad, en la ejecu-







ginecobstetricia, se coordine con la Federación de Mujeres Cubanas, para las actividades de apoyo en la ejecución de los programas de atención integral al niño y a la mujer, mientras que el departamento de psicosocial y el de medicina interna, tomarían el programa de atención integral al adulto; para programar las actividades de participación en la ejecución de tareas de salud, con los frentes de cuadro de los CDR.

Como bien hemos señalado en los resultados de este estudio, la inserción al proceso de trabajo de la comunidad del área, es bastante elevado. Por lo que los mencionados departamentos deben tomar en cuenta esta situación, para desarrollar una labor educativa en los aspectos de medicina laboral; necesidad que se hace cada vez más creciente. Por otra parte, por tener el Departamento de Higiene y Epidemiología un contacto más estrecho con la higiene laboral de los centros de trabajo, proponemos que los equipos verticales de trabajadores sanitarios, junto con el internista y/o enfermera que atiende los centros priorizados; establezcan una relación más estrecha con la organización sindical de cada centro de trabajo -y en especial con los responsables de protección e higiene del trabajo, tanto de la administración como del sindicato- para desplegar junto a los trabajadores de cada centro, actividades de salud en el área de medicina e higiene laboral.

Siendo los planteamientos higiénico-sanitarios (principalmente los de higiene comunal e higiene de los alimentos) un proble-



ma relevante que identifica la población, ¿por qué entonces no integrar a la población residente en el área en la ejecución de tareas de salud relacionadas con los aspectos higiénico sanitarios? ¿Por qué no pensar en trabajadores sanitarios voluntarios, seleccionados de la propia población? Lo proponemos como una buena opción para integrar a los jóvenes adolescentes y también a la población masculina -que tienen una representatividad escasa como responsables de salud- en el proceso de participación en la gestión del nivel primario de atención médica.

De esta forma el departamento de higiene y epidemiología desarrollará un trabajo más eficiente incorporando tanto a la población residente en el área, como a los trabajadores de los centros laborales prioritarios, en la participación de tareas de salud (en higiene comunal, de los alimentos, y laboral respectivamente).

Finalmente, nos quedarían las organizaciones de los círculos infantiles, las escuelas primarias, secundarias y de enseñanza media superior que se encuentran dentro del área de salud. En tal sentido proponemos: que el equipo formado por los departamentos de enfermería, ginecobstetricia y pediatría -que estarán trabajando con la FMC- desarrollen actividades de coordinación con las enfermeras y/o médicos que se responsabilizan de la atención médica de los círculos infantiles y escuelas primarias, para desarrollar actividades de participación en salud junto con los niños y responsables de dichos centros. Mientras que el departamento de psicosocial y el de Medi-



cina Interna -que estarán trabajando con los frentes de salud de los CDR- se coordinaran con las instancias directivas de las escuelas secundarias y tecnológicas, para desarrollar actividades de salud con los alumnos.

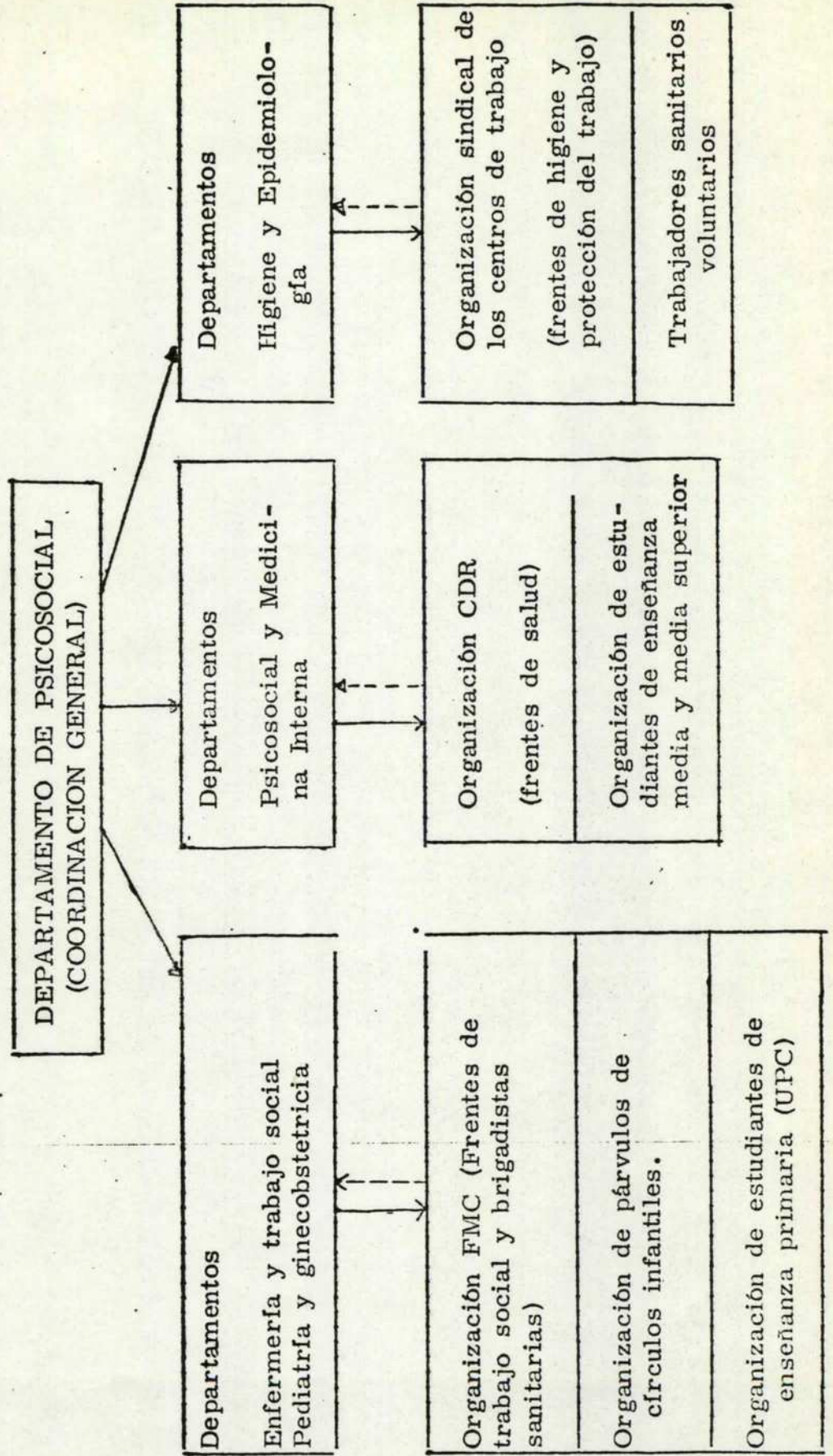
A través de esta propuesta organizativa y operativa, tendríamos a todos los departamentos del policlínico con la responsabilidad de realizar funciones de trabajo comunitario y tendríamos orientada la participación en la ejecución y control de actividades de salud; de acuerdo a la ubicación de los agentes en el proceso de producción social.

