

Desentrañando el “milagro cubano”: una conversación con el Dr. Enrique Beldarrain Chaple

Claudia Chaufan

Cuba es un país insular de apenas 11 millones de habitantes, con un producto interno bruto (PBI) *per capita* de US \$9,900, clasificado 110 entre 226 naciones (con base en el PBI). Sin embargo, sus logros en salud se comparan con, cuando no superan, aquéllos de países de mucha mayor riqueza económica. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, de apenas 4.7 por cada 1.000 nacidos vivos, es menor que en los Estados Unidos (EUA), cuya tasa es de 6.17 por 1.000.^[1] Casi no existen desigualdades raciales y étnicas en salud,^[2] mientras que en los EUA las minorías raciales y étnicas sufren una carga de enfermedad muy superior.^[3] Además, mientras que el sistema de atención en salud de los EUA ha dejado hasta ahora al menos 51 millones de personas sin cobertura médica, y un número creciente con cobertura insuficiente, Cuba ofrece acceso universal a todos los servicios médicos necesarios al 100% de los individuos que viven o trabajan en el país, de forma totalmente gratuita.^[4]

¿Cuál es el secreto de lo que a menudo ha sido llamado la “paradoja cubana”^[5] o, incluso, el “milagro cubano”?^[6] Intentando comprender esto, en los últimos dos años he estado viajando a Cuba y estudiando la historia fascinante de este país, así como investigando su sistema de salud y enseñando acerca de éste en un seminario de posgrado sobre sistemas de salud internacionales en la Universidad de California en San Francisco. He concluido que en estos tiempos en que los EUA, aún después de aprobar no sin conflicto una ley nacional de reforma sanitaria, dejará a más de 30 millones de personas sin seguro médico y a

muchos más a merced de cobertura insuficiente, con altos deducibles y copagos, a la vez que continúa superando a todos los países del mundo en gastos *per capita* en atención a la salud, es importante reflexionar acerca de países como Cuba, con muchísimos menos recursos, para aprender de sus estrategias y visión de justicia en salud. Con este objetivo entrevisté para la *Revista Social Medicine/Medicina Social* (MS) al Dr. Enrique Beldarrain Chaple, médico y profesor de epidemiología y antropología de la Universidad Médica de La Habana, Cuba.

MS: Enrique, gracias por tomarte el tiempo de hablar con la Revista. La mayoría de nuestros lectores son estudiantes de medicina, residentes, becarios, o médicos en los primeros años de su práctica médica. Por lo tanto, nos gustaría empezar preguntándote qué, en tu opinión, es tan especial sobre el enfoque de Cuba en salud que ha llevado a los estudiosos a llamarlo un “milagro”. A medida que nos presentas la estructura básica de su sistema de salud, por favor, danos también algunos ejemplos de qué necesitan hacer los cubanos para ver un médico, cuánto tienen que pagar, cómo eligen a sus médicos y cómo negocian la necesidad de cuidar de su salud con otras necesidades y responsabilidades, tales como el trabajo o el cuidado de sus niños.

BCH (Dr. Enrique Beldarrain Chaple): Quisiera empezar dándote las gracias, Claudia, por tu interés en hacer esta entrevista. Además, permíteme decir que no estoy de acuerdo con que los resultados obtenidos por el sistema cubano sean un “milagro”, sino el resultado de una estrategia clara y un conjunto de acciones llevadas a cabo desde hace más de cincuenta años, cuando después del triunfo de la Revolución se decidió

Claudia Chaufan. MD, PhD. Profesor asociado, Universidad de California, San Francisco, EUA.
Correo-e: claudia.chaufan@ucsf.edu

que los servicios de salud necesitaban mejorar. Esta decisión dio lugar a un cambio de paradigma, en donde un sistema que básicamente había cuidado de los enfermos se transformó en uno cuyo objetivo era prevenir la enfermedad y promover la salud, por lo cual se decidió privilegiar la protección de una comunidad saludable, las inversiones en educación en salud, y la promoción de estilos de vida saludables.

