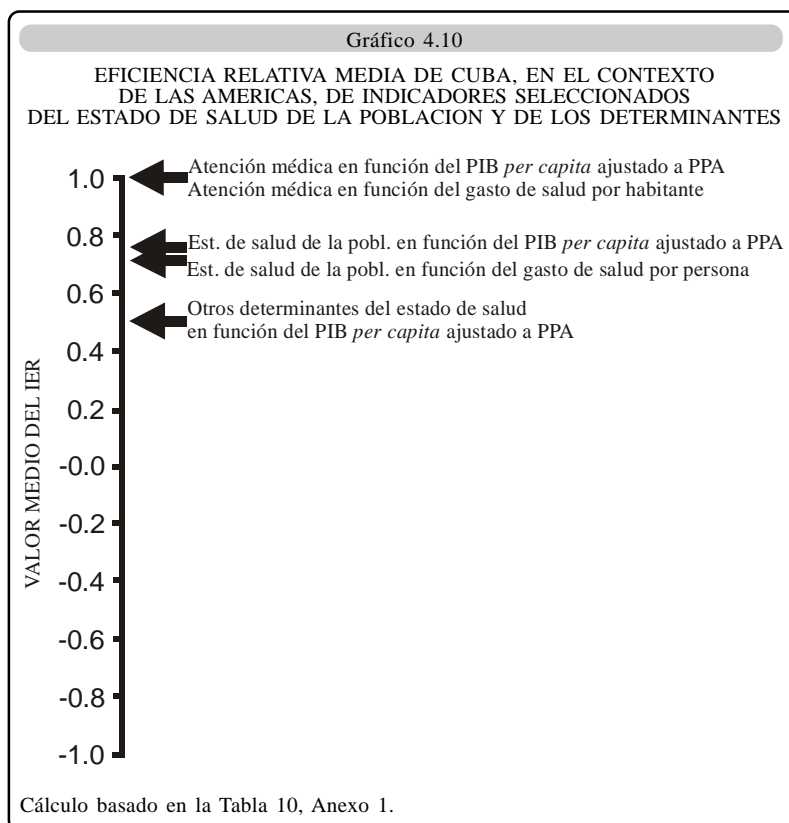


Visto de forma alternativa, Cuba, en el ámbito considerado de los países de las Américas, ocupa la posición mediana 3 en lo que respecta a la eficiencia de los indicadores del estado de salud de la población en relación con el PIB *per capita* ajustado a PPA, y la posición mediana 2 en lo que concierne a la eficiencia de esos indicadores en relación con el gasto en salud *per capita*. En lo relativo a los indicadores de atención médica, tanto en función del PIB *per capita* ajustado a PPA, como del gasto en salud por habitante, Cuba ocupa la primera posición, y en lo referente a los restantes indicadores tenidos en cuenta, el país se ubica, como mediana, en la sexta posición.



Resultado de la verificación de la hipótesis

Por tanto, Cuba, en el contexto de las Américas --que incluye países de gran desarrollo, como Canadá y Estados Unidos-- muestra altos índices de eficiencia en el logro, tanto del estado de salud de la población, como de sus determinantes, en relación con su desempeño económico y sus recursos en salud. Luego, Cuba es eficiente en el logro de la salud de la población.

La equidad de Cuba en el logro de la salud de la población

Se pretende poner a prueba la siguiente hipótesis: Cuba es equitativa en el logro de la salud de la población.

Una ampliación en el concepto de equidad en salud

Según Amartya Sen,

... la equidad en salud tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no sólo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Un buen compromiso con la equidad en salud necesita también que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales.⁶⁸

Refiriéndose a Le Grand,⁶⁹ Metzger⁷⁰ expone que la prueba crucial acerca de si las diferencias resultantes de la salud se consideran injustas parece depender, en gran medida, de si las personas eligieron la situación que causaba dicha mala salud o si estaba, en su mayor parte, fuera de su control directo. Asimismo, Whitehead considera, sucintamente, que “la equidad en salud supone que na-

die debe estar desfavorecido para lograr su potencial de salud en la medida en que ello puede evitarse".⁷¹ Whitehead identifica siete posibles determinantes de las desigualdades en salud:

1. Variaciones biológicas, naturales.
2. Conductas que dañan la salud elegidas libremente, tales como participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. Ventajas transitorias en salud de un grupo respecto a otro cuando ese grupo adopta primeramente una conducta promotora de salud (en tanto otros grupos tengan los medios para alcanzarlo relativamente rápido).
4. Conductas dañinas a la salud en las cuales el grado de elección de los estilos de vida está severamente restringido.
5. Exposición a condiciones no saludables, vida estresante y condiciones laborales.
6. Acceso inadecuado a servicios esenciales de salud y otros servicios básicos.
7. Selección natural o movilidad social relacionada con la salud, que tiende a que las personas enfermas desciendan en la escala social.

Las desigualdades determinadas por las tres primeras categorías no son consideradas injustas, en tanto las restantes cuatro serían consideradas evitables, y como injustas, sus diferencias resultantes en salud.

Braveman⁷² define, operacionalmente, como equidad en salud, la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes --incluida, pero no limitada, a la atención médica-- entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales. Esta concepción cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como inequidades en salud.

Según Bambas y Casas,⁷³ para establecer una situación como inequitativa, las diferencias en la distribución de los bienes (tales como los recursos de salud o los determinantes del estado de salud) deben satisfacer cada uno de los siguientes criterios:

- Las diferencias en la distribución tienen que ser, a su vez, técnica, financiera y moralmente evitables; si no son evitables, las diferencias no pueden ser consideradas injustas en un sentido social.

- Las diferencias no pueden reflejar una libre elección, siempre que la elección sea hecha en perfecta, o aun en condiciones razonablemente altas de elección, incluyendo adecuada información y libertad de elección.

- Debe establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable, bien culpable directa o indirectamente del daño, o bien responsable de rectificar la injusta distribución.

Bambas y Casas apuntan que no es la igualdad de las distribuciones, sino su justeza, lo que es central al concepto de equidad.