A continuación presentamos un esquema de la estructura organizativa que proponemos para el trabajo comunitario del policlínico.



**ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA EL TRABAJO  
COMUNITARIO**

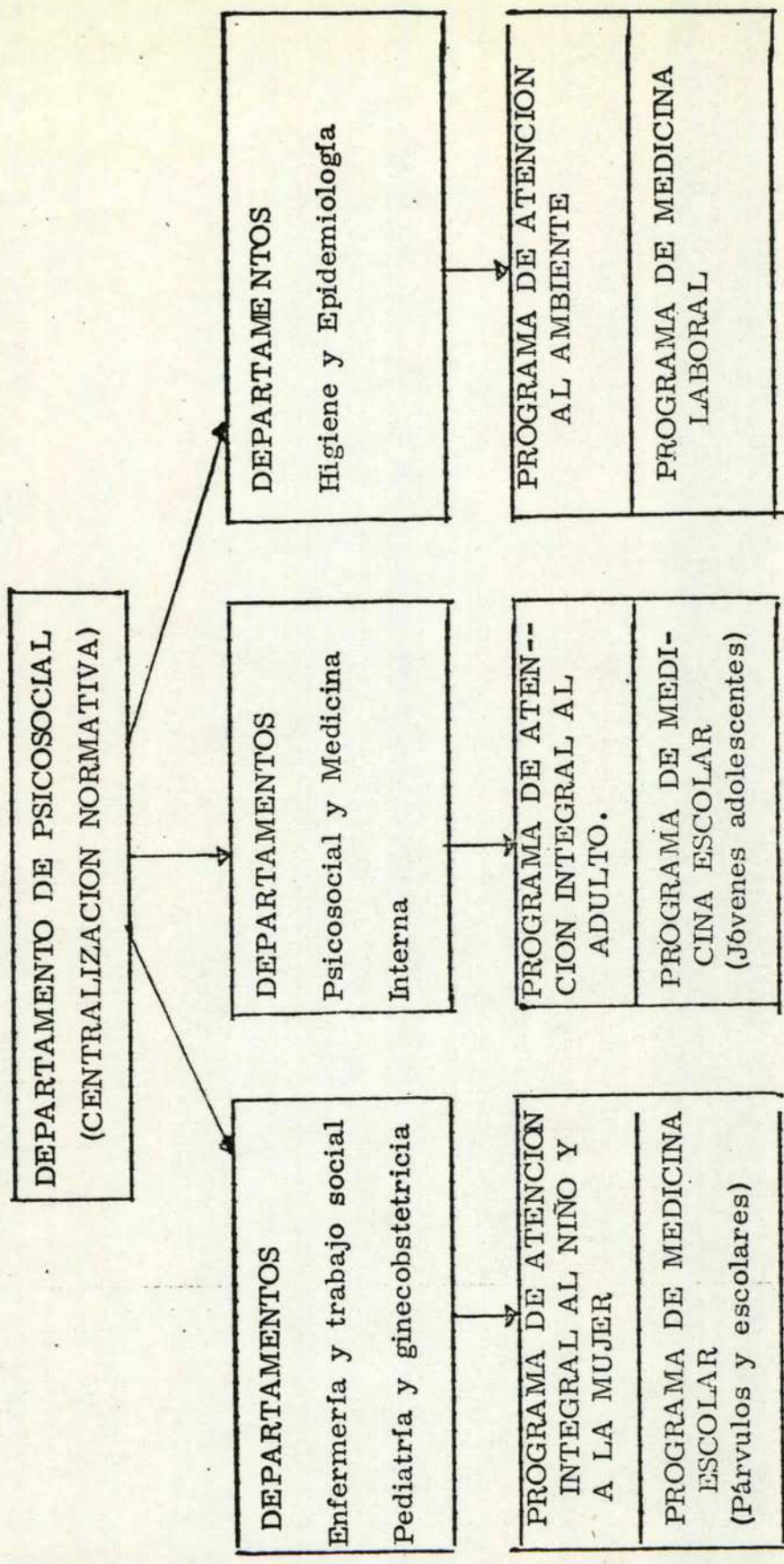
POLICLINICO "PLAZA DE LA REVOLUCION"