El proceso que los organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) llaman “Reforma Sanitaria” se inició en Cuba en la década de los 60 del siglo pasado. A finales de esa década se completó la primera fase de la reforma y en 1970 surgió un Sistema Nacional de Salud unificado, de financiamiento público y gratuito para los usuarios, disponible para todos aquéllos que vivían en el país, enfocado en la atención primaria. Esta reforma continuó durante las décadas subsiguientes a medida que se mejoraban las estrategias y se las adaptaba a las condiciones cambiantes, incluidas las relativas a la economía, la tecnología y el capital humano.

El desarrollo de un Sistema Nacional de Salud también requirió una revolución en la formación de recursos humanos, lo cual se hizo mediante la extensión de la formación médica de cinco a seis años y la inclusión en la carrera de medicina de una pasantía en medicina general. A medida que el gobierno revolucionario eliminaba las barreras sociales a la educación superior, en medicina y en otras áreas, el interés en la educación superior aumentó considerablemente, lo cual expandió de manera significativa el número de profesionales de la salud. En 1963 se creó el Servicio Médico Social Rural y se envió a los recién recibidos a practicar en zonas rurales, de acceso difícil, primero por seis meses, luego por un año, posteriormente por dos, y hacia la década de los años 80, por tres años.

Los Servicios de Medicina Social Rural hicieron posible que el sistema alcanzara los lugares más remotos. Al mismo tiempo, el gobierno revolucionario también comenzó la construcción de hospitales rurales, y en 1965, de policlínicos, que se iniciaron como unidades de atención

primaria a la salud y evolucionaron a lo largo de los años. Este sistema de policlínicos sigue vigente y disponible en todos los municipios, que son áreas geográficas cuyos límites consideran a la población y a otras características locales. En la década de los años 80 del siglo pasado, surgió el modelo del médico de familia y el equipo médico-enfermero, que es la forma en que el sistema de salud cubano trae la atención primaria a la comunidad. El equipo cuenta con una oficina donde un médico y una enfermera atienden a la población local y al cual los especialistas vienen periódicamente. Este modelo está disponible en todo el país, por lo que la atención en salud está siempre al alcance de todas las comunidades, no importa qué tan lejos se encuentren de los grandes centros urbanos.

Como mencioné anteriormente, los servicios de salud son totalmente gratuitos para los usuarios. Si tú requieres atención médica, visitas a tu médico local, quien te asistirá y solicitará cualquier examen de laboratorio que sea necesario del policlínico más próximo, o si se requiere de alguna hospital especializado, te refiere. Un paciente cuyo médico considera necesita ser evaluado por un especialista, será referido a aquéllos que trabajan en el policlínico local, al hospital asignado a una área determinada, a un hospital nacional o a algún instituto de investigación especializado, que constituye la atención de salud terciaria. En resumen, todo el mundo tiene acceso a los tres niveles de atención.

En cuanto a tu último punto: ¿Cómo negocian los pacientes sus obligaciones laborales o familiares, como el cuidado de los niños, con sus necesidades en salud? Te digo que aquél que requiera atención médica recibirá un certificado que establece el tipo de atención que necesita, el tiempo que requiere para recibir esa atención y cualquier limitación en cuanto a las capacidades del trabajador que la condición médica podría causar. Así se garantiza que los trabajadores pueden tomarse el tiempo de recibir tratamiento y recuperarse sin poner en peligro sus puestos de trabajo, su tiempo libre, o sus ingresos. En cuanto al cuidado de los niños, el servicio se lo ofrece en forma gratuita a todas las familias, casi desde su nacimiento, por lo que nunca interfiere con sus necesidades médicas.

MS: ¿Podrías describir qué sectores sociales que no sean del sistema de salud están involucrados en la promoción de la salud pública?

BCH: Ésta es una actividad compleja, ya que involucra no sólo a los profesionales, sino también a los expertos en comunicación, cuya tarea es traducir los lenguajes científicos a mensajes populares que puedan ser diseminados por radio, tv y otros medios de comunicación. Luego están las “audiencias sanitarias”, dónde los profesionales de la salud recaban información de la comunidad y discuten temas específicos, encaran las preocupaciones, elaboran estrategias de colaboración, y más. Esta es una actividad crítica, ya que la comunidad interactúa con expertos para identificar y elaborar soluciones a sus propios problemas de salud.

