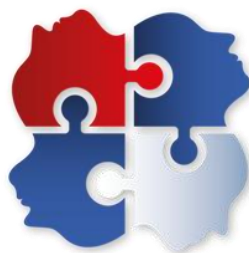


Centro de Estudios Convivencia
Pinar del Río, CUBA
www.centroconvivencia.org

RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE

**“El sistema de salud en el futuro de Cuba:
Visión y Propuestas”**

CENTRO DE ESTUDIOS
CONVIVENCIA



...pensando Cuba

DÉCIMO INFORME DE ESTUDIOS
Itinerario de Pensamiento y Propuestas para Cuba
Pinar del Río, Cuba
30 de septiembre de 2021

©Centro de Estudios Convivencia (CEC), 2021

Pinar del Río, Cuba

www.centroconvivencia.org

@CEConvivencia

Se permite la reproducción parcial o total siempre que se indique la fuente.

CENTRO DE ESTUDIOS CONVIVENCIA

El *Centro de Estudios Convivencia* (CEC) es un espacio plural e incluyente, independiente y no lucrativo, de la sociedad civil cubana, que trata de inspirar, crear y difundir ideas a través de sus estudios e iniciativas de formación ética y cívica. Es un centro de pensamiento y propuestas, conformado por ciudadanos de muy diversas opciones filosóficas, políticas y religiosas, que están interesados en debatir ideas, hacer estudios de prospección estratégica y proponer soluciones sobre aspectos de la vida de nuestro país, con el fin de contribuir a que, cada vez más, los cubanos y cubanas se informen, comprometan y trabajen por el mejoramiento de la nación y de su futuro. El CEC intenta contribuir a la unidad de la nación cubana tendiendo puentes de estudio y convivencia entre la Isla y su Diáspora. El CEC difunde sus ideas y propuestas constructivas por medio de su revista digital *Convivencia*, talleres, encuentros de estudio sistemáticos, en las redes sociales y, especialmente, publicando los resultados de sus estudios en su sitio web: www.centroconvivencia.org

Décimo Informe de Estudios: El sistema de salud en el futuro de cuba: visión y propuestas

Resumen Ejecutivo

El *Centro de Estudios Convivencia* realizó su VI Encuentro del Itinerario de Pensamiento y Propuestas para Cuba entre septiembre y diciembre de 2019 en la Isla, y los días 15 y 16 de febrero de 2020 en la Diáspora, en la Universidad Internacional de la Florida (FIU), Miami, EE.UU. Los temas escogidos para su estudio fueron: “El sistema de salud en el futuro de Cuba: visión y propuestas” y “Cómo enfrentar la corrupción, el narcotráfico y la inseguridad ciudadana en el futuro de Cuba: visión y propuestas”. A continuación, presentamos un breve resumen ejecutivo sobre “El sistema de salud en el futuro de Cuba...”, o *Abstract*, que puede ser ampliado consultando el texto íntegro del IX Informe de Estudios que publicamos a continuación y en nuestro sitio web: www.centroconvivencia.org en la ventana [Propuestas](#).

Visión del sistema de salud en el futuro de Cuba

Cuba avanza hacia un sistema de salud en el que la persona humana sea el valor supremo y la vida sea respetada desde su concepción hasta la muerte natural. En este sentido, nada que vaya contra la preservación, sanación y calidad de vida de pacientes, familiares y personal sanitario tendrá cabida en este nuevo sistema de salud en Cuba. Esto incluye los cuidados prenatales, neonatales, preventivos, terapéuticos, gerontológicos y de cuidados paliativos y contra el dolor en las etapas terminales irreversibles de la vida, sin ensañamiento terapéutico.

Cuba avanza hacia un sistema de salud mixto. Esto significa el acceso universal a los cuidados de salud en todas las etapas de la vida y su mantenimiento mediante una justa combinación de programas y estructuras de salud pública totalmente sostenidas por el Estado; otras mixtas en que se puedan conjuntar financiamiento privado y subsidios del Estado para completar los gastos de salud de instituciones y programas que no puedan ser independientes; y otras instituciones y programas de salud que sean totalmente privadas. El acceso a cada una de estas variantes será según las posibilidades de los ciudadanos, sus seguros de vida, sus ingresos personales, su situación laboral y económica circunstancial, garantizando que nadie quede sin una cobertura de salud integral.

Cuba avanza hacia la legalización del ejercicio privado de las profesiones y técnicas sanitarias, así como sus actividades complementarias. El ejercicio de la medicina privada debe cumplir los estándares que adopten el sistema de salud nacional y las prescripciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Un Código o Ley de Salud Integral y de acceso Universal deberá regir y controlar sistemáticamente el derecho al ejercicio público y privado de los cuidados de salud de modo que se eviten el intrusismo profesional, el fraude de la titulación académica, la reválida u homologación de títulos, la corrupción, el ejercicio de prácticas y procedimientos ilegales desde el embarazo hasta la etapa terminal de la vida. La ley establecerá los sistemas de control y supervisión necesarios para que todos los elementos de esta visión sean observados estrictamente por todos.

Cuba avanza hacia un sistema de salud en el que los sectores más vulnerables y desprotegidos tengan un acceso universal a todos los servicios sanitarios. Esto incluye niñez y tercera edad, con especial dirección hacia sectores sin suficientes ingresos, niños y adolescentes sin amparo filial, personas mayores que viven solas o en situación de vulnerabilidad, personas con diferentes adicciones que tengan restringida la libertad o en situación de detención, inmigrantes, personas con problemas de salud mental, personas sin seguridad social, o con insuficientes ingresos, personas en situación de calle, etc.

Décimo Informe de Estudios
El sistema de salud en el futuro de Cuba: visión y propuestas

I. Conceptos

Salud: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, no solo la ausencia de lesión o enfermedad. Esta definición recoge dos aspectos esenciales que son la integridad física y el bienestar; sin embargo, no se refiere al modo de vida de la persona. Por tanto, contempla los aspectos meramente animales de la vida de la persona humana. Deben ser tenidos en cuenta otros aspectos a la hora de ofrecer una definición más integral: es un derecho de la población y debe ser garantizado por el Estado y los gobiernos. El derecho a la salud incluye el acceso, oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención con calidad suficiente y que respeten la dignidad humana en todo momento.

Salud pública: sistema de salud donde las instalaciones, el personal y los servicios son públicos y abiertos a la población. Va más allá de la persona para referirse al entorno que le rodea, es decir, la familia, la comunidad y la sociedad en general. “La salud pública transforma el cuerpo individual, como objeto de la salud, en un cuerpo socializado y en un cuerpo social normalizado. Se pasa del tratamiento de la enfermedad a la planificación de la salud” (Hours, 2001).¹

Salud privada: constituye un esquema diferente al de salud pública, pero junto a este puede garantizar el goce del derecho ciudadano a la salud. Se refiere al sistema que funciona a través de entidades de salud privadas distintas al gobierno, a las que el ciudadano también contribuye. Los servicios pueden ser pagados por los ciudadanos, organizaciones mutuales, o cooperativas, organizaciones con o sin ánimo de lucro, bajo la regulación y supervisión del Estado para evitar abusos.

Sistema de salud mixto: es aquel que combina las dos formas de gestión de la salud, pública y privada, aprovechando su complementariedad para mejorar la calidad y el menor costo posible. En este modelo la financiación de los servicios resulta mayoritariamente pública, pero con posible participación del sector privado de aquellos servicios demandados directamente por los ciudadanos. Los servicios serán provistos pública y privadamente, pero cumpliendo los parámetros de calidad asistencial adecuada y potenciando la promoción, prevención y atención primaria de salud.

¹Hours B. *Pour une anthropologie de la santé*. In: Systèmes et politiques de santé. Paris: Karthala; 2001.

Niveles en el sistema de salud

Sistema de salud preventiva: servicios destinados a evitar o reducir enfermedades (vacunas, nutrición, educación). El sistema de salud debe poner más énfasis en la salud preventiva y en el nivel de asistencia primaria que incluye la atención a las enfermedades más comunes en la población (enfermedades respiratorias y del aparato digestivo).

Sistema de salud curativa: es el nivel secundario donde el paciente recibe servicios por una enfermedad existente. Es el sistema más identificado por la sociedad por la experiencia de todos en la cura de una determinada enfermedad.

Salud de salud paliativa: es la atención que el paciente recibe, no para curarlo, sino para proporcionarle el mejor estado de salud. Va dirigido a aquellos pacientes con enfermedades activas que no tienen reversión, con pronóstico de vida limitado. Su función consiste en disminuir el sufrimiento y elevar la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares.

Eugenesia: consiste en la realización de determinados procedimientos científicos con el objetivo de mejorar rasgos humanos mediante selección manipulada. El pensamiento eugenésico se basa en consideraciones de orden social más que de orden personal, y apoyado en basamentos científicos emplea procesos selectivos de tratamiento y eliminación de enfermedades graves. Puede ser clasificada para su estudio en dos clases: eugenesia positiva y eugenesia negativa. *Eugenesia positiva* cuando se trata de la búsqueda de caracteres o condiciones deseables. *Eugenesia negativa* cuando se trata de evitar la transmisión de caracteres entendidos como no deseables, es decir, se trata de una selección a propósito.

