

# La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social

**Edvânia Ângela de Souza Lourenço**

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
(Unesp-Franca)

**Reina Fleitas Ruiz**

Universidad de La Habana, Cuba

## **La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social**

**Resumen:** Este texto tiene como objetivo discutir la política de salud en Cuba y exponer algunos apuntes acerca del Trabajo Social en Salud. Para tanto, se realiza un estudio bibliográfico y se recolectan datos empíricos que se obtienen de cinco entrevistas realizadas, en el 2013, con profesores, trabajadores sociales y representantes de la Federación de Mujeres Cubanas. Durante el trabajo, para resaltar las particularidades de la situación de salud en Cuba y de sus políticas, con frecuencia se compara con la realidad de la salud y el Servicio Social en Brasil.

**Palabras clave:** Trabajo Social en Cuba. Servicio Social en Brasil. Política de Salud en Cuba. Sistema Único de Salud.

## **A política de saúde em Cuba no novo milênio: a contribuição do Trabalho Social**

**Resumo:** O objetivo do trabalho é discutir sobre as políticas de saúde em Cuba e expor algumas observações sobre o trabalho social na saúde. Assim, foi realizado um estudo de literatura e foram coletados dados empíricos a partir de cinco entrevistas realizadas em 2013 com os professores, assistentes sociais e representantes da Federação das Mulheres Cubanas. Durante o trabalho são feitas frequentes comparações com a realidade da saúde e do serviço social no Brasil para destacar as particularidades na situação da saúde em Cuba e também de suas políticas.

**Palavras-chave:** Trabalho Social em Cuba. Serviço Social no Brasil. Política de Saúde em Cuba. Sistema Único de Saúde.

## **Healthcare Policy in Cuba in the New Millennium: the Contribution of Social Work**

**Abstract:** The purpose of this study is to discuss healthcare policies in Cuba and present some observations about social work in healthcare. A study of the literature was conducted and empirical data collected from five interviews conducted in 2013 with professors, social workers and representatives of the Federation of Cuban Women. The study makes frequent comparisons with the reality of healthcare and social work in Brazil to highlight the particularities in the situation of healthcare and healthcare policy in Cuba.

**Keywords:** Social Work in Cuba. Social Service in Brazil. Cuban Healthcare policy. The Single Healthcare System.

Recebido em 08.03.2014. Aprovado em 25.06.2014.

## Introducción

Cuba y Brasil están entre los países de las Américas cuyos valores del Índice de Desarrollo Humano (IDH) les ubican en el grupo de naciones con nivel alto. Según el IDH del 2013, Cuba ocupaba en el 2012 la posición 59 con un promedio de 0,780 y Brasil la 85 con 0,730 (PNUD, 2013, p. 144-145). La primera década del siglo XXI muestra, para ambos países, una evolución positiva ascendente en el comportamiento de este índice, con valores más notables para Brasil y discretos para Cuba.

Si se analiza la estructura del índice se pueden observar ciertas diferencias importantes entre ambos países que, de alguna manera, reflejan los distintos enfoques que en política social y económica han mantenido sus gobiernos a lo largo de varias décadas hasta la actualidad. Como se conoce este índice, se calcula en base al comportamiento de tres dimensiones que tratan de evaluar de manera sintética el desarrollo alcanzado con enfoque humano: salud (esperanza de vida), educación (años promedios de escolaridad y años esperados de escolaridad) e ingreso nacional bruto per cápita. Este último indicador alcanza un valor en Brasil (10.152) que es el doble del que ostenta Cuba (5.539); mientras que Cuba aventaja al gigante en los de salud y educación.

El mayor adelanto de Cuba en salud durante la presente década no se refleja solo en una esperanza de vida de cinco años más para su población que la que poseen los brasileños, sino en varios de los indicadores de salud. El siguiente cuadro así lo muestra:

**Cuadro 1 – Comportamiento de algunos Indicadores de salud**

Indicadores	Brasil	Cuba
Tasa Fecundidad Adolescente, 2012	76	43,2
Tasa Global de Fecundidad (hijos por mujer), 2012	1,8	1,69
Tasa mortalidad infantil del menor de 1 año, 2010	17	5
Tasa mortalidad del menor de 5 años, 2010	19	5,9
Tasa mortalidad materna, 2010	56	33,4
Esperanza de vida	73,8	79,3

Fuente: PNUD (2013).

Los estudios que en décadas anteriores se realizaron sobre mortalidad, morbilidad e incapacidad, que formaban parte del análisis más general de la transición en salud que sufren los países de la región hacia una etapa nueva donde se afirma prevalecen las enfermedades no transmisibles, arrojan que Brasil y Cuba se hallan en diferentes momentos de la transición epidemiológica. Sus autores colocan a Cuba entre los que se encuentran en el período más avanzado debido a sus bajas tasas de mortalidad, prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, comportamiento más homogéneo de sus indicadores y desplazamiento de la carga de muerte hacia los grupos de mayor edad. Mientras que a Brasil, lo sitúan en un tercer grupo que muestra un modelo polarizado prolongado, donde prevalecen ambos perfiles epidemiológicos, de mortalidad por infecciones, si se trata de las regiones más pobres como las del norte o de mortalidad por enfermedades no transmisibles, si se refiere al sur más próspero (FRENK *et al.*, 1998). Tales diferencias se asocian fuertemente a la política en salud, a la calidad de sus servicios, organización, accesibilidad y disponibilidad, en particular, a la prioridad que haya tenido la expansión de servicios de atención primaria de la salud, aspecto este que constituye el segundo problema de la transición en salud y que es uno de los objetivos de análisis del presente trabajo.

En los países capitalistas y, en particular, en Brasil, se hace énfasis en políticas sociales que se van tornando en medios estratégicos para el capital satisfacer sus necesidades de lucro y acumulación. Mientras que en el contexto cubano, haciendo justicia a una tradición socialista, los hilos conductores de las políticas sociales son las necesidades humanas, de ese modo, la salud y la educación son bienes públicos y de acceso universal.

En ese contexto de defensa a las profundas conquistas obtenidas por la transición socialista en la Isla, iniciada en 1960, es que se inserta el Trabajo Social cubano, cuya institucionalización recorre caminos distintos. La primera Escuela de Servicio Social surge como resultado de la institucionalización de la Asistencia Social, en 1943, la cual es desarrollada por Instituciones religiosas y civiles, como La Sociedad Lyceum, y gracias a la Constitución de 1940, que garantiza derechos sociales y estimula su institucionalización. No obstante, “[...] en 1956 el gobierno de entonces, encabezado por el presidente Fulgencio Batista y Zaldívar, defensor a ultranza de los intereses yanquis, por razones políticas vinculadas a la lucha insurreccional en la Isla, decretó el cierre de las universidades públicas, con lo cual fueron interrumpidos los estudios de trabajo social” (GARCÍA, 2012, p. 14).

