

# La medicina social en Timor Oriental

*Tim Anderson*

---

## Introducción

“Medicina social”, un concepto con un desarrollo notable en América Latina Social, promovido por Salvador Allende en los años 30s del siglo pasado, vincula un modelo amplio y un ethos de salud pública con procesos de transformación social. En años recientes, tal influencia ha sido extendida a Timor Oriental por medio de un muy amplio programa cubano de ayuda y formación en salud. El presente artículo analiza hasta qué punto se puede estar desarrollando una medicina social endógena en Timor Oriental.

En la actualidad, están emergiendo cerca de mil nuevos doctores en un sistema que tenía menos de cien. Éstos han sido capacitados dentro de un ethos de servicio de salud pública que ha empezado a confrontar a un sistema dominado por un cuerpo médico pequeño y establecido dentro de una cultura elitista y una red de clínicas privadas. Este contraste de culturas (tanto en términos de visiones como de ethos) es similar al que puede ser observado en muchos otros países (como Bolivia, Venezuela y Honduras), que también cuentan con amplios programas cubanos de formación en salud.

En el caso de Timor Oriental, como en el de los otros países, los celos y obstáculos a veces han debilitado el potencial para la colaboración y la cooperación; lo que ha dado lugar a incertidumbres.

Sin embargo, la transición a una forma timorense de medicina social tiene tres claras ventajas: 1. la

gran escala del nuevo programa de formación, 2. una cultura compasiva y 3. un liderazgo y una voluntad política potenciales. La forma exacta en que la medicina social timorense ha de asumirse es menos segura, ésta tendrá que ver con el modelo de desarrollo y de transformación social adoptado por el país en los próximos años. No obstante, las ideas parecen estar absortas en una cultura doméstica de solidaridad comunitaria que incluye al cristianismo y a la independencia.

El presente texto estudia la idea de la medicina social desde su defensa por Allende en Chile, a final de los años 30s, y a lo largo de los poderosos programas cubanos de ayuda solidaria, hasta los elementos de la síntesis emergente en Timor Oriental. Antes de abordar las adaptaciones timorenses y los comienzos de una medicina social endémica, el artículo discute la pedagogía cubana en Timor Oriental y el choque cultural. Se trata de una historia interpretativa que hace uso de análisis previos, información contemporánea sobre los programas de salud Cuba-Timor y las respuestas de este último país. Por último, incluye una serie de entrevistas y observaciones directas de la pedagogía y práctica.

## 1. La medicina social: Chile, Cuba y Timor Oriental

El énfasis en la medicina social parece surgir de las dos visiones amplias en salud pública (y de sus fracasos sistemáticos). Ha habido desarrollos tanto en Europa como en los EEUU (Sidel, 2006) pero, por el carácter de esta historia, empezaremos en Latinoamérica; que tiene una clara y poderosa tradición en medicina social. Guzmán (2009: 114) señala “diferencias significativas” entre el enfoque

---

**Tim Anderson, Ph.D.** Profesor asistente (*senior lecturer*), Universidad de Sydney, Australia.  
Correo-e: [t.anderson@usyd.edu.au](mailto:t.anderson@usyd.edu.au)

en medicina social latinoamericana y el de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS; que es, a grandes rasgos, una creación de la epidemiología social europea). Mientras que ambas constituyen miradas más amplias de la salud pública, la medicina social latinoamericana enfatiza la transformación social y la “emancipación” de unas estructuras sociales capitalistas disfuncionales (Guzmán, 2009: 114-118). Por su patrimonio portugués, las subsecuentes luchas postcoloniales y el amplio programa cubano de ayuda puesto en marcha después de la independencia, Timor Oriental ha tenido motivos para volcar su mirada a la experiencia latinoamericana.

El exponente de la medicina social más importante que ha habido, fue el antiguo presidente chileno, el Dr. Salvador Allende. A joven edad, Allende dijo estar

... expuesto a la tragedia de la pobreza... y, como huésped en barrios pobres, haber conocido la miseria de primera mano, la falta de vivienda, de atención médica y de educación de los chilenos... (Winn, 2005: 133).

Esta experiencia, respaldada por las ideas de los doctores alemanes Rudolf Virchow y Max Westenhofer, en la Universidad de Chile a finales de los años 20s, condujeron a Allende a definir a la medicina como mucho más que tan sólo un proyecto clínico. La idea de la medicina social ya había sido promovida en el movimiento laboral chileno (por ejemplo, por Luis Emilio Recabarren, Líder del Sindicato de Trabajadores de Sal). Allende (médico y candidato político)

... se rehusaba a discutir problemas de salud específicos separados de los asuntos políticos y económicos de nivel macro...

Definió a la tuberculosis como una “enfermedad social” porque había sido superada tanto por medio de los adelantos socio-económicos como por la intervención médica. Vinculó a las malas condiciones de vivienda con las enfermedades infeccio-

sas y argumentó que las adicciones y el alcoholismo tenían sus raíces en la miseria social (Waitzkin, 2001).

En 1939, como Ministro de Salud del Gobierno del Frente Popular, fue reconocido como el líder chileno de la medicina social. En su libro *La realidad médico-social Chilena* explicó su visión:

... reconquistar la riqueza social y la potencia económica de la nación, controlarla, dirigirla, fomentarla, al servicio de todos los habitantes de la República, sin privilegios ni exclusivismos... devolver a la raza, al pueblo trabajador, su vitalidad física, sus cualidades de virilidad y de salud que ayer fueran su característica sobresaliente; readquirir la capacidad fisiológica de pueblo fuerte, recobrar su inmunidad a las epidemias; todo lo cual habrá de permitir un mayor rendimiento en la producción nacional a la vez que una mejor disposición de ánimo para vivir y apreciar la vida... (Allende, 1939).

Por otro lado, en 1952, como senador, Allende introdujo la ley que creó el Servicio Nacional de Salud de Chile, el cual constituyó el “primer programa nacional en América que garantizaba el acceso universal a los servicios” (Waitzkin, 2001). Como presidente, Allende luchó por una democracia social radical, pero, en 1973, sus esfuerzos se vieron truncados por el golpe militar apoyado por los EEUU (ver p. ej. Smirnow, 1973). Los Consejos de Salud habían generado tan sólo una movilización de masas limitada, la medicina del sector público no había sido suficientemente fortalecida y, finalmente, el Estado fue incapaz de defenderse a sí mismo en contra del golpe militar (Waitzkin, 1983: 245).

Después del golpe, Chile se alejó de las ideas de la medicina social y reivindicó un uso más frecuente de seguro privado. No obstante, el país mantuvo algunos programas sociales (como el de vivienda y el de nutrición y el acceso a hospitales para madres y bebés) que, después de la dictadura, se expandió en los años 90s (Bosworth, Dornbusch y Labán, 1994; Burdick, Oxhorn, y Roberts,

2009). A pesar de las grandes desigualdades, tales programas han ayudado a Chile a obtener resultados en salud relativamente buenos dentro de Latinoamérica (OECD, 2010).