Eutanasia: acción u omisión que va dirigida a causar la muerte de la persona, justificada por la razón humanitaria de aliviar el sufrimiento que padece, ya sea físico, psíquico o de otro tipo, de gran magnitud o por encontrarse en la fase terminal de una enfermedad. Este acto conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, políticas y, sobre todo, éticas.

Algunas posiciones al respecto:

1. No debe existir el derecho a la eutanasia.
2. El servicio de salud debe ofrecer la posibilidad de que el paciente terminal decida cómo terminar su vida y evaluar la extensión de ese derecho.

3. Debe existir un testamento, ejecutado conscientemente, donde la persona decide salud ante la muerte con anticipación a una enfermedad terminal.
4. La persona debe recibir tratamientos paliativos como la eliminación del dolor mediante medicación.

II. Visión

Cuba avanza hacia un sistema de salud en el que la persona humana sea el valor supremo y la vida sea respetada desde su concepción hasta la muerte natural. En este sentido, nada que vaya contra la preservación, sanación y calidad de vida de pacientes, familiares y personal sanitario tendrá cabida en este nuevo sistema de salud en Cuba. Esto incluye los cuidados prenatales, neonatales, preventivos, terapéuticos, gerontológicos y de cuidados paliativos y contra el dolor en las etapas terminales irreversibles de la vida, sin ensañamiento terapéutico. En resumen: un sistema de salud *centrado en la persona humana* y siempre en función del bien común.

Cuba avanza hacia un sistema de salud mixto. Esto significa el acceso universal a los cuidados de salud en todas las etapas de la vida y su mantenimiento mediante una justa combinación de programas y estructuras de salud pública totalmente sostenida por el Estado; otras mixtas en que se puedan conjugar el financiamiento privado y los subsidios del Estado para completar los gastos de salud de instituciones y programas que no puedan ser independientes; y otras instituciones y programas de salud que sean totalmente privadas. El acceso a cada una de estas variantes será según las posibilidades de los ciudadanos, sus seguros de vida, sus ingresos personales, su situación laboral y económica circunstancial, garantizando que nadie quede sin una cobertura de salud integral. En resumen: un sistema de salud *eficiente, de calidad y accesible* para todos los cubanos.

Cuba avanza hacia la legalización del ejercicio privado de las profesiones y técnicas sanitarias, así como sus actividades complementarias. El ejercicio de la medicina privada debe cumplimentar los estándares que adopten el sistema de salud nacional y las prescripciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Las organizaciones religiosas también podrán brindar servicios en el sistema de salud de acuerdo con lo establecido en la legislación. Un Código o Ley de Salud Integral y de acceso Universal deberá regir y controlar sistemáticamente el derecho al ejercicio público y privado de los cuidados de salud, de modo que se eviten el intrusismo profesional, el fraude de la titulación académica, la reválida u homologación de títulos, la corrupción, el ejercicio de prácticas y procedimientos ilegales desde el embarazo hasta la etapa terminal de la vida. La Ley establecerá los sistemas de control y supervisión necesarios para que todos los elementos de esta visión sean observados estrictamente por todos. En resumen: un sistema de salud *integral* que establezca legalmente el ejercicio de la profesión a entidades privadas y religiosas.

Cuba avanza hacia un sistema de salud en el que los sectores más vulnerables y desprotegidos tengan un acceso universal a todos los servicios sanitarios. Esto incluye niñez y tercera edad, con especial dirección hacia sectores sin suficientes ingresos, niños y adolescentes sin amparo filial, personas mayores que vivan solas o estén en situación de vulnerabilidad, ya sea que vivan en sus casas u hogares públicos o privados, personas con diferentes adicciones, privadas de libertad o detenidas, inmigrantes, personas con problemas de salud mental, personas sin seguridad social, o con insuficientes ingresos, personas en situación de calle, etc. Es resumen: un sistema de salud *justo y equitativo*.

III. Características éticas o principios fundamentales del sistema de salud cubano en el futuro de Cuba

1. Un sistema de salud universal que permita escoger el acceso a determinado tipo según la capacidad de cada persona, todos ellos de la calidad y competencias esperadas.
2. Un sistema de salud con énfasis en cuestiones bioéticas que incluyen primero la justicia y equidad en el acceso, y luego cuestiones como la privacidad del paciente y sus familiares, la educación en derechos y responsabilidades sanitarias, así como la preponderancia de una ética pública basada en evitar el riesgo de corrupción en la gestión de la profesión. La incorporación de la Bioética y su multidisciplinariedad en los currículos de las ciencias biomédicas en Cuba, con exigencia e interiorización de los comportamientos éticos desde los inicios de la formación del profesional de la salud.
3. Un sistema de salud desideologizado, que no pertenezca a ningún gobierno, ni sea solo de calidad para un único sector de la población. Que la dignidad de toda persona humana sea el principio rector del acceso a los servicios y nunca razones de credo religioso, pensamiento político, raza, sexo, orientación sexual y otros.
4. Un sistema de salud que eduque a las personas y genere mecanismos preventivos de regulación de la natalidad, y promoción del respeto a la vida desde su concepción.
5. Un sistema de salud que eduque la conciencia pública y genere una ética pública alejada de toda manipulación política que favorezca eliminar la corrupción en el sistema de salud y otros abusos.

IV. Estrategias

1. Modificar el sistema de salud actual en cuanto a su centralización, verticalidad y politización.
2. Revisar, descentralizar, planificar y organizar la estructura actual del sistema de salud en vistas a la reforma y construcción de un sistema diferente más abierto, más integral y de una mayor calidad.
3. Evaluar las políticas de salud seguidas por el sistema cubano, con información de cómo se ha procedido, hacia dónde se puede caminar, basado en la percepción de los usuarios del sistema, del personal involucrado en el ejercicio y de los decisores de las políticas de salud.

4. Permitir la participación de sectores privados y otros actores (fundaciones, cooperativas, instituciones religiosas, etc.) dentro del sistema de salud.
5. Fomentar las cooperativas de servicios (la unión de profesionales de la salud) cuyos ingresos se reinvierten en la propia entidad. Estas cooperativas son como PYMES y mutuales (conjunto de médicos ofrecen servicios, gestionan seguros, etc.) y constituyen otra forma de gestión del sistema de salud.
6. Fomentar la educación con el objetivo de concientizar que la salud pública se financia con la contribución de cada ciudadano. El financiamiento debe ser por distintas vías: impuestos generales, contribuciones sobre el salario, y pago de bolsillo para aquellos que tengan recursos. Además, es posible promover el turismo médico con reinversión de las ganancias en el sistema público de salud.
7. Desarrollar programas de investigación para la salud, aprovechando que ya Cuba tiene institutos de investigación como parte del conocido “polo científico”. Mejorar los ya existentes, así como la producción de fármacos y productos de la salud en general que, primero sean de alcance y cobertura integral a nivel nacional, y luego puedan ser presentados en el mercado internacional, constituyendo una fuente de ingreso de divisas al país. Mismos recursos financieros que pueden ser reinvertidos en insumos e infraestructura en el sector de la investigación, las ciencias biomédicas y la salud pública.
8. Fortalecer la atención preventiva y servicios primarios de salud.
9. Generar un sistema como las boticas de España, farmacias locales que se gestionan como PYMES, que se hagan extensibles hacia las zonas rurales, que se encuentran más desfavorecidas que las zonas urbanas.
10. Crear policlínicos integrales que brinden atención primaria y secundaria en las comunidades.
11. Generar un servicio de urgencia que no sea atendido solo por médicos sino también por personal de enfermería adecuadamente preparado.
12. Generar centros de referencia (hospitales de referencia en las diferentes regiones del país) para lograr una mejor racionalización de los recursos humanos y materiales con los que cuenta el sistema actual.
13. Incrementar el número de personal técnico y de enfermería. La enfermería debe avanzar en su especialización para ser mejores en las funciones que desarrollan.
14. Potenciar la calidad de la formación de los profesionales de la salud, médicos, auxiliares, etc., siendo más rigurosos desde el sistema de educación preuniversitario al otorgar las plazas, hasta el sistema de educación superior con el fortalecimiento de los currículos, la desideologización de la formación del profesional de la salud, la relevancia de las cuestiones éticas, y la disminución de la concepción de graduarse como médico para obtener una misión internacionalista.
15. Crear comités éticos/bioéticos cuya máxima sea hacer valer los principios rectores de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) en función de la dignidad de toda persona humana, independientemente de los intereses del investigador o la institución que lideren la investigación. Fortalecer sus funciones y papel más allá de los protocolos; es decir, que el paciente o persona que se incorpora como

participante en una investigación determinada se perciba realmente amparado por la ley, a la vez que protegido con eficiencia y calidad por la institución sanitaria y profesionales involucrados.