Al triunfo de la Revolución, el Servicio Social se venía haciendo a partir de acciones asistencialistas, focalizadas y basadas en un enfoque teórico y metodológico norteamericano, desarrollado por Mary Richmond, y que se mantenía distanciado de la formación universitaria. Entonces el Estado promueve intensas reformas, universaliza las políticas sociales y el Servicio Social gana otra concepción de Trabajo Social. Un nuevo contexto histórico determinó cambios significativos en la sociedad y, en específico, la profesión pasa a estar orgánicamente vinculada a la comunidad<sup>1</sup>. Aún cuando se pone fin a la formación universitaria y a su carácter empirista, el Trabajo Social en Cuba consiguió mantenerse, mientras que el Servicio Social brasileño, a pesar de los avances en su institucionalización, va perdiendo en el cuerpo a cuerpo con la comunidad, en el trabajo de educación popular y del vínculo con la comunidad.

Para hacer algunos apuntes sobre el Trabajo Social en Salud de Cuba, es preciso dejar claro que este, así como el Servicio Social en Brasil y en cualquier otra parte del globo, tiene una dimensión histórica, por tanto, su conformación se asocia al movimiento histórico de los cambios sociales que van redefiniendo su modo de ser. Por tanto, “Um dos primeiros desafios para se constituir um debate entre o desenvolvimento do trabalho social em Cuba e relacioná-lo com o desenvolvimento do Serviço Social como profissão no Brasil é considerar as particularidades desses dois países”, siendo que “a utilização da expressão Serviço Social como tradução direta da expressão trabalho social pode se constituir em uma séria imprecisão. A tradução não contempla o universo de um e de outro contexto sócio histórico” (SILVA; CARMO; GUTIÉRREZ, 2013, p. 284).

Se acredita que un intercambio de experiencias y saberes entre el Servicio Social brasileño y el Trabajo Social cubano, como con otros países, en especial de América Latina, puede favorecer la construcción y/o fortalecer los proyectos ético-político profesionales y, aún, revertirse en la consolidación de una investigación calificada y articulada a la actuación profesional, con vistas a profundizar en la ampliación de los derechos sociales, en el horizonte de una emancipación humana (MONTAÑO, 2008).

Asimismo, esta discusión se auxilia de estudios bibliográficos, del intercambio profesional de las autoras con ambas realidades, Brasil y Cuba, y de la recolección de datos empíricos. O sea, este texto integra algunas de las actividades de investigación e intercambio desarrolladas por el Proyecto *El Servicio Social en Brasil y en Cuba: trabajo y formación profesional a partir de la década de 1960* (SILVA, 2010)<sup>2</sup>, durante el cual las autoras fungieron como investigadoras a través de estancias post doctorales en Brasil y en Cuba<sup>3</sup>.

Considerando la innegable contribución que el referido Proyecto ha propiciado de intercambio profesional entre los profesores del curso de Servicio Social en Brasil, UNESP-Franca, y los profesores del Departamento de Sociología de la Universidad de la Habana, Cuba, en la discusión acerca de la formación del trabajo profesional del Servicio Social/Trabajo Social en Brasil y en Cuba, se busca, en este momento, realizar un debate específico para el área de salud y/o Trabajo Social en Cuba en esta área, utilizando los datos que vienen siendo recolectados por el referido Proyecto.

Para este texto se priorizaron entrevistas semi-estructuradas con una trabajadora social de salud y dos profesores del curso de Trabajo Social en Salud de Cuba y, también, con dos representantes de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC). Los entrevistados no son identificados en las entrevistadas, según las normas éticas de la investigación<sup>4</sup>, y las entrevistas fueron realizadas en Cuba, en el periodo de setiembre a diciembre de 2013 por las autoras.

En este texto se parte, primeramente, de algunas consideraciones sobre el enfoque de la política de salud en Cuba y el perfil epidemiológico que caracteriza a la salud de los cubanos y, en esa secuencia, se realiza una discusión acerca del trabajo social en esa área y su contribución a la formación de ese perfil.

### **Cuba: una política de salud inclusiva y un sistema único de salud público**

La entrada al siglo 21 no implicó cambios sustanciales en la política de salud en Cuba, cuyos pilares se definieron desde la reforma de la década del sesenta del siglo pasado. Se mantuvo inalterable el enfoque de Salud para todos, el cual se fue consolidando a lo largo de la segunda mitad del siglo 20 y el presente. Si nos atenemos a las tensiones que durante cincuenta años ha vivido, y continúa experimentando Cuba en relación a su bajo crecimiento económico, y las relacionamos con los valores de los principales indicadores de salud, hay que concluir que la propuesta de un Sistema Único de Salud Pública ha sido altamente viable, tanto por su eficacia como por su enfoque humano. Gracias a la consolidación de los principios que definen la organización de todas las actividades en salud, y no sólo de los servicios, Cuba ha podido mantener, en las circunstancias más difíciles, una cobertura amplia de salud, controlar situaciones epidemiológicas complicadas, como las que se presentaron en los noventa con el dengue, el incremento de las tasas de tuberculosis y la neuritis epidémica, y más recientemente con el brote del cólera y el dengue. Además, en esas circunstancias complejas, seguir mejorando sus indicadores de mortalidad y esperanza de vida.

La política de salud en Cuba mantiene durante el presente período su carácter universal, gracias a lo cual el comportamiento de indicadores, como el de consultas médicas por habitantes entre regiones, muestra cifras bastante homogéneas. El valor más alto, de 6,2, lo tiene Pinar del Río, región que clasifica entre las de menor nivel de desarrollo humano y un 3,5 en Mayabeque, de nivel medio. Mientras que la capital con el nivel más alto de desarrollo ostenta un 6,1, muy próximo al de Pinar (CUBA, MINSAP, 2013, p. 132). Este es un fenómeno que se refleja en todos los tipos de consulta, con independencia de la especialidad que se trate. El país mantiene también la cobertura de atención al parto en hospitales al 100%, meta que no solo refleja la homogeneidad territorial, sino la inversión en la salud de las mujeres. Incluso, en las zonas de montañas, donde tradicionalmente sus pobladores han vivido las mayores desventajas sociales, se produjo una mejoría en la salud de sus habitantes determinada por el incremento de los servicios de atención primaria y la consolidación de lo que en el sesenta se llamó la Medicina Rural.