MS: Por favor, cuéntanos acerca de algunos de los principales logros de Cuba en materia de salud pública.

BCH: En realidad, ha habido muchos logros en los últimos 50 años. El que yo creo es fundamental es que los servicios han sido absolutamente gratuitos para los usuarios a partir de 1959, el año de la Revolución. Esto permitió que la población accediera a los servicios necesarios sin barreras de ningún tipo, lo que, a su vez, facilitó que los diferentes programas realmente tuvieran un impacto sobre la población. Un logro igualmente importante fue la eliminación de no sólo de las barreras económicas, sino también de las geográficas.

En cuanto a logros más técnicos, permíteme mencionar las primeras campañas epidemiológicas llevadas a cabo en la década de los años 60 del siglo pasado: contra la difteria, que alcanzó a todos los niños en Cuba; contra la polio, lanzada en 1962 con la inmunización de todos los niños cubanos y repetida año tras año, y que consiguió eliminar la enfermedad desde el primer año de dicha campaña. También hubo una para la eliminación de la malaria, que comenzó en 1962 y que en 1967 comunicó el último caso autóctono. Estas campañas de salud pública se llevaron a cabo muy temprano en el período revolucionario y su impacto fue inmediato. También se desarrolló un

Sistema de Vigilancia Epidemiológico, como el programa para el control de la tuberculosis, que se inició en 1963 y que redujo los casos a números comparables con los de las naciones ricas.

Por último, el programa de control de la mortalidad infantil redujo a través de los años las tasas a números extraordinariamente bajos: en 2010 ya habíamos logrado una tasa de 4,1 muertes por cada 1.000 niños, alcanzando, cuando no superando, a muchas naciones ricas. Estos son los logros fundamentales en salud pública en Cuba, hay muchos más y nos llevaría mucho tiempo describirlos todos.

MS: Enrique, tengo entendido que has investigado y escrito acerca de la salud pública y el Sistema de Salud en Cuba en los siglos XIX y la primera mitad del siglo XX. Por favor, cuéntanos cómo se crearon estos sistemas en Cuba y cómo recibían asistencia médica los cubanos antes de la revolución.

BCH: Nuestro sistema de salud pública actual data de 1970, año en que las últimas clínicas privadas operadas a través de las llamadas sociedades de socorro se cerraron y solamente se dejaron los establecimientos médicos públicos, operados por el Ministerio de Salud. Antes de este período, la población tenía acceso a la salud de varias maneras: si nos remontamos al siglo XVII hasta temprano en el siglo XIX, existía la atención médica privada para los sectores privilegiados de la sociedad.

En aquellos tiempos los médicos hacían visitas domiciliarias a los pacientes que podían pagar sus servicios. La gente pobre se atendía en los hospitales de caridad o los de la Iglesia Católica. Allí eran asistidos por monjes que sólo tenían entrenamiento médico básico, así que la calidad de los servicios dejaba mucho que desear. En 1825 se inició el modelo de “Medico de la Semana”, establecido por las autoridades españolas locales, que consistía en un médico que, por ley, debía proveer servicios a los pobres una semana por año. Cabe notar que los listados producidos por el Tribunal Real indican que todos los médicos registrados en La Habana cumplían con esta obligación.

Alrededor de 1830 surgió la primera clínica privada, que era más como un geriátrico o una casa de reposo. Fue fundada por el Dr. Belot en el barrio habanero de Regla y fue la primera de muchas clínicas privadas que proveía servicios a la gente pudiente que podía pagarlos. Sin embargo, la atención primaria para la mayoría de la población, que era muy pobre, permanecía una empresa de caridad. En la misma época, las sociedades de socorro de origen español establecieron las así llamadas “Quintas de Salud”, que satisfacían una necesidad importante y ofrecían servicios de alta calidad, tanto primarios como especializados, a sus miembros.