DESCENTRALIZACION EJECUTIVA

ORGANIZACION FUNCIONAL PARA EL TRABAJO  
COMUNITARIO





## Participación en la gestión de dirección

Con respecto a la participación de la comunidad, en la gestión de dirección del policlínico, vemos con acierto la opción de descentralizar este consejo a nivel de la zona, y efectuar una reunión bimensual de todos los equipos de salud del sector, con los responsables de los frentes de cuadra del CDR. Sin embargo, con el fin de realizar una integración más cercana con las organizaciones de masas, proponemos que a los consejos a nivel de zona, se incorporen las responsables del frente de trabajo social de la FMC.

Con respecto a los consejos de salud del pueblo en el policlínico, compartimos el mismo criterio de incorporar a la FMC. En tal sentido, como sería muy numeroso -los integrantes de dicho consejo (8 del policlínico, 12 de las zonas de los CDR, y unas 11 por la FMC)- sería más conveniente establecer los consejos mensualmente, con cada organización (un mes con la FMC y un mes con los CDR), los cuales se procurarían que fuesen intercalados a los consejos en el nivel de zona, y con el consejo de dirección (para los efectos de su programación en el tiempo). El departamento de higiene y epidemiología, también deben realizar sus reuniones con los trabajadores sanitarios voluntarios (mensual o bimensual según la necesidad) y con los responsables del frente de protección e higiene del trabajo de la sección sindical y administración de los centros de trabajo. Los problemas que los trabajadores expongan en cuanto a la



gestión del sistema de atención primaria, los deberá canalizar el trabajador sanitario del departamento de higiene y epidemiología, a través del consejo de dirección del policlínico; y si la solución escapa al nivel primario de atención, elevarla a la dirección municipal de salud.

Con respecto a la participación de los electores en las asambleas de las rendiciones de cuentas del poder popular, tenemos que considerar, que mientras exista esta dualidad en la división político-administrativa del área de salud, la complejidad de la gestión del delegado es mucho mayor. Sabemos que esto es un problema que no puede resolverse a corto plazo -ya que necesitaría un estudio previo y una consecuente reorganización de la división del área de salud con respecto a su cobertura poblacional y geográfica. En tal sentido podría visualizarse en un corto plazo, que el personal del policlínico pudiera asistir a las rendiciones de cuentas que se encuentran bajo su área, a modo de dirigir y facilitar la solución de los planteamientos formulados. Aparte de que sería una vía educativa y de formación, para los electores residentes en el área de salud "Plaza de la Revolución".

Mencionamos por último, la necesidad de insistir en las instancias directivas de salud (direcciones municipales) y en la asamblea municipal del poder popular, a manera de explorar el comportamiento de la participación de la comunidad en la formulación de políticas de salud, lo cual llevaría implícito un análisis del proceso de



toma de decisiones de la población y por ende el ejercicio de su poder en la gestión del Estado. (Trabajo que escapó de nuestras posibilidades realizar.



VI PARTE: CONCLUSIONES GENERALES



## Conclusiones Generales

El estudio histórico social de Cuba nos ha permitido valorar la transformación cualitativa que se da en el proceso de participación popular, después del cambio de las relaciones sociales de producción; evidenciando una vez más, el papel determinante que en última instancia tienen los componentes de la estructura socioeconómica, en el desarrollo pleno de un proceso participativo en todos los órdenes de la sociedad.

De aquí derivamos, que la participación organizada en la gestión de salud pública, es una manifestación en lo particular de todo un proceso de participación que se da en el contexto general de la sociedad; siendo considerada como la esencia de un motor impulsor para el desarrollo social, económico y político del País.