Una garantía para el mantenimiento de la universalidad de la política ha sido el papel que el Estado ha desempeñado como proveedor de servicios de atención, en la formación de sus recursos humanos, en el desarrollo de una industria de la salud, de las investigaciones que han hecho posible la expansión de la biotecnología y en la comercialización de los productos médicos. En cada una de esas actividades el punto de vista que ha prevalecido es el de amplio acceso: ya sea si hablamos de acceder a la educación terciaria encargada de la formación de profesionales de la salud, a los servicios de salud en todos sus niveles o a los productos farmacéuticos u otros tipos de tratamientos. El mantenimiento de la gratuidad de los servicios de salud, durante dos décadas de difíciles condiciones económicas, cuando además se hacen más visibles las desigualdades sociales debido a la nueva política económica que emergió en los noventa y al recrudecimiento del bloqueo, ha sido decisivo para garantizar un nivel de calidad en el estado de salud de los (las) cubanos (as).

La prioridad que la salud ha tenido en la política para el desarrollo se concreta en el comportamiento del indicador del gasto para la salud. A pesar de la crisis económica de los noventa y de los bajos crecimientos en la presente década, la ejecución del presupuesto gubernamental en esta esfera se ha incrementado de manera sostenida y también el gasto por habitante. En 1959 este último era de 3,72 pesos, en el 2000 de 165,99 y en el 2012 de 435,91 (CUBA, MINSAP, 2013, p. 107). Para mantener esos gastos en salud y satisfacer la demanda que genera una cobertura amplia de atención con calidad sin renunciar a la gratuidad, fue necesario introducir nuevos enfoques en la política que hicieran sostenible al sistema. Desde fines del siglo pasado se crearon servicios de atención a la salud para extranjeros que se cobran y un mercado de medicamentos en la moneda convertible nacional que es el patrón de cambio del dólar. Más tarde, en el presente milenio, se promueve un intercambio de profesionales de la salud que brindan sus servicios de atención a la población de países de la región, por los cuales Cuba recibe ingresos que contribuyen a su autofinanciamiento, sin lograr con ello aún resolver los problemas de desbalances entre los gastos y los costos en salud que se generan en un sistema con las características aquí descritas, y que pretende cumplir metas altas de salud en una época de cambios demográficos marcados por el envejecimiento de su población y de crisis económica mundial.

La planificación ha sido un estilo de trabajo en la salud cubana que se ha ido expandiendo, al punto que hoy se identifican más de una veintena de programas que abarcan diferentes modalidades. Uno de los programas más antiguos, y que más ha contribuido a la transición epidemiológica, ha sido el de Vacunación. Gracias a su durabilidad y al cumplimiento de objetivos ambiciosos como el de convertir al país en exportador de vacunas, garantiza hoy una alta cobertura de vacunación entre la población infantil e incluye una gama más amplia de vacunas, casi todas de producción nacional.

Ninguno de esos pilares de la política tendrían efectividad en la reducción sostenida de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida si no se hubieran acompañado de un proceso de descentralización de los servicios de atención a la salud de la población, lo que ha sido posible gracias a la organización y expansión de la Atención Primaria de la Salud (APS). Una constante en las sucesivas reformas a la salud que transcurrieron durante la segunda mitad del siglo 20 y la presente, fue la creación y consolidación de los Servicios Primarios de Salud. Su expansión estuvo acompañada de dos pilares que han definido a la salud cubana: su carácter participativo como responsabilidad popular y comunitaria, y el desarrollo de una filosofía de la prevención.

El subsistema de atención primaria a la salud nació en la reforma del sesenta con la fundación del Policlínico, el cual integró asistencia y labor preventiva con el apoyo de las organizaciones sociales y de masas que se crearon en todas las localidades del país. Una de las organizaciones que ha colaborado de manera permanente y eficaz ha sido la Federación de Mujeres Cubanas. Su apoyo ha estado presente en la ejecución de todos los programas, pero de manera particular en el de vacunación y detección del cáncer cérvico-uterino. En la década del ochenta, como parte del perfeccionamiento de la atención primaria, surge el Modelo del Médico y la Enfermera de la Familia, que se subordina al Policlínico y abarca un área más pequeña de territorio, así como una menor cantidad de población. En las décadas subsiguientes esas instituciones se han mantenido, pero han acrecentado los tipos de servicios y funciones, como es el caso de los de urgencia, estomatología, ginecología y de otras especialidades. En la actualidad, el policlínico ha incorporado, incluso, funciones docentes.

Durante la década del ochenta también se creó la especialidad de Medicina General Integral, que hace énfasis en un enfoque social, clínico y preventivo de la medicina y es la encargada de formar los profesionales de la salud que desarrollan el modelo mencionado de la APS. En el 2012, el país contaba con 26.560 médicos dedicados a esa especialidad, de ellos el 68% eran del sexo femenino. Esta es una especialidad que atrae mucho a las mujeres por su función de llevar salud a la comunidad, en un espacio donde cerca se encuentra su familia. Para ese año, el número de consultorios llegaba a 11.506 y el porcentaje de cobertura era del 100%, un tiempo después fue necesario hacer ajustes en los servicios comunitarios debido a la salida de muchos de sus especialistas a cumplir misiones de colaboración en otros países (CUBA, MINSAP, 2013, p. 112).

Desde hace más de un año, se impulsa un proceso de reestructuración de los servicios de salud comunitario que busca un mejor ordenamiento y eficiencia en el funcionamiento de sus entidades. Se trata de un proceso que está en curso y no se ha concluido una investigación que permita evaluar su impacto. De todas formas, sus consecuencias no afectan los datos sobre el estado de salud de la población que aquí se exponen, que resultan de las reformas ya mencionadas y muestran los avances en el perfil de salud de su población.