Gwatkin⁷⁴ identifica diversos períodos según los diferentes modos de prestarle atención a las desigualdades en salud y a otros aspectos de la distribución del estado de salud y los servicios. Las ideas centrales, sintetizadas por Ramírez,⁷⁵ aparecen en el Recuadro 4.1.

El concepto de equidad en que se basa un proyecto de monitoreo de la equidad en salud en Cuba⁷⁶ emana del enfoque --como se demandó previamente--⁷⁷ que sobre la equidad social se ha legitimado en la sociedad cubana contemporánea y que determina el sentido de sus políticas económicas y sociales, fundamentado en un criterio de justicia social que no niega la diversidad, e incluso la conceptúa como un elemento enriquecedor de lo social, y presupone la superación de toda práctica de discriminación en cualquiera de las esferas de la actividad humana. La equidad en salud significa iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal.

FORMAS DE CONCEBIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN AÑOS RECIENTES

- *Comienzo de los 70*

Movimiento de “Salud para Todos”. Énfasis en mejorar la salud de los pobres de modo que pudieran lograr los beneficios de salud disponibles para los más favorecidos. Dado el patrón epidemiológico prevaleciente entre los pobres, la estrategia era la Atención Primaria de Salud, basada en servicios gratuitos proporcionados por el gobierno para cubrir grandes poblaciones.

- *Mediados de los 80*

La severa situación económica de muchos países pobres, entre otras razones, hizo que se pusiera en duda lo adecuado del papel central del gobierno en la provisión de servicios de salud, además de cuestionar la capacidad de la Atención Primaria de Salud para producir los drásticos beneficios esperados. El interés cambió de “Salud para Todos” a las “reformas del sector salud”, aunque sin dejar de considerar los aspectos de la distribución del estado de salud y de los servicios. La atención se trasladó de la carga de enfermedad de los pobres a la del mundo en su totalidad, considerando la transición demográfico-epidemiológica que generaba nuevas clases medias y altas en los países pobres con enfermedades cuyas características se asemejaban más a la de los países occidentales que a la de los pobres.

- *Mediados y finales de los 90*

Comenzó un nuevo cambio, con un regreso hacia una preocupación por la distribución del estado de salud y de los servicios. Surgen proyectos sobre pobreza, salud y equidad que abarcan varios países y se renueva el interés de las agencias internacionales por la salud de los pobres.

- *Pronóstico*

Pareciera que continuará en el futuro inmediato la renovada atención por los aspectos de la distribución. Esto se debe, en parte, al creciente interés dado a la pobreza y a la desigualdad en el campo del desarrollo global y, en parte, asimismo, a los desarrollos en la salud internacional.

Verificación empírica de la hipótesis

Entenderemos por equidad en salud, a los efectos de la verificación de la hipótesis y a tenor con el pensamiento de Braveman, la minimización de las desigualdades en el estado de salud de la población y en sus determinantes, entre grupos de personas que viven bajo diferentes condiciones, entendidas estas condiciones como que residen en diferentes territorios de un país. Desafortunadamente, no son muchos los países de las Américas que disponen de información desagregada a nivel territorial, lo que implica que la información disponible no permite considerar un mismo indicador de interés en varios países. La información respecto a otros criterios que permiten estudiar desigualdades (por ejemplo, por etnia, o zona rural o urbana) es aún más escasa. Los países, además de Cuba, y los indicadores tenidos en cuenta son los siguientes:

	EUA	Colombia	Bolivia	México
Esperanza de vida al nacer		X	X	X
Tasa de mortalidad infantil	X	X	X	X
Tasa de mortalidad de menores de 5 años			X	
Razón de mortalidad materna		X		
Índice de bajo peso al nacer	X	X	X	
Médicos por habitante			X	
Camas hospitalarias por habitante			X	
Porcentaje de partos institucionales		X		
Porcentaje de población con acceso a agua potable		X		X
Porcentaje de población con acceso a saneamiento		X		X

Con respecto a Cuba, se dispuso de información para todos los indicadores considerados.

Los territorios tenidos en cuenta para cada país, y el número de ellos, son descritos seguidamente:

PAIS	TERRITORIO	NUMERO
Cuba	Provincias	14
Estados Unidos	Estados y territorios	54
Colombia	Departamentos	33
Bolivia	Departamentos	9
México	Estados	32

En la Tabla 12 del Anexo 1, se describe las fuentes de información utilizadas.

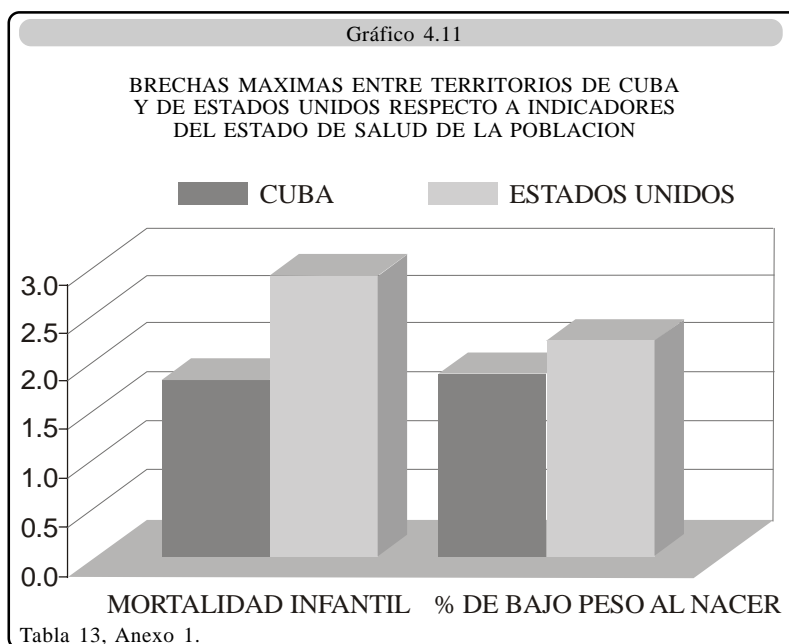
En la Tabla 13 del Anexo 1, se presenta las cifras que caracterizan las disparidades en los indicadores de salud y de los determinantes considerados. Se recupera en este análisis el concepto de brecha, introducido en la verificación de la primera de las hipótesis planteadas, la cual tomará siempre valores mayores o iguales a 1. Dos medidas se emplean para cuantificar las desigualdades sustentadas en las brechas: la brecha máxima, obtenida como el cociente entre los valores máximo y mínimo del indicador registrados entre los territorios, y el coeficiente de variación de las brechas entre los territorios. El coeficiente de variación es una medida adimensional de la variabilidad relativa de tales brechas. Luego, en tanto mayor es el coeficiente de variación, mayor es la desigualdad entre territorios de un cierto país para un indicador en particular.