Pero, como ya se dijo, estos establecimientos sólo proveían servicios a los miembros, quienes pagaban un arancel mensual, desde ya bastante razonable, y recibían cualquier servicio médico que necesitaren, incluida atención hospitalaria. Este sistema de clínicas privadas creció sustancialmente durante la primera mitad del siglo XX. Mientras tanto, la atención básica para los pobres seguía siendo proveída exclusivamente por establecimientos de caridad (Casas de Socorro y Dispensarios). Sin embargo, así como anteriormente, los servicios eran escasos, y la calidad pobre, por lo que las necesidades de salud de los humildes permanecían insatisfechas.

También en esa época surgieron grandes hospitales públicos que proveían servicios gratuitos, pero eran pocos y limitados a las ciudades más grandes. Además, el presupuesto hospitalario del ministerio de salud nunca era suficiente para mantenerlos en condiciones. En definitiva, los establecimientos médicos privados ofrecían servicios de calidad, pero sólo para aquéllos que podían pagarlos. Este es el panorama histórico, muy resumido, de la salud pública y la atención médica en Cuba hasta el año 1959.

MS: Por favor, descríbenos cómo se forman los médicos y, a tu juicio, cuáles son los aspectos clave de su formación en Cuba.

BCH: La educación médica en Cuba se basa tanto en el estudio teórico de las ciencias básicas y médicas como en la formación práctica en atención primaria en la comunidad. Los estudiantes de medicina se integran a un equipo de médicos y

enfermeras y aprenden acerca de los problemas de una comunidad específica, las enfermedades más prevalentes, y las vulnerabilidades de esa comunidad. También se les entrena en la identificación de problemas de salud comunitaria y otros problemas sociales, así como en la prestación de educación médica y sanitaria a la comunidad. Si, por ejemplo, se desata una epidemia, los estudiantes interrumpen temporariamente las clases formales y se sumergen en el trabajo del “mundo real” de la comunidad.

En definitiva, sobre todo desde la implantación del modelo de equipo médico-enfermera, los estudiantes han trabajado en la promoción de la salud y en la atención primaria desde el comienzo de su formación. Huelga decir que la educación médica es completamente gratuita y los puestos en la universidad son muy competitivos. Esta profesión es muy respetada y el plan de estudios prepara a los estudiantes en una sólida ética solidaria y de servicio.

MS: Algunos profesionales de la salud y estudiantes de medicina en los Estados Unidos, pero no demasiados, han oído hablar de la política de Cuba de ayudar a otros países, especialmente a los países pobres, mediante el envío de médicos o, incluso, la formación de jóvenes de esos países como profesionales de la medicina, sin costo para aquellos países, lo que se ha dado a llamar “el internacionalismo médico” de Cuba.^[7] ¿Podrías contarnos acerca de ello?

BCH: Permíteme señalar que el internacionalismo médico se convirtió en política de Estado de Cuba a principios de la Revolución. En 1963 enviamos a un equipo a asistir a las víctimas de un terremoto en Chile y, más tarde ese mismo año, otro grupo de médicos y enfermeras viajaron a Algeria a apoyar al movimiento revolucionario de trabajadores y campesinos que habían formado un gobierno revolucionario en aquel país luego de obtener una victoria en 1962.

Desde entonces, los profesionales de la salud cubanos han sido una presencia internacional continua, la cual se ha expandido para incluir a un gran número de países en tres continentes. Los estudiantes de medicina en Cuba aprenden muy temprano en su carrera que se espera de ellos que

contribuyan con sus habilidades al bienestar de los pueblos en necesidad en todas partes del mundo, donde sea que estén. Este trabajo internacional solidario es algo a lo que muchos médicos jóvenes aspiran.

MS: En mis visitas a tu país me impresionaron especialmente las dificultades que los establecimientos médicos tienen para conseguir los suministros necesarios. Al intentar comprender las causas de estas dificultades he leído acerca de lo que algunos llaman “embargo económico” y otros “bloqueo económico”, al cual la mayoría de los países del mundo se opone y considera ilegal, dadas sus graves consecuencias para la salud y el bienestar del pueblo cubano.^[8] ¿Podrías ampliar el tema del embargo/bloqueo?