Sin embargo, fueron Cuba y Costa Rica quienes desarrollaron los sistemas de salud más fuertes y obtuvieron los mejores resultados dentro de Latinoamérica. Ambos países tuvieron la influencia de las ideas de la medicina social de Allende. Costa Rica copió al sistema chileno al construir una gran institución pública: la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS). Ésta empezó como un cuerpo autónomo en 1943, fue integrada a la Constitución de 1949 y en 1961 se convirtió en un sistema contributivo tripartito (empleador, empleado y Estado) antes de, finalmente, proveer cobertura universal en 1974 (Editec Editores, 2005; CCSS, 2005; Anderson, 2007). La creación de la CCSS fue un proceso social democrático largo. En Cuba, por otro lado, por medio de un proceso revolucionario, se transformó a un sistema profundamente desigual y privatizado (el cual era defendido por la dictadura militar). Aunque el término medicina social ya había sido otorgado a un esquema contributivo previo (Thorning, 1945), la medicina social cubana se entiende mejor a través de las ideas y de la práctica de la Revolución Cubana (posteriores a 1959).

El compromiso con la salud se volvió parte central de la transformación social puesta en marcha por medio de la Revolución Cubana, así como también su internacionalismo. El proceso revolucionario promovió la participación dentro de organizaciones populares y comunitarias (comités vecinales, organizaciones de mujeres, jóvenes y de trabajadores), dentro de un marco estatal firme. Esta participación fue esencial para desarrollar las iniciativas de alfabetización, deporte, higiene y varias formas de educación pública (ver De Vos, *et al.*, 2009: 30-31). La medicina social cubana empezaba con la solidaridad social interna, para luego extenderse a las relaciones internacionales (principalmente con países africanos y latinoamericanos).

El doctor argentino Ernesto “Che” Guevara (amigo de Allende) había visto también a la pobreza y al hambre detrás de la enfermedad; así como el retraso en el crecimiento causado por la desnutrición de los niños. Al respecto, dijo:

El principio en que debe basarse el atacar las enfermedades, es crear un cuerpo robusto... nuestra tarea de hoy es orientar la capacidad creadora de todos los profesionales de la medicina hacia las tareas de la medicina social... no sólo visitar y conocer a la gente... no sólo conocer, no sólo visitar, a las gentes que forman esas cooperativas y esos centros de trabajo, sino también averiguar allí cuáles son las enfermedades que tienen, cuáles son todos sus padecimientos, cuáles han sido sus miserias durante años y, hereditariamente, durante siglos de represión y de sumisión total... (Guevara, 1960).

Presagiando los enormes programas cubanos de solidaridad en salud que en años siguientes alcanzarían a todos los países latinoamericanos y a muchos africanos, Guevara se preguntó:

¿Pero qué ocurriría si en vez de ser estos nuevos muchachos... si en vez de ellos, fueran doscientos o trescientos campesinos, los que hubieran surgido, digamos por arte de magia, de las aulas universitarias? (Guevara, 1960).

El extraordinario programa internacional del país creció, así como también lo hizo la extensión internacionalista de su socialismo revolucionario y de su medicina social.

La salud en la Cuba revolucionaria pasó por varias fases extendidas, que han sido descritas como: la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (durante los años 60s), la consolidación de su sistema público único en los 70s y la introducción de servicios, investigación y tecnología médicos más altos durante la década de los 80s (Delgado García, 1996). Las ideas asociadas a la salud y al internacionalismo también se desarrollaron a partir de estos periodos. Los programas internacionales empezaron a principios de los 60s, pero su importancia se estableció a finales de los años 70s, conforme la capacidad y los recursos humanos

crecieron. A pesar de haber una falta de doctores en la isla, en 1960 el gobierno de Cuba mandó médicos a Chile después de un grave terremoto. La primera misión médica a Argelia también fue organizada rápidamente, en 1963, cuando José Ramón Machado Ventura condujo a un grupo de 50 médicos, dentistas, enfermeras y técnicos al país recién independizado (Gleijeses, 1996: 164-165). El programa argelino marcó el comienzo de las “misiones” de ayuda sanitaria para apoyar la construcción y fortalecimiento de capacidades en países recién independizados.

La solidaridad y el apoyo práctico otorgados a otras luchas de liberación de diversos países africanos y a Estados recién independizados motivaron las tempranas “misiones” médicas cubanas (durante los años 60s y 70s). En algunas ocasiones, Cuba proveyó también apoyo militar; notablemente en Angola (Kirk y Erisman, 2009: 6-7). Tal como Gleijeses (1996) de manera convincente argumenta, estas tempranas misiones de apoyo médico y militar constituyeron movimientos autónomos y no fueron parte de jugadas de poder puestas en marcha por el bloque de aliados soviéticos; de hecho, la Unión Soviética se mostró preocupada por algunas de las iniciativas cubanas (Gleijeses, 1996). Las grandes misiones médicas cubanas en Latinoamérica llevadas a cabo a finales de los 70s nunca incluyeron a las tropas de la isla. Es cierto que Cuba ofreció ayuda militar a los sandinistas en Nicaragua, pero lo hizo principalmente después de que éstos ya habían obtenido el poder en 1979 (Eckstein, 2003: 173). Además, la ayuda sanitaria otorgada por la isla fue mantenida después de la derrota electoral de los sandinistas en 1990 (Castro, 1990). El líder cubano, Fidel Castro, se refirió constantemente al legado del siglo XIX del líder independentista José Martí, quien enfatizó nociones amplias de educación, cultura y unidad (Martí, 2002).

Se hace evidente que para entender a la medicina social cubana necesitamos dar cuenta tanto de su contexto como de su papel dentro de la estrategia de transformación social del país. ¿Qué fue lo que

hizo a la Cuba revolucionaria tan internacionalista? Feinsilver (1993: 17, 26) sugirió la existencia de una ambición central de convertir a Cuba en un poder médico mundial, señalando el deseo de ayudar a conducir a la transformación social a través de tal poder suave. Pero, ¿Hasta qué punto se trata de un “poder suave”? El Banco Mundial señaló que los logros cubanos en cuestiones de salud se deben en gran parte al

... enfoque sostenido en salud mantenido por más de cuarenta años por parte de la dirección política del país... atención sanitaria universal y equitativa...

a la concentración en atender la salud rural y a un sistema público unificado sostenido por un “personal altamente motivado” (*World Bank*, 2004: 157-158). Sin embargo, esto todavía no logra capturar el proyecto entero. Kirk y Erisman (2009: 183) sugieren que se le dé más peso al “humanitarismo genuino y al compromiso ideológico con los menos afortunados” surgidos de la ideología de la Revolución Cubana. Cuba consideró al internacionalismo como central a su ideología y a su “misión” moral. Creo que la solidaridad internacional también fue parte importante de su estrategia de sobrevivencia, Cuba permaneció bajo la amenaza constante del poder militar más grande en la tierra y se vio en la necesidad de ampliar su red de amigos. El liderazgo cubano pudo ver muy prontamente que no podrían desafiar a los grandes poderes y construir una sociedad diferente si permanecían aislados.

