

# Reinvertir las Misiones: Hacia una gobernanza progresista de la salud pública

—• Por Armando Chaguaceda •—



Por estos días de pandemia se ha debatido mucho el tema de la presencia internacional del personal de salud cubano. Intercambiando con colegas sobre ese tópico, me quedé pensando en la necesidad de explorar otras aristas desatendidas por el *mainstream* de la cobertura mediática y política del tema en cuestión. El cual ha sido capturado por posturas mayoritariamente confrontadas en torno a los móviles y la legitimidad de las llamadas Misiones, con miradas que oscilan entre el rechazo absoluto o la defensa sin fisuras de aquellas.

Tal vez sería útil repensar el tema de otro modo: atendiendo a su dimensión e impacto internos dentro de la sociedad cubana, considerando la posibilidad de un escenario *subóptimo* —uso aquí el término empleado por los economistas y expertos en salud humana— capaz de combinar, en equilibrio, la mayor cantidad de mejoras para el mayor número de personas y problemas posibles. Desarrollo a continuación unas ideas previamente compartidas en la prensa y foros alternativos de esfera pública cubana; procurando transitar de un enfoque excesivamente ideológico a una mirada centrada en las políticas y servicios públicos. Todo desde la perspectiva de alguien cuya formación y nexos profesionales —en el área de las ciencias políticas— y sus afectos familiares —afincados en la isla— le hacen particularmente sensible al tema.

Han pasado muchos años en los que millones de dólares han ido a las arcas de La Habana gracias al aporte de decenas de miles de especialistas cubanos empleados en el exterior, lejos de sus familias y pacientes. Como señala el Dr. Gómez Dantés —reconocido experto internacional y conocedor del sistema de salud isleño— las Misiones médicas cubanas cumplen hoy con objetivos estrictamente solidarios en casos específicos, como el apoyo a los brotes de ébola en Áfri-

ca. Tan solo en 2018, el ingreso fue de casi 6 400 millones de dólares dentro de un total por 14 000 millones de USD reportado por las estadísticas del gobierno cubano. Un informe de la Oficina Económica y Comercial de España en La Habana cifra, refiriendo fuentes oficiales, unos 9 000 millones captados por la venta de servicios profesionales, en especial de personal sanitario. A partir de lo investigado por el economista Carmelo Mesa-Lago y los testimonios de la propia población, solo una pequeña cantidad de las divisas provenientes de la venta de servicios profesionales se invierten en el sistema de salud. La evidencia empírica disponible no justifica, por tanto, la desposesión de esa cobertura sanitaria en aras de una inexistente mejoría económica general.

La mejor legitimación de las Misiones descansaría en la (tan postergada) mejora de los servicios médicos en la isla, incluidos en esta la atención a los pacientes y las condiciones del personal. Ello se traduciría en que cualquier ingreso proveniente de la exportación de servicios médicos se reinvertiera directa y palpablemente en la mejora de infraestructura, el aumento de los salarios, la actualización del equipamiento, el abastecimiento de insumos y medicinas. Todo ello es importante por el deterioro acumulado en los últimos 30 años en la salud pública insular. Lo cual contrasta con los montos multimillonarios devengados por el Estado cubano, en ese mismo lapso temporal, a partir de sus acuerdos de colaboración y prestación de servicios de salud con otros gobiernos.

Y es que el sistema de salud cubano acumula, en las últimas décadas, el lógico deterioro derivado de la prolongada crisis socioeconómica emergida en el llamado Período Especial. A ello se le suman otros factores que abarcan tanto los efectos del cambio demográfico —paradójicamente, el aumento de la esperanza de vida conseguido en estos años— como los hábi-

tos nutricionales y de estilo de vida de la población. Como ha señalado el Dr. Octavio Gómez Dantés, el sistema de salud de Cuba tuvo su momento cuando predominaban en el país las enfermedades pre-transicionales —infecciones comunes, desnutrición y problemas relacionados con la reproducción— y se recibían generosos subsidios de la Unión Soviética. En ese entonces, se consiguieron los indicadores favorables —en particular la tasa de mortalidad infantil y la tasa de médicos per cápita, la más alta del mundo— que son internacionalmente reconocidos.