EBC: Seguro. El principal problema que impone el bloqueo ha sido con ciertas líneas de productos farmacéuticos, especialmente citostáticos que se fabrican en los Estados Unidos y que el bloqueo nos impide comprar. Además, tenemos problemas con las piezas de repuesto para algunos equipos médicos e, incluso, de computación, que son fundamentales para manejar grandes organizaciones, como los hospitales. No podemos comprar ninguno de estos insumos de los EUA, así que tenemos que obtenerlos de otros países, y la mayor distancia casi siempre se traduce en precios más altos. Últimamente, hemos tenido el problema adicional de que incluso los equipos producidos fuera de los EUA, pero que incluyen partes de fabricación estadounidense, también están fuera de nuestro alcance, ya que las regulaciones relacionadas con el bloqueo prohíben que estas empresas vendan a Cuba. Por otra parte, estas limitaciones nos obligaron a ser creativos y, como resultado, hemos desarrollado una industria de biotecnología muy próspera. Así que en el 2006 exportamos 38 medicamentos a 40 países y en 2007 las exportaciones crecieron a 180 medicamentos, lo que generó cerca de 400 millones de dólares en divisas.

MS: tengo la impresión de que la gente, sobre todo en los EUA, tiene muchas ideas erróneas con respecto a Cuba y al sistema de salud cubano, animadas, sin duda, por la legislación que prohíbe que los estadounidenses viajen a Cuba, lo cual ha impedido a la mayoría de nosotros a hablar con los

cubanos y a ver el país por nosotros mismos. ¿Es correcta mi impresión? ¿Podrías elaborar sobre este tema?

BCH: Bien, estoy de acuerdo contigo en que hay mucha propaganda negativa en contra de Cuba en tu país. Esta propaganda incluye, aunque no se limita a, el silencio acerca de los logros de Cuba en materia de salud y educación. Entonces, cuando los estadounidenses vienen a nuestro país y por sí mismos ven nuestro sistema de salud, de acceso gratuito, equitativo, y con una capacidad impresionante de conseguir mucho con muy poco, se sorprenden de ver cuán distorsionadas eran sus opiniones. De hecho, muchos se sorprenden ante las distorsiones que tienen acerca de muchas otras características de nuestro país y sociedad, al punto que nos llevaría al menos otra entrevista hablar de todo ello. Sin duda, necesitamos un esfuerzo mucho mayor para intercambiar información entre los dos países. En mi opinión, mi país ha estado siempre dispuesto a participar de este intercambio con el pueblo estadounidense, pero no hemos tenido éxito. Todos los gobiernos de los Estados Unidos, en mayor o menor medida, parecen ansiosos por evitar que esto suceda.

MS: Enrique, tú debes saber que los EUA tienen los costos en salud más altos del mundo,^[9] y que entre las naciones ricas lideran en cuanto al número de personas sin seguro médico o subseguradas, así como en las muertes debido a la falta de seguro de salud^[10] y en quiebras médicas.^[11] Quizás sabes también que en 2010 el presidente Obama firmó una ley para hacer frente a este estado de cosas, y que dicha ley, aún en el mejor de los casos, dejará cerca de 30 millones de estadounidenses sin acceso a seguro médico, y por lo tanto, sin acceso a la salud.^[12] ¿Por qué crees que esto es así y qué recomendarías al pueblo estadounidense?

EBC: Bueno, debo confesarte que no conozco lo suficiente sobre el contexto de la atención de salud de los EUA para proporcionar ideas o recomendaciones específicas. Pero creo que los estadounidenses necesitan una legislación que proporcione cobertura universal que sea gratuita o casi gratuita para los usuarios, como la que regula la atención de la salud en Canadá, o en el Reino Unido (que claramente no son países comunistas).

Tal tipo de sistema sería muy bueno no sólo para los pobres, sino también para los sectores de ingresos medios de la sociedad estadounidenses que, entiendo, actualmente está sufriendo considerablemente bajo el peso de un sistema de salud con fines de lucro que es muy disfuncional.