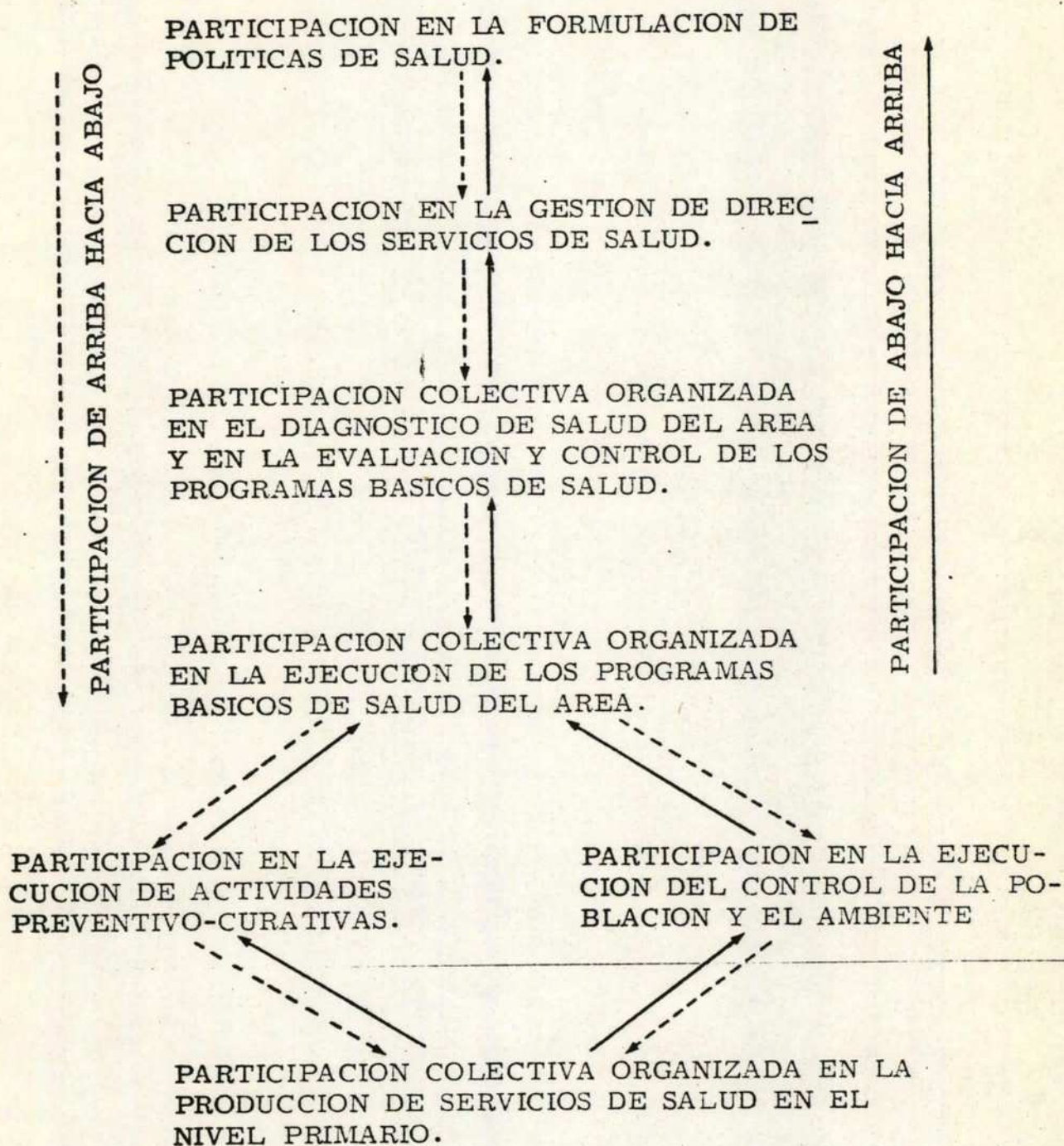
Ahora bien, las propias condiciones objetivas que da la estructura social cubana para desarrollar la participación en salud, no pueden considerarse como los únicos factores necesarios para que la población participe; es indiscutible la necesidad de crear condiciones subjetivas que coadyuven en la promoción y dirección de la participación; y en este sentido, la propia organización de la Práctica Médica en Cuba, aunada a la formación de un recurso humano en salud -que tiene como principio el estudio y el trabajo en estrecha relación con los grupos poblacionales del campo y la ciudad- propicia que las condiciones necesarias se vayan creando, y que a la vez actúen como importantes factores en la transformación de los individuos que participan en el proceso.



Por otra parte, hemos visto que la participación en salud además de darse articulada con el proceso de participación en lo general de la sociedad, también ha tenido un desarrollo propio en consonancia con el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y el avance cuantitativo de la organización social y política del país. En tal sentido, lo que en un inicio fue una participación colectiva organizada en las acciones de salud, lo cual se materializó en la ayuda voluntaria en brigadas sanitarias, en la donación de sangre, vacunación de polio, trabajos de investigación en salud y acciones horizontalizadas en el nivel primario de atención médica hoy en día además de ser un trabajo con proyección social para el beneficio de todos, es un trabajo donde los propios agentes sociales definen las políticas directivas en salud, de acuerdo a sus necesidades particulares y enmarcadas dentro de las necesidades globales de la sociedad.



PROCESO DE PARTICIPACION EN SALUD





## BIBLIOGRAFIA

- Asa Laurell, C. Investigación en Sociología Médica, Rev. Salud Problema No. I, II, III, Maestría en Medicina Social UAM-X. México 1977-78.
- Aranda, Servio. La Revolución Agraria en Cuba. Siglo XXI. Edit. México 1976.
- Acción Católica de Cuba. Encuesta a los Trabajadores Rurales, 1956-57. Editado por el Instituto de Desarrollo de la Salud, MINSAP, La Habana, 1978.
- Breihl, J. Medicina Comunitaria, ¿una nueva policía médica?. Revista de Ciencias Políticas y Sociales No. 84. pp. 57-82. México 1976.
- Barkin, Manitzas y otros. Cuba, Camino Abierto. Siglo XXI. Edit. México, 1975.
- Castro, Fidel. Hoy somos un pueblo entero conquistando el porvenir. Siglo XXI. Edit. México 1978.
- Castro, Fidel. Obras Escogidas, Tomos I, II, III, Editorial Fundamentos. Madrid, 1976.
- Castro, Fidel. Educación en la Revolución, Edic. de Cultura Popular. México 1977.
- Castro, Fidel. Informe Central al Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba, Edit. por la Dirección de Orientación Revolucionaria del PCC. La Habana, 1977.
- Capote M. R. y Hugo Villar T. El Sistema Nacional de Salud en Cuba, Mimeografiado Instituto de Desarrollo de la Salud. MINSAP, La Habana, 1977. pp. 9-17.
- Darendorf, R. A través del Conflicto Social. The Journal of Conflict Resolution, Vol. 2 No. 2. Junio 1958.