De acuerdo con un reporte de mortalidad materna del año 2015, coproducido por un grupo de entidades de las Naciones Unidas —la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo Mundial de Población y la División de Población de la ONU— junto al Banco Mundial, la tasa de mortalidad materna en Cuba es de 39 por cada 100 000 nacidos vivos. En la región, hay otros resultados positivos: 28 en Belice, 27 de Barbados y Granada, 25 en Costa Rica, 22 en Chile y 15 en Uruguay. Esto sucede cuando ya predominan en Cuba —como en toda América Latina— las enferme-

dades crónicas no transmisibles, mucho más complejas y costosas que tratar que las infecciones comunes. Y esto ha complicado enormemente la atención a la salud en la isla. Algunos indicadores, que dependen tanto de factores ambientales como sociales —tabaquismo, suicidio de población masculina— son preocupantes, incluso para la región latinoamericana. De forma que hay mucho por donde empezar a recuperar, reforzar y reformar el sistema de salud pública insular.

Así, algunas cosas podrían repensarse. Recuperar —en lo relativo a dotación y personal— a lo largo de todo el país, el programa del Médico y Enfermera de la Familia, que hizo de la medicina comunitaria y preventiva cubana un referente mundial. Con el recurso proveniente de las Misiones podría recuperarse ese importante y emblemático escalón básico del sistema de salud pública cubano, con un papel importante en un país con alta tasa de personas de la tercera edad, hipertensas, asmáticas y diabéticas. Este vivió su gloria en la segunda mitad de los años 80, para sufrir después el impacto de la salida masiva de personal a Venezuela.



En ese momento se procedió a procesos de compactación del servicio —decididos con una lógica inapelable que recordaba los ajustes neoliberales— los cuales implicaron la asunción por un consultorio de los pacientes de otros módulos aledaños. Por solo citar un ejemplo, en los barrios periféricos de la capital —como Guanabacoa y Habana del Este— durante la primera década del presente siglo el personal de varios consultorios fue enviado a las Misiones, quedando a veces un único doctor y enfermera a cargo de la atención de manzanas enteras con miles de habitantes. Según Carmelo Mesa Lago, a partir del análisis de datos oficiales cubanos y otras fuentes secundarias, alrededor de la mitad de los médicos de familia han salido el extranjero, reduciendo el acceso interno a la atención primaria. La Oficina Económica y Comercial de España en La Habana indicó que la «exportación de servicios ha creado un déficit interno de estos profesionales pues aproximadamente un tercio de los médicos cubanos está en el exterior».

Siendo un tema de interés público, el impacto de la exportación de servicios médicos debería considerar el criterio del personal afectado por tal agenda. Utilizando la institucionalidad ya existente del llamado Poder Popular, en los Consejos Populares y circunscripciones podrían crearse espacios —comisiones permanentes y asambleas de vecinos— en los cuales los funcionarios de salud, el personal médico y la población interactuaría, de forma ordenada, informada y participativa, para establecer mecanismos de rendición de cuentas, monitoreo y planificación participativa sobre la marcha de la salud pública en el ámbito comunitario. El redimensionamiento de la atención de primer nivel podría contar con una mejor herramienta para su implementación. Se darían los primeros pasos, en el nivel local y sin transformar radicalmente el orden vigente, hacia una auténtica Política Pública en materia de salud, hoy exclusivamente en manos de los funcionarios gubernamentales. Hay experiencias regionales —como los Consejos Gestores de Salud en Brasil, de larga data y potenciados por los gobiernos del Partido del Trabajo— que podrían servir de referencia en este aspecto.

Asimismo, el salario del personal médico y auxiliar debería ser sustancialmente mejorado, contando con las divisas provenientes de su exportación. En las Misiones, el personal no debería ganar menos que el salario básico que sus homólogos nativos vinculados al sector público devengan por las mismas actividades. Hay que recordar que, aunque los países extranjeros pagan bien por los servicios médicos —por ejemplo, Caracas paga por cada especialista cubano un promedio de siete veces lo devengado por un médico venezolano—, el grueso del lo que se abona va al Estado cubano. En Cuba, el

personal debería recuperar como mínimo una capacidad adquisitiva comparable a la que disponía a fines de los años 80, época dorada del sistema de salud isleño. Los aumentos en este rubro, aprobados por el Estado cubano en años pasados, no llegan a esa cifra.

El paradigma de *trabajo decente* de la Organización Internacional del Trabajo podría servir como eje del nuevo enfoque de organización y retribución del aporte de los especialistas cubanos, dentro y fuera del país. Es menester dignificar, material y profesionalmente, el ejercicio de la medicina y otras labores sanitarias, que tan decisivas se han revelado en la actual coyuntura de pandemia global. Las prácticas ilegales —el cobro por servicios y medicamentos, la venta de material robado, la realización de trabajos ajenos a la profesión— o, en el otro extremo, el abandono del sector, no pueden ser las opciones que asedian en Cuba al personal de salud, incapaz de llegar al fin de mes con sus ingresos profesionales.