### Transición epidemiológica en Cuba

Los resultados de una encuesta, realizada entre 1956 y 1957 en los campos de Cuba, reflejan bien el perfil epidemiológico predominante en aquel entonces de enfermedades transmisibles y de carencias primarias (nutrición, agua, educación, vivienda). Entre los encuestados un 36% había declarado que tenía parásitos, un 14% padecía tuberculosis, 31% tenía paludismo y el 13% había padecido tifoidea (ACU, 1972). Mientras que a principios del presente siglo ya el cuadro de enfermedades que deciden la mortalidad en Cuba es del tipo no transmisibles, lo que no significa que todos los cubanos y cubanas tienen satisfechas sus necesidades básicas de manera igual y que hayan desaparecido las desigualdades en el acceso a recursos primarios para la vida. Pero sí que ellas no deciden de manera directa la mortalidad de la población cubana, como así lo reflejan los datos del **Cuadro 2**:

**Cuadro 2 – Evolución de las Tasas<sup>5</sup> de las 10 principales causas de muertes en todas las edades y para ambos sexos. Cuba 2000-2012**

Enfermedades	2000	2012
Tumores Malignos	146,8	200,3
Enfermedades del corazón	181,1	197,6
Enfermedades cerebrovasculares	72,8	79
Influenza y neumonía	51,3	48,8
Accidentes	44,3	42,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21,0	30,0
Enfermedades de las arterias y vasos capilares	33,0	23,4
Diabetes mellitus	13,3	19,6
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	16,5	13,2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8,8	11,4

Fuente: CUBA, MINSAP (2013).

Las tres primeras causas de muerte se refieren a enfermedades que están asociadas a problemas en los estilos de vida de la población y de la política económica. El consumo de tabaco es una de esas determinantes y la ingestión de bebidas alcohólicas. Durante varias décadas se han realizado acciones dirigidas a la erradicación de esos malos hábitos de consumo, pero una barrera que existe para lograr una mayor eficacia en su erradicación es que la producción y cultivo del tabaco, como la de bebidas alcohólicas, genera fuentes de ingreso y empleo a la economía del país, en particular en el área de las divisas, que son escasas. Otro factor tiene que ver con la urbanización y la contaminación ambiental en las ciudades, más elevada en la capital donde precisamente se identificaba en el 2012, la más alta tasa de incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles: 809.2 por 100 mil habitantes (CUBA, MINSAP, 2013, p. 45).

La vulnerabilidad alimentaria que desde hace algún tiempo se padece en el país, en particular, en algunas regiones, y que se concreta en la baja disponibilidad de algunos productos, el alto precio de otros, la inestabilidad

en las importaciones y de su producción nacional, tiene un impacto en la salud de la población. Problemas como la obesidad, que repercute en la diabetes, tienden a crecer en particular entre las mujeres. El desorden alimentario y la ingestión excesiva de comida no adecuada para la salud no se pueden ver solo como un mal estilo de vida, sino una consecuencia de esa situación socioeconómica. La política social logró durante largo tiempo una cobertura amplia de acceso a alimentos de primera necesidad mediante el mercado racionado, hecho que impidió un efecto negativo en el estado nutricional de la población como el que puede generar el hambre<sup>6</sup>. Pero, la cantidad de productos que se comercializan hoy por esa vía se ha ido reduciendo a partir de nuevos criterios de política económica, y no se incrementan la producción de alimentos liberados a los niveles requeridos, ni se venden a precios asequibles para todos. Ese fenómeno se está produciendo además en un momento de estancamiento de los salarios, que desde el noventa han experimentado una reducción en su capacidad de compra, y de una dualidad monetaria que dura más de veinte años. Tal situación afecta a todos los trabajadores del país, incluyendo a los de salud. Y aunque no deciden el patrón de mortalidad, si influyen sobre la carga de morbilidad y las altas demandas en los servicios de salud.

Un efecto de enfoque universal de la política en Cuba ha sido el decrecimiento de las tasas de mortalidad en todos los territorios del país y su comportamiento casi homogéneo, al menos no tan contrastante como los que muestran otros países latinoamericanos. En el 2012, si sólo comparamos las estadísticas de mortalidad infantil del menor de 1 año de varias provincias de la región oriental, todas las cuales se hallan en el grupo de menor nivel de desarrollo, con la capital, encontramos que cuatro de ellas tienen cifras ligeramente más bajas: Holguín (3,9 por mil nacidos vivos), Granma (4,1), Santiago de Cuba (4,8) y Guantánamo (4,8), que la de la capital, La Habana (5,0) (CUBA, MINSAP, 2013, p. 32). Se nota el grado de acercamiento territorial y los bajos valores que todas ellas representan, al contrastarse con el promedio de Brasil que muestra el **Cuadro 1**.

La distribución por provincias de las tasas de mortalidad por dos grandes grupos de causas, enfermedades transmisibles – causas de muerte materna, perinatal y nutricional – y enfermedades crónicas no transmisibles, también muestra una prevalencia de las últimas en todas las regiones del país, con independencia de los niveles de desarrollo de cada una.

Un problema de salud en Cuba es la alta morbilidad por enfermedades diarreicas. A pesar de la educación sanitaria que se ha inculcado a su población, los problemas con el acceso al agua potable debido al deterioro de las redes de suministro y de la vivienda, a la escasez de agua como resultado de las sequías y la ausencia de importantes fuentes naturales, tienen una incidencia en las elevadas tasas de atención por esa enfermedad, en particular entre los niños. No obstante, el amplio acceso a los servicios de salud evita que se conviertan en causa de defunciones. Desde el año 2000 las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias representan el 1% de todas las muertes, valor que contrasta con el 7,2 que representaban en 1970 (CUBA, MINSAP, 2013, p. 69).

### **El Trabajo Social en Cuba: un enfoque para la salud**

El triunfo de la Revolución de 1959 resultó en una transición hacia el socialismo del gobierno de Cuba, el cual redimensionó la organización social, económica y política de este país, incidiendo directamente en la formación y atribuciones del Trabajo Social. O sea, la implantación de políticas universales, en un contexto de estatalización de las empresas y eliminación de procesos mercantiles capitalistas, de concentración de la renta y de las desigualdades sociales, generó un intenso esfuerzo de la sociedad y el gobierno en pro de la emancipación humana, tomado el Trabajo Social como parte de ese compromiso. “Neste contexto de transição interna, muitas pessoas foram mobilizadas a favor de um legítimo e importante esforço revolucionário, estimulando o surgimento de muitos e diversos trabalhadores sociais, ou seja, técnicos voluntários comprometidos com os ideais da revolução e empenhados em promover a emancipação social de inúmeros cubanos que até então viviam sob condições desumanas” (SILVA; CARMO; GUTIÉRREZ, 2013, p. 284-285).