MS: Enrique, ¿Hay algo más que te gustaría compartir con los lectores de *Medicina Social* para ayudarnos a entender mejor al pueblo cubano y a su visión de justicia en salud?

EBC: Creo que hemos abordado todos los puntos críticos y las premisas fundamentales en la atención de salud cubana, de una manera comprensible a los lectores y a aquella gente de tu país que pueda no estar familiarizada con ellos. Ha sido un placer y un privilegio compartir contigo nuestra experiencia, logros y desafíos; estoy muy agradecido por tu invitación para hacerlo.

MS: También nosotros estamos agradecidos, Enrique, y muchas gracias de nuevo por compartir con nosotros tus conocimientos e ideas.

Referencias

1. Central Intelligence Agency, The World Factbook. p. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cu.html> (Accessed September 21, 2012). <https://www.cia.gov/library/publications/the-worldfactbook/geos/cu.html>.
2. Ordunez, P., et al., Ethnicity, Education, and Blood Pressure in Cuba. *American Journal of Epidemiology*, 2005. 162(1): p. 49-56.
3. Williams, D.R. and P.B. Jackson, Social Sources Of Racial Disparities In Health. *Health Affairs*, 2005. 24(2): p. 325-334.
4. Feinsilver, J.M., ed. *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*. 1993, University of California Press, Ltd.
5. Birch, S.E. and L. Norlander, The Cuban Paradox. *AJN The American Journal of Nursing*, 2007. 107(3): p. 75-79.
6. Kath, E., Social Relations and the Cuban Health Miracle. *Contemporary Sociology*, 2010. 40(4): p. 459 - 460.
7. Huish, R. and J.M. Kirk, Cuban Medical Internationalism and the Development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*, 2007. 34(6): p. 77-92.
8. Congressional Budget Office (CBO), *Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act—CBO's April 2014 Baseline*. 2014. [Accessed 2014 August 3] Available at: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43900-2014-04-ACAtables2.pdf>.
9. Davis, K., et al., *Mirror, Mirror on the Wall*, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2014, The Commonwealth Fund: New York and Washington D.C. [cited 2014 June 19] Available from: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fundreport/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf (Accessed June 19, 2014).
10. Huish R, Kirk JM, Cuban medical internationalism and the development of the Latin American School of Medicine. *Latin Am Perspect*. 2007;34(6):77-92.
11. Nayeri K, Lopez-Pardo CM. Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union. *Int J Health Serv*. 2005;35(4):797-816.
12. Peterson CL, Burton R. U.S. health care spending: comparison with other OECD countries. CRS report for Congress. Order code RL34175. Washington, DC: Congressional Research Service; 2007 Sep 17 [cited 2007 Nov 10]. Available from: http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf.
13. Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. Health insurance and mortality in US Adults. *Am J Public Health*. 2009;99(12):2289-95.
14. Himmelstein DU, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *Am J Med*. 2009;122(8):741-746.
15. Congressional Budget Office. Estimates for the insurance coverage provisions of the Affordable Care Act updated for the recent Supreme Court decision. Washington, DC: Congressional Budget Office; July 2012 [cited 2012 Oct 21]: Available from: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43472-07-24-2012-CoverageEstimates.pdf>.

Referencias bibliografía complementaria

Bernstein, E., Cuba's Health Care System: Where Humanity Comes First. 1 ed. 2010, Vancouver: Battle of Ideas Press. 139.

Lamrani, S., The Economic War against Cuba: A Historical and Legal Perspective on the US Blockade. 2013, New York Monthly Review Press.

Lamrani, S., ed. Superpower Principles: US terrorism Against Cuba (Noam Chomsky, Howard Zinn, William Blum, Michael Parenti, Leonard Weinglass, Nadine Gordimer and others). 2005, Common Courage Press: Monroe.

Brouwer, S., Revolutionary Doctors: How Venezuela and Cuba are Changing the World's Conception of Healthcare. 2011, New York: Monthly Review Press.

Recibido: 12 de diciembre de 2012.

Aprobado: 13 de enero de 2013.

Conflicto de intereses: ninguno.