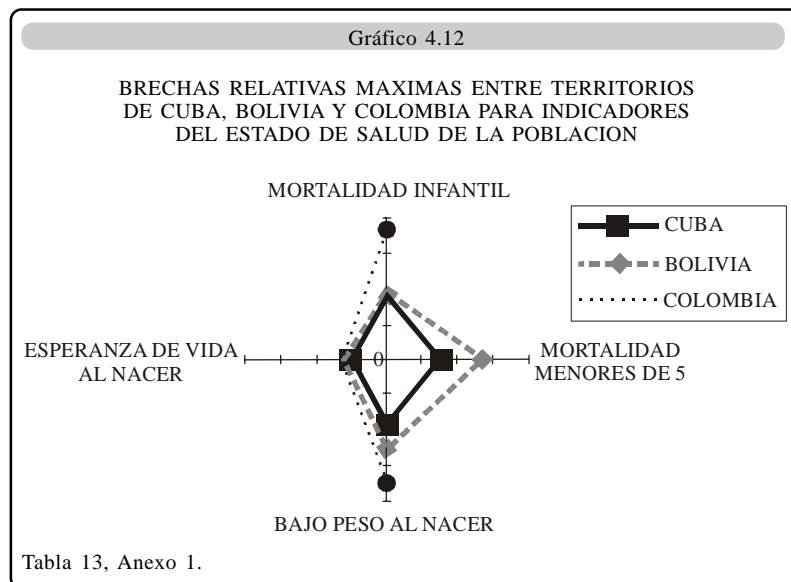
El país con menor disparidad entre sus territorios en lo que respecta a la tasa de mortalidad infantil es México; Cuba es el país con la segunda menor dispersión, y Bolivia es el tercero. Estados Unidos es, entre los países tenidos en cuenta, el cuarto con mayor desigualdad en la mortalidad infantil, y Colombia es el país con mayor disparidad de la mortalidad infantil entre los territorios considerados. Cuba, entre los países tenidos en cuenta, es el de menor desigualdad en cuanto a la esperanza de vida al nacer, la mortalidad de menores de 5 años, la mortalidad materna, y el bajo peso al nacer en los recién nacidos. Es un hecho bien conocido, como ha sido señalado,⁷⁸ que las desigualdades en salud, especialmente en la esperanza de vida al nacer, reflejan desigualdades socioeconómicas estructurales.

El contraste entre Cuba y Estados Unidos en cuanto a las desigualdades territoriales de la mortalidad infantil y el riesgo de nacer con bajo peso se ilustra en el Gráfico 4.11, y en el Gráfico 4.12 se muestra las brechas relativas máximas entre los territorios de Cuba, Bolivia y Colombia para cuatro indicadores del estado de salud de la población.

Respecto a los indicadores de atención médica tenidos en cuenta, Cuba es, asimismo, entre los considerados, el país de menor desigualdad territorial en la magnitud de médicos por habitante y porcentaje de partos institucionales, y presenta una disparidad sólo algo mayor que Bolivia en cuanto a la cifra de camas por habitante. Cuba --en comparación con Bolivia y México-- es el país de menor desigualdad territorial en lo que respecta al porcentaje de población con acceso a agua potable y a saneamiento, respectivamente.

El Índice de Disimilitud aplicado a recursos o servicios cuantifica, en su versión relativa, qué porcentaje del recurso o servicio debe ser redistribuido para lograr igual tasa del indicador en todos





los territorios, grupos socioeconómicos u otra distribución de la población. Aunque se ha aplicado a indicadores de mortalidad y de morbilidad⁷⁹ (lo que se interpretaría como qué porcentaje de todos los casos debe ser redistribuido para obtener iguales tasas en todos los grupos), su aplicación, como ha sido señalado,⁸⁰ es dudosa en este caso, porque carece de sentido ético y práctico hablar de redistribuir las defunciones o los casos de enfermedades. En tanto mayor es el valor del índice, mayor es la desigualdad en la distribución del recurso o servicio en cuestión. En la Nota Técnica se explica el cálculo del índice.

Este índice es utilizado para examinar dos indicadores de recursos (médicos y camas por habitante) y tres de servicios (porcentaje de partos institucionales, y porcentaje de población con acceso, respectivamente, a agua potable y a saneamiento). Los resultados se resumen en la Tabla 15 del Anexo 1.

Cuba, para lograr una perfecta distribución territorial de sus médicos de acuerdo con la población de cada provincia, tendría que

redistribuir el 9.7% de éstos, en tanto Bolivia debería redistribuir el 10.2% de los médicos en sus departamentos; en lo que concierne a las camas por habitante, Bolivia tendría que redistribuir algo más de 5% de las camas hospitalarias, y Cuba, el doble de esa magnitud para lograr una perfecta distribución de camas de acuerdo con los volúmenes de población de sus territorios. En lo relativo a la proporción de partos institucionales, Cuba registra un Índice de Disimilitud cercano a 0 --lo que se traduce en una casi perfecta distribución de los partos realizados en instituciones por las provincias del país, según el número de nacidos vivos-- en contraste con Colombia, donde el índice toma un valor cercano a 3%. En lo que respecta al acceso de la población a agua potable y a saneamiento, Cuba muestra Índices de Disimilitud muy bajos (2.33% y 4.28%) en comparación con los que registran Bolivia y México.

