

MEDICC January 2012, Vol 14, No 1 Review

International Journal of Cuban Health & Medicine

Más Allá de las Montañas: Salud Rural en Cuba



MEDICC Review is published by MEDICC (Medical Education Cooperation with Cuba), a non-profit organization founded in 1997 to enhance cooperation among the US, Cuban, and global health communities aimed at better health outcomes. The organization's mission is to support education and development of human resources in health committed to equitable access and quality care.

MEDICC Review online (ISSN 1527-3172) is an Open Access publication, allowing readers to freely access, copy, use, distribute, transmit and display its contents, subject to proper attribution. The uses described above are limited exclusively to non-commercial purposes. See *MEDICC Review's* Creative Commons License online for details.

 www.medicc.org/mediccreview — Copyright © 2012 by MEDICC

MEDICC Review is indexed in:

MEDLINE®



THOMSON REUTERS

SciELO

Science Citation Index Expanded/SciSearch®
Journal Citation Reports/Science Edition
Social Sciences Citation Index®
Social Scisearch®
Journal Citation Reports/Social Sciences Edition



www.cabi.org

Global Health
Tropical Diseases Bulletin

ELSEVIER
EMBASE
SCOPUS™

Más Allá de las Montañas: Salud Rural en Cuba

Conner Gorry MA

Traducción del reportaje publicado en la revista *MEDICC Review* (January 2012, Vol. 14, No. 1)
El original está disponible en inglés en www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=19&id=232&a=va

“Yo tenía 10 hermanos y hermanas. Éramos muy pobres,” relata Algimiro Ortiz en la suave luz vespertina que inunda la Casa de Abuelos de Cruce de los Baños. “Estudiar no era una opción—aquí no había escuela—solo trabajar; comencé a recoger café cuando tenía 11 años. Cuando alguien se enfermaba, teníamos que cargarlo sobre nuestros hombros hasta el hospital en Contramaestre, a 25 kilómetros,” Ortiz, ahora con más de 70 años, contó a *MEDICC Review*.

La anécdota de Ortiz es representativa de la vida antes de 1959 en este remoto pueblo rural en la Sierra Maestra—la cadena montañosa más alta de Cuba. Caracterizadas por familias grandes que subsistían bajo la carga triple de pobreza, analfabetismo y desnutrición, las poblaciones rurales como esta se encontraban entre las más vulnerables y desprotegidas hace más de medio siglo.

“Partí con mi maletica negra, algunas pastillas, y poco más. Allí no había nada—ni hospital, ni consulta médica, ni farmacia. Solo personas que necesitaban ser atendidas.”

—Dr. Francisco Rojas Ochoa, uno de los líderes del primer grupo del Servicio Médico Rural en las zonas orientales de Cuba en 1960

En aquel momento Cuba solo tenía un hospital rural, el 80% de los niños padecían de parásitos intestinales (la primera causa de muerte a nivel nacional), y el 60% de la población padecía de malnutrición.[1,2] La esperanza de vida en las zonas rurales era de 50 años y la mortalidad infantil de 100 por cada 1000 nacidos vivos.[3] Los determinantes sociales que afectan la salud eran igualmente deplorables: una encuesta realizada entre 1956 y 1957 por la Agrupación Católica Universitaria encontró, en una muestra representativa de 1000 familias rurales, que solo el 6% de los hogares tenía instalaciones sanitarias, el 64% carecía de letrinas y el 83% carecía de instalaciones para bañarse. Solo el 11,2% de las familias de los trabajadores agrícolas bebían leche; de igual manera, solo el 2% comían huevos.[4] Empeoraba esta situación el hecho de que casi el 42% de las familias rurales no sabían leer ni escribir.[5]

La precariedad de la vida en la Sierra Maestra y otras áreas remotas no escapó a la atención de Fidel Castro y las fuerzas rebeldes, que dependían del apoyo logístico y material de las comunidades rurales durante los años de lucha contra el régimen de Fulgencio Batista. Recorrer las mismas lomas escarpadas y difíciles que araban estos campesinos y agricultores sin tierra; dormir en sus casas; y compartir su comida, anécdotas y padecimientos similares, subrayó la fragilidad de la vida de los pobres en las zonas rurales de Cuba. Era obvia la necesidad de políticas integrales de desarrollo social.