16. Generar una cultura jurídica en todo el funcionamiento del sistema de salud (rigurosidad en los procedimientos ético-legales como el consentimiento informado, la responsabilidad material, el tratamiento al paciente grave, la regulación y control de ensayos clínicos, la investigación, desarrollo, producción y comercialización de productos biotecnológicos) a través de departamentos especializados en estas cuestiones dentro del sistema de salud y de agencias reguladoras nacionales que cumplan con los estándares internacionales y de organizaciones internacionales del sector.
17. Promover el proceso de reacreditación de las carreras de las ciencias médicas cada cierto período, así como establecer un sistema de competencias para verificar que los profesionales del sector tienen los créditos necesarios para ejercer la profesión.
18. Lograr la automatización del sistema de salud cubano a través de redes entre todos los hospitales del sistema, de manera que funcionen articuladamente y no crezcan las diferencias entre la capital y demás provincias del país, o entre determinados municipios dentro de una misma provincia.
19. Establecer un sistema de seguro social que garantice una atención médica de calidad a los grupos más vulnerables.
20. Tener en cuenta algunas líneas priorizadas dentro del sistema de salud, una vez que hayan sido cubiertas las necesidades de atención primaria de salud. Entre estas líneas de desarrollo paralelo y constante se encuentran: la promoción de la salud mental, los programas de salud preventiva y la potenciación de la investigación científica.
21. Concentrar todas las acciones educativas en un subsistema que comprenda e interactúe con los niveles preventivo, curativo y paliativo, pero de mayor generalidad, que incluya todos los ámbitos de la sociedad que inciden en la salud humana.

V. ¿Cómo alcanzar la cooperación para la salud?

La cooperación en el sector salud contribuye a la optimización de las capacidades que existen en este ambiente de desarrollo profesional, a la vez que promueve el intercambio de conocimientos prácticos y nuevas tecnologías.

Tiene una arista nacional (entendida como la relación entre profesional, instituciones y grupos de trabajo locales), y una arista internacional (que es la relación que se establece entre los países, los gobiernos u organizaciones de la sociedad civil de diferentes países, con el objetivo de alcanzar metas de desarrollo común).

Se debe propiciar la libertad del profesional de la salud para ejercer libremente su profesión, sin politización o esclavitud moderna; pero cumpliendo servicio social y ejerciendo su profesión con fines éticos y búsqueda del bien común.

Consultar el I y II Informes del CEC sobre “Economía” y “Marco Jurídico”. Cf. <https://centroconvivencia.org/category/propuestas>

VI. Leyes para la salud en el futuro de Cuba

Hoy en Cuba se nota la ausencia de una cultura jurídica en el sector de la salud. Es por ello por lo que se hace necesario un marco jurídico riguroso, que tenga en cuenta algunos elementos rectores como son:

- organización jurídica que asesore al personal profesional y técnico de salud.
- consejos científicos y comités de bioética institucionales
- código ontológico o declaración de principios en cada institución sanitaria
- derechos y deberes del paciente

Las leyes deben estar orientadas a la protección del ciudadano, los profesionales y personal de atención en salud, y deben abordar contenidos como el consentimiento informado, el ejercicio médico y la mala praxis, las demandas, la garantía del secreto médico, el respeto a la privacidad del paciente, entre otros.

Las leyes deben contemplar mecanismos de rendición de cuenta, y debe garantizarse la transparencia para el acceso a la información y las estadísticas.

Debe ser consultado el Segundo Informe de Estudios del Centro de Estudios Convivencia “Un nuevo Marco Jurídico y Tránsito Constitucional para Cuba. De la ley a la ley”. Disponible en: <https://centroconvivencia.org/category/propuestas/propuestas-marco-juridico>

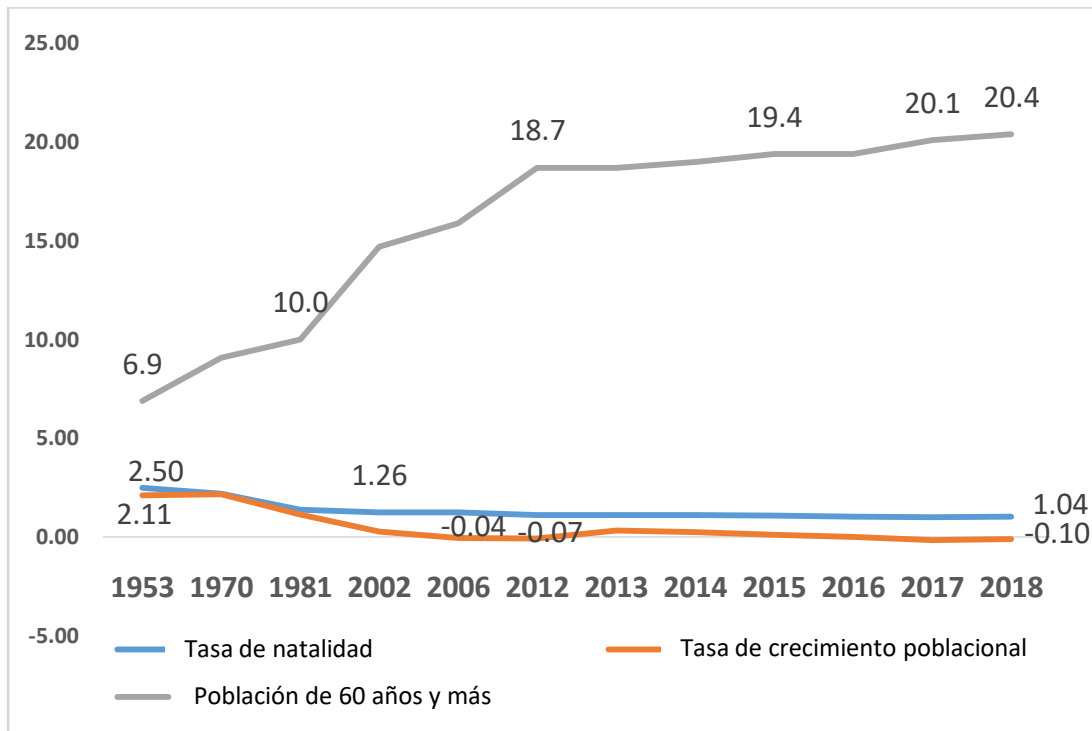
Específicamente el epígrafe sobre “Leyes para el Desarrollo Humano Integral” (*Ley de Salud y Ley de Educación y Cultura. Educación Superior y Centros de Investigación Científica*).

LA SALUD EN CUBA: PRESENTE Y FUTURO

Apuntes de la presentación realizada en el VI Encuentro de Pensamiento y Propuestas del Centro de Estudios Convivencia, *Florida International University*. Miami, 15 de febrero de 2019

Carmelo Mesa-Lago (Universidad de Pittsburgh) y Sergio Díaz-Briquets (Consultor Internacional)

Envejecimiento de la Población en Cuba, 1953-2018



Envejecimiento e Impacto en la Salud

En 2025 Cuba alcanzaría a Uruguay como país más envejecido en la región. Ya ocurrió.

En el periodo 1953-2018, la tasa de crecimiento poblacional cayó de 2,1% a -0,1% porque:

- tasa de natalidad inferior del hemisferio (mengando de 2,5% a 1,04%),
- tasa de emigración neta muy alta y en ascenso,
- tasa bruta de reproducción 0,83%, menor a tasa remplazo de 2,1 hijos por mujer,
- de ahí que la población absoluta haya disminuido en años recientes.

A esto contribuye:

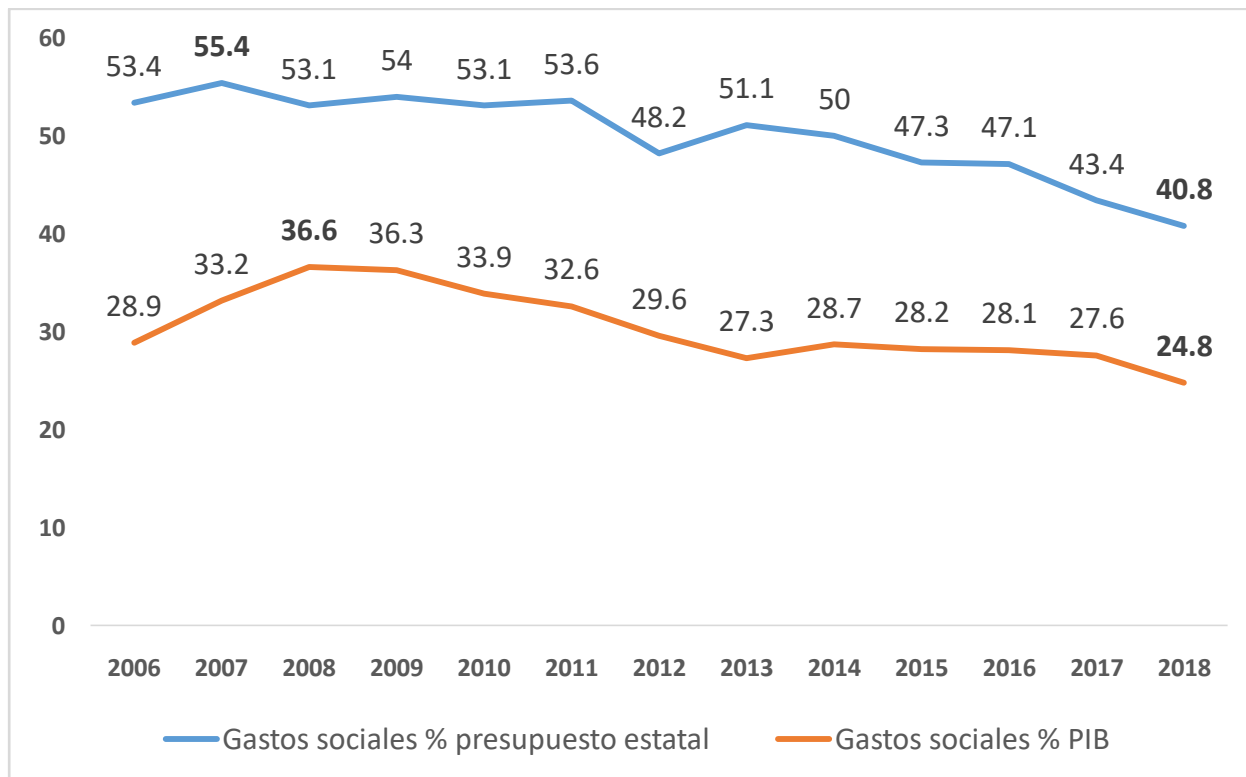
- amplio conocimiento de la gente sobre el sistema reproductivo,
- alta participación de la mujer en la fuerza laboral,

- uso de contraceptivos y aborto gratuito (por 48% a 66% de mujeres en edad fértil),
- y las difíciles condiciones de vida.

Envejecimiento poblacional:

- Segmento viejo (60 y más) creció de 6,9% a 20,4% en 1970-2018,
- Segmento edad productiva (15-59), comenzó a caer: de 65,3% a 63,6% en 2010-18,
- según la población mayor crece, sufre enfermedades terminales, sube costo salud.

Disminución de los Gastos Sociales, 2006-2018



El gasto social (salud, educación, pensiones, vivienda y asistencia social):

cénit en 2007-08: 55,4% del presupuesto estatal y 36,6% del PIB,

en 2018 menguó a 40,8% y 24,8% respectivamente: -15 y -12 p.p. del presupuesto estatal y PIB.

Gastos salud separados hasta 2012, después la ONEI los fusionó con asistencia social.

En 2009-18, gasto salud/presupuesto cayó 19% a 17.4% y gasto salud/PIB 12,8% a 10,5%.

Cuadro 1. Gastos de Salud, 2009-2018

Años	Porcentaje	
	Presupuesto	PIB
2009	19,0	12,8
2018	17,1	10,5

Indicadores de Salud, 2007-2018

Indicadores	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cambio
Mortalidad general	7,3	7,7	7,7	8,1	7,8	8,0	8,2	8,6	8,9	8,8	9,5	9,4	28
Mortalidad infantil	5,3	4,7	4,8	4,5	4,9	4,6	4,2	4,2	4,3	4,3	4,0	4,0	-24
Mortalidad materna	31,1	46,5	46,9	43,1	40,6	33,4	38,9	35,1	41,6	41,9	39,1	43,8	41
No. de hospitales	222	217	219	215	161	152	152	152	151	150	150	150	-32
De ellos, rurales	21	17	17	16	0	0	0	0	0	0	0	0	
Policlínicos	491	499	498	488	452	452	451	451	451	451	450	449	-8
No. Puestos rurales/urbanos	138	120	127	134	0	0	0	0	0	0	0	0	
Camas de hospital	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5	3,6	3,6	3,5	3,6	3,8	-5

Cuba mantiene su sistema de salud universal y gratuito, pero con mermado acceso, instalaciones, personal y calidad de servicios de salud

Aspectos positivos:

- Merma 24% la mortalidad infantil: 4,0 en 2018, la segunda menor en el hemisferio. Esto se logra detectando malformaciones congénitas, síndrome Down, se promueve el aborto (20.000 en 2018) y las interrupciones (39.000); incremento m.i. a 5,0 en 2019,
- la vacunación aumentó en los once tipos en 2007-2018,
- de 19 enfermedades contagiosas en 2007-18: 9 no se reportaban o bajas tasas, 5 declinando y 5 subiendo.

Aspectos negativos:

- En 2007-2018, la mortalidad general creció 28% y la materna 41%,
- el número de hospitales descendió 32% y el de policlínicos 8%,
- todos los hospitales rurales y los puestos rurales y urbanos fueron cerrados en 2011,
- las camas reales de hospital se redujeron en 5%,
- no se publican estadísticas de epidemias de dengue, zika, y chikungunya,
- además epidemias de cólera y conjuntivitis hemorrágica, y
- el Alzheimer y las demencias relacionadas crecen (la primera afecta a 10% de la población de 65+).

Deterioro de la Planta Física y Escasez de Medicinas**Deterioro de la infraestructura hospitalaria y atención**

- proliferan los robos de ventanas, grifos, luces, duchas, tomacorrientes en todo el país,
- falta de higiene; atascos en tuberías por echar desechos en los lavabos e inodoros,
- robos mantas y alimentos por personal muerte 30 pacientes Hospital Psiquiátrico Habana,
- reciclaje de productos desechables como agujas, jeringas, se usan hasta que se rompen,
- internados/familiares deben proporcionar sábanas, almohadas, medicinas, alimentos, etc.,
- y aumentan los sobornos para recibir mejor atención.

Escasez de medicamentos comenzó a fines de 2014 y se ha agravado por:

- escasa liquidez,
- poco crédito externo por deudas impagas a suministradores,
- paralización de fábricas por falta de insumos importados (85%) y envases (92%),
- y reducción de las importaciones de fármacos.

Continúa Falta de Medicinas

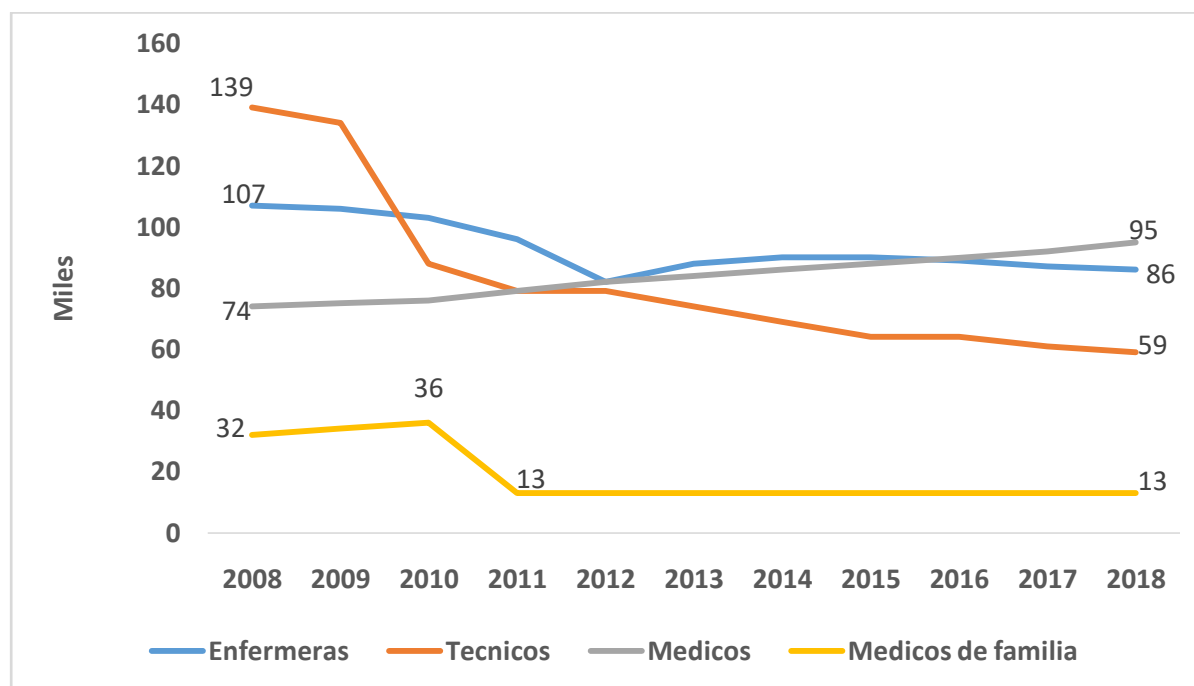
A mediados de 2017 faltaban entre 7% y 10% medicinas del cuadro básico:

- precios cuadruplicados: 30 tabletas meprobamato 120 CUP, 15% salario medio estatal,
- personas acaparan medicamentos por temor a su falta y las canjean por otras medicinas,
- la escasez alimenta la venta en el mercado negro por los que roban dichos productos,
- se adulteran las medicinas, por ejemplo, substituyéndolas por un placebo,
- en un intento por controlar los delitos, el MINSAP introduce nuevo modelo de recetas.
-

Los problemas citados especialmente afectan a los mayores porque tienen:

- alta dependencia a medicinas para hipertensión, diabetes, próstata, enfermedades mentales, pañales para incontinencia, etc.,
- que hacen colas por horas y muchas veces se acaban las medicinas,
- viajar largas distancias buscando en farmacias de otros municipios.
- Se trata de compensar estos vacíos con acupuntura, medicina tradicional y herbolaria, pero no pueden curar enfermedades graves que demandan cirugía o medicamentos complejos.