Por otro lado, Cuba está considerada entre los países de las Américas como de baja brecha de ingreso, y ha sido evidenciado que, en ese contexto, los escenarios de mayor desventaja socioeconómica no sólo son aquéllos donde hay mayor escasez de recursos y pobreza generalizada, sino también, donde hay mayor desigualdad en la distribución del ingreso.⁸¹

Resultado de la verificación de la hipótesis

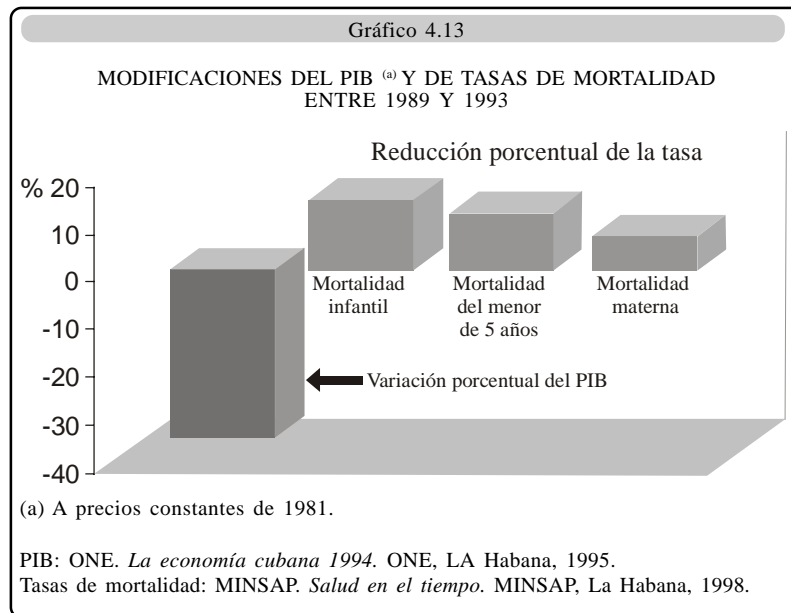
Se ha demostrado que Cuba muestra equidad en el logro de la salud de la población, ya que en aspectos esenciales del estado de salud y de los determinantes presenta una desigualdad mínima si se compara con otros países latinoamericanos y Estados Unidos.

Algunas reflexiones sobre el panorama de la situación de salud de Cuba

La extraordinaria capacidad de respuesta de Cuba para enfrentar los problemas de salud se ha puesto de manifiesto en múltiples oportunidades, y con absoluta nitidez en la década de los 90 --sobre todo, en su primer lustro--, cuando la desaparición del campo so-

cialista, junto con el recrudescimiento del bloqueo económico por parte del gobierno de los Estados Unidos la colocaron en lo que se ha considerado como el más complejo momento de su historia como Nación independiente.⁸²

Mientras la variación acumulada del producto entre 1981 y 1990 fue de 39.5% (24 de 32 países de ALC tuvieron un menor desempeño que Cuba en igual período), entre 1991 y 1995 la variación acumulada del PIB para Cuba fue de -30.6%, la mayor en sentido negativo de América Latina y el Caribe. No obstante tan difícil cuadro económico, la situación de salud no se deterioró. Sirva de ejemplo que mientras de 1989 a 1993 el PIB decrecía en 34.8%, la mortalidad infantil descendió en 15.3%, la mortalidad del menor de 5 años en 10.3% y la mortalidad materna en 7.9% (Gráfico 4.13). Algunas de las explicaciones de por qué el deterioro económico-social que América Latina exhibió en décadas recientes no tuvo un impacto significativo en los indicadores de salud⁸³⁻⁸⁶ son válidas para Cuba, que presentó una situación similar en una menor escala



de lugar y de tiempo. No obstante, a la situación cubana hay que añadir el marcado interés del Estado y el patente apoyo de la población organizada para preservar los logros obtenidos, tanto en el nivel del estado de salud, como en los determinantes que posibilitan alcanzar esos niveles.

Se ha demostrado que es posible que un país con escasos recursos económicos, bloqueado económica, financiera y comercialmente por más de 40 años, con un sistema de salud que responde a las necesidades de la población, sin mecanismos de mercado en la salud en los que el paciente deviene en paciente-cliente, puede ser eficaz, eficiente y equitativo en el logro de la salud de la población, resultante de un conjunto de factores motivados por la voluntad política del Estado y de sus ciudadanos.

Cumplimiento de las Metas del Milenio

En el quincuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrado en septiembre de 2000, representantes de 189 países, entre ellos 147 jefes de Estado, aprobaron la conocida como *Declaración del Milenio de Naciones Unidas*, en la que se enunciaban los principios y valores que debían regir las relaciones internacionales en el presente siglo. Los objetivos del área de desarrollo y erradicación de la pobreza, derivados de la Declaración del Milenio, han sido denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y para cada uno de esos objetivos han sido establecidas metas que deben cumplirse en el año 2015. Los ODM representan los compromisos contraídos por gobiernos del mundo para reducir la pobreza y el hambre, y dar respuesta a hechos tales como la mala salud, la falta de educación, las desigualdades por motivo de sexo y la degradación ambiental, entre otros problemas que afectan a la humanidad.^{87, 88}

En el *Informe sobre desarrollo humano 2003*, elaborado para el PNUD, se propone un Pacto de Desarrollo del Milenio, cuyo principal objetivo es aplicar la Declaración del Milenio. De

acuerdo con los redactores del Informe, el pacto exige reformas audaces en los países pobres y obliga a los países donantes a respaldar esos esfuerzos, y pretende poner de relieve las áreas clave de intervención que deberían ser el motor, tanto de los esfuerzos nacionales, como del apoyo internacional, para alcanzar los ODM.⁸⁹