Un resultado, incluso antes de concluir la guerra, fue la creación de una serie de hospitales rurales y postas médicas bien aden-

tro en la Sierra Maestra para atender a los heridos (rebeldes y enemigos), y expresamente para brindar atención médica y dental básica a las comunidades cercanas.[6] Esta primera iniciativa representaba a su vez un giro fundamental y el punto de partida para una estrategia coordinada de garantizar los servicios de salud en las áreas más remotas del país.

Sembrando Semillas de Salud

Después de la expulsión de Batista en 1959, el nuevo gobierno inició tres programas que tendrían un impacto significativo sobre la salud y sus determinantes sociales en el campo cubano: la Reforma Agraria de 1959 (la cual dio la propiedad sobre la tierra a 150 000 familias cubanas);[7] la Campaña de Alfabetización de 1961 (la cual según la UNESCO enseñó a leer y escribir a unos 700 000 cubanos en todo el país)[8] y el Servicio Médico Rural (SMR) que comenzara en 1960. Este último fue seguido por el Servicio Dental Rural (1961) y la Cruz Roja Rural (1963). Estos programas fueron complementados por reformas en la educación y mejora de las vías de acceso a las zonas más remotas del país.

Ortiz añade que su familia y las de campesinos como él aprendieron a leer y escribir en aquel entonces; mientras tanto, el acceso a la atención médica dejó de implicar una caminata de 25 kilómetros, y los parásitos e infecciones serias dejaron de significar una muerte segura.

Es notorio en el mundo entero lo extremadamente difícil que es encontrar personal dispuesto a trabajar en zonas remotas—y el cuadro en Cuba se vio complicado por la emigración entre 1959 y 1963 de casi la mitad del total de 6300 médicos con que contaba el país.[9] Cuando la Universidad de La Habana reabrió sus puertas en 1959 después de la guerra, fue escenario de debates apasionados entre los estudiantes de medicina sobre el tema del servicio rural. Las reuniones a menudo tumultuosas ponían sobre el tapete el meollo del asunto: el derecho a la atención médica, especialmente para las poblaciones vulnerables. Como resultado



Los del Servicio Médico Rural enfrentaban retos formidables (foto c. 1960, cortesía de Granma)

Más Allá de las Montañas: Salud Rural en Cuba

de estos debates, al final los estudiantes votaron por unanimidad trabajar voluntariamente en las zonas rurales y remotas durante un período después de su graduación.

De esta manera nació el Servicio Médico Rural, incorporado al naciente Sistema Nacional de Salud por la Ley #723 de 1960. Las autoridades de salud crearon plazas para los médicos recién graduados, y en marzo de 1960 los primeros 357 voluntarios llegaron a los campos cubanos.[10]

El enfoque de salud poblacional que llegó a definir el Sistema Nacional de Salud cubano después de 1959 tiene sus raíces en el SMR: los lineamientos del Servicio reflejaban las prioridades nacionales de crear servicios médicos universalmente accesibles, prevenir enfermedades y ofrecer educación en salud a la población. Como resultado, se lanzaron campañas de vacunación, así como otros programas como el de combatir la gastroenteritis, y se introdujo el reporte obligatorio de ciertas enfermedades infecciosas. Para 1970, el número total de hospitales rurales llegaba a 53; y para 1971, solo el 42% de los médicos trabajaban en la capital, en comparación con el 65% en 1958.[6,11] En su informe para la OPS sobre los servicios y recursos de salud en Cuba en 1976, el Dr. Milton Roemer de la Universidad de California Los Angeles (UCLA) concluyó: "La mayor equidad lograda en la distribución de los recursos en salud—como se observa entre las áreas rurales y urbanas—ha sido uno de los resultados más impresionantes [desde 1959]."[11]

Como complemento al SMR y respuesta al problema de la escasez de recursos humanos en salud, se ampliaron matrícula y después crearon facultades provinciales de medicina[12] con un componente de pertinencia social que requería de los nuevos galenos un año de servicio rural después de su graduación. Posteriormente, este compromiso fue ampliado a dos años como parte del programa nacional de servicio social para graduados de todas las carreras universitarias, la mayoría trabajando en centros en sus propios municipios. Sin embargo, los graduados de medicina con los mejores resultados siguen siendo entre los seleccionados para realizar su servicio social en las áreas más remotas y precarias de Cuba, incluyendo las montañas de la Sierra Maestra.