En Brasil, una característica del trabajo profesional del Servicio Social, se viene efectuando a partir de las políticas sociales, a través de la gerencia estatal y la tensión provocada por la elevada desigualdad social, sobre todo, por medio de la atención al enfrentamiento de las manifestaciones de la Cuestión Social, aunque la profesión tiene ganado un importante recorrido en el sentido de acercarse a la formación académica y actuación profesional sobre las bases de la teoría social de Marx. En Cuba, a partir de la Revolución Socialista, el Trabajo Social deja de ser una profesión legitimada en los moldes de una universidad burguesa para asumir un compromiso con el proceso revolucionario, pues, como ha enfatizado Silva, Carmo y Gutierrez (2013, p. 286): “os/as trabalhadores sociais, para além das exigências profissionais, devem ser também militantes e educadores sociais”. Los autores afirman también que el campo social el modelo de sociabilidad construido no se limita a una política específica. De esa manera, la necesidad social impuesta por la transición socialista va mucho más allá de la acción profesional, de una categoría, comprende a la sociedad como un todo. Por lo tanto, a pesar de haber ocurrido el cierre de las

escuelas de formación de trabajadores sociales, se dio el nacimiento de otras Instituciones que, aunque no sustituyen la enseñanza universitaria, fomentan un fuerte vínculo con el Trabajo Social en la comunidad.

Una característica muy fuerte en la política de salud en Cuba, que también puede ser verificada en otras áreas (como educación y cultura) es, sobre todo, la actuación del Trabajo Social en relación intrínseca con la comunidad. Esto es importante también para comprender los resultados positivos, mostrados en los datos epidemiológicos de ese país. Se trata de reconocer que los datos de salud no pueden ser vistos de manera separada o distanciados de la educación y el acceso a la cultura, en la búsqueda, entre otros, de la integración y articulación de varias políticas, posibilitado por el involucramiento con la comunidad, aspectos relevantes también para el Trabajo Social cubano. Se suman el modelo de salud del Médico de la Familia, una gama de organizaciones de masas, como los *Comités de Defensa de la Revolución* (CDR) y la *Federación de las Mujeres Cubanas* (FMC), entre otros, que desenvuelven actividades en la comunidad ofreciendo una fuerte contribución al área de salud, aunque no desarrollan acciones específicamente en esta área.

Silva, Carmo e Gutiérrez (2013) enfatizaron el papel de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) en los Ministerios de Salud y del Trabajo y Seguridad Social, y en la formación y desarrollo del Trabajo Social en Cuba. Por lo tanto, para una profundización del asunto, su lectura se torna imprescindible. Aquí, por los límites del artículo, no es posible profundizar en la política social cubana, con todo, brevemente se muestran algunas características resultantes de la contribución de la FMC, tanto para la política de salud como para el Trabajo Social en Cuba.

La FMC está presente en todos los municipios, tanto por medio de las Casas de Orientación a las Mujeres y las Familias, como en las estructuras de base, en las cuales están integradas de manera voluntaria las mujeres que viven en esa comunidad. En estos espacios existen trabajadoras sociales y las brigadistas sanitarias<sup>7</sup>. El trabajo desarrollado por estas Casas de conjunto con el Ministerio de Salud, ofreció la posibilidad a la comunidad de abordar temas relevantes tales como: la necesidad de que los partos fueran realizados en hospitales; el embarazo precoz; la participación de ambos padres durante el embarazo y el parto<sup>8</sup>; cuidados de higiene con el agua y cuidados con los niños, sobre todo, en los primeros años de vida; la violencia; entre otros temas de prevención de las dolencias, por ejemplo, el cáncer cérvico-uterino y de mama. La significativa mejora en los datos de salud de la población fue posible por medio del trabajo desarrollado con la comunidad, teniendo en cuenta que antes del Triunfo de la Revolución muchas personas, a diferencia de la actualidad, morían por problemas evitables.

Además del trabajo directo en la comunidad, la FMC viene desempeñando un importante papel en la interrelación con el Ministerio de Educación incentivando el asesoramiento y discusión de cuestiones de sexualidad y género como disciplina obligatoria en el plan de estudios desde la Enseñanza Básica hasta la Universidad. También se destaca en el desarrollo de investigaciones a través del Centro de Estudios y Documentos de la Mujer, creado en 1997, pasando entonces a coordinar las Cátedras de Género existentes en el país en centros universitarios. En el área de salud, es importante citar también que la FMC tiene presencia en los Hogares Maternos, los cuales, inicialmente, fueron creados para facilitar el parto en el hospital debido a las dificultades que las mujeres, de determinadas localidades lejanas, encontraban para llegar al hospital a tiempo y así tener un parto seguro. Años más tarde, con la ampliación de los servicios de salud para los diversos territorios, y cuando la situación se puso difícil en la producción alimentaria, los Hogares pasaron a atender las mujeres que pueden sufrir determinados riesgos en relación a su gestación y que necesitaban una atención diferenciada como, por ejemplo, un balance adecuado en su estado nutricional:

Con la crisis de los '90 comenzó una preocupación por el tema de la nutrición y alimentación de la embarazada. En estos momentos, los Hogares Maternos sirvieron para las mujeres que eran de bajo peso, que no habían adquirido el desarrollo del feto por la vía intrauterina; para seguirlas de cerca, las mujeres que tenían anemia, que tenían problemas nutricionales, comenzó a ingresarse en el Hogar, para garantizar el aumento del peso adecuado para el tiempo de gestación que tenían (Entrevista FMC/Salud).

**Una característica muy fuerte en la política de salud en Cuba, que también puede ser verificada en otras áreas (como educación y cultura) es, sobre todo, la actuación del Trabajo Social en relación intrínseca con la comunidad. Esto es importante también para comprender los resultados positivos, mostrados en los datos epidemiológicos de ese país.**

Los Hogares Maternos no son hospitales, todo el acompañamiento médico a la embarazada es realizado por los servicios de Atención Primaria (Consultorio del Médico de la Familia) y, cuando es necesario, por los servicios especializados en Policlínicos y en Hospitales. Sólo en algunas situaciones se exige que la atención médica sea hecha en los Hogares. En estos espacios también son desarrolladas varias acciones de orientación y fortalecimiento educativo de las mujeres, incluso pequeños trabajos manuales y atención especial a las adolescentes embarazadas.