La OMS considera, no obstante, que pese al consenso político y al compromiso explícito de países de todo el mundo, los ODM no se cumplirán si se sigue avanzando al ritmo actual. Los países ricos --entiende la OMS-- no han asumido plenamente todas las responsabilidades previstas en el pacto, como el establecimiento de políticas más justas de comercio internacional, el aumento de la asistencia oficial para el desarrollo, la adopción de medidas para aliviar la carga de la deuda, o la agilización de la transferencia de tecnología; en tanto --pese a los progresos registrados en algunas esferas--, muchos países en desarrollo aún no han empezado a avanzar hacia la consecución de los ODM relacionados con la salud.⁹⁰ El Banco Mundial, por otra parte, asume que el mundo se halla en vía de lograr la meta de reducir la extrema pobreza y el hambre, pero no se encuentra en el camino de alcanzar los objetivos de la enseñanza primaria universal, promover la igualdad de género y reducir la mortalidad en los niños.⁹¹

En el *Informe sobre la salud en mundo 2003*, la OMS enumera los ODM relacionados con la salud, con sus metas e indicadores.⁹² De ese conjunto de objetivos (6 en total) serán objeto de examen --en tanto su cumplimiento por parte de Cuba-- los siguientes 3 objetivos:

Objetivo	Meta	Indicador
4. Reducir la mortalidad en la niñez	5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Objetivo	Meta	Indicador
5. Mejorar la salud materna	6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Razón de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades	7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años 19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA
	8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves	21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria 23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)

Un breve comentario metodológico. Las metas señaladas tienen un carácter general, independientemente del nivel del indicador en el año de referencia. No obstante, es bien conocido que la posibilidad de la reducción relativa de un indicador no es uniforme a través de los diferentes valores que puede tomar el indicador. Digamos: reducir en dos terceras partes la mortalidad del menor de 5 años, de 70 a 47 por 1 000 nacidos vivos, es una meta más probable de lograr que disminuirla en la misma proporción de 10 a 7.

Este hecho está, asimismo, presente cuando se define los ritmos de progreso en la reducción --o, eventualmente, en la detención del incremento-- de la incidencia de ciertas enfermedades, para las cuales los criterios de evaluación se establecen al margen del nivel existente de incidencia.

Seguidamente, se considera la evolución, el nivel actual y el estado del cumplimiento de la meta --según sea necesario-- para un grupo de indicadores seleccionados entre aquellos previamente mencionados, según los objetivos enunciados.

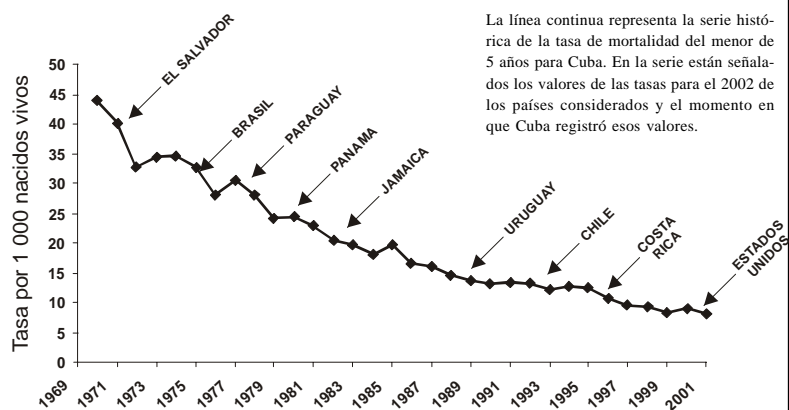
- ***Objetivo: Reducir la mortalidad en la niñez***

Cuba muestra una marcada tendencia a la reducción de la tasa de mortalidad del menor de 5 años y, como fue previamente expresado en este capítulo, el nivel actual se encuentra entre los más bajos del mundo. Valores que hoy se reportan en diversos países de las Américas, fueron alcanzados por Cuba años atrás (Gráfico 4.14).

Por ejemplo, la tasa actual de mortalidad del menor de 5 años de El Salvador, fue lograda en Cuba hace unos 30 años; el nivel presente de la tasa de Chile, fue alcanzada alrededor de una década atrás; y la tasa actual de Costa Rica fue registrada en Cuba hace más de un lustro. La meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad del menor de 5 años en Cuba, entre 1990 y 2015 (de 13.2 a 8.8), fue lograda en el año 1999 --16 años antes de la fecha para alcanzar la meta-- al registrarse una tasa de 8.4 por 1 000 nacidos vivos.⁹³ El *Informe sobre desarrollo humano 2003* define los progresos hacia los ODM aplicables a cada indicador, y establece, asimismo, el nivel de pobreza humana para ciertos indicadores.⁹⁴ De acuerdo con estos criterios, y considerando una tasa necesaria anual de reducción de 2.7%, Cuba presenta un progreso rápido en la reducción de la mortalidad de menores de 5 años, y baja pobreza humana (la mejor categoría en esta clasificación) en este indicador.

Gráfico 4.14

MORTALIDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS EN CUBA 1970-2001 Y VALORES PARA EL 2002 DE PAISES SELECCIONADOS DE LAS AMERICAS