Las inversiones iniciales en recursos humanos y en infraestructura comenzaron a rendir fruto en las primeras décadas, logrando una mayor esperanza de vida y una disminución dramática en la mortalidad materno-infantil. Por otra parte, la mayor carga de enfermedades ya no estaba constituida por las infecciosas prevenibles—incluyendo parasitarias y diarreicas—sino por las crónicas no transmisibles. En resumen, el cuadro de salud en estas áreas remotas y antes desprotegidas comenzó a parecerse al del resto del país. Pero al evolucionar este cuadro de salud, también siguió evolucionando el enfoque cubano ante nuevos retos.

Arando y Cultivando Terreno Fértil

En 1984, se lanzó el Programa del Médico y Enfermera de la Familia, en sintonía con los principios de la Declaración de Alma Ata de 1978, la cual planteaba la salud como derecho, y la atención primaria como estrategia primordial para hacer realidad ese derecho.[13] A través del programa, se ubicaron los dúos médico-enfermera en los barrios de todo el país—cada uno atendiendo entre 120 y 160 familias y suscrito al policlínico ubicado en su comunidad. Como resultado, se inició otro gran giro: los graduados de medicina debían realizar una

residencia en Medicina Familiar antes de escoger una segunda especialidad.

Los médicos y enfermeras de la familia suplantaron a los políclínicos como servicio de salud más cercano a la población, tanto en zonas rurales como urbanas, representando así un cambio fundamental en la atención primaria en Cuba. Tener a profesionales de salud viviendo y trabajando en cada vecindario facilitaba las actividades de prevención y promoción, la vigilancia epidemiológica, así como una mayor atención a los estilos de vida, factores medioambientales, condiciones de la vivienda y otros determinantes sociales de la salud. Aún así, quedó claro que para continuar mejorando la salud de la población era necesario un enfoque intersectorial más integral.

Más de 700 000 personas—aproximadamente el 6% de la población total del país—vive en las zonas más remotas y montañosas de Cuba.[14] Estas comunidades están alejadas unas de otras, pero son muy unidas; vulnerables, pero resistentes. Allí la interdependencia es la regla, trabajando entre vecinos para resolver los problemas, y uniendo recursos y conocimientos para lograr los cambios. Para sistematizar esta experiencia acumulada y brindar apoyo a un desarrollo sostenible e integral de estas regiones, se lanzó el Plan Turquino-Manatí en 1987.

Dando cobertura a 50 municipios remotos del país, el Plan utiliza un enfoque descentralizado y coordinado para mejorar la producción y promover la eficiencia económica, proteger los ecosistemas locales, y fomentar la seguridad alimenticia y la salud de la población. El objetivo planteado es brindar el apoyo necesario a estas zonas para lograr un desarrollo económico y social independiente de los centros urbanos (para evitar la "fuga de cerebros" hacia las ciudades), utilizando estrategias contextualmente apropiadas. Los servicios de salud, por ejemplo, incorporan la medicina natural y tradicional, la cual se ha utilizado durante siglos en las áreas rurales para mantener y mejorar la salud.

La clave para lograr los objetivos del programa ha sido incentivar

Resultados Seleccionados del Plan Turquino en las Zonas Rurales de Cuba, 1988-2003

| Indicador | 1988 | 2003 |
|--|-----------|-----------|
| Cantidad de viviendas | 114 625 | 195 725 |
| % de Viviendas con electricidad | 67 | 84 |
| % de Comunidades con agua potable | 32 | 41 |
| Círculos infantiles | 19 | 28 |
| Escuelas primarias | 1966 | 3932 |
| Escuelas secundarias | 83 | 91 |
| Centros deportivos | 328 | 598 |
| Médicos | 1023 | 1898 |
| De estos, médicos de familia | 716 | 1447 |
| Médico: habitantes | 1:690 | 1:349 |
| Número de consultas médicas | 2 701 600 | 3 238 012 |
| Enfermeras | 2085 | 2904 |
| Enfermera: habitantes | 1:325 | 1:234 |
| Dentistas | 167 | 312 |
| Dentista: habitantes | 1:4229 | 1:2174 |
| Mortalidad infantil (x 1000 nacidos vivos) | 13,8 | 5,3 |
| Bajo peso al nacer (por ciento) | 4,5 | 4,7 |