En relación al Trabajo Social desarrollado por la FMC hoy, reconocido como un trabajo de militancia en la comunidad, debe ser dicho que se trata de una acción eminentemente práctica. Las trabajadoras sociales “[...] son personas voluntarias, pasan un curso breve de capacitación para que aprendan a identificar los problemas y los canalicen adecuadamente” (Entrevista Centro de Estudios-FMC). En la perspectiva de crear un movimiento en la comunidad que fortalezca a las mujeres y respectivas familias en varias temáticas de género, violencia, salud, entre otras ya enfatizadas, la FMC estratégicamente viene formando personas de la propia comunidad para el trabajo social, el cual debe ser desarrollado por “una persona con gran sensibilidad, con buenas relaciones con los vecinos, que, de alguna manera, detecta casos. Han jugado un papel importante en familias que se descuidan de que el niño vaya a la escuela [...]. Pero no estamos satisfechas con el trabajo social. En Cuba se necesitan trabajadores sociales especializados [...]” (Entrevista Centro de Estudios-FMC).

La carencia de los contenidos teóricos-metodológicos y las fragilidades en la formación para el Trabajo Social, eminentemente empírica, crean dificultades que son reconocidas por profesionales y también por la FMC. Este reconocimiento viene fomentando el debate y los esfuerzos para su retorno a la enseñanza universitaria. Durante los años de 1970, esta demanda ya había sido formalizada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), desencadenando en la formación de trabajadores sociales específicos para el área de la salud, desde entonces, se estableció una división, aún hoy, con pocas posibilidades de ser completada, que segmenta a los trabajadores sociales de la salud de otras áreas. A pesar de ello, se debe reconocer el mérito del Ministerio de Salud que, aunque desde el punto de vista de la medicina y de sus necesidades clásicas, cuenta con la estructuración de un curso de formación para las trabajadoras sociales, en tanto otras instituciones continuaron con el Trabajo Social a partir de una formación empírica.

De esta manera, desde los años de 1970 hasta la actualidad, el MINSAP por medio de las Facultades de Ciencias Médicas viene desarrollándolos cursos de Trabajo Social. Esos cursos han tenido, a lo largo del tiempo, direcciones diferentes, establecidas conforme a las necesidades de la política de salud. A groso modo, puede decirse que un momento prevaleció el enfoque de la Psiquiatría, en otro la Rehabilitación Profesional. La formación del trabajador social de la salud también ha estado marcada por varias interrupciones.

Al respecto, en la formación de este trabajador han predominado las directrices de la Medicina, hasta en las escasas posibilidades de Post-Graduación en Trabajo Social en Cuba<sup>9</sup>. Asimismo, el Plan de Estudios de Trabajo Social en el área de salud cuenta con disciplinas más generales, tales como: “[...] derecho, salud mental, principios de la salud, historia de Cuba, sociología [...]”. En el segundo año es que vienen a dar como unos principios de metodología de la investigación que ahí deben adquirir algunas herramientas para llevar a cabo la intervención” (Profesor de Trabajo Social de la Salud A). Acompaña al formato curricular de los cursos otro problema: “La mayoría de los profesores son médicos, ello implica que la formación de los estudiantes de trabajo social, además del enfoque positivista, tiene un enfoque biologicista y médico [...], dejan fuera muchos aspectos sociales (Profesor de Trabajo Social de la Salud B). De esta forma,”[...] los trabajadores sociales de salud pública tienen un gran vacío teórico, porque las asignaturas a las que tuvieron acceso eran más bien clínicas [...], que no dan herramientas para trabajar con la población más vulnerable [...]” (Trabajadora Social de la Salud A).

[...] Estas limitaciones que se han señalado en la formación de Técnico Medio en Trabajo Social que se gradúa en las escuelas del Ministerio de Salud Pública, trae como resultado *déficit* en la formación teórico metodológica, y en el conocimiento de los diferentes campos de acción en el que el trabajador social debe desempeñar su labor. Pero, es indiscutible el papel jugado por esta institución, en el reconocimiento de la necesidad de este profesional, agrupada en la Asociación de Trabajadores Sociales de la Salud, la que mantiene la celebración sistemática de Congresos en el país, y ha fomentado el intercambio con profesionales de América latina y de otros países [...] (GUTIÉRREZ, BARROSO, 2004, p. 56).

El debate acerca de la formación académica para el *Trabajo Social* viene ganando fuerza: “Mediante el esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y la FMC, en 1998 comenzó la Licenciatura en Sociología con especialización en Trabajo Social, en la Universidad de La Habana, para el personal que ejercía este quehacer práctico sin formación media especializada y trabajadores sociales graduados de los técnicos de la especialidad” (GARCÍA, 2012, p. 17). Hubo un esfuerzo de varias instituciones que venían formando trabajadores sociales, desde la FMC y el MINSAP, para que fuese creado el curso universitario de Sociología

con salida en Trabajo Social, entre los cuales se destacan: los profesores de la Universidad de La Habana, que viene trabajando con el tema del trabajo social; el Ministerio del Interior; el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, este último, es responsable de la Asistencia Social en Cuba.

La graduación en Sociología con salida en Trabajo Social fue establecida con el criterio de una edad mínima de 35 años para acceder al curso universitario, lo cual ha impedido la participación de muchos trabajadores sociales del área de salud. Asimismo, fue creado un curso universitario también para los trabajadores de salud<sup>10</sup>. Se trata del curso de Rehabilitación y Trabajo Social, que profundizó la división en la formación de trabajadores sociales, incluso al concluir el curso el profesional no se mantiene en esa área específica de Trabajo Social: “muchas de ellas se fueron para Rehabilitación, otras para Recursos Humanos, a otros empleos que no estaban directamente vinculados con lo que es el trabajo social” (Trabajadora Social de la Salud A). También fue interrumpido el curso de Sociología con salida en Trabajo Social.

Se destaca también en el decenio del 2000, la creación, por Fidel Castro, del Programa de Trabajadores Sociales, del cual egresaron 46 mil estudiantes (GUTIÉRREZ; BARROSO, 2004; GARCÍA; CABEZAS; RIVACOBÁ, 2012; SILVA; CARMO; GUTIÉRREZ, 2013). La formación de este trabajador social perseguía la estrategia de garantizar las conquistas del socialismo, en un periodo de fuerte crisis económica vivenciada, sobre todo como resultado de la caída del socialismo del Este. Asimismo: “A partir del año 2000-2001, se crea la Escuela de Trabajo Social y luego comienzan a abrirse escuelas de Trabajo Social en el resto del país” (Profesor de Trabajo Social de la Salud B)<sup>11</sup>. Esta formación incorporaba a jóvenes que enfrentaban problemas sociales y económicos y, al final del curso, había la oportunidad que los participantes realizaran algún curso de graduación. A pesar de las dificultades, marcadas por la brevedad y la ausencia de una prueba de ingreso para el curso, hubo un avance en el sentido de diseminar la formación de trabajadores sociales por toda la Isla<sup>12</sup>. Con su difusión se creó un debate acerca de qué hacer Trabajo Social y, en consecuencia, con su formación.