Disminución del Personal de Salud, 2008-2018



Continúa Caída Personal Salud

En 2008-18, caídas en personal de salud:

- 22% personal total, 58% técnicos y 20% enfermeras
- el número de médicos aumentó 28% (récord de 95.000 en 2018), pero
- 40.000 en el extranjero: en vez de 125 habitantes por médico, 225 similar al de 1993,
- se agrava en especialidades porque hay más afuera y largas colas de espera en Cuba,
- los médicos de familia mermaron en 59% y los consultorios en 23%,
- ellos atienden al primer nivel donde se resuelve la mayor parte de los problemas de salud: como enfermedades respiratorias agudas que crecieron 31% en 2006-17.

Causas:

- A más del recorte presupuesto y cierre hospitales, está la fuga de personal por baja paga.
- Salario medio mensual salud: 806 CUP (US\$33), no cubre canasta básica de alimentos.
- Por ello muchos se van al sector privado o emigran.
- Exportación de profesionales de salud genera 8.000 millones de dólares anuales pero bajando.
- Además, reduce acceso a servicios médicos en Cuba y no se dedica a mejorar infraestructura.
- Los médicos que se quedan tienen que cubrir el vacío de los que trabajan en el extranjero.

Futuro

En 2050 Cuba será el segundo país más envejecido del mundo

- En 2016-30, segmento de 60+ crecerá de 19,4% a 30,1%,
- segmento en edad productiva (15-59), continuará decreciendo de 63,9% a 54,4%,
- por ello, la tasa de dependencia se incrementará de 564 a 838,
- una proporción menor de activos tendrá que financiar una proporción mayor de ancianos,
- este segmento crecerá y sufrirá enfermedades terminales, el costo de la salud aumentará,
- la mortalidad general: subirá a 9% en 2020 y sobrepasará 10% en 2030,
- aumentarán casos de Alzheimer y demencias relacionadas a 300.000 en 2040, afectando 15% de las personas mayores,
- seguirá bajando el gasto social (y el de salud) salvo que se revierta deterioro económico,
- y se acentuará la disminución del personal de salud y el detrimento en la atención.

No solo los recursos son escasos sino que están mal distribuidos:

- En 2018 el sistema salud tenía exceso de hospitales, ginecólogos y pediatras, pero una severa escasez de geriatras,
- hay 38 hospitales de ginecología y pediatría pero ninguno geriátrico,
- hay 310 niños por un pediatra, pero 2.645 personas mayores por un geriatra,
- hay severa escasez de asilos para ancianos (los albergados son 0,4% de dicha población),
- Si no se cambia radicalmente esta situación se deteriorará la salud de los mayores en 2030.

Niños y Ancianos por Médicos Especializados, 2018

Médicos	Dedicados	Especializados	Total	Población	Habitantes por
				meta	un médico
Pediatras	2.991	2.791	5.872	1.789.366 ^a	310
Geriatras	566	379	945	2.329.506 ^b	2.645

Conclusiones

1. La solución de los problemas de salud es difícil y se ha demostrado que se agravarán en el futuro, de manera que hay que actuar de inmediato.
2. Es esencial acelerar y profundizar las reformas estructurales (que se han paralizado e incluso revertido desde 2017) a fin de aumentar la producción y la productividad.
3. Con ello habría más recursos para financiar la salud.
4. Hay que asignar los recursos disponibles de forma más racional: recortar el personal e instalaciones para el grupo joven y asignar más al grupo de personas mayores.
5. La universalidad y la gratuidad de la salud, unidas al envejecimiento, contribuyen a la insostenibilidad financiera del sistema.
6. Habría que establecer acciones básicas universales para toda la población, especialmente medidas preventivas.
7. Mientras que las acciones más complejas y costosas requerirían un copago para grupos de alto ingreso.
8. Parte de las divisas de la venta de servicios profesionales médicos debería asignarse a mejorar la infraestructura, importar insumos y medicamentos, y aumentar el salario del personal de salud.
9. De no seguirse estas medidas, el acceso y calidad de la salud continuará deteriorándose.

LA EXPERIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Apuntes de la presentación realizada en el VI Encuentro de Pensamiento y Propuestas del Centro de Estudios Convivencia, *Florida International University*. Miami, 15 de febrero de 2019

Carmen Isolina Egea (Universidad Francisco de Vitoria)

Principios y origen del sistema sanitario español

- Universalidad en el acceso – Sistema Beveridge
- Libre acceso – limitaciones en la actualidad a la población que no tiene residencia
- Equidad en la prestación
- Equitativa en la financiación
- Financiada mayoritariamente con impuestos

1. Estructura del sistema

1.1. Reparto competencial

Sistema de gestión descentralizado

- Ministerio de sanidad
 - Coordinación del sistema –consejo interterritorial
 - Salud internacional
 - Promoción y financiación de la investigación
 - Calidad asistencial - objetivos generales más de epidemiología que de calidad real
 - Legislación de bases
 - Ley general sanitaria
 - Ley de autonomía del paciente
 - Ley de investigación biomédica
 - Agencias y programas especializados: programa de prevención de drogas, Instituto Carlos III de investigación y salud internacional

Sistema de gestión descentralizado

- Comunidades autónomas
 - Regulación – ej. Distorsión calendario vacunación

- Planificación de servicios
- Presupuesto
- Compra (algunos cambios últimamente con el establecimiento de centrales de compras)

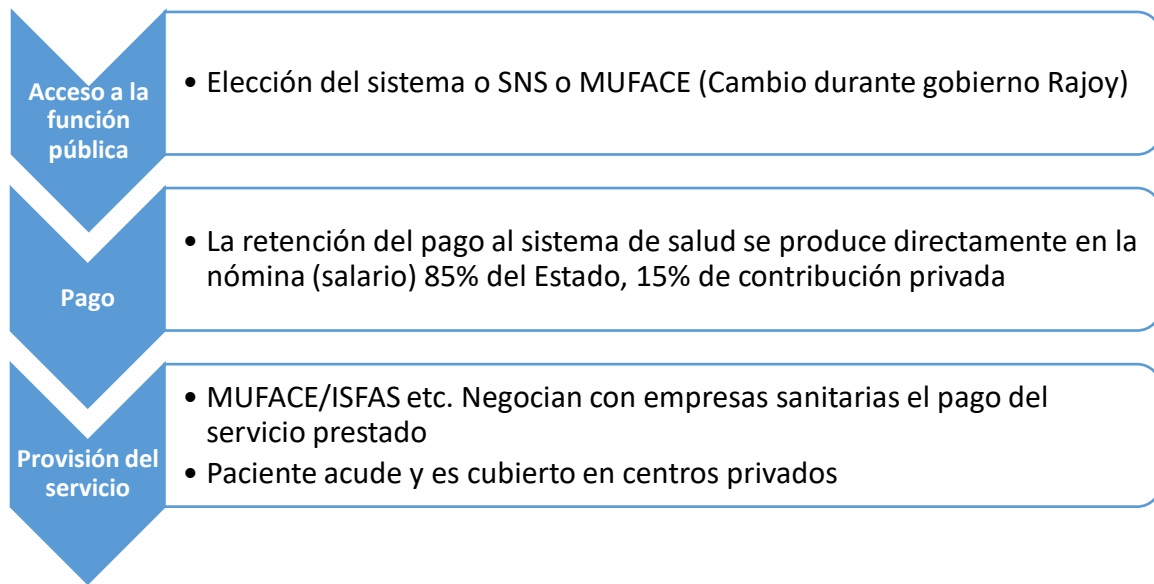
UNIÓN EUROPEA

- Colaboración en sistemas de alerta rápida de enfermedades contagiosas, vacunación
- Calidad alimentaria
- Regulación y programas de prevención en salud (ej. La regulación del tabaco)
- Legislación farmacéutica y Agencia Europea del Medicamento
- Financiación de investigación sanitaria