Fuente: Programa de desarrollo integral de la montaña. Plan Turquino- Manatí, 17 años de avances.

la cooperación entre varios sectores para mejorar los determinantes sociales de la salud a nivel local—lo que la OMS y otros han denominado “salud en todas las políticas.” Es más fácil decirlo que hacerlo, plantea el Dr. Pastor Castell-Florit, director de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Añade que solamente en el sector salud, coordinación efectiva de esta índole requiere de voluntad política, concientización y organización del público; recursos humanos altamente calificados; planes de estudio multidisciplinarios; y acceso universal a la atención médica. Aunque estos factores estaban creados en Cuba para finales de la década de los 90, diez años después de la creación del plan Manatí-Turquino, los esfuerzos intersectoriales se habían estancados.[15]

En respuesta, se creó la Comisión Nacional del Plan Manatí-Turquino en 1997 para coordinar entre los sectores y ministerios—incluyendo salud, educación, cultura y agricultura—complementados por nuevas comisiones provinciales y municipales encargadas de la cooperación a nivel local; se desarrolló un programa de 260 puntos para llevar a cabo la estrategia. Se construyeron terrenos deportivos y viviendas, oficinas de correo y torres de radiotransmisión; se establecieron bibliotecas y centros culturales; se extendieron las redes de electricidad, fuentes de agua potable y los servicios telefónicos; y una agrupación de 29 instituciones científicas llevaron a cabo la transferencia de conocimientos y tecnología (específicamente para la producción agropecuaria).[16]

Estudio de Caso: Cruce de los Baños

Hoy día los esfuerzos acumulativos del Servicio Médico Rural, el programa del Médico de Familia y el Plan Turquino están mostrando resultados en el pequeño poblado montañoso de Cruce de los Baños en el municipio Tercer Frente de la provincia Santiago de Cuba. Los datos demográficos y la situación de salud aquí son similares a los del resto del país; los adultos de 60 o más componen el 16% de la población, el grupo más grande que recibe atención en el policlínico local (uno de dos en el municipio). Las enfermedades crónicas—específicamente el cáncer, pero también la hipertensión y el colesterol alto—son las primeras causas de muerte.

Pero los poblados del Plan Turquino también presentan retos de salud únicos tales como las enfermedades transmitidas por el

Municipio Tercer Frente, Cuba, 2010-2011

| Indicador/Servicio | Valor |
|--|---------|
| Esperanza de vida al nacer (años) | 75 |
| Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) | 2,5 |
| Mortalidad en menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos) | 0 |
| Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos) | 0 |
| Bajo peso al nacer (por ciento) | 5,9 |
| Consultas médicas | 139 564 |
| Consultas dentales | 63 721 |
| Pacientes que reciben medicina natural y tradicional | 57 546 |
| Policlínicos | 2 |
| Consultorios de Médico y Enfermera de la Familia | 48 |
| Clínicas dentales | 3 |
| Hogares maternos | 1 |
| Farmacias | 12 |
| Bancos de sangre | 1 |
| Servicios de rehabilitación física | 1 |

Fuente: Municipio de Salud, Tercer Frente, Provincia Santiago de Cuba, Cuba

agua y aquellas que son específicas del sector agrícola.[17] Por ejemplo, la leptospirosis, una enfermedad que se contrae a través del agua, la tierra o plantas contaminadas, es un apremiante problema de salud en estas áreas, así como los parásitos intestinales.[18]

El caso de la leptospirosis ofrece un ejemplo del enfoque coordinado: un programa nacional de vacunación para las personas de alto riesgo (lo cual incluye la mayoría de las personas mayores de 15 años de edad en el área de salud de Cruce de los Baños) se acopla a los esfuerzos en promoción de salud y al programa de aguas limpias de la Cruz Roja para prevenir y controlar la enfermedad. El programa de la Cruz Roja también contribuye a frenar las enfermedades transmitidas por el agua a través de anuncios en los medios de comunicación, actividades comunitarias, y plegables que describen las fuentes seguras de agua, como tratar las aguas no seguras, y las razones por las cuales esto es importante para la salud.