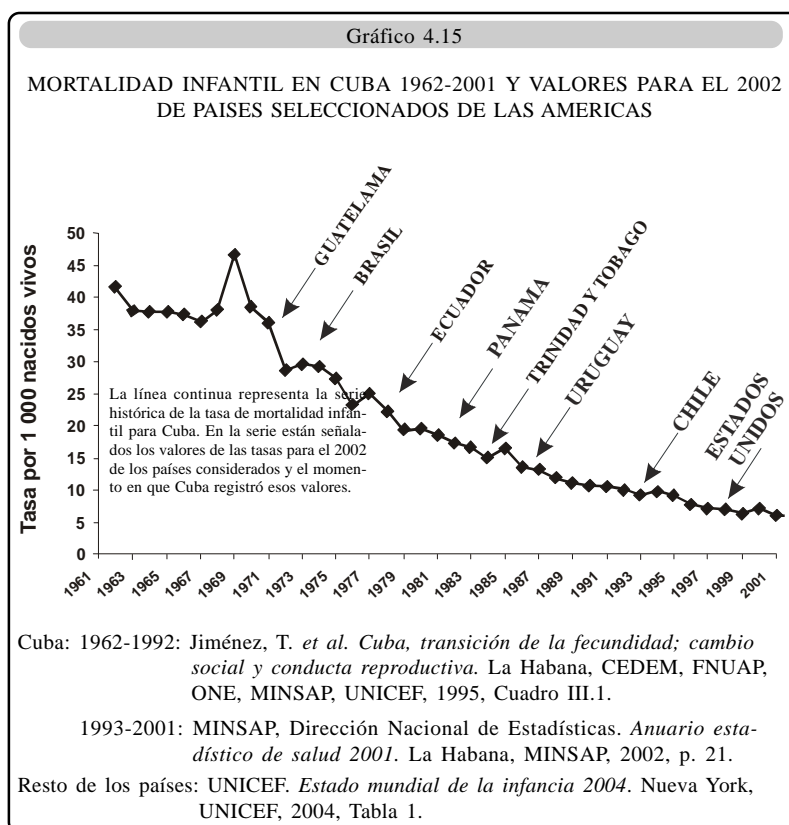
Cuba: 1970-1997: MINSAP, Dirección Nacional de Estadística. *Salud en el tiempo*. La Habana, MINSAP, 1998.
 1998-2001: MINSAP, Dirección Nacional de Estadística. *Anuario estadístico de salud 2001*. La Habana, MINSAP, 2002, p. 34.
 Otros países: UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2004*. Nueva York, UNICEF, 2003, Tabla 1.

Asimismo, Cuba exhibe una nítida tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad infantil; la tasa actual se halla entre las menores del planeta. Cifras que en el presente se registran en varias naciones de las Américas, fueron logradas por Cuba en años anteriores (Gráfico 4.15).

La tasa actual de mortalidad infantil de Guatemala fue alcanzada en Cuba hace unas tres décadas; el nivel presente de la tasa de Panamá fue registrado unos 20 años antes; y la actual tasa de Estados Unidos fue obtenida en Cuba hace casi un lustro. Países como Bolivia, Guyana y Haití presentan, actualmente, tasas de mortalidad infantil registradas en Cuba en la década del 50.⁹⁵ La disminución de la mortalidad infantil en dos terceras partes (de 10.7 a 7.1), meta establecida para el 2015, fue alcanzada en Cuba en 1998.⁹⁶

Según el criterio propuesto para la definición de los progresos hacia los ODM --mencionado previamente--, y teniendo en cuenta, asimismo, una tasa anual de disminución necesaria de 2.7%, Cuba muestra un progreso rápido en la disminución de la tasa de mortalidad infantil.

Otro indicador considerado para evaluar el cumplimiento de este objetivo es el porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión. En Cuba, desde hace años, prácticamente la totalidad de los niños menores de 1 año son vacunados contra el sarampión y, desde 1994, no se reportan en el país casos de esta enfermedad.^{97, 98}

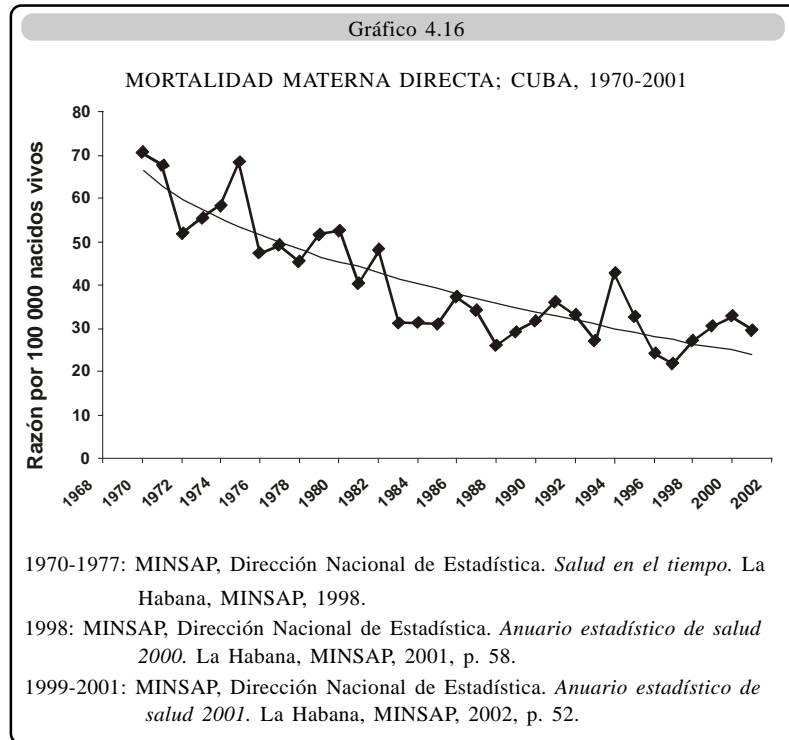


• **Objetivo: Mejorar la salud materna**

Se manifiesta en Cuba una tendencia a la reducción de la mortalidad materna. En el año 2001, se registró una razón de 33.9 por 100 000 nacidos vivos, incluyendo la mortalidad materna directa (29.6) y la indirecta (4.3). En términos absolutos, ese año la cifra fue de 47 defunciones maternas.⁹⁹ Para una fecha alrededor del año 2000, la mortalidad materna era la novena más baja entre 36 países de las Américas.¹⁰⁰ En 1990, la razón de mortalidad materna directa fue de 31.6 por 100 000 nacidos vivos; una cifra inferior al 75% de esa magnitud (23.7) se registró en 1997.¹⁰¹ Por otro lado, de acuerdo con el criterio propuesto por el PNUD para definir los progresos hacia las ODM, la reducción de la razón de mortalidad materna directa es lenta, si se considera la meta de un descenso del 75% entre 1990 y 2015; en este caso, debió registrarse, para el año 2001 (asumiendo una reducción necesaria anual de 3.0 %), una razón entre 21.2 y 26.4 por 100 000 nacidos vivos (para que pudiera ser considerada un progreso moderado), e inferior a 21.2 (para catalogarla como progreso rápido).