- Eibenzchutz, C. Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano, Mimeografiado, UAM-X, Maestría en Medicina Social. México, 1979.
- Escalona, M. y Agüero, N. Estructura del Estado Cubano. Mimeografiado. Trabajo Referativo, Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1977.
- García, J. C. Medicina Comunitaria, Concepto e Historia. Mimeografiado, OPSOMS. Washington, D.C. 1977.
- Gvishiani, D. Organización y Gestión. Ediciones de Cultura Popular. México 1976.
- Gerard-Pierre, Ch. Génesis de la Revolución Cubana, Siglo XXI. Edit. México, 1978.
- Germani, G. Sociología de la Modernización, Edit. Paidós. Buenos Aires, 1971.
- Gramsci, A. Notas sobre Maquiavelo, sobre Política y sobre el Estado Moderno. Cuadernos de Cárcel No. 1, Edit. Juan Pablos, México, 1975.
- Guevara, E. El Socialismo y el Hombre Nuevo, Siglo XXI, Edit. México 1977.
- Granda, da D. El concepto de comunidad, y su relación con los programas de salud. Rev. de Educación Médica y Salud, Vol. II No. 3, 1977. pp. 205-232.
- Hevia, P. Modelos de participación de la comunidad en los programas de salud. Rev. de Educación Médica y Salud, Vol. II No. 3 1977, pp. 258-274.
- Harnecker, M. Cuba, ¿Dictadura o Democracia? Siglo XXI, Edit. México, 1975.
- Koifman, Rosa. Instituciones de Salud en México. Su Coordinación. Tesis de Maestría en Medicina Social. UAM-X. México 1978.



- López Segrera, F. Cuba: Capitalismo dependiente y subdesarrollo. Editorial Diógenes, S.A. México, 1973.
- Lenin, V.I. Las Tareas Inmediatas del Poder Soviético. Obras Escogidas. Tomo II. Edit. Progreso. Moscú, 1960.
- Macciocchi, M.C. Gramsci y la Revolución de Occidente, Siglo XXI. Edit. México 1977.
- Marx, C. Contribución a la Crítica de la Economía Política. Ediciones de Cultura Popular, México 1978.
- Marx, C. Manuscritos Economía y Filosofía. Alianza Editorial. Madrid, 1977.
- Mayo, E. The Social Problems of an Industrial Civilization, New York Press, 1966.
- Mierr, A. La Nacionalización de los Servicios de Salud en América Latina. Mimeografiado, Washington, D.C. 1976.
- Ordoñez, Cosme y Casals Ada La Participación Activa de la Comunidad en el Nuevo Modelo de Atención Primaria. Revista Cubana de Administración en Salud. Vol. 4. No. 3. Julio-Septiembre, 1978. pp. 251-261.
- Parsons, T. El Sistema Social, Edit. Revista de Occidente. Madrid, 1966.
- Portelli, H. Gramsci y el Bloque Histórico, Siglo XXI Edit. México 1977.
- Portantiero, J.C. Los Usos de Gramsci, Escritos Políticos 1917-1933. Cuadernos Pasado y Presente No. 54. México, 1977.
- Rojas Ochoa, F. El Policlínico Serie: Informes Técnicos 3/72. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. La Habana, 1972.
- Rodríguez, C.R. Cuba en el Tránsito al Socialismo. (1959-1963) Siglo XXI Edit. México, 1978.



- Roemer, I.M. Cuban Health Services and Resources  
Pan American Health Organization,  
Washington, D.C. 1976.
- Sacristán M. Antonio Gramsci, Antología, Siglo XXI.  
Edit. México, 1970.
- Stavenhagen, R. La participación Social en América Latina.  
Instituto Internacional de Estudios Labora-  
les, México, 1969.
- Torras, J. Los Factores Económicos en la crisis mé-  
dica. Editado por el Instituto de Desarro-  
llo de la Salud, MINSAP. La Habana, 1978.
- Tomassetta L. Participación y Autogestión.  
Amorrortu Edit. Buenos Aires, 1972.
- Turovtsev, V. El control popular en la sociedad socialista.  
Edit. Ciencias Sociales, Instituto Cubano  
del Libro. La Habana, 1975.
- Utria, R. Desarrollo Nacional y Participación de la  
Comunidad en América Latina. CREFAL.  
1969, Pátzcuaro, Michoacán, Mexico.
- Vidal, C. Medicina Comunitaria: Nuevo enfoque de la  
Medicina. Rev. de Educación Médica y  
Salud. Vol. 9, No. 1, 1975. pp. 11-45.
-