A pesar de la profunda recesión económica vivida en los años 90s (que siguió al colapso de su relación comercial con la Unión Soviética), la isla mantuvo los mejores indicadores en salud de Latinoamérica y continuó con la empresa de construir uno de los programas de ayuda sanitaria internacional más poderosos en el mundo. Se ha señalado que el programa cubano de salud

... sin duda llega a más gente que el esfuerzo conjunto de todos los países del G8, así como el de la OMS y el de los beneficiarios del Premio

Nóbel de la Paz, *Médecins sans Frontières* (MSF) (Kirk y Erisman, 2009: 170).

Se trata de una fuerza extraordinaria y única en el mundo.

La combinación de humanitarismo, solidaridad internacional y el impulso hacia la transformación social en la medicina social cubana puede ser observada en el comunicado que Fidel Castro hizo en 1999 sobre una “lucha ideológica”. Este concepto fue desarrollado por Castro durante una campaña política centrada en regresar a un niño, Elián González, de los EEUU a su padre en Cuba. La solidaridad fue nuevamente enfatizada: nadie sería “abandonado a manos del destino” y el papel transformador y revolucionario de la educación fue enfatizado (Minrex, 2010). Esto también se aplicó al internacionalismo cubano; Fidel Castro dijo a un grupo de médicos recibidos:

El impacto humano, el impacto solidario, la influencia que en el campo de la salud tiene la presencia de los médicos que van a prestar allí los servicios gratuitamente [en América Latina y África]... es muy grande... Nuestra misión es mucho más elevada que recaudar unos pocos dólares. Nuestra misión es crear una doctrina con relación a la salud humana, demostrar un ejemplo de lo que se puede hacerse en este tiempo... (Castro 1999a).

El ayudar a construir buenos sistemas públicos de salud fue visto como parte de una lucha ideológica en contra de la privatización neoliberal por parte del consumismo. En el mismo año, durante la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), la que constituye una expansión importante del programa de formación internacional, Fidel Castro señaló la necesidad de un proceso de construcción de capacidades dentro de los Estados centroamericanos y del Caribe que habían sido recientemente golpeados por dos terribles huracanes. Enfatizó la moral y los imperativos sistémicos de esta misión:

... en la Escuela Latinoamericana de Medicina no enseñaremos material político, tal como lo hacemos a nuestros jóvenes cubanos de nuestras universidades...

Dijo que habría libertad de religión, al mismo tiempo que los alimentos y las actividades sociales serían los apropiados para cada cultura.

La cuestión más importante será su dedicación total a la más noble y humana de las tareas: salvar vidas humanas y preservar la salud (Castro, 1999b).

La moral y los elementos culturales-educativos del pensamiento de José Martí son evidentes.

La medicina social cubana ha sido capaz de transmitir algunas lecciones importantes. En primer lugar (además de su espíritu extraordinariamente generoso) Cuba tenía experiencia “arreglándoselas” con recursos limitados. Por otro lado, estaba preparada para tomar prestadas y adaptar ideas a sus propias circunstancias, por ejemplo, en la década de los años 80s, bajo influencias internacionales, Cuba se alejó de la “salud preventiva” para asumir la “promoción de la salud”. Posteriormente, en el área de la educación sanitaria, tomó prestadas ideas de la pedagogía estadounidense (que enfatizaba una relación circular entre experiencia, observación y reflexión), la conceptualización y la práctica (Ochoa Sato, *et al.*, 2004).

La síntesis cubana de la medicina social enfatiza la solidaridad revolucionaria y el internacionalismo. Según Waitzkin (1983: 235) “... la consolidación del poder estatal, la movilización de masas y la resolución de la contradicción entre los sectores privado y público fueron elementos clave en el éxito cubano en medicina social”. Aunque que el sistema cubano es único, tiene una base tradicional y ha tomado prestado de modo flexible lo que necesita de otros países.

En este contexto, llegamos al desarrollo de la medicina social en Timor Oriental, un país joven que apenas obtuvo su independencia definitiva en 2002. Para entender cuáles podrían ser los elementos de una forma particular de medicina social en este país, necesitamos revisar la influencia de la pedagogía cubana en él.

## 2. La pedagogía cubana y el choque de culturas

El Programa de Cooperación Médica Cubana en Timor Leste trajo consigo una formación a gran escala que, aunque no contenía las enseñanzas políticas cubanas, implicaba muchos de los valores de la medicina social de la isla caribeña. Esto fue en gran parte valorado de manera inmediata en Timor Oriental, pero también se dio un choque de culturas que se hizo mucho más aparente cuando los nuevos médicos del país estaban a punto de graduarse. En esta sección delinearé el programa, identificaré los valores y el enfoque de la medicina social cubana en Timor Oriental y, por último, indicaré aspectos del choque de culturas.

El programa empezó en 2003, poco tiempo después de la independencia, con docenas de médicos cubanos y becas para estudiantes timorenses. Sin embargo, pronto creció al grado de convertirse en el programa de cooperación en salud más grande fuera de Latinoamérica. En 2006 había más de 250 trabajadores de la salud cubanos y una oferta de más de mil becas (Anderson, 2008). Un gran contingente de médicos cubanos estaba asignado, junto con otros doctores extranjeros, a los hospitales nacionales y regionales. No obstante, la mayoría fue enviada a las áreas rurales; habiendo empezado así el núcleo de un servicio de salud rural centrado en médicos (Rigñak, 2007). Los cubanos constituyeron rápidamente la mayoría absoluta de médicos en el país. Al principio se utilizaron fondos de ayuda financiera para contribuir a sus costos, pero ya en 2006 el gobierno cubano estaba pagando los salarios de todos sus médicos (PMC 2006). Los médicos cubanos en un país huésped trabajan bajo la dirección del Ministerio de Salud como servidores públicos. Lo hacen bajo contra-

tos de dos años y a la mitad de su contrato son enviados de vacaciones a su patria por un mes. Se planea que los doctores cubanos sean gradualmente reemplazados por los graduados de Timor Oriental.