La paradoja de, por una parte, haber logrado la meta del descenso de 75% de la razón de mortalidad materna directa en el año 1997, y por la otra, de que el ritmo de progreso de reducción se categorice como lento, puede explicarse por, al menos, las siguientes dos razones. Una de ellas es, como ya ha sido señalado, que la clasificación de los ritmos de reducción han sido establecidos al margen de los niveles alcanzados, lo que hace que en esta situación se demande, para una misma categorización, igual declinación de la razón de mortalidad materna a un país cuya tasa en 1990 fuera de 300, a otro que, como Cuba, era de alrededor de 30. La otra explicación es que la dinámica de la razón de mortalidad materna directa, si bien como tendencia es al descenso en las últimas tres décadas, ha sido fluctuante (Gráfico 4.16); de haberse observado un descenso más estable cada año en el entorno de la función de tendencia, la razón de mortalidad materna directa hubiera sido, en el

Gráfico 4.16



2001, de alrededor de 24 por 100 000 nacidos vivos, lo que permitiría, de acuerdo con los mismos criterios, clasificar como moderado el progreso de reducción de la razón de mortalidad materna directa.

Por otro lado, en Cuba, el porcentaje de partos realizados por personal calificado es del 100.0.¹⁰²

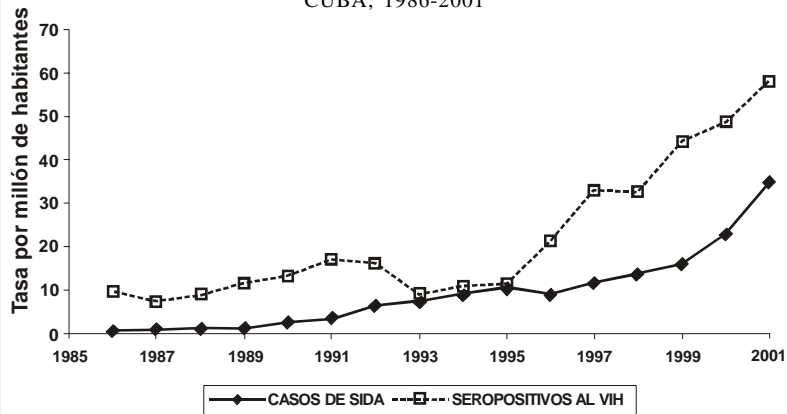
• **Objetivo: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades**

En el Gráfico 4.17 se muestra la dinámica de la incidencia de casos seropositivos al VIH y de casos de SIDA en Cuba de 1986 al 2001.

En el *Informe sobre desarrollo humano 2003* se presenta criterios para evaluar tanto el nivel de pobreza humana como el de rit-

Gráfico 4.17

TASA DE INCIDENCIA DE CASOS DE SIDA Y DE SEROPOSITIVOS AL VIH;
CUBA, 1986-2001



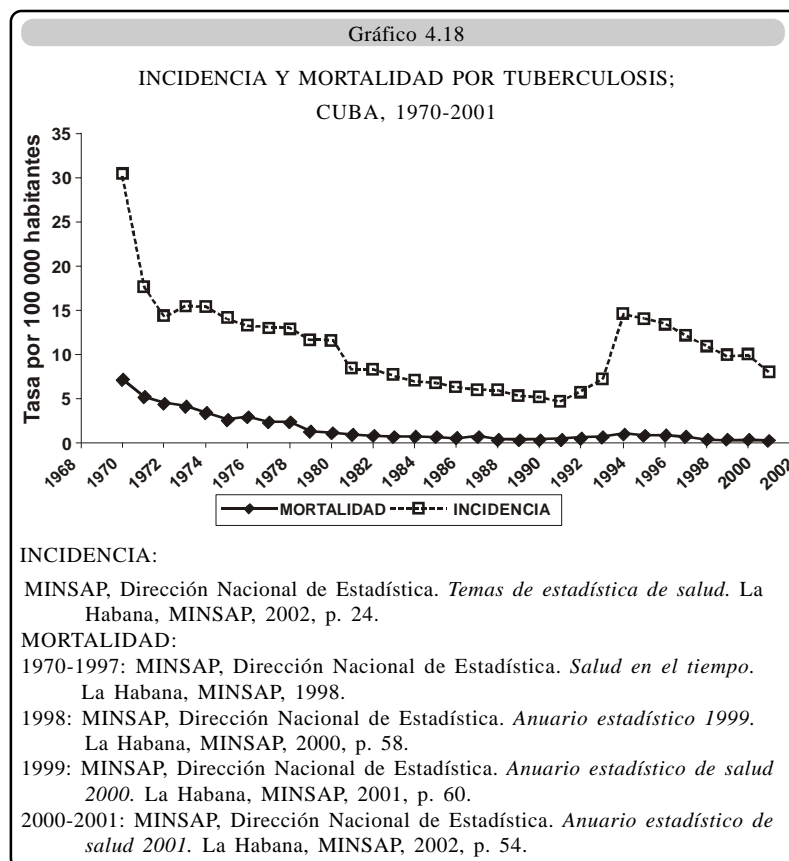
SEROPOSITIVOS AL VIH: MINSAP, Dirección Nacional de Estadística. *Temas de estadística de salud*. La Habana, MINSAP, 2002, p. 252.