Los Profesores entrevistados apuntaron que hace falta tener una visión de la profesión del Trabajo Social como un todo, salir de la dependencia específica a Programas, que aunque atienden necesidades sociales, crean también una diversidad muy grande en términos de la profesión. Fragmentación que se refleja en la formación y en lo cotidiano de la profesión.

Finalizando, es importante afirmar que el Trabajo Social en Cuba viene desde finales del 2011, pasando por un proceso de reordenamiento, en el que gana expresión el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que dirige, desde hace décadas, la política de Asistencia Social. Con todo, se mantiene la segmentación entre los trabajadores de esta área y los de salud, que continúan bajo la orientación y coordinación del Ministerio de Salud Pública.

Cabe, entonces, afirmar que a pesar de las limitaciones vivenciadas por la sociedad cubana, sobretodo, aquellas originadas por el bloqueo económico impuesto por los Estados Unidos de América (EUA) hace más de 50 años, y la pérdida del importante apoyo económico y político ofrecido por la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), desde que se cayó el Muro de Berlín en 1989, que repercutió en la caída del 80% del comercio y el 30% del PNB, en la Isla, determinando su entrada en el llamado período especial<sup>13</sup>. Aún en esas condiciones, el gobierno cubano mantuvo sus políticas sociales, con acceso universal para educación y salud, también un amplio subsidio para las políticas de cultura, alimentación, vivienda, entre otras. Tales políticas repercuten en la situación epidemiológica de Cuba con datos avanzados de salud, con una expectativa de vida alta, reducción de la mortalidad infantil y eliminación del analfabetismo. Países con mejores condiciones económicas, considerando el tamaño y la diversidad regional, como es el caso de Brasil, vienen, a partir de la presión del capital, sobre todo de orden financiero, realizando reformas que eliminan derechos y pasan a la iniciativa privada la conducción de las políticas sociales, como es el caso de la Prevención Social, Salud y Educación, impactando negativamente en los servicios prestados.

En la actualidad, Cuba enfrenta problemas provocados por diversos factores económicos nacionales e internacionales, siendo importante que el Trabajo Social, con toda su carga de experiencia comunitaria, de vivencia del socialismo, de políticas universales y de militancia política, pueda mantener un diálogo abierto con el Servicio Social brasileño, el cual, en su recorrido, alcanzó un desarrollo teórico-metodológico, de investigación y de producción científica a partir de los Programas de Post Graduación, de constitución de las entidades representativas de categoría, de construcción de su proyecto ético político y de la normatización para la formación del asistente social. En fin, de su institucionalización que, entre otros problemas, se tornó demasiado burocrática, dependiente de innumerables registros y distante del trabajo comunitario. Asimismo, este diálogo puede fortalecer las profesiones de cada país, valorizando las respectivas experiencias en SUS contextos históricos y avanzando hacia el horizonte de la emancipación humana internacional de todos os/as trabajadores/as.

## Referencias

- ACU – Agrupación Católica Universitaria. Encuesta de Trabajadores rurales 1956-1957. *Revista Economía y desarrollo*, Cuba, n. 12, 1972.
- GUTIÉRREZ, T. M.; BARROSO, L. U. El desarrollo Del Trabajo Social en Cuba – profesionalización y práctica. In: MANSSON, S-A; CERVANTES, C. P. *Trabajo Social en Cuba y Suecia*. La Habana: Ediciones Arcadia. Ministerio de Educación Superior-talleres gráficos de Geocuba, 45-67, 2004.
- CUBA. Ministerio de Salud Pública. *Anuario Estadístico de Salud 2012. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud*. La Habana: MINSAP 2013.
- FRENK, J. et al. *La transición epidemiológica en América Latina*. In: XXII CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACIÓN, 20-27 sept. Nueva Delhi, India, 1989.
- GARCÍA, M. Y. Apuntes para un acercamiento a la historia del Trabajo Social en Cuba. In: GARCÍA, M. Y.; GÓMEZ CABEZAS, E. J.; CABALLERO RIVACOBIA, M. T. (Org.). *El Trabajo Social en Cuba: retos de la profesión en el siglo XXI*. La Habana, Cuba: Ediciones Unión, 2012, p. 7-32.
- GÓMEZ CABEZAS, E. J. Premisas para el desarrollo del Trabajo Social en el contexto cubano actual. In: YORDI GARCÍA, M.; GÓMEZ CABEZAS, E. J.; CABALLERO RIVACOBIA, M. T. (Org.). *El Trabajo Social en Cuba: retos de la profesión en el siglo XXI*. La Habana, Cuba: Ediciones Unión, 2012, p. 93-115.
- MONTAÑO, C. O Serviço Social na América Latina e o debate no Brasil. *Revista em Pauta*. Teoria Social e Realidade Contemporânea, Rio de Janeiro, n. 22, 2008, p. 133-148.
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. New York: EEUU, 2013.
- SILVA, J. F. S. da; CARMO, O. A.; MUÑOZ GUTIÉRREZ, T. Del P. Serviço Social e Trabajo Social: tendências e perspectivas no Brasil e em Cuba. In: NAVARRO, V. L.; LOURENÇO, E. Â. de S. (Org.). *Avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. São Paulo: Expressão Popular/Fapesp, 2013, p. 279-302.
- \_\_\_\_\_. *O Serviço Social no Brasil e em Cuba: trabalho e formação profissional a partir da década de 1960*. Projeto para Convênio Internacional Capes-Mes/Cuba. Universidade Estadual Paulista (Unesp-Franca) e Universidade de Havana, Cuba. São Paulo: Unesp-Franca, 2010, mimeo.
- YORDI GARCÍA, M.; GÓMEZ CABEZAS, E. J.; CABALLERO RIVACOBIA, M. T. *El Trabajo Social en Cuba: retos de la profesión en el siglo XXI*. La Habana, Cuba: Ediciones Unión, 2012.