No cabe duda de que la capacitación médica cubana tiene un estándar alto. Los títulos universitarios en medicina expedidos por la isla son reconocidos en una gran cantidad de países, incluyendo a los EEUU (ECFMG, 2008). A pesar de las relaciones políticas congeladas entre los EEUU y Cuba, los médicos estadounidenses que han obtenido títulos en universidades cubanas están registrados y se encuentran practicando en su país de origen (p. ej. Edwards, 2008). Ya en 2010 había más de 900 estudiantes provenientes de Timor Oriental estudiando en programas de formación médica de la isla, más de 200 de éstos en la Facultad de Medicina de Timor, creada a finales de 2005 (CMB, 2008). En los años posteriores a 2006 no se enviaron más estudiantes a Cuba, sino que todos los estudiantes fueron matriculados en la nueva Facultad de Medicina de Timor Oriental. El programa fue desarrollado bajo un sistema cubano con la colaboración del gobierno de Timor Oriental. El Dr. Rui Araujo, Ministro de Salud de 2002 a 2007, escribió que la formación médica enfatizaba “la responsabilidad social... el pensamiento crítico y la flexibilidad y apertura al intercambio de conocimientos” (Araujo, 2009: 3). La Facultad (cuyo personal estaba constituido por cubanos) fue construida dentro de la Universidad Nacional, con nexos con el Ministerio de Salud; ésta necesitaba fundamentos propios de Timor Oriental. Araujo declaró que la formación de los médicos en el país estaba centrada en “... la salud de los individuos, las familias y las comunidades (y no nada más) en la enfermedad de las personas...” (Araujo, 2009: 3), aquí vemos la articulación inicial de la noción propia del país sobre la medicina social.

El 3 de septiembre de 2010, entre grandes celebraciones, se graduó el primer grupo de médicos timorenses de la Universidad Nacional (constituido

por 18 miembros). Después de haber realizado seis años de estudios en Cuba, habían también hecho un año de prácticas en su país. Este grupo fue inmediatamente registrado como “médicos básicos generales”. Se tenía planeado que hicieran un “servicio social” de dos años en áreas rurales (o subdistritos) del país. Los puntos de vista de estos nuevos doctores nos dicen algo sobre el enfoque emergente que el país tiene sobre la atención en salud, especialmente porque otros 900 estudiantes de medicina les seguirán en los próximos años.

Permítasenos, sin embargo, abordar primero el enfoque de la formación cubana. La idea de llevar a cabo más capacitaciones dentro del territorio timorense fue parte del cambio general del pensamiento cubano, tal como la Dra. Yilam Jiménez (vicepresidente y directora de los programas de cooperación en salud cubanos) señala:

Regresamos a un método tutorial, suplementado por tecnologías de información y otros auxiliares educativos, para que los estudiantes provenientes de familias de escasos recursos puedan ser educados en las aulas y en las clínicas de sus propias comunidades, donde sus servicios son tan gravemente necesitados (Reed, 2008).

La creación de una formación médica dentro de Timor Oriental (además de en Cuba) no significó una simple mudanza a las aulas de la Universidad Nacional (UNIL) en la capital; aunque esto también sucediera (Rigñak, 2008). Los estudiantes empezaron a formarse con doctores cubanos en sus múltiples puestos ubicados a lo largo de todo el país. Tales estudiantes aprendieron rápidamente a hablar español y siguieron a los doctores, sirviendo de traductores, mientras, a la vez, observaban su práctica y asistían a clases de salud preventiva. En los hospitales distritales y en los centros más grandes de salud empezaron a alternar horas de clase con su asistencia a la clínica; el país no había tenido nunca médicos residentes a nivel subdistrital (Medina, 2006). A pesar del gran compromiso en Dili, la presencia de más del doble de doctores fuera de la capital (CMB, 2008) intro-

dujo un nuevo patrón de servicios de salud en el país, que incluyó la práctica de visitas domiciliarias a nivel de aldeas (Rigñak, 2007). Eventualmente, la atención primaria expandida (que incluía la asistencia calificada en el parto) empezó a mostrarse en los indicadores nacionales, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud de 2009, la mortalidad infantil en el país se redujo de 60 en 2003 a 44 en 2009 (IRIN, 2010).

En 2010, el enfoque cubano fue explicado por la decana de la facultad, la Dra. Emilia Botello, mientras se discutía el último año de residencias prácticas de los primeros doctores del país:

Durante el último año, los estudiantes son formados en cuatro módulos que se centran en la salud infantil, familiar, de la mujer y del adulto. En cada uno de éstos se asume un punto de vista clínico, epidemiológico y social... con el fin de tener un enfoque integral del individuo, no nada más de la enfermedad, sino de todos los factores relevantes... desde el punto de vista social, qué puede hacerse para lograr un cambio” (Botello, 2010).

Se trataba de una forma de medicina más amplia y participativa que empezaba con la medicina clínica tradicional pero había crecido hasta constituir un modelo de transformación:

El sistema cubano de formación médica empieza con el modelo tradicional... desarrollado con flexibilidad de currículum, hacia una forma de medicina que es más preventiva que curativa... uno tiene que incluir en el proceso no nada más al médico, al equipo médico o al sistema de salud, sino también a la sociedad, a las comunidades y a otros sistemas sociales... la medicina cubana no es únicamente la práctica de métodos clínicos. El estudiante está formado para poder practicar métodos clínicos, epidemiológicos y sociales; para suponer y reconocer en la sociedad los factores que afectan la salud (Botello, 2010).

Tal enfoque se ve reflejado en los comentarios de uno de los nuevos médicos, Colombianus da Silva:

En Cuba nos enseñaron a trabajar, pero a trabajar con amor; como doctor, como médico científico, pero con corazón. Nuestra labor es prevenir la enfermedad más que curarla; tenemos la responsabilidad de enseñarle a la gente para que ésta pueda participar activamente en la prevención (Da Silva, 2010).

Junto con los otros estudiantes, Colombianus había realizado prácticas en áreas rurales de su país bajo la supervisión individual de médicos cubanos. En los meses que siguieron a su llegada en agosto de 2009, los estudiantes trataron enfermedades infecciosas (malaria, malaria cerebral, tuberculosis, dermatitis, parásitos y lepra), asistieron en partos, atendieron recepciones hospitalarias de emergencia, suturaron heridas (incluyendo heridas de cesáreas), participaron en procedimientos menores, realizaron consultas regulares, vacunaron a mujeres embarazadas y a bebés, desarrollaron materiales educativos sobre medicinas naturales y tradicionales, organizaron discusiones grupales sobre educación en salud (incluyendo discusiones para adultos mayores) y trataron de asistir en casos de malnutrición (Royuela Reyes, 2009). Colombianus reflejaba el entendimiento cubano de trabajadores en salud como agentes sociales activos con una perspectiva más amplia de la medicina:

Mi visión no es estar sentado en mi consultorio esperando que los enfermos lleguen, sino que nosotros, tal como nos enseñaron en Cuba, iremos a ellos primero para ver cómo están viviendo, lo que están comiendo, si se están aseando o no... tenemos que hacer esto todos juntos, con todos los sectores... nosotros como médicos tenemos que tener una visión amplia, para poder ver a la persona entera (Da Silva, 2010).

Esta mirada más amplia es confirmada por el antiguo Ministro de Salud, Araujo, quien continúa teniendo un papel activo en el desarrollo de los nuevos médicos de su país. Dijo que Timor Oriental vería “a la protección de la salud como una estrategia esencial para elevar la calidad de vida; la humanización de la entrega de servicios de sa-

lud, caracterizada por un servicio con más afecto y compromiso”. Además, que los niveles de participación verían a los atendidos como personas “involucradas en un proceso de auto-atención porque estarían bien informadas y educadas” y que se habría de combinar el conocimiento popular con el científico.