CASOS DE SIDA: Cálculo basado en: MINSAP, Dirección Nacional de Epidemiología. *Programa Nacional de SIDA*; y ONE. *Anuario demográfico de Cuba 2001*. La Habana, ONE, 2002, Tabla I.1.1.

mo de progreso en la incidencia de VIH/SIDA ¹⁰³ y valorando que éstos son aplicables a la población de 15 años y más, la información que se va a considerar es relativa a la población en general y no a la de 15 a 24 años, como se especifica en las metas. De acuerdo con estos criterios, Cuba muestra baja pobreza humana --la mejor clasificación--, pues registra una tasa de incidencia anual, en el 2001, de 58.0 por millón de habitantes en lo que se refiere a casos seropositivos de VIH, ¹⁰⁴ y de 34.9 por millón de habitantes en lo referente a casos de SIDA. ¹⁰⁵ El ritmo de progreso en la detección y comienzo de la inversión de la propagación del VIH/SIDA es lento, de acuerdo con los criterios dados. ¹⁰³ Debe considerarse, no obstante, como ha sido ya expuesto, que tales criterios están definidos independientemente de los niveles de incidencia existentes, y es de pensar que los niveles de desaceleración a los que se aspira sean mayores en aquellos países con altas tasas de inciden-

cia, y menores cuando, como es el caso de Cuba, las incidencias son muy bajas.

El uso de preservativos en la población de 15 a 49 años, de acuerdo con un estudio realizado en el año 2001,¹⁰⁶ fue de 47% en relaciones ocasionales y algo superior a 10% en parejas estables. Los niños huérfanos debido a fallecimiento del padre, la madre, o ambos, por VIH/SIDA en el 2003, según estudio concluido en 12 de las 14 provincias del país,¹⁰⁷ son 55. Esta cifra difiere substancialmente de la reportada por UNICEF en su *Estado mundial de la infancia 2004*.¹⁰⁸



En Cuba, el último caso autóctono de malaria --que es una de las enfermedades cuya prevalencia y mortalidad son evaluadas a los efectos del cumplimiento del sexto objetivo (octava meta)-- se produjo en 1967. En 1973, la OMS certificó la erradicación de esta enfermedad en el país.¹⁰⁹

Las tasas de casos notificados de tuberculosis entre 1970 y 2001 son presentadas en el Gráfico 4.18.

Como se aprecia, después de una marcada reducción, entre 1992 y 1994 se manifestó un incremento de la incidencia, explicable por diversas causas --las dificultades económicas por las que transitaba el país en ese período, reactivaciones endógenas en adultos de la tercera edad, y problemas asociados en la operación del programa de control de la enfermedad--, pero ese incremento no estaba asociado, como en otros países, con la infección por el VIH y la multiresistencia.¹¹⁰ La mortalidad muestra, desde hace más de 2 décadas, valores muy bajos, inferiores a 1 defunción por cada 100 000 habitantes (Gráfico 4.18). La tasa de incidencia de tuberculosis en Cuba --8.0 por 100 000 habitantes en el 2001--¹¹¹ es de las más bajas de las Américas,¹¹² igual a las de Alemania y Suiza, inferior a las de Francia, Gran Bretaña, Austria y España, y mucho menor que la que reportan en la actualidad países que pertenecieron al campo socialista europeo como Bulgaria, Hungría, Polonia, Eslovaquia, Rumania, Yugoslavia y la Federación Rusa.¹¹³ En Cuba, 100% de la población recibe servicios de salud que implementan la estrategia DOTS.¹¹⁴ En el año 2000, el éxito del tratamiento con esta estrategia fue de 93%, cifra superada sólo por 8 de 137 países de los cuales se dispone de información.¹¹⁵ Cuba se encuentra entre los 16 países que en el mundo han alcanzado la meta de más de 70% de la tasa de detección de casos (85% en el 2001) y más de 85% de éxito en el tratamiento.¹¹⁶

En el Recuadro 4.2 han sido resumidos los principales resultados de los tres objetivos considerados en el análisis.

PRINCIPALES RESULTADOS DE CUBA
EN TRES DE LOS OBJETIVOS EXPUESTOS DE SALUD
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL MILENIO

• **Objetivo: reducir la mortalidad en la niñez**

- Las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años de Cuba se encuentran entre las más bajas del mundo (6.2 y 8.0 por 1 000 nacidos vivos, respectivamente, en el 2001); cifras que en el presente se registran en diversos países de las Américas fueron alcanzadas por Cuba muchos años atrás.
- La disminución en dos terceras partes de la mortalidad del menor de 5 años y de la mortalidad infantil --respecto al valor observado en 1990-- fue lograda más de 3 lustros antes de la fecha establecida para alcanzar la meta.
- Cuba muestra --no obstante los bajos niveles existentes-- un progreso rápido en la disminución de las tasas de mortalidad en la niñez.
- En Cuba, desde hace años, prácticamente la totalidad de los menores de 1 año son vacunados contra el sarampión, y desde 1994 no se registra en el país casos de esta enfermedad.

• **Objetivo: mejorar la salud materna**

- Para una fecha cercana al 2000, la mortalidad materna en Cuba era la novena más baja entre cerca de 40 países de las Américas. En el 2001, por cada 100 000 nacidos vivos, era de 33.9 la total, y de 26.9, la directa.
- La cifra de 75% del valor observado de la razón de mortalidad materna observada en 1990 fue registrada en Cuba en 1997.
- La reducción de la razón de mortalidad materna directa es clasificable como lenta, de acuerdo con los criterios establecidos para evaluar el progreso en la disminución de este indicador. Hay razones que explican la paradoja de este resultado con el expuesto previamente.
- El porcentaje de partos realizados por personal calificado es de 100%.

• **Objetivo: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades**

- Las tasas de incidencia de casos seropositivos al VIH y de casos de SIDA, son muy bajas (58.0 y 34.9 por millón de habitantes, respectivamente, en el 2001).
- Cifras preliminares establecen en algo más de 50 los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA. Este valor difiere significativamente del reportado por otras fuentes.
- La erradicación de la malaria en Cuba fue certificada por la OMS en 1973.
- La tasa de incidencia de tuberculosis (8.0 por 100 000 habitantes) es de las más bajas de las Américas, e inferior a las de países europeos desarrollados.
- Cuba se halla entre los 16 países del mundo que han alcanzado la meta de más de 70% de la tasa de detección de casos de tuberculosis (85% en el 2001) y más de 85% de éxito en el tratamiento con la estrategia DOTS (93% en 2000).