## OTRAS PUBLICACIONES CONSULTADAS

- Atención Primaria en Salud.** Conferencia Internacional sobre Atención Médica Primaria en Salud, Alma Ata (URSS). OMS/UNICEF. Ginebra-Nueva York, 1978.
- Acerca del I Congreso del PCC.** Curso de Educación Política, edit. por el Departamento de Orientación Revolucionaria del PCC, La Habana, 1976.
- Cuba: Salud en la Revolución.** Edit. Orbe, Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1975.
- Cuadernos de Historia de la Salud Pública** Publicación del Consejo Científico, Ministerio de Salud Pública, No. 24, 25, 43, 45, 52, 57, 60. La Habana, Cuba.
- Compendio del Anuario Estadístico de la República de Cuba.** Junta Central de Planificación, Dirección Central de Estadísticas, La Habana, 1974.
- Constitución de la República de Cuba** Edición Oficial del Ministerio de Justicia Edit. Orbe, Instituto Cubano del Libro, La Habana, 1976.
- Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud, con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad.** Doc. Oficial No. 156, OPS/OMS, Washington, D.C. 1978.
- El Sistema Nacional de Salud en Cuba.** Antecedentes, Situación Actual, Perspectivas MINSAP, La Habana, 1977.
- Güfa para la Acción** Material de Educación y Estudio para los cuadros de Dirección de los CDR, Edic. Con la Guardia en Alto, La Habana, 1965.
- Fundamentación para un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad.** Folleto, edit. por el Ministerio de Salud Pública, Ciudad de La Habana, 1976.



## ANEXOS

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA FASE DE RECOLECCION DE INFORMACION

1. Formulario de encuesta
2. Instructivo de codificación de la encuesta
3. Cuestionario guía para las actas del consejo de salud del pueblo y del Poder Popular.
4. Entrevistas realizadas
5. Cartilla comprobante de la donación de sangre y prueba citológica.
6. Planilla del censo de vacunación de Polio.



POLICLINICO DOCENTE COMUNITARIO

"PLAZA DE LA REVOLUCION"

ZONA \_\_\_\_\_ No. de CDR \_\_\_\_\_ SECTOR \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE SALUD \_\_\_\_\_

1. Edad \_\_\_\_\_

2. Sexo \_\_\_\_\_

3. Escolaridad \_\_\_\_\_

4. Ocupación \_\_\_\_\_

5. Vinculación laboral \_\_\_\_\_

6. Cumplimiento de tareas de salud

6.1. Actividades normadas:

- Donación de sangre. Meta \_\_\_\_\_ cumplidas \_\_\_\_\_%

- P. citológica Meta \_\_\_\_\_ cumplidas \_\_\_\_\_%

- Censo V. Polio \_\_\_\_\_

6.2 Actividades no normadas (preguntar según lista) \_\_\_\_\_

7. Motivación hacia el trabajo del frente de salud \_\_\_\_\_

8. Asistencia a reuniones de educación para la salud \_\_\_\_\_

9. Respuesta de la masa cederista \_\_\_\_\_.

10. Relaciones que tiene con la masa cederista \_\_\_\_\_.

11. Visitado como frente, por el equipo de salud \_\_\_\_\_.

12. Tiempo en el cargo y tipo de elección \_\_\_\_\_.

Observaciones \_\_\_\_\_

Encuestador \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



INSTRUCTIVO Y GUIA DE CODIFICACION DE LA  
ENCUESTA PARA RESPONSABLES

1. Edad. Se coloca en números
2. Sexo.
  1. Masculino
  2. Femenino
3. Escolaridad
  1. Enseñanza primaria (1° a 2° nivel de EOC) (°)
  2. Enseñanza media (FOC) (°) (Secundaria-preuniversitario).
  3. Enseñanza media superior (Tecnológico)
  4. Enseñanza superior (Universitario)
  5. No respuesta
4. Ocupación
  1. Administrativos
  2. Servicios
  3. Obreros
  4. Técnico
  5. Dirigente
  6. Estudiante
  7. Ama de casa
  8. Jubilado
  9. No respuesta
5. Vinculación laboral
  1. No trabaja
  2. Trabajador.

---

(°) Escuela Obrero Campesina  
(°) Facultad Obrero Campesina.



6. Cumplimiento de tareas (para el año de 1977).

6.1. Normadas:

- |                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| Donación de sangre  | 1 | cumplió meta por encima del 80%                          |
|                     | 2 | cumplió meta entre el 80-50%                             |
|                     | 3 | cumplió meta por debajo del 50%                          |
| Prueba citológica   | 1 | cumplió meta por encima del 30%                          |
|                     | 2 | cumplió meta entre el 80-50%                             |
|                     | 3 | cumplió meta por debajo del 50%                          |
| Censo de Vacunación | 1 | censó a todos los niños menores de 4 y 9 años cumplidos. |
|                     | 2 | Le faltó por censar niños.                               |
|                     | 3 | No censó a los niños.                                    |

6.2. No normadas:

- 1/ Cumplió con alguna de las señaladas
- 2 No cumplió con ninguna

Nota: Se le pregunta si para el año de 1977 cumplió con alguna de estas actividades.