Según la información disponible sobre el volumen de ingresos por exportación de servicios médicos, acometer tales mejoras salariales no afectaría la retención por el gobierno cubano —que podría asumir el rol de agencia centralizada a cargo de la contratación y envío del personal— un monto apreciable del dinero recaudado. En tal sentido, el marco contractual que regularía la prestación de servicios al exterior debería fijar, de forma clara y no lesiva, las modalidades, honorarios y temporalidades del trabajo prestado, así como las responsabilidades de los dos gobiernos —cubano y contratante— para con el personal contratado.

Nada de esto implicaría necesariamente la culminación de la exportación de servicios médicos, pero sí su adecuación a mejores prácticas y a fines orientados al desarrollo social de la nación cubana. El gobierno —que retendría la rectoría y altos volúmenes de ingreso—, el personal de salud —que ganaría más salarios y preservaría derechos— y la población —cuya atención y participación en materia sanitaria mejorarían— serían todos ganadores bajo un enfoque reformado de la actual política. Los gremios médicos de los países receptores no tendrían en sus homólogos cubanos competidores desleales; quedando en su cancha la decisión de atender las zonas y poblaciones marginadas de sus naciones.

Tal ruta no implica olvidar la necesidad de cambios mayores —y progresistas— en el deteriorado sistema de salud cubano. Hay que revisar la experiencia de países vecinos como Costa Rica o Uruguay —también pequeños y escasos en recursos naturales como los hidrocarburos— que han construido sistemas de protección social adecuados, sin sacrificar el desarrollo político o la prosperidad económica de su población. Es preciso recuperar la memoria de buenas

prácticas en materia de gestión social de la medicina —como las clínicas mutualistas y cooperativas— existentes en la historia de Cuba.

Se necesita además abrir la discusión —especializada y ciudadana— acerca de los candados legales y de otro tipo que se erigirán a la privatización/mercantilización de los servicios sanitarios; algo que no solo ha afectado a los países en transición de Europa del Este, sino también a gobiernos aliados como China y Vietnam. Todo eso, más otras acciones y propuestas por considerar, deberían formar parte de la adecuación del sistema actual hacia un modelo de salud pública integral, que combine la medicina preventiva, con sectores de alta especialidad —incluidos la lucha contra el cáncer y las pandemias— y el cuidado a poblaciones crecientemente vulnerables —como los ancianos— para la Cuba futura.

#### Notas:

1 Agradezco los comentarios recibidos del economista Dr. Carmelo Mesa-Lago, la socióloga Dra. Elaine Acosta y el experto en salud pública Dr. Octavio Gómez-Dantés durante el proceso de elaboración del presente texto.

2 Ver *Cuba's health system: hardly an example to follow*, Health Policy and Planning, 33, 760-761, Oxford University Press & The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2018 y *The Dark Side of Cuba's Health System: Free Speech, Rights of Patients and Labor Rights of Physicians*, Health Systems & Reform, 4:3, 175-182, 2018.

3 Ver <https://www.cibercuba.com/noticias/2019-08-04-ui-e199352-s2706I-gobierno-cubano-gano-6400-millones-venta-servicios-salud-2018>

4 Ver [http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/panoramaeconomico\\_y\\_social2018.pdf](http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/panoramaeconomico_y_social2018.pdf)

5 Ver <https://www.icex.es/icex/GetContentGestor?d-DocName=486048>

6 Ver Mesa-Lago, Carmelo y Pavel Vidal (2019) *El impacto en la economía cubana de la crisis en Venezuela y las políticas de Trump*. Madrid, Instituto Elcano de Estudios Internacionales, Documento de Trabajo, mayo.

7 Ver WHO, UNICEF, UNDP, World Bank, United Nation Population Division *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015*, Geneva, 2015, WHO.

8 Ver <https://www.icex.es/icex/GetContentGestor?d-DocName=486048>

9 Para comprender la especificidad de un enfoque de Políticas Públicas ver de Luis F Aguilar Villanueva: *Gobernanza y gestión pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006; así como *Política Pública*, México, EAPDF-Siglo XXI Editores, 2010.

10 Ver Gomes, Eduardo Granha Magalhães. *Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente*, Cadernos EBAPE.BR, 13(4), 2015, pp. 894-909 e Isunza, Ernesto *Los consejos gestores de políticas públicas: una vía para la participación ciudadana efectiva*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2015.

11 Ver <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>