Los programas nacionales que priorizan a los grupos vulnerables son igualmente fundamentales para mantener la salud en Cruce de los Baños. Por ejemplo, la salud materno-infantil—históricamente caracterizada por una alta mortalidad y morbilidad en estas



Madre e hijo en una visita al pediatra, Policlínico Cruce de los Baños

Más Allá de las Montañas: Salud Rural en Cuba

Servicios del Policlínico Cruce de los Baños Municipio Tercer Frente, Provincia Santiago de Cuba

| | |
|--|--|
| Banco de sangre | Medicina interna |
| Consejería de genética clínica | Laboratorio SUMA |
| Laboratorio clínico | Oftalmología |
| Prótesis dental | Optometría |
| Servicio dental | Ortopedia |
| Dermatología | Otorrinolaringología |
| Ultrasonido diagnóstico | Cirugía ambulatoria |
| Drenaje biliar | Pediatría |
| Electrocardiograma | Farmacia |
| Servicios de Emergencia | Fisioterapia y rehabilitación |
| Endoscopia | Psiquiatría, psicología y salud mental |
| Planificación familiar (incluye abortos) | Reumatología |
| Gastroenterología | Vacunaciones |
| Obstetricia y ginecología | |

Fuente: Comunicación personal, Dr. Julio César Luis Félix, 5 de enero, 2012

áreas—ha mejorado en gran parte gracias al Programa Nacional de Atención Materno-Infantil (PAMI). A través de este programa las mujeres reciben un examen integral de captación a partir de la novena semana de embarazo, seguida por al menos 12 visitas prenatales y los análisis de laboratorio correspondientes, incluyendo ultrasonido. La atención continúa después del nacimiento del bebé, incluyendo la inmunización contra 13 enfermedades pediátricas y seguimiento regular de la madre y su hijo(a). Las embarazadas de alto riesgo reciben atención individualizada en el hogar materno local y a través de consultas con especialistas, incluyendo cardiólogos pediátricos y especialistas en Genética Médica.[19]

“Se logran mejorías en la salud al acercar la atención a aquellos que la necesitan: nuestros médicos a menudo van al terreno a visitar a personas que no pueden transportarse al policlínico, lo cual ha sido especialmente importante en la salud materno-infantil,” planteó el Dr. Julio César Luis Félix, director del policlínico de Cruce de los Baños, durante una visita reciente de *MEDICC*



Adultos mayores en la Casa de Abuelos, Cruce de los Baños



Cruce de los Baños, 2011

Review. “De hecho, esta área de salud no ha tenido ni una muerte materna en los últimos 20 años.”[18]

El Dr. Félix añadió que su policlínico, el cual atiende a 18 000 personas en esta área de salud, ofrece más de 20 servicios, utilizando la misma tecnología disponible en los policlínicos urbanos.

El trabajo intersectorial es una pieza clave del rompecabezas de calidad de vida y se coordina a través de reuniones mensuales del Consejo de Salud local, grupo que incluye a representantes de cultura, la Asociación de Pequeños Agricultores (ANAP), el programa local de salud materno-infantil, el propio policlínico, y otros. En estas reuniones se abordan las estrategias y progresos, se identifican los problemas y se presentan y debaten soluciones.

De todas formas, aún queda trabajo por hacer. Según el Dr. Félix, las embarazadas anémicas y malnutridas representan el mayor porcentaje de los embarazos de alto riesgo en Cruce de los Baños, seguido por las adolescentes, que constituyen el 20% de los embarazos en el municipio de Tercer Frente (formado por las áreas de salud de Cruce de los Baños y Matías).[18] Aunque las autoridades municipales de salud subrayan que la mayoría de estas adolescentes tienen entre 17 y 19 años de edad, se están diseñando mecanismos para disminuir el número de embarazos en la adolescencia a través del trabajo con la comunidad y otros sectores. Por ejemplo, los servicios de planificación familiar en el policlínico se ven complementados en sus esfuerzos por mensajes de prevención dirigidos a la comunidad por las asociaciones locales y la delegación de la Federación de Mujeres Cubanas. El trabajo de prevención se ve suplementado, además, por el Equipo Multidisciplinario de Educación en Salud, el cual lleva a la comunidad mensajes por radio y en visitas de casa en casa.