1.2. Estructural del sistema general de salud

- (Público) **Sistema nacional de Salud (SNS)** - sistema de acceso universal- la que da mayor cobertura a los ciudadanos
- (Público/privado) **Sistemas de salud de los funcionarios**, ejército y sistema judicial (MUFACE, MUGEJU y ISFAS)
- (Público/privado) **Mutualidades de trabajo y accidentes**
- (Privados) **Seguros de salud** (mutuas de salud) – ASISA, SANITAS (BUPA), MAPFRE, ADESLAS - SEGURCAIXA etc.
- (Público) **Sistema nacional de Salud (SNS)** – sistema de acceso universal- la que da mayor cobertura a los ciudadanos
 - Da cobertura al conjunto de la población
 - Financiación se produce por impuestos
 - Diseño de la política sanitaria que es ejecutada por las regiones (Comunidades Autónomas)
 - Servicios no cubiertos
 - Salud bucodental
 - Co – pago introducido desde el año 2011 en servicios no médicos y farmacia
 - Asumiendo por la población en los últimos años el copago en farmacia, en servicios complementarios

(Público/privado) **Sistemas de salud de los funcionarios**, ejército y sistema judicial (MUFACE, MUGEJU y ISFAS)



Funcionarios, ejército, sistema judicial

- Gran población de funcionarios
- Funcionario = gran estabilidad financiera

Ventaja

- Descarga el sistema público de población y costo (2.2 millones de usuarios 2014, 3,4 % del gasto sanitario)
- Permite el desarrollo (por la estabilidad financiera) de una industria sanitaria privada

(Público/privado) Mutualidades de trabajo y accidentes

- **Recauda el Estado y gestionan** las Mutuas de accidentes laborales (sociedades con regulación específica sin ánimo de lucro)

Objetivo

- Prevención de riesgos laborales
- Seguro en caso de accidentes laborales
- Control del absentismo laboral (desde 2011)

(Privados) Seguros de salud (mutuas de salud) – ASISA, SANITAS (BUPA), MAPFRE, ADESLAS - SEGURCAIXA etc.

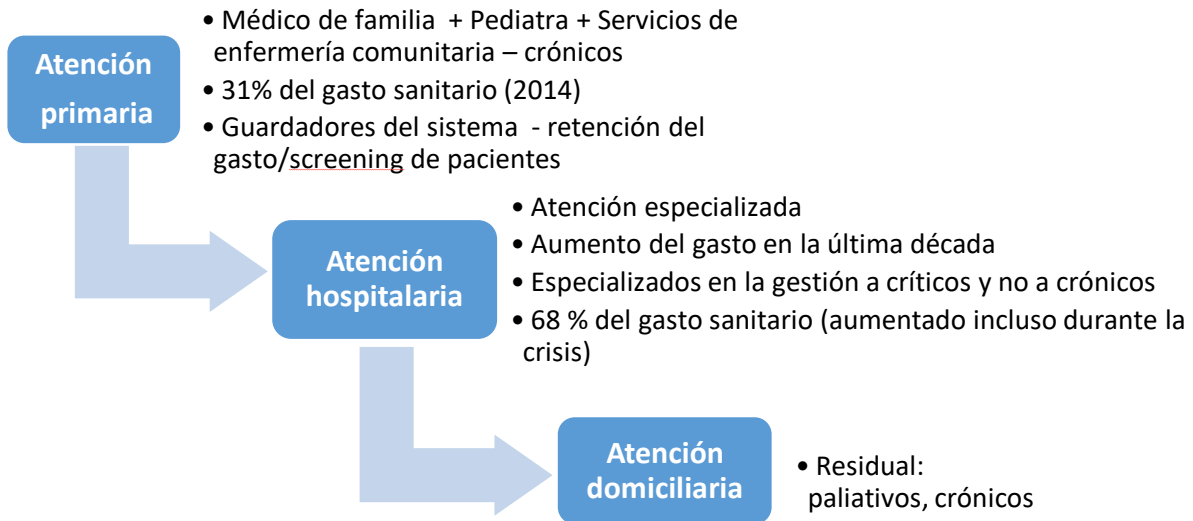
- En España son seguros que complementan al uso de la SNS
- Regiones donde hay doble aseguramiento: Cataluña, Madrid, Andalucía, País Vasco

Ventajas para el sistema

- Descarga el uso de pequeñas intervenciones y gastos menores
- Grandes ciudades con Hospitales con servicios consolidados - *crowdingout* del servicio público

2. La atención al paciente

2.1. ¿Cómo es la atención al paciente? - SNS



2.2. La estructura sanitaria – provisión del servicio



La prevención y promoción de la salud

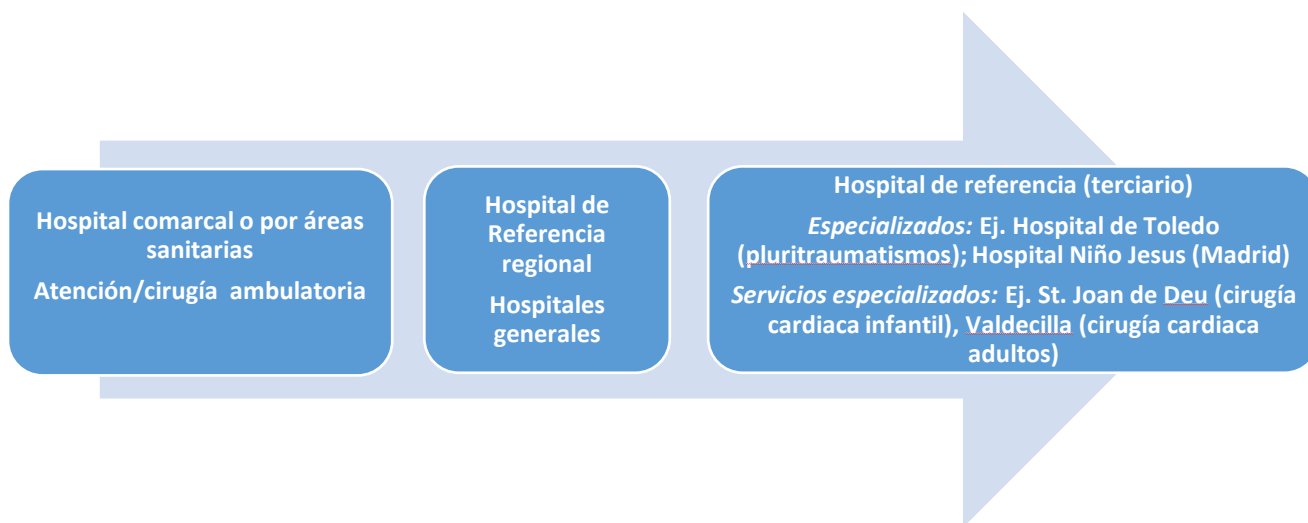
- Políticas regulatorias – ley del tabaco, vacunación obligatoria (privada y pública)
- Actores del sistema
 - **Administraciones públicas (campañas)**
 - Ayuntamientos
 - Regiones
 - Ministerio de Sanidad

- **Movimientos asociativos**- asociaciones de pacientes, familiares etc. (ej. Programas de *screening* de cáncer colorectal por la AECC – asociación española contra el cáncer; programa de abandono del tabaco)
- **Industria**
 - Farmacéutica
 - Otras industrias de salud: hospitales, mutuas, seguros privados
- **Profesionales del sistema sanitario** – efecto bata blanca
- **La botica** – la farmacia comunitaria

Atención primaria

- **Sistema público**
 - **Médico de atención primaria/ pediatra**
 - Centro de atención primaria (caso Cataluña (CAP) – centros de gestión privada pago per cápita)
 - Función – *screening* de pacientes - reenvío a atención especializada
 - **Enferma de caso**- atención al paciente crónico o multipatología
- **Sistema privado** – seguro privado

La atención hospitalaria



Tipos de hospitales

1. Propiedad pública. Gestión pública. Profesionales son funcionarios

2. PPP –Public private partnership

- Propiedad pública
- Forma jurídica es una fundación (sin ánimo de lucro)
- Gestionada por personal externo a la administración pública
- Profesionales contratados (asalariados) (ej. Fundación Jiménez Díaz)

3. PPP - Contratos de explotación a largo plazo

- Propiedad pública
- Gestión privada
- Pago per cápita (por paciente)
- Profesionales contratados (ej. Hospital Rey Juan Carlos - Madrid)

4. PPP -Propiedad privada con contratos estables de provisión de servicios al sistema público: cuidados paliativos, enfermedad mental no aguda, pruebas diagnósticas, cirugía ambulatoria (ej. Castilla la Mancha)

5. Hospitales privados

- Propiedad privada
- Gestión privada
 - pueden ser empresas privadas con ánimo de lucro (ej. Hospitales Nisa, Grupo Hospitalario Quirón Madrid),
 - Órdenes religiosas,
 - Hospitales de seguros médicos -Sanitas
 - Originados en cooperativas médicas (Iguatorio de médico quirúrgico en Vizcaya – Bilbao)