... mantener un cuerpo dinámico de conocimiento que sostenga al bienestar colectivo y refuerce la salud y el desarrollo social; la provisión de servicios de atención de la salud integrales, que tome a los hombres y a las mujeres como seres indivisibles dentro de un contexto social determinado y cambiante... (Araujo, 2009: 3-4).

Sin embargo, hubo dos formas de resistencia a este nuevo enfoque. La primera constituyó una forma de resistencia cultural proveniente de una sociedad que simplemente no había tenido mucho contacto con doctores ni con hospitales (y si lo había tendió, la experiencia había sido negativa). El sistema de salud en Timor Oriental había estado basado en enfermeros y contaba con servicios muy limitados, las mujeres embarazadas de las áreas rurales no estaban acostumbradas a acudir a centros de salud a dar la luz, pero los médicos cubanos las motivaron paulatinamente a hacerlo (Martín Díaz, 2007). Incluso en la capital, mujeres que habían acudido a las clínicas para revisiones, parían en casa, lo que algunas veces resultó en la muerte del bebé (Llero, 2010). Además, las madres se mostraban renuentes a llevar a sus hijos enfermos al hospital del distrito porque lo asociaban con la muerte: éste era visto como el lugar al que uno acudía para morir (Calderón Reynoso, 2010). Puede que existan mitos y tabúes sobre el tratamiento médico, pero éste último tuvo que haber tenido un impacto muy fuerte, si un hospital está asociado a la enfermedad terminal y es visto como “la última estación”, resulta completamente lógico que las madres sintieran un gran temor de llevar a sus hijos a tal lugar.

La segunda forma de resistencia provino de los celos simulados de muchos de los médicos establecidos pertenecientes a la cultura de élite y de

secciones de la Iglesia Católica, que durante largo tiempo había sido patrona de la élite educada. Algunos elementos dentro de la Iglesia (junto con la embajada estadounidense en Dili) se habían, desde un principio, opuesto a los programas educativos cubanos. Por su parte, los cubanos trataron de enfrentar los temores que pudieran haber generado de un “adoctrinamiento comunista” por medio de la facilitación de la celebración regular de misas y visitas de figuras de la Iglesia y a través de un acceso relativamente abierto a las escuelas (Betancourt, 2007). El Dr. Araujo, entre otros, trató de evitar que el programa se politizara y buscó el apoyo de todos los sectores, lo que incluía un papel para la Iglesia. No obstante, en 2010 la graduación no pasó inadvertida, en un discurso preparado a nombre de todos los nuevos médicos, la Dra. Ercia Da Conceição dejó constar:

Sabemos que durante nuestros estudios en Cuba el gobierno obtuvo críticas de muchas instituciones, incluyendo a la Iglesia Católica... (sin embargo) nosotros nos dedicamos como timorenses a buscar experiencia e inteligencia en Cuba, pero regresamos a vivir como timorenses (Da Conceição, 2010).

A pesar de esta tensión, algunos grupos religiosos en el sector salud, como el Klinka Pas en Becora (encabezado por la antigua monja católica, Maria Dias), han brindado fuerte apoyo al programa cubano. De hecho, cuando un interno timorense sugirió durante sus exámenes finales en 2010 que un obstáculo para la salud prenatal de las mujeres y para la planeación familiar podía ser la Iglesia, la Decano de Medicina le recordó rápidamente que parte de la mejor planeación familiar en el país se estaba llevando a cabo en instituciones religiosas, tal como en la que el examen estaba teniendo lugar, Klinka Pas. La religión en sí misma no constituía un obstáculo para la salud preventiva, le recordó al interno, y tendrían que trabajar dentro la cultura y las instituciones propias de su país.

El otro choque cultural clave con la pequeña pero influyente profesión médica se manifestó de varios modos. A su llegada de Cuba, se mostró algo

de falta de cooperación con los nuevos internos timorenses. En algunos hospitales distritales hubo, por un lado, fracasos en la comunicación entre los internos y sus mentores cubanos y, por otro, con los doctores del país (Dias, 2010). También se manifestó alguna resistencia de parte de los médicos timorenses respecto al hecho de que los doctores cubanos hicieran recorridos con los estudiantes por el hospital. Sin embargo, la práctica cubana de tratar a la mayoría de las clínicas de salud y hospitales como clínicas educativas se ha visto más aceptada (Aparacio Álvarez, 2010). El ministro de salud, el Dr. Nelson Martins, se mostró muy reuente a aceptar el papel cubano en su país, aunque éste dominara en la práctica y en la educación. Durante dos visitas a universidades australianas, realizadas entre 2009 -2010, el Dr. Martins no hizo mención alguna ni sobre los médicos cubanos ni sobre los estudiantes de medicina, ni siquiera al discutir el sistema de salud primaria, que dependía de ellos.<sup>[4]</sup> A mediados de 2010, esta actitud condujo a incertidumbres sobre el registro y la colocación de los nuevos doctores. Sin embargo, en septiembre fueron todos registrados como médicos y su colocación en dieciocho áreas rurales separadas precedió en noviembre del mismo año (Araujo, 2010).

Aunque algunos conflictos culturales e individuales pudieran haber estado asociados a estas tensiones, sugiero que su raíz está en los modos diferentes de medicina que los grupos representan: uno es una aproximación de servicio comunitario y de un sistema público y el otro uno de practicantes privados dentro de un sistema a base de cobros. Se han observado tensiones parecidas entre los programas cubanos y las profesiones de salud locales y privadas de otros países, como Honduras, Sudáfrica, Venezuela y Bolivia (MEDICC, 2008). Una diferencia importante en Timor es que la profesión médica establecida es muy pequeña y la cohorte de trabajadores de la salud emergente muy grande. Ildfonso Da Costa, uno de los nuevos médicos, explicó con detalle parte de esta diferencia, junto con las ideas del nuevo grupo de médicos para realizar algunos cambios:

Los médicos timorenses no quieren trabajar en los subdistritos (como los cubanos), todos quieren hacerlo en clínicas privadas... pero no podemos pensar nada más en dinero, sino en cómo desarrollar a este país... aquellos (pacientes) que van a una clínica privada tienen dinero, y los que no lo tienen van al sistema público... tiene que haber un equilibrio entre las clínicas privadas y el sistema de salud público... los dieciocho vamos a hacer un proyecto para este país... que sea social, que sea humano (Da Costa Nunes, 2010).

¿Qué tipo de proyecto será éste y qué forma de “equilibrio” nuevo ha de surgir entre la medicina social de Timor Oriental y el sistema de clínicas privadas? eso está todavía por verse.