## Notas

- 1 “Trata-se de uma profissão com inserção sócio-ocupacional diferenciada do Serviço Social no Brasil. Essa diferenciação pode ser atribuída a dois elementos básicos: ser de nível médio (com poucas incursões universitárias) e, em determinados momentos históricos, estar associada a uma perspectiva de compromisso social e militância” (SILVA; CARMO; GUTIÉRREZ, 2013, p. 293).
- 2 “[...] o projeto em questão atuará no sentido de consolidar um intercâmbio acadêmico empenhado em discutir, sob o ponto de vista ontológico e a perspectiva de totalidade (MARX, 1989; LUKÁCS, 1978-1979), o trabalho realizado pelos assistentes sociais e o processo de formação profissional que foram construídos a partir da década de 1960” (SILVA, 2010, p. 18).
- 3 Edvânia Ângela de Souza Lourenço realizou su estadía de Post doctorado en la Universidad de la Habana, Facultad de Sociología, en el período de septiembre a diciembre del 2013. Reina Fleita Ruiz realizó una estadía de post doctorado en la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (FCHS), Unesp-Franca, en el período de septiembre-diciembre del 2011. Este intercambio entre la Universidad Estatal Julio Mesquita Filho, específicamente, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales (FCHS), Unesp-Franca, y la Universidad de la Habana, Departamento de Sociología, Cuba, es parte del Proyecto de pesquisa, el cual es coordinado por el Profesor Dr. José Fernando Siqueira da Silva y la Profesora Dra. Teresa del Pilar Muñoz Gutiérrez, respectivamente, representante brasileño y cubana, en vigencia desde el año del 2010.
- 4 Las entrevistas y el trabajo de campo que se realizaron se ampara en el Proyecto mencionado: *El Servicio Social en Brasil y en Cuba: trabajo y formación profesional a partir de la década de 1960*, que fue debidamente aprobado por el Comité de Ética de Unesp.
- 5 Por 100 mil habitantes.
- 6 Lo corroboran los bajos índices de desnutrición en la población y del bajo peso al nacer.
- 7 Obsérvese que la FMC no es una organización de gobierno, es una organización no gubernamental creada por las mujeres cubanas, cuya precursora fue Vilma Espin de Castro. Fue creada en 1960 con el propósito de fortalecer y apoyar a las mujeres en el contexto revolucionario frente a los problemas culturales (machismo, la violencia domestica contra las mujeres y los niños y otros). Esta tiene una fuerte actuación en la comunidad, está presente en todos los barrios: “Comienza en las comunidades, ahí tenemos un grupo de mujeres voluntarias que trabajan el tema de salud, llamadas brigadistas sanitarias, las tenemos en todo el país a nivel de la delegación de las mujeres. La delegación es la estructura de base más pequeña que tenemos, está donde vive la mujer, conformada de 50 a 100 mujeres del mismo territorio, después hay una estructura de bloques que agrupa a las direcciones de las delegaciones de una localidad, una dirección a nivel de municipio, provincia y nación” (Entrevista FMC/Salud).

- 8 Este asunto se viene desarrollando en el ámbito nacional con el apoyo de la UNICEF, un proyecto que busca integrar durante el embarazo los cuidados con el hijo/a desde el momento de la gestación. En este sentido, se destaca que la política de Seguridad Social en Cuba, prevé que la licencia de maternidad puede llegar a un año, y puede ser alternada con el papá: “La licencia es hasta el año, a partir de los tres meses tiene la posibilidad de compartir esa licencia con el papá, no se utiliza mucho, porque puede ser que ella aporte más a la economía familiar, el papá tiene derecho, también se le hace el cálculo de tiempo de trabajo por licencia retribuida, tienen el año del niño garantizado esa protección para la lactancia y el cuidado del bebé” (Entrevista FMC/Salud).
- 9 “Como un intento más de solución alternativa a la carencia de profesionales formados en y para el trabajo social, en 1995 el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de Camagüey inició la Maestría en Trabajo Social, programa único de su tipo en el país para egresados de las Ciencias Sociales y Humanísticas u otras ramas del saber, que se desempeñaban en el trabajo con la comunidad en las diversas esferas de acción: pedagógica, de salud, de prevención social, de atención social, cultural o política” (GARCÍA, 2012, p. 17).
- 10 “[...] Trabajadores sociales que habían pasado los 35 años y que no podían acceder a la licenciatura en Sociología con salida en Trabajo Social, se les formó una licenciatura en Rehabilitación y Trabajo Social, o sea, una cosa muy disgregada que al final ni era de Trabajo Social, ni de Rehabilitación física como tal” (Trabajadora Social de la Salud A).
- 11 “La idea fue fundar escuelas en todo el país, la idea fue del gobierno cubano. Se fundó en la región oriental: una en Santiago de Cuba y otra en Holguín, para abarcar las regiones geográficas cercanas de Santiago de Cuba (Guantánamo, Granma, Las Tunas y el propio Santiago). La escuela de Holguín que atiende Holguín, Camagüey, Las Tunas has Ciego de Ávila. En Santa Clara había otra más para atender la región central y la Escuela de Cojimar de La Habana [...] En Holguín también se formaron trabajadores sociales venezolanos y bolivianos [...]” (Profesor de Trabajo Social de la Salud B).
- 12 “Ocurre un proceso de descentralización de los trabajadores sociales y se lleva a los municipios y el gobierno puso recursos, para hacer esas escuelas en cada municipio, lo cual considero que era mucho mejor en el sentido de los profesores que, aunque se regían por un Programa Nacional, contextualizaban a esos trabajadores sociales en los problemas específicos de cada región o municipio [...]” (Profesor de Trabajo Social de la Salud B).
- 13 “[...] Desde inicios de la década de 90, Cuba ha experimentado profundos cambios, como consecuencia del recrudescimiento de la política hostil de Estados Unidos hacia Cuba, y la desaparición del campo socialista. El país ha enfrentado una grave situación económica que tiene consecuencias en el plano social; afloran un conjunto de problemas sociales, surgen nuevos y se acentúan otros que se venían gestando desde años anteriores [...]” (GUTIÉRREZ; BARROSO 2004, p. 58).

### **Edvânia Ângela de Souza Lourenço**

edvaniaangela@hotmail.com

Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp)

Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Unesp-Franca

Pesquisadora do Grupo de estudos e pesquisas Teoria Social de Marx e Serviço Social, Unesp-Franca, SP.

### **Unesp-Franca**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Av. Eufrázia Monteiro Petrágli, 900

Jardim Dr. Antônio Petrágli

Franca – São Paulo – Brasil

CEP: 14409-160

### **Reina Fleitas Ruiz**

rfleitas@ffh.uh.cu

Doctora en Ciencias Sociológicas

Profesora del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana

Presidenta de la Comisión Nacional de Carrera de Sociología

Coordinadora del Equipo de Estudios sobre Salud, Familia y Género

Calle 4ta entre Finlay y Oeste, 470

Los Pinos, Arroyo Naranjo

La Habana – Cuba

C Postal: 10900