La atención post hospitalaria

El gran vacío

- Redes de atención informal
 - familia – cambios en el modelo familiar: cambio en el rol del cuidador (mujeres trabajadoras); familias monoparentales; familias nucleares
 - farmacia comunitaria
 - debate en Madrid - atención domiciliaria farmacéutica vs sindicato enfermería
 - Ventaja del sistema español – financiero, provisión de servicio sanitario de proximidad
 - *start ups* de provisión de servicio sanitario,
 - centro de atención primaria,
 - asociaciones de pacientes

- **Financiación**
 - Empresas
 - Impuestos
 - Sostenibilidad del sistema de pagos – botica
 - Farmacia – intervención del precio del medicamento financiado
 - Mutuas de accidentes laborales
- **Prevención**
 - Por parte de las empresas, asociaciones, mutuas, industria farmacéutica
- **Hospitalización**
 - Hospitales privados
 - Hospitales públicos de gestión privada

Otros grandes retos

- Los profesionales sanitarios
- Calidad
 - Mejora en la atención - datos médicos - resultados en salud
 - Asistencial – humanización real de la atención sanitaria

Sostenibilidad

- Las pirámides demográficas – la cuarta edad
- El coste de las nuevas tecnologías en los sistemas sanitarios
 - La genética en la medicina
 - Tecnologías sanitarias – la obsolescencia de la farmacología y de la tecnología
 - Digitalización de la sanidad – *big data*
- Enfermedades no transmisibles: diabetes, cardiovascular, oncología, enfermedades neurológicas

LA SALUD EN CUBA Y ESTADOS UNIDOS

Apuntes de la presentación realizada en el VI Encuentro de Pensamiento y Propuestas del Centro de Estudios Convivencia, *Florida International University*. Miami, 15 de febrero de 2019

Rafael Sánchez (médico ginecólogo)

Buenos días, amigas y amigos, a manera de introducción permítanme un brevísimo comentario sobre la presentación de la Dra. Carmen Isolina Egea sobre el sistema de salud en España.

Tuve el privilegio de estudiar casi la mitad de la carrera de medicina en Madrid pues salí de Cuba empezando el 5º año en el plan de 7 años.

Lo primero que me dijeron fue: “si quieres sacar buena nota en cirugía hazte alumno de la cátedra” y así lo hice; el profesor era el Dr. Martín Lago.

Yo veía en consulta externa alrededor de 50 pacientes al día (casi todos de provincia, campesinos, “paletos” les llamaban) a los cuales no se les cobraba ni una peseta pues todo era gratuito.

Pasados los años estando en Madrid en una reunión de la Internacional Demócrata Cristiana, IDC, el Dr. Ricardo Arias Calderón se desmayó y hubo que llamar a los rescatistas; yo fui con él en la ambulancia. Estuvo en el hospital más de 24 horas y le hicieron todo tipo de pruebas. Pues bien a la hora de darle el alta no tuvo que pagar un centavo; yo calculo (comparado a los Estados Unidos) unos 20.000 Euros; ¿quién sufragó los gastos? no lo sé, pero es evidente que el sistema funciona y es posible implementar un sistema de salud que garantice cobertura a todos los ciudadanos.

El tema de esta charla es básicamente una breve presentación de los sistemas de salud en Estados Unidos y en Cuba.

El sistema hospitalario en los Estados Unidos está compuesto de hospitales privados y públicos o estatales, así como de innumerables centros ambulatorios; en términos económicos, en todos hay que pagar por los servicios y aunque se traten lo mismo personas con seguro y sin él, al terminar la estancia en el hospital, todos tienen el compromiso de pagar, aunque sea una mínima cantidad algunas veces de por vida.

La proporción de número de hospitales en relación con la población es adecuada y tanto en áreas urbanas como en áreas rurales el número de camas también es adecuado. En Miami, por ejemplo, contamos entre los hospitales

privados con el Mount Sinai, Mercy, South Miami, Baptist, Larkin, Palmetto, Doctors, Hialeah; entre los públicos el Jackson Memorial Hospital y Jackson North y South.

La carrera de medicina en los Estados Unidos consta (después de terminar el bachillerato) de 4 años de college con un título en la mayoría de los casos en Ciencias, Química y Biología; luego 4 años de medicina de los cuales 2 son de ciencias básicas y 2 de especialidades. Cuando se gradúa no puede ejercer a no ser que saque el examen del board del Estado y cada Estado tiene su propio board de manera que el médico que ejerce en el Estado de la Florida, si quiere ejercer en otro Estado tiene que sacar el examen de ese board estatal. Hace algunos años existía lo que se llamaba el “National Board of Medical Examiners” el cual permitía ejercer en todos los Estados excepto en la Florida.

Cuando el médico se gradúa tiene que hacer un entrenamiento que, dependiendo de la especialidad, toma entre 3 y 5 años pasados los cuales tiene que aprobar el board de la especialidad que toma entre 2 a 3 años.

Ahora ¿Qué sistema existe en los Estados Unidos?; en mi opinión en estos momentos el sistema es caótico y funciona como tal; veamos:

- 1. Seguros de grupo:** estos son a través de empresas, negocios, etc. Y generalmente es un contrato de esa empresa con una compañía de seguros. La mayoría son insuficientes y tienen siempre un copago el cual sale del bolsillo del asegurado.
- 2. Seguros individuales y de familia:** en este caso la persona o familia hace un contrato con la aseguradora previo a la toma de la historia médica y un examen físico riguroso donde sí se encuentra una enfermedad crónica, como diabetes, automáticamente se descalifica al paciente. Estos seguros son muy costosos y tienen un deducible muy alto, muchos de ellos empiezan en \$ 5.000 y de ahí aumentan según la edad de los asegurados.
- 3. PPO:** Igual al # 1 pero más económicos y la prima suele ser también menor.

Con estos tres el asegurado o paciente tiene la libertad de escoger el médico (siempre y cuando este aparezca en la lista de dicho seguro y esto ocurre cuando el médico a su vez ha establecido un contrato con la aseguradora.

En los 3 sistemas existe el copago al que me referí anteriormente cuando les dije que el paciente tenía que pagar de su bolsillo.

- 4. Medicare:** es un programa nacional de salud que comenzó en 1966 bajo la administración del Seguro Social y actualmente está administrado por el Centro para los servicios de Medicare y Medicaid. Provee

seguro de salud para las personas de 65 años o más y también para otras personas más jóvenes con discapacidades determinadas por la administración del Seguro Social. Las personas deben haber contribuido al mismo, igual que al Seguro Social, ambos del Estado; el paciente tiene derecho a cobertura médica, que, dicho sea de paso, solamente cubre el 80 % del total de cualquier servicio por lo cual el asegurado tiene que inscribirse en un seguro privado (llamado suplementario) para que éste le cubra el restante 20 %. Por ejemplo en mi caso USAA. Este es un seguro en el que estoy inscrito desde que estaba en el ejército y actualmente es para mi esposa y para mí.

5. **Medicaid:** este es un programa de seguro del gobierno federal y estatal para personas de todas las edades que ayuda con los costos médicos para personas con ingresos y recursos limitados o que sufren de alguna enfermedad que no les permite generar ingresos. En este caso la mayoría son niños y minusválidos. Es administrado por los Estados. Actualmente hay unos 74 millones de personas de bajos ingresos o con discapacidades bajo este sistema
6. **HMO:** esta modalidad fue iniciada en 1930 y en nuestra área hace unos 40 años por un cubano llamado Miguel Recarey y lo hizo siguiendo más o menos el sistema mutualista que había en Cuba, Hijas de Galicia, Las Católicas Cubanas, La Covadonga, Cooperativa Médica Dependiente, etc. y ha proliferado sobre todo en el sur de la Florida pero se ha extendido a la mayoría de los Estados Unidos y trabaja exclusivamente a través del Medicare o sea, aquellas personas que tienen Medicare pero no tienen los medios para pagar un seguro que cubra el 20 % que como dije anteriormente, no cubre el Medicare, se enrolan en estos centros que a su vez establecen un contrato con el Medicare.

En estos momentos el monto de dicho contrato está alrededor de \$ 3.000 por paciente se enferme o no, necesite un servicio o no (cirugía, ingreso a un hospital, etc.).

Estos centros ofrecen servicio de transporte, lentes, dentista, farmacia, etc. Muchos de ellos reparten café, pastelitos, etc.

En estos centros el paciente no puede escoger el médico que quiera sino el que esté disponible o sea que la idea de poder escoger al médico por sus cualidades como: ¿dónde se graduó?, ¿qué tipo de entrenamiento tiene? ¿Está certificado en el board nacional de su especialidad? ¿Es atento, compasivo, humano, lo que se llama en inglés “*good bedside manners*”?

Nada de esto existe cuando el paciente se enrola en este tipo de cuidado de salud.

Como les decía al principio, para mí, es una situación caótica en la cual nadie está contento, especialmente el paciente.