Los adultos mayores son otro grupo vulnerable en Cruce de los Baños. Bajo los auspicios del Programa Integral Nacional para el Adulto Mayor, el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica del policlínico (EMAG) está al frente de la atención brindada a los ancianos en su propia comunidad. Este equipo está formado por un médico de familia, una enfermera, un psicólogo y un trabajador social—todos con una formación especializada en geriatría—los cuales ofrecen chequeos médicos periódicos, coordinan las remisiones y turnos con especialistas cuando es

necesario, y evalúan la salud y el bienestar general de los adultos mayores del área. El equipo también realiza visitas semanales a la Casa de Abuelos de Cruce de los Baños, la cual cuenta en su personal con una enfermera a tiempo completo.


En el país existen más de 230 de este tipo de centros para adultos mayores, en los cuales los miembros pasan su tiempo en la jardinería, juegos de mesa, ejercicios y clases; así como participando en actividades comunitarias, cantando, bailando, conversando y comiendo. En las zonas rurales, estos centros funcionan también como red de seguridad nutricional: cada miembro recibe tres comidas y dos meriendas en un día típico. De hecho, después de la camaradería y las actividades en grupo, fue la comida lo que más impresionó a los ancianos de Cruce de los Baños que conversaron con *MEDICC Review*. “¡La comida es tan buena!” exclamó un abuelo durante nuestra visita. “A veces es mejor que la de la casa, donde no siempre tenemos los recursos que tienen aquí para nosotros.”

La educación médica continúa siendo esencial para el proceso de mejorar la salud de la población en áreas rurales como Cruce de los Baños. “Antes, los profesionales de salud que trabajaban en esta área venían de Santiago de Cuba o de otra parte, pero ahora todos los jóvenes que trabajan aquí nacieron aquí. Sienten un compromiso con nuestra comunidad; tienen sentido de pertenencia,” planteó el Dr. Félix. Los primeros médicos y dentistas del área comenzaron a formarse aquí en el 2005; actualmente hay 164 estudiantes formándose en este policlínico como médicos, enfermeras, estomatólogos y técnicos de la salud. Ya familiarizados con el contexto y los problemas de salud particulares de las poblaciones remotas, estos jóvenes profesionales representan el futuro de la atención primaria en la Sierra Maestra.

Promover la salud y ofrecer los servicios necesarios para mantener la salud y el bienestar de aquellos que viven en áreas remotas es un proceso continuo, y aún se confrontan retos. Por ejemplo, el transporte de los pacientes por carreteras abruptas,

escarpadas y en muchos casos aún peligrosas es un problema perenne. Las ambulancias todoterrenos (o 4x4) contribuyen a la solución, igual que la reparación de carreteras, pero el mantenimiento de esas ambulancias y carreteras requiere recursos cada vez más escasos. La distancia y el acceso a los centros de salud en estas áreas no se pueden medir simplemente en kilómetros, sino por la “accesibilidad real que puede ser un factor decisivo dadas las limitaciones del transporte público y el (alto) costo del transporte privado” para las familias rurales.[20] A la luz de estas realidades, es alentador observar que muy pocos servicios de salud han cerrado en el Tercer Frente como parte de la consolidación de los servicios de salud que comenzó en el año 2010. De todas formas, vale darle un seguimiento especial para asegurar que se mantenga la accesibilidad en lo adelante.

Conclusiones

La salud de las poblaciones rurales en la Cuba de hoy se basa en conceptos y estrategias desarrollados hace medio siglo y en la alta prioridad otorgada a mejorar los determinantes sociales de la salud, particularmente para las poblaciones vulnerables. Desde la creación del SMR en 1960, el enfoque de la salud rural ha sido consistente en Cuba, con innovaciones periódicas en respuesta al cambiante cuadro de salud. Esta flexibilidad y capacidad de evolución debería ser alentada y también objeto de estudios más profundos. Por otra parte, las comunidades rurales han mostrado una capacidad sostenida de poder trabajar de manera intersectorial para mejorar la salud, una experiencia que podría ser adaptada a otras áreas del país donde la coordinación y cooperación ha resultado más difíciles de lograr. Aunque la escasez de recursos a menudo limita lo que es práctico en el contexto cubano y algunos objetivos como un sistema de carreteras del “primer mundo” están fuera de alcance en el futuro inmediato, la experiencia en salud rural en las montañas y campos cubanos en los últimos 50 años ha demostrado que una localización remota, falta de recursos y otras variables desfavorables no son barreras infranqueables para mejorar la salud de estas poblaciones. 