### 3. Una síntesis de Timor Oriental

Parece ser que el sistema de salud de Timor Oriental adoptará pronto una forma de medicina social, pero todavía no es claro cuál. Yo sugiero que ésta tendrá algunas características endémicas, influenciadas por la medicina social cubana (no siendo su copia exacta) y una forma diferente del modelo de Allende, basado en la democracia social radical. Después de presentar las razones de la probabilidad de tal cambio, consideraré algunos elementos probables del nuevo modelo.

Las cifras relatan parte de la historia. Antes de septiembre de 2010, Timor Oriental no tenía más de 75 médicos, mientras que la nueva cohorte formada por los cubanos será de más de 900. Los cubanos están comprometidos con el cumplimiento de la promesa realizada por Fidel Castro en 2005 de lograr 1,000 lugares, para lo cual la principal restricción en los últimos años ha sido la baja inversión en la Facultad. En 2010, sólo fueron aceptadas aproximadamente 30 inscripciones nuevas. El etos distintivo de formación hará la diferencia, especialmente porque muchos de estos jóvenes profesionistas tienen probabilidades de “ascender” en las instituciones de su país.

Además, hay gran aceptación de algunos de los elementos esenciales en el enfoque cubano: la res-

ponsabilidad y solidaridad social, el acceso igualitario y una aproximación más humana a la salud. En otras palabras, hay una gran simpatía con elementos importantes del enfoque cubano, (a pesar de las diferencias culturales). La atención rural otorgada por los doctores cubanos ha sido en general, bien aceptada (que incluye visitas domiciliarias), tal tratamiento ha sido extenso. En 2008, los doctores cubanos habían proveído aproximadamente 2.7 millones de consultas en un país con una población de tan sólo un millón (CMB 2008). La simpatía cultural también ayuda a explicar el alto grado de éxito de los estudiantes de Timor Oriental. En 2006, el Departamento del Primer Ministro del país reportó que “... se considera que los 498 estudiantes timorenses en la isla se encuentran entre los mejores de los miles de estudiantes extranjeros en lo que respecta a resultados y disciplina...” (PMC 2006). Un año después se me informó lo mismo en la isla. El 100% de los 300 estudiantes del tercer año de medicina aprobó el ciclo escolar (Betancourt, 2007). Por otro lado, varias docenas de estudiantes de un país latinoamericano (mucho más rico que Timor) habían sido regresadas a casa por falta de disciplina: se embriagaban con frecuencia y no estudiaban lo suficiente. Los estudiantes timorenses aprovecharon la oportunidad otorgada. Además, se dice que son trabajadores y muy solidarios (Betancourt, 2007). Probablemente están muy conscientes de los compromisos que han hecho de regresar a su patria para ayudar a sus comunidades.

Personalmente supongo que el país va a adoptar una forma de medicina social debido a la gran escala del programa de formación, su éxito aparente, las simpatías culturales demostrables y la existencia de una cierta voluntad política y liderazgo potencial (a pesar de las tensiones entre el ministerio y el programa en 2010). La ceremonia de graduación en septiembre, es un testimonio de esto 2010 (misma que atrajo a la mayoría de los directivos del país).

Las dimensiones probables del modelo timorense de medicina social podrían incluir a la solidaridad

comunitaria, un ethos incluyente cristiano (quizá con elementos de la teología de la liberación) y un espíritu independiente y autosuficiente. Esto ya está, en su mayoría, establecido en la cultura y en la historia del país; a través de las luchas anticoloniales sucesivas en defensa de la existencia de comunidades integrales y de la nación.

Se puede observar evidencia de esto en las declaraciones recientes de los protagonistas del nuevo sistema. Al escribir sobre la nueva certificación médica de Timor Leste, el Dr. Araujo habló de la necesidad de que los nuevos practicantes tengan habilidades "... integrales... promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación..." que serían combinadas:

... con un enfoque social profundo, basado en valores éticos y humanísticos y en el ser buenos ciudadanos, para transformar la situación sanitaria de acuerdo a las expectativas de la sociedad (Araujo, 2009: 2)

Por otro lado, la Dra. Ercia da Conceição enfatizó las ideas de solidaridad e independencia en su importante discurso dado en la ceremonia de graduación en septiembre, 2010. Habló por parte de los primeros dieciocho médicos el país:

Mucha gente no puede todavía leer ni escribir... el dejar este camino requiere la construcción de educación de calidad, porque si todos los timorenses son inteligentes, nadie nos podrá manipular, nadie podrá vencernos y esta nación será fuerte y nunca caerá en manos de otros (Da Conceição, 2010)

Su público local entendió lo que quiso decir con "... caer en las manos de otros...". Por otro lado, la Dra. Ercia también enfatizó el servicio comunitario y la responsabilidad cristiana;

No buscamos la riqueza propia, sino el servir al pueblo con dedicación y un espíritu de humanismo que no ve la raza, ni la religión, ni el género, ni los partidos políticos, sino que atiende a todo el pueblo de acuerdo a las enseñanzas de Dios... de ese modo, de nuevo declaramos que, como médi-

cos, estamos dispuestos a recibir órdenes y a trabajar en cualquier parte del país (Da Conceição, 2010).

De forma similar, en una entrevista justo antes de la graduación, la Dra. Julia da Silva Morais mezcló a la perfección sus antecedentes cristianos con el humanismo cubano:

... si Dios lo desea, me graduaré en septiembre. Prometo que serviré a mi pueblo timorense con mucho cariño. Lo serviré, como dicen los cubanos, como un ser humano... (Da Silva Morais, 2010).

Las incertidumbres que enfrenta esta medicina social en desarrollo parecen incluir: la medida en la que futuros gobiernos mantendrán una inversión importante en el sector salud, el "equilibrio" en evolución entre el sistema de clínicas privadas y el sistema público de salud y el grado en el que el ethos de la medicina social influirá a la democracia social del país. En mi opinión, son éstos los asuntos que están por resolverse.

## Conclusión

El presente artículo empezó con la búsqueda de la idea de medicina social en Chile, pasando por Cuba y Timor Oriental y a través del poderoso programa cubano de cooperación. Acepto la noción de Guzmán (2009) de que la medicina social latinoamericana es un concepto más amplio y dinámico que la epidemiología europea o que el enfoque de determinantes sociales, sin embargo, me parece que hay diferentes formas de medicina social que han sido condicionadas por las historias y culturas particulares.

La medicina social chilena fue un aspecto central de la democracia social radical de ese país, que se vio truncada cuando el proyecto político fue descarrilado por el golpe militar. La medicina social cubana fue condicionada por la solidaridad revolucionaria y el internacionalismo del país, sirviéndose de las ideas de José Martí sobre la unidad y

una cultura moral fuerte y secular. El modelo de solidaridad cubano creció junto con la necesidad de hallar aliados en vista del poderoso y hostil vecino. La pedagogía cubana ha sido muy importante en el desarrollo del sistema de salud timorés posterior a la independencia. ¿Hasta qué punto ejercerá influencia en la creación de una forma de medicina social endémica propia de Timor Oriental? En mi opinión, la influencia cubana es muy importante, pero los factores endógenos también lo son, y tal medicina social será, necesariamente, una síntesis propia del país.