- Captación de embarazada que no ha asistido por primera vez al policlínico.
- Captación, remisión y notificación al policlínico de pacientes que presenten alguna patología y requieran atención (médica, psicológica o social) y que por alguna razón no han visitado al médico.
- Visitas y control de pacientes dispensarizados tales como:

Hipertensos y/o cardiópatas  
Diabéticos  
Asmáticos



Pacientes con tratamiento ambulatorio por T.B., sífilis, lepra, etc.

Niños distróficos y/o prematuros.

Embarazadas inasistentes a la consulta prenatal.

Niños menores de un año inasistentes a la consulta de puericultura.

7. Motivación hacia el trabajo del frente de salud

1. Le gusta el frente y realiza con interés las actividades
2. Le gusta el frente, pero no dispone de mucho tiempo para realizar las actividades.
3. No le gusta el frente, sin embargo, procura cumplir con las responsabilidades que se depositó en él (ella).
4. No le gusta el frente, por lo que no cuenta con interés para realizar las actividades.

8. Asistencia a reuniones de educación para la salud tales como:

- Audiencias sanitarias
- Dinámicas de grupo
- Debates de salud

1. Asistió
2. No asistió.

Nota: Se le pregunta si asistió a un mínimo de 2 para el año de 1977.

9. Respuesta de la masa cederista (según su criterio).

1. Cooperan satisfactoriamente y ayudan en el cumplimiento de las actividades de salud que le son orientadas.



2. Cooperan con dificultad, y les cuesta trabajo cumplir con las actividades que le son orientadas.

3. No cooperan por lo que no se logra que cumplan con las actividades que se orientan.

10. Frecuencia de su relación con la masa cederista.

1. Se reunió mensualmente con su base, los visitó y se mantuvo al tanto de la problemática de salud de su cuadra.

2. Se reunió con su base únicamente cuando fue necesario bajar una orientación.

3. No se reunió con su base.

11. Visita del equipo de salud como frente

1. Si lo visitaron

(mínimo 2 visitas en el año de 1977)

2. No lo visitaron

Nota: SE LE PREGUNTA SI FUE VISITADO POR EL EQUIPO DE SALUD DEL SECTOR PARA BAJAR LAS ORIENTACIONES QUE EL MISMO DEBE CUMPLIR COMO RESPONSABLE DEL FRENTE DE SALUD DE SU CUADRA.

LA VISITA DEBIO SER COMO FRENTE Y NO COMO PACIENTE

12. Tiempo en el cargo y tipo de elección

1. de reciente elección (hasta dos años en el cargo)

2. ratificado (más de dos años en el cargo).

Observaciones: A juicio del encuestador, se coloca las impresiones de la entrevista, calidad de las respuestas, si se encontró en su casa en el momento de la visita, etc.



CUESTIONARIO - GUIA PARA LAS ACTAS DEL  
PODER POPULAR

Relación No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. No. de planteamientos formulados
  - 1.1. Con nivel de solución en el policlínico \_\_\_\_\_
  - 1.2. Con nivel de solución en otras instancias \_\_\_\_\_
2. Planteamientos con nivel de solución en el policlínico que se les dio una respuesta y fueron resueltos \_\_\_\_\_ (según respuesta informe).
3. Número de planteamientos con nivel de solución en el policlínico que quedaron pendientes por resolver. \_\_\_\_\_
4. Número de planteamientos que no se informa de su solución \_\_\_\_\_.
5. ¿Fueron visitados los electores? SI \_\_\_ NO \_\_\_ (en número)
6. Quedaron conformes con la respuesta y solución al problema  
SI \_\_\_ NO \_\_\_ (en números)
7. Caracterización de los planteamientos
  - Higiénico-sanitarios \_\_\_\_\_
  - Administrativos \_\_\_\_\_
  - Relación médico-paciente \_\_\_\_\_



CUESTIONARIO - GUIA PARA LAS ACTAS DEL  
"CONSEJO DE SALUD DEL PUEBLO"

Acta No. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. No. de asistentes por el consejo de dirección del policlínico.
2. No. de asistentes por los responsables de salud de zona.
3. No. de planteamientos formulados \_\_\_\_\_.
  - 3.1. Con nivel de solución en el policlínico \_\_\_\_\_.
  - 3.2. Con nivel de solución en otras instancias \_\_\_\_\_.
4. Número de planteamientos con nivel de solución en el policlínico que se les dio una respuesta y fueron resueltos \_\_\_\_\_.  
(Se chequea por control de acuerdos del acta siguiente).
5. Número de planteamientos con nivel de solución en el policlínico que quedan pendientes por resolver \_\_\_\_\_.  
(Se chequean las actas siguientes hasta ver si en algún momento se le dio solución al problema planteado, de lo contrario se caracteriza como pendiente) \_\_\_\_\_.
6. Número de planteamientos que no se informan de su solución \_\_\_\_\_.