Ante esta situación y ante el hecho de que hay aproximadamente 30 millones de personas sin seguro el gobierno del presidente Obama quiso implementar una ley de seguro universal, el cual tuvo mucha oposición en el Congreso y en el Senado de los Estados Unidos y al final, la ley que se aprobó es un híbrido, una especie de cuerpo de león, cabeza de gato, patas de araña, llamado “Affordable Healthcare Act”, el cual muchos dicen que es mejor que no tener nada y que se ha hecho muy popular a pesar de tener en contra a la actual administración siendo el tema de la subsidiariedad y la obligatoriedad los principales componentes de la medida conocida entre la población como “Obamacare” y que no han podido derogar aunque si el hecho de la obligatoriedad se ha suprimido. Es decir, lo que en países como Gran Bretaña, Alemania, Bélgica, Francia, Canadá, España, Noruega, Suecia y otros es normal que los jóvenes en edad productiva y que, lógicamente se enferman menos, está obligada a pagar seguro para así compensar a la población que no produce como ancianos, niños, enfermos. En cuanto al costo de los medicamentos – en los Estados Unidos – este sobrepasa cuatro veces el costo promedio en el mundo. Les pongo el ejemplo del Ventolin, un inhalador a base de Albuterol que se usa para el asma; en los Estados Unidos cuesta \$ 140.00 mientras que en España cuesta 4 euros.

A este panorama hay que agregar las demandas por mala práctica, pero no solo los médicos están expuestos a eso, también las compañías farmacéuticas por productos que causan efectos secundarios, las compañías de seguros en casos de enfermedades catastróficas, los hospitales, en fin, nadie en este sistema de salud esta inmune a las demandas y le pongo un ejemplo que me toca muy de cerca, en el caso de un gineco-obstetra en el sur de la Florida el promedio es de 1 demanda cada 5 años.

Antes de retirarme de la práctica el seguro de mala práctica en mi oficina (éramos 3 médicos) era de \$ 700.000 al año, de ahí que la inmensa mayoría de los médicos hoy en día no estén asegurados.

Además, el costo de la atención al paciente sube enormemente pues el médico ordena muchas veces exámenes redundantes para evitar ser demandado si algo ocurre relacionado con el número de exámenes ordenados.

Después de este breve recuento cabe la pregunta de si este país que está a la cabeza del mundo en renglones como economía, poderío militar y otros, tiene un sistema de salud adecuado.

¿Qué sistema tiene Cuba?

Antes de definir qué sistema de salud sería efectivo en el futuro de Cuba tendría que hacer un breve recuento sobre el sistema de salud antes y después de 1959.

La carrera de Medicina en la Universidad de La Habana (la única que contaba con una escuela de Medicina) era de 7 años: los 3 primeros eran de ciencias básicas y los otros 4 eran de medicina interna, cirugía y especialidades.

El médico cuando se graduaba empezaba a ejercer la profesión sin ningún tipo de entrenamiento salvo los primeros 20 expedientes que, si se entrenaban en hospitales universitarios como el Calixto García, Reina Mercedes y otros, el resto (se graduaban más o menos 80 de 500 que empezaban) abría una consulta y colgaba el cartel de cirujano, pediatra o cualquier especialidad, quizá porque había rotado como alumno en alguna de estas especialidades.

Los servicios médicos se ofrecían de la siguiente manera:

- 1. Seguros privados:** escasos y al alcance de unos pocos que contaban con recursos para pagarlos. Recuerdo a uno de los más conocidos Godoy y Zayán.
- 2. Clínicas mutualistas:** Centro Gallego, Centro Asturiano, Hijas de Galicia y muchas otras donde por 2 pesos al mes sus miembros tenían acceso a consulta externa, medicamentos y hospitalización.
- 3. Hospitales** de la Policía del Ejército y de la Marina (para miembros y familiares)
- 4. Clínicas privadas** un sin número de ellas.
- 5. Centros hospitalarios del Estado:**
 - a) Hospital Universitario Calixto García
 - b) Hospital Reina Mercedes
 - c) Clínica del Estudiante (para estudiantes universitarios)
 - d) Hospital Kourí (para enfermos de cáncer)
 - e) Hospital psiquiátrico de Mazorra
 - f) Hospital “Las Animas” (para enfermedades infecciosas principalmente la tuberculosis)
 - g) Hospital de Maternidad “América Arias”
 - h) Maternidad Obrera
 - i) Hospital Infantil Municipal
- 6. Casas de socorro** (equivalente a urgencias)

Ahora bien, esto era en la capital y en menor escala en las capitales de Provincia. Uno tomaba la carretera central y a 5 kilómetros a ambos lados de esta encontraba personas que nunca habían visto a un médico.

¿Qué cambios hizo la Revolución?

1. Se cambió el pensum universitario de 7 años a 6 años.
2. Se estableció un programa de entrenamiento oficial para todas las especialidades.
3. Antes de poder ejercer el graduado tenía que ir a los que se llamó “Servicio Médico Social Rural” por un año, después se prolongó a 2 y actualmente es variable de acuerdo con necesidades asistenciales
4. Se reconocieron títulos de especialistas de 1º y 2º grado de acuerdo con experiencia, estudio y exámenes de capacitación.
5. Se estableció el “médico de familia” y abrieron hospitales municipales y provinciales.
6. Se crearon 23 escuelas de medicina en todo el territorio nacional.
7. Todo esto dentro de un sistema totalmente gratuito.

Se desprende de todo lo expuesto que en un momento dado se haya considerado a “la salud en Cuba” como uno de los logros de la Revolución.

Todo esto tiene un elevado costo y no hubiera sido posible sin el subsidio de más o menos \$ 5.000.000.000 al año de la Unión Soviética y un inmenso sacrificio del pueblo cubano que durante más de 40 años no recibió un aumento de sueldo, trabajó en el campo y sufragó todos los meses una cantidad para su educación, salud y otros renglones.

Hoy en día el sistema de salud en Cuba ha decaído debido a que se acabó el subsidio de la Unión Soviética, ha disminuido la ayuda de Venezuela y el presupuesto nacional no alcanza para mantener el sistema de salud; de ahí que el gobierno utilice a los médicos como fuente de divisas al enviarlos mediante contratos a países donde el número de médicos es insuficiente para atender las necesidades de la población.

No me extendiendo pues sobre este tema del balance del actual sistema de salud en Cuba nos hablará el profesor Carmelo Mesa Lago.

Con esto termino.

Muchas gracias.

Participantes

Pinar del Río. Cuba. Sep.-dic. de 2019

De la Isla:

1. Dagoberto Valdés Hernández (Director)
2. Dimas Castellanos Martí (Consejo Académico)
3. Yoandy Izquierdo Toledo (Consejo Directivo)
4. Rosalia Viñas Lazo
5. Jorge L. Guillén García
6. Jorge I. Guillén Martínez
7. María de la Caridad Martínez
8. Ariel Pérez González
9. Néstor Pérez González
10. Alfredo Pérez González
11. Juan Pablo Pérez González
12. Nora M. Mesa García
13. Eusebio Alfredo Pérez
14. Ángel Mesa Rodríguez
15. María del Carmen Gort
16. Olimpia González Núñez y Comunidad Teresiana en Cuba
17. Reinaldo Escobar Casas

Participantes

FIU, Miami. 15-16 febrero de 2020

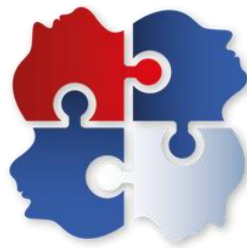
De la Isla:

1. Dagoberto Valdés Hernández (Director)
2. Jorge I. Guillén Martínez (Consejo Directivo)
3. Dimas Castellanos (Consejo Académico)
4. María Caridad Campistrous Pérez

De la Diáspora:

5. Rogelio Núñez Castellano (Universidad Francisco de Vitoria, Madrid)
6. Carmen Isolina Egea (Universidad Francisco de Vitoria, Madrid)
7. Carmelo Mesa – Lago (Consejo Académico)
8. Pedro Campos Santos (Consejo Académico)
9. Armando Chaguaceda Noriega (Consejo Académico)
10. Johana Cilano Pérez (Consejo Académico)
11. Carlos Manuel Rodríguez Arechavaleta
12. Amaya Altuna
13. Rafael Sánchez
14. Arnoldo Muller
15. Marta Rosa Trujillo
16. Marta Carbonell
17. Oilda del Castillo
18. Pedro Camacho
19. Pedro Pablo Álvarez
20. René Hernández Bequet
21. Siro del Castillo
22. Francisco Rodríguez
23. Elaine Acosta
24. Mario Félix Lleonart
25. Yoaxis Marcheco
26. Daniel Pedreira
27. María Emilia Monzón
28. Sebastián Arcos
29. Santiago Morales
30. Oscar Vázquez
31. Oscar Visiedo
32. Milva Lissabet de Ortega
33. Helio González
34. Héctor Caraballo
35. María Werlau
36. Sixto García
37. Nazario Vivero
38. Javier Peña
39. Alfredo Nassis

CENTRO DE ESTUDIOS
CONVIVENCIA



...pensando Cuba

www.centroconvivencia.org

(Propuestas-Centro de Estudios Convivencia)
Pinar del Río, Cuba. 30 de septiembre de 2021