Cualquier desarrollo parecido en un país pequeño confrontaría a un sistema mundial que ha mercantilizado los servicios y los sistemas de salud. Mientras que los países nórdicos han mantenido la cobertura universal y la mayoría de los sistemas públicos de salud (Lundberg, Yngwe, Stjärne, Björk y Frtzell, 2008), la OECD ha exhortado a ir por sistemas de salud en desarrollo basados en la “innovación” (recompensas financieras por productos y servicios en salud nuevos) y la competencia (inversionistas privados que contribuyan a las “opciones de consumidor” y ha promovido unos sistemas de atención sanitaria como “fuente de crecimiento económico”; extendiendo así las economías formales al sector en salud (OECD, 2003). La medicina social desafía a tal poderosa corriente.

Debido a la escala de la formación cubana, las simpatías culturales y (a pesar de algunos choques) la voluntad y liderazgo políticos potenciales, Timor Oriental está a punto de adoptar una forma de medicina social (a pesar de las fuerzas opuestas). Los elementos probables de una síntesis propia del país son la solidaridad comunitaria, un etos cristiano incluyente y un espíritu independiente. Además, existe un fuerte apoyo popular a un sistema social que encarna “... al humanismo, a la solidaridad y a la buena ciudadanía...” (Araujo, 2009). Lo que aún no queda claro es la profundidad de la inversión estatal que será otorgada a la salud pública, el grado en el que la medicina social del país habrá de desplazar al sis-

tema privado de clínicas y hasta qué punto habrá de influir la medicina social en el modo general de desarrollo y de transformación social. Este pequeño país parece estar listo para dar otro paso valiente e independiente.

## Referencias

- Allende, Salvador (1939) *La Realidad Médico-Social Chilena*, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Santiago de Chile, Chile.
- Anderson, Tim (2007) ‘Health, income and public institutions: explaining Cuba and Costa Rica’, *New School Economic Review*, Volume 2(1), 2007, 22-37, online at: <http://www.newschooleconomic.com/files/22-37%20NSER2-1%20Anderson.pdf>
- Anderson, Tim (2008) ‘Solidarity Aid: the Cuba - Timor Leste Health Program’, *International Journal of Cuban Studies*, Issue 2, December, <http://www.cubastudiesjournal.org/issue-2/international-relations/solidarity-aid-the-cuba-timor-leste-health-programme.cfm>
- Aparacio Alvarez, Francisco (2010) Interview with this writer, Dili, April 1 [Dr Francisco Aparacio Alvarez worked at Dili’s National Hospital between 2008 and 2010]
- Araujo, Rui (2007) Interview with this writer, Dili, September 1 [Dr Rui Araujo was Timor Leste’s Health Minister, 2002-2007]
- Araujo, Rui (2008) Interview with this writer, Dili, July 16
- Araujo, Rui (2009) ‘A Snapshot of the Medical School, Faculty of Health Sciences, National University of Timor Lorosa’e, Democratic Republic of Timor Leste, Paper presented at the Expert Meeting on Finalization of Regional Guidelines on Institutional Quality Assurance Mechanisms for Undergraduate Medical Education, WHO/SEARO, New Delhi, 8-9 October
- Araujo, Rui (2010) personal communication with this writer, 27 October
- Betancourt, Alberto Jose (2007) Interview with this writer, Sandino, Cuba, November 12 [at the time of this interview, Dr Alberto Betancourt was Dean of ‘Capitan San Luis’ Medical College in Sandino, Pinar del Rio, Cuba, housing 300 East Timorese students]
- Bosworth, Barry P., Rudiger Dornbusch, Raúl Labán (1994) *The Chilean Economy: Policy Lessons and Challenges*, Brookings Institution Press, Washington
- Botello, Emilia (2010) Interview with this writer, Dili, 16 July [Dr Emilia Botello is the Cuban Dean of the

- Faculty of Medicine of the National University of Timor Lorosae, UNTIL]
- Burdick, John, Philip Oxhorn, Kenneth M. Roberts (2009) *Beyond Neoliberalism in Latin America?: societies and politics at the crossroads*, Palgrave Macmillan, New York
- Calderón Reynoso, Irene (2010) Interview with this writer, Dili, April 1 [Dr Irene Calderón Reynoso, a Cuban pediatrician, was posted to Maliana District Hospital, in Timor Leste, between 2008 and 2010]
- Castro, Fidel (1990) 'Discurso pronunciado por Fidel Castro Ruz, Presidente de la República de Cuba, en la tercera graduación del contingente del Instituto de Ciencias Medicas de La Habana, en el Teatro Carlos Marx', Ciudad de La Habana, el 27 de agosto de 1990, 'Año 32 de la Revolución', La Habana, online at: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1990/esp/f270890e.html>
- Castro, Fidel (1999a) 'Palabras del Presidente del Consejo de Estado de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz, a los estudiantes graduados del Instituto Superior de Ciencias Medicas de La Habana, en el Teatro 'Carlos Marx', el día 9 de agosto de 1999', La Habana, online at: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1999/esp/f090899e.html>
- Castro, Fidel (1999b) 'Discurso del Presidente del Consejo de Estado de la República de Cuba, Fidel Castro Ruz, en la inauguración de la Escuela Latinoamericana de Ciencias Medicas, en ocasión de la IX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno', La Habana, el 15 de noviembre de 1999, online at: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1999/esp/i151199e.html>
- Castro, Fidel (2007) 'El Robo de Cerebros', Granma, 18 July, online: <http://www.granma.cu/espanol/2007/julio/mier18/robo-de-cerebros.html>
- CCSS (2005) *Breve reseña histórica del Seguro Social en Costa Rica*, Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Comunicación Organizacional Bienestar por Generaciones, San Jose (Costa Rica)
- CMB (2008) 'Cuban Medical Collaboration: Democratic Republic of Timor Leste', Cuban Medical Brigade 'Dr Ernesto Guevara de la Serna 'Che'', Dili, July
- Da Conceição, Ercia (2010) Speech at graduation ceremony, National University of Timor Lorosae (UNTIL), Dili, 3 September [Dr Ercia Da Conceição is one of the first group of Timor Leste's doctors]
- Da Costa Nunes, Ildefonso (2010) Interview with this writer, Dili, 15 July [Dr Ildefonso Da Costa Nunes is one of the first group of Timor Leste's doctors]
- Da Silva, Colombianus (2010) Interview with this writer, Dili, 17 July [Dr Colombianus Da Silva is one of the first group of Timor Leste's doctors]
- Da Silva Morais, Julia (2010) Interview with this writer, Dili, 17 July [Dr Julia Da Silva Morais is one of the first group of Timor Leste's doctors]
- De Vos, Pol; Wim de Ceukelaire, Geraldine Malaise, Dennis Pérez, Pierre Lefèvre, Patrick Van der Stuyft (2009) 'Health Through People's Empowerment: a rights based approach to participation', *Health and Human Rights*, Vol 11, No.1, pp.23-35
- Dias, Juvencio (2010) Interview with this writer, Dili, April 2 [Dr Juvencio Dias is one of the country's new Cuban-trained doctors]
- Eckstein, Susan Eva (2003) *Back from the Future: Cuba Under Castro*, Routledge, New York
- ECFMG (2008) 'ECFMG Certification', Educational Commission for Foreign Medical Graduates, online: <http://www.ecfm.org/cert/index.html>
- Editec Editores (2005) *Ley Constitutiva: Caja Costarricense de Seguro Social*, San Jose [Costa Rica]
- Edwards, Cedric (2008) personal communication, 14 September [Louisiana-born Cedric was in 2006 the first US student to graduate from Cuban medical colleges; he is now practising in the US]
- Feinsilver, Julie M. (1993) *Healing the Masses: Cuban health politics at home and abroad*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles
- García, Gregorio Delgado (1996) 'Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana', *Revista Cubana de Salud Pública*, V.22 n.1, ene-jun, online at: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100011&script=sci\\_abstract&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34661996000100011&script=sci_abstract&lng=en)
- Gleijeses, Piero (1996) 'Cuba's first venture into Africa: Algeria, 1961-1965', *Journal of Latin American Studies*, Vol.28 No.1, Feb, pp. 159-195
- Guevara, Ernesto 'Che' (1960) 'On Revolutionary Medicine', in John Gerassi (1968) *Venceremos! The Speeches and Writings of Che Guevara*, MacMillan, New York
- Guzmán, Rafael González (2009) 'Latin American Social Medicine and the Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health', *Social Medicine*, Vol 4, No 2, June, pp.113-120, online at: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/socialmedicine/issue/view/38/showToc>
- IRIN (2010) 'TIMOR-LESTE: "Spectacular" reduction in child mortality rates', AlertNet, 14 July, online at: <http://www.alertnet.org/thenews/newsdesk/IRIN/87e9b9f38914dd77178e8b49247f8200.htm>
- Jiménez, Yiliam (2006) Comments in discussion with Papua New Guinea National Planning Minister John Hickey [this writer was present], Havana, September 11
- Kirk, John M and H. Michael Erisman (2009) *Cuban Medical Internationalism: origins, evolution and goals*, Palgrave MacMillan, New York
- Llero, Maité (2010) Interview with this writer, Dili, July [Dr Maité Llero is a Cuban doctor who was