---

7. Caracterización de los planteamientos:
  - Higiénico-Sanitarios \_\_\_\_\_
  - Administrativos \_\_\_\_\_
  - Relación Médico-Paciente \_\_\_\_\_



## ENTREVISTA CUESTIONARIO

(Para miembros de los CDR)

1. ¿Podría decirnos cuándo se fundó la organización de los CDR y cuáles eran sus objetivos fundamentales?
2. ¿Cuáles son las funciones que en la actualidad realiza?
3. ¿Cuál es su estructura organizativa a nivel de cuadra?
4. ¿Cuál es su estructura organizativa en el nivel de zona, municipal, provincial y nacional?
5. ¿Cómo se eligen a los responsables de los diferentes frentes y direcciones?
6. ¿Los compañeros que desempeñan estos cargos reciben alguna remuneración?
7. ¿Que se requiere para ser cederista?
8. ¿Qué mecanismos se utilizan para tomar las decisiones?
9. ¿Cómo se coordinan con las instancias administrativas del Estado?
10. Observaciones

---

Entrevistado:

Entrevistador:

Fecha:

Firma



## ENTREVISTA - CUESTIONARIO

(PARA LAS FEDERALES)

1. ¿Podría decirnos cuándo se fundó la organización de la Federación de Mujeres Cubanas, y cuáles eran sus objetivos fundamentales?
2. ¿Cuáles son las funciones que en la actualidad realiza?
3. ¿Cuál es su estructura organizativa? Especifique desde el nivel de base hasta la instancia nacional.
4. ¿Cómo se eligen las responsables de los diferentes frentes y direcciones?
5. ¿Las compañeras que desempeñan estos cargos reciben alguna remuneración?
6. ¿Qué se requiere para ser Federada, y cuáles son sus obligaciones?
7. ¿Qué mecanismos se utilizan para tomar las decisiones?
8. ¿Cómo se coordinan con las instancias administrativas del Estado?
9. ¿Realizan alguna actividad de apoyo y participación en cuanto a la salud pública se refiere?
10. Observaciones.

Entrevistado

Entrevistador

Fecha:

Firma



## ENTREVISTA - CUESTIONARIO

(Para el personal del policlínico)

1. El área de salud "Plaza de la Revolución", ¿qué nivel de atención presta y qué ubicación tiene dentro del sistema nacional de salud?
2. ¿De qué instancias depende en lo técnico-normativo y en lo administrativo-ejecutivo?
3. ¿Quién lleva el control de la gestión que realiza esta unidad?
4. ¿En qué principios se basa el modelo de "Medicina de la Comunidad"?
5. ¿En cuántos sectores de salud está dividida el área?
6. ¿Cuáles son los equipos de salud con que cuenta el policlínico?
7. ¿Podría explicar brevemente cuál es la estructura organizativa del Policlínico y su funcionamiento?
8. ¿Cuántas zonas de CDR están comprendidas en el área y con cuántos frentes de salud cuenta?
9. ¿Cuántos bloques y delegaciones de la FMC están comprendidas en el área, y con cuántas brigadistas sanitarias se cuenta?
10. ¿Cuántas circunscripciones del Poder Popular están comprendidas en el área?

Entrevistado

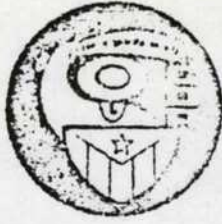
Entrevistador

Fecha:

Firma



MINSAP — C. D. R.  
PRUEBA CITOLOGICA



Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_

C. D. R. \_\_\_\_\_ Comité Zona \_\_\_\_\_

SECCIONAL \_\_\_\_\_

REGIONAL \_\_\_\_\_

Fecha que se realizó la prueba \_\_\_\_\_

CONTROL DONANTE VOLUNTARIO DE SANGRE

C. D. R. \*

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

e/ \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Telf. casa \_\_\_\_\_

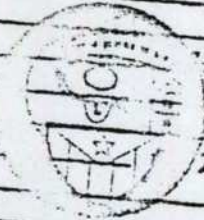
Dirección \_\_\_\_\_

C. D. R. \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

Seccional \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_

Fecha de donación \_\_\_\_\_

Cuántas veces ha donado \_\_\_\_\_



FIRMA DEL DONANTE \_\_\_\_\_



**REQUISITOS:**

Edad: Mujeres casadas de cualquier edad. Solteras mayores de 30 años.

**IMPORTANTE:**

Absténgase de duchas higiénicas y contacto sexual desde la tarde anterior.

**LUGAR DONDE SE REALIZAN LAS PRUEBAS:**

En los Policlínicos de barrios.

La Donación Voluntaria de Sangre se convierte hoy en nuestra Patria en un deber Revolucionario para cada miembro de los CDR.

**"TU SANGRE SALVARA UNA VIDA"**

**"TU SANGRE DEFENDERA LA PATRIA"**

REQUISITO: Edad de 18 a 59 años, 110 libras

4 HORAS SIN INGERIR ALIMENTOS

EXCEPTO JUGOS, CAFE, REFRESCOS

CADA 3 MESES SE PUEDE DONAR SANGRE SIN

PERJUICIO DE SU SALUD







FE DE ERRATA

- PAG. 1.12 PRIMER RENGLON: DONDE DICE HISTORICO DEBE DECIR  
AHISTORICO
- PAG. 1.17 CUARTO RENGLON: DONDE DICE HISTORICO DEBE DECIR  
AHISTORICO
- PAG. 1.20 NOTA AL PIE: DONDE DICE SITUACION DEBE DECIR  
EXTENSION
- PAG. 1.21 SEXTO RENGLON: DONDE DICE DECLARAN DEBE DECIR  
DESCLASAN
- PAG. 3.114 NOVENO RENGLON: DONDE DICE DESDE 1.968 DEBE DECIR  
DESDE 1.970