Referencias & Notas

1. De la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas Ochoa F. Salud para todos: Si es posible. Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública (CU); 2004. Spanish.
2. International Bank for Reconstruction and Development. Report on Cuba. Findings and recommendations of a technical mission (“Informe Truslow”). Baltimore: The John Hopkins Press; 1951.
3. Entrevista con Dorisbel Ramos, Especialista principal, Complejo Histórico Tercer Frente, 12 de diciembre 2011.
4. Agrupación Católica Universitaria. Encuesta de los trabajadores rurales 1956-1957. In: Economía y Desarrollo. 1972 Jul-Aug; 12:198.
5. Jeffries C. Illiteracy: A World Problem. London: Pall Mall Press; 1967.
6. Delgado García G. El Servicio Médico Rural en Cuba: Antecedentes y Desarrollo Histórico. In: Cuadernos de la Historia de la Salud Pública No. 72. Havana: Ministry of Public Health (CU); 1987.
7. Labrada E. Reforma Agraria en Cuba: la otra historia. Periódico Adelante (Camagüey). 2011 May 17. Spanish.
8. La campaña de alfabetización cubana fue llevada a cabo por más de 160 000 jóvenes (en su mayoría) y maestros que se ofrecieron como voluntarios para ir a las zonas rurales a enseñar al campesinado analfabeto a leer y escribir. Como resultado de estos esfuerzos, Cuba fue declarada Territorio Libre de Analfabetismo en 1962 por la UNESCO (primer país de Latinoamérica en obtener este reconocimiento). Es interesante añadir que el enfoque cubano de enfatizar los efectos que sobre la salud tienen la educación, el uso de la tierra, la vivienda, el acceso a carreteras y otros factores, antecede a la comprensión global sobre las influencias sociales y medioambientales descritas en 1974 en el Informe Lalonde de Canadá.
9. Navarro V. Health, health services and health planning in Cuba. Int J of Health Services. 1972 Aug; 2(3):413.
10. Rodríguez Rivera A. En el hocico del caimán. Havana: Ediciones Unión; 2007. Spanish.
11. Roemer MI. Cuban Health Services and Resources. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1976.
12. En 1959, solo había un universidad médica en Cuba; hoy hay 14 (13 provinciales y la Escuela Latinoamericana de Medicina).
13. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 [cited 2011 Jan 15]. 3 p. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
14. FAO. Plan Turquino: Strengthening the Programme for Comprehensive Development of Cuban Mountains. c 2003 [cited 2011 Dec 22]. Available from: www.fao.org/forestry/forestsandwater/59080/en/
15. Castell-Florit P. La intersectorialidad en la práctica social. Havana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. Spanish.
16. Gandul L, Luna EC, Sierra DC. Programa de desarrollo integral de la montaña. Plan Turquino Manatí, 17 años de avances [Internet]. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 Jun [cited 2011 Dec 22];25(2). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n2/mgi12209.pdf>. Spanish.
17. Entrevista con Dr Pablo Reyes, Director Municipal de Salud, Tercer Frente, 2011Dec 12.
18. Entrevista con Dr Julio César Luis Félix, Director, Polyclínico de Cruce de los Baños, 2011 Dec 12.
19. Para una discusión en profundidad del programa materno cubano, ver Cuban Maternity Homes: A Model to Address At-Risk Pregnancy en *MEDICC Review*. 2011 July;13(3):12-5.
20. Iñiguez L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Rev Cub de Salud Pública. 2012 Ene-Mar;38(1). Spanish.

Traducida al español por Georgina Gómez Tabío.

MEDICC Review

Themes for Upcoming Issues

2013 - 2014

Diabetes

Primary Health Care

Communicable Diseases

Mental Health

Health & Human Development over the Lifespan

Genetics & Population Health

...and in every issue

- ▶ Original research by Cuban and international medical scientists and health professionals
- ▶ Exclusive features and interviews
- ▶ Viewpoints on hot topics in medicine and health in Cuba and the world

MEDICC Review online, Open Access on the web!
Visit www.medicc.org/mediccreview