- posted in rural Viqueque and later in Becora, Dili, in 2010]
- Lundberg, Olle, Monica Åberg Yngwe, Maria Kölegård Stjärne, Lisa Björk and Johan Frtzell (2008) 'The Nordic Experience: welfare states and public health (NEWS)', *Health Equity Studies*, No 12, Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University/Karolinska Institutet, August
- Martí, Jose (2002) *Selected Writings*, Penguin Classics, New York
- Martín Diaz, Geidi (2007) Interview with this writer, Los Palos, August 28 [Dr Geidi Martín Diaz is a Cuban doctor who was posted in Los Palos, Timor Leste, 2006-2008]
- MEDICC (2008) 'Cuba & the Global Health Workforce: Health Professionals Abroad', online: <http://www.medicc.org/ns/index.php?s=12&p=0>
- Medina, Francisco (2006) Talk at Cuban Pavilion, World Social Forum, Caracas, January 28 [Dr Francisco Medina was head of the Cuban Medical Brigade in Timor Leste, 2004-2006]
- Mimrex (2010) 'Principales contenidos de la Batalla de Ideas: Revolucionarios Conceptos', Ministerio de Relaciones Exteriores, La Habana, online at: <http://embacu.cubaminrex.cu/Default.aspx?tabid=2111>
- Ochoa Sato, Rosaida; Isabel Duque Santana; Manuel Hernández Fernández; Leonardo Chacon Asusta; Osmany Ricardo Puig; Francisca Pérez Pérez; & Mirna Villalón Oramas (2004) *Manual metólogo: trabajo de prevención de la ITS / VIH / SIDA*, Ministerio de Salud Pública, Centro Nacional de Prevención de las ITS / VIH / SIDA, Havana
- OECD (2003) *Poverty and Health: DAC Guidelines and Reference Series*, Organisation for Economic Cooperation and Development (in association with the World Health Organisation), Paris
- OECD (2010) *OECD Economic Surveys: Chile 2010*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris
- PMC (2006) 'Timor-Leste Medical Students in Cuba "the best and most disciplined"', Prime Minister and Cabinet, Timor Leste Government, Media Release, 15 November, online: <http://www.pm.gov.tp/15nov06.htm>
- Reed, Gail (2008) 'Cuba: More Doctors for the World', MEDICC, April 14, online: <http://www.medicc.org/cubahealthreports/chr-article.php?&a=1066>
- Rigñak, Alberto (2007) Interview with this writer, Dili, August 30 [Dr Alberto Rigñak was Head of the Cuban Medical Brigade in Timor Leste, 2006-09]
- Rigñak, Alberto (2008) Interview with this writer, Dili, July 16
- Royuela Reyes, Carlos (Editor) (2009) 'Vivencias de los estudiantes internos, sobre el desarrollo del Internado', República Democrática de Timor Leste, Brigada Médica Cubana, Facultad de Medicina, 29 de octubre
- Sachs, J. (Chair) (2001) 'Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development', Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva, online: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>
- Sidel, Victor W. (2006) 'Social Medicine at Montefiore: a personal view', *Social Medicine*, Vol 1 No 1, Feb, pp.99-103
- Smirnow, Gabriel (1973) *The Revolution Disarmed, Chile 1970-1973*, Monthly Review Press, London
- Thorning, Joseph (1945) 'Social medicine in Cuba: El Centro Asturiano, La Habana', *The Americas*, Vol 1, No.4, Apr, pp.440-455
- Waitzkin, Howard (1983) 'Health Policy and Social Change: a comparative history of Chile and Cuba', *Social Problems*, Vol 31, No.2, Dec, pp. 235-248:
- Waitzkin, Howard (2001) 'Social Medicine Then and Now: lessons from Latin America', *American Journal of Public Health*, October 2001, Vol 91, No. 10, online at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446835/pdf/0911592.pdf>
- Winn, Peter (2005) 'Salvador Allende: His Political Life... and Afterlife', *Socialism and Democracy*, 1745-2635, Volume 19, Issue 3, 2005, pp.129-159, available online at: <http://www.sdonline.org/39/winn.htm>
- World Bank (2004) 'Spotlight on Costa Rica and Cuba', *World Development Report 2004*, Washington, 157-158

**Nota:**

<sup>[1]</sup> Observaciones del autor basadas en las presentaciones del Dr. Martins en la Universidad de *New South Wales*, 7 de agosto de 2008, y en la Universidad de Sydney, 17 de febrero de 2010.



**Medicina Social**

Salud Para Todos