

# Para marchar hacia el futuro

**Soy del pueblo, pueblo soy, y a donde me lleve el pueblo voy...**

**Carlos Puebla, "Soy del pueblo"**

Este mes se cumplieron 55 años del asesinato del comandante revolucionario Ernesto Ché Guevara, quienes aprendimos a quererle y creemos en su incuestionable entrega a los procesos revolucionarios, a las luchas de liberación nacional tan necesarias en el mundo, reflexionamos sobre el ejemplo del médico revolucionario y del pueblo cubano dispuesto a ser libre, humano, solidario, justo y digno.

Las líneas que compartimos versan sobre la práctica médica y el papel de los profesionales de la salud en nuestro país, particularmente a partir de conocer la noticia sobre la contratación de médicos cubanos para solventar la consulta en el primer nivel de atención, especialmente en algunas de las comunidades más vulneradas de nuestro país.

Las reacciones en contra a esta decisión no se hicieron esperar, muchas de ellas surgidas del mismo gremio de salud. Ambos eventos pueden ser entendidos de mejor manera si se contextualizan.

## **Servicios de salud y la práctica médica.**

En las últimas décadas hemos vivido las consecuencias de las reformas estructurales que el sistema capitalista neoliberal introdujo en los Estados Nación, en el sector salud se reflejaron en procesos de descentralización y privatización de los servicios, así como la disminución del gasto en salud; en términos de las características de nuestro Sistema Nacional de Salud podemos decir que es un sistema clasista, fragmentado, desigual y con problemas de financiamiento que

no puede hacer frente a la demanda real de la población que se inserta en una complejidad epidemiológica en la que tenemos aumento de desigualdad y pobreza, incremento de desempleo y precarización del trabajo, enfermedades asociadas a la pobreza y carencia de alimentos, enfermedades infecciosas y enfermedades transmitidas por vectores, sumado a la emergencia de enfermedades crónico degenerativas, trastornos mentales, accidentes laborales y lesiones graves por violencia.

En el Informe sobre el Desarrollo Mundial se reconoce que particularmente para los sectores más pobres y vulnerados la morbilidad es mayor, muchas enfermedades pueden prevenirse o curarse a bajo costo; que las tasas de mortalidad en la niñez son diez veces más altas en países pobres; la mitad de muertes evitables son consecuencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, exacerbadas por malnutrición; y las tasas de mortalidad materna son 30 veces más elevadas. (Banco Mundial, 1993).

El milenio comenzó con el cambio de una era gobernados por el PRI como partido de Estado a un gobierno de derecha encabezado por Vicente Fox, en este periodo, específicamente en el año 2002 y como eje de la política de salud, se implementó lo que se conoció como Seguro Popular, un sistema de salud que pretendía la cobertura universal mediada por el mercado, con un sistema con proveedores tanto del sector público como del privado, y que basaba su esquema de aseguramiento en la población que no tenía acceso a seguridad social, la cual tenía que afiliarse como condición para la atención, y en la que su esquema de prestación de servicios era limitado al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), un conjunto de diagnósticos y tratamientos restringidos a los que únicamente los asegurados podían acceder.

La alternancia política en el sexenio resultó no sólo una continuación del régimen político neoliberal imperante sino su acentuación. Cada régimen se reproduce y sostiene de acuerdo a su planteamiento ideológico, y, por tanto, los esfuerzos implementados en la formación académica corresponden a los intereses y necesidades precisados. En el terreno de la educación, existen mecanismos clasistas que limitan el acceso a ella, uno de ellos fue la implementación de exámenes de ingreso a nivel medio superior, que, de acuerdo con datos del Ceneval, hay una relación directa entre los estudiantes que tienen un “mejor desempeño” en la prueba y acceden a estudios de nivel medio y superior en instituciones de mayor prestigio, con el mayor grado de estudio de sus padres y mayor ingreso familiar, es decir que el acceso a la educación es elitista y es precario o negado para el 76.5% de la población del país que vive en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social (CONEVAL e INEGI 2020).

En el ámbito de la salud, la educación universitaria de profesionales de la salud fue orientada a un tipo de formación que se acoplara a las necesidades del régimen neoliberal aumentando el número de escuelas privadas. Esto llevó al desarrollo de médicos con características particulares: orientados en el tratamiento de la enfermedad y no enfocada en la salud; priorizando procesos curativos y no preventivos; colocando al hospital de tercer nivel (los cuales se localizan en ciudades grandes) como centro de sus aspiraciones; sitúa a la especialización como meta última; y, por tanto formando una visión centrada en la atención de lo excepcional y no de lo general; que ve usuarios de servicios de salud y no personas que acudían en busca de sus servicios de atención.

Esta dinámica llevó a una atención super-especializada de la

enfermedad que precisaba de médicos sub-especialistas los cuales necesitan herramientas diagnósticas muy costosas. Este nuevo y complejo proceso diagnóstico/tratamiento acentuó la elevación de los costos de atención, y por tanto creó una brecha en la atención entre quienes podían acceder (pagar) a ella y quienes no. La medicina se convirtió en un negocio muy rentable tanto para médicos como para farmacéuticas y otros actores del sector salud. Esto acrecentó a la profesión médica en un grupo de privilegio y élite. Se multiplicaron tanto las universidades como los hospitales y consultorios privados; durante el sexenio 2000-2006, hubo un desplazamiento del 50% de médicos del sector público al sector privado; creció la cantidad de aspirantes a ingresar a la carrera de medicina y hubo mayor restricción de cupos de admisión, así como un aumento de escuelas particulares, de las 194 escuelas de medicina en el país, 163 están registradas en el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A.C. y de éstas solo 40 tienen acreditación nacional con posibilidad de acceso para sus egresados al examen de residencias para su formación como especialistas.

En este contexto, en el año 2018 fue electo el actual gobierno bajo un discurso de “centro -izquierda y de transformación social” capaz de garantizar la gobernabilidad del país, y que, en la realidad ha resultado una perpetuación y continuación de las prácticas neoliberales como la reproducción del capital trasnacional, el extractivismo, la persecución y criminalización a defensores de derechos humanos y de la protesta social, así como el aumento del poder a las fuerzas armadas desde la militarización de la vida cotidiana en el país hasta el control de empresas estratégicas para el desarrollo económico, político y cultural en todo el territorio.

Una de las premisas con las que este gobierno se situó en el

poder fue el paso de un sistema descentralizador de los sectores estratégicos del país entre ellos los servicios de salud mediados por el mercado, al de la universalización de los servicios de salud basada en el derecho a la salud, con base pública y con énfasis en la atención primaria de la salud. La implementación de este nuevo sistema se encontró con una serie de obstáculos que impidieron su ejecución (además de la inesperada e impredecible pandemia de COVID-19), tanto a nivel ideológico como de infraestructura y recursos; el primer obstáculo evidente fue la cantidad de personal médico (y de salud en general) disponible, en 2018 cuando se presenta la propuesta había 2.1 médicos por cada 1000 habitantes; la OMS recomienda un mínimo de de 2.5 médicos por cada 1000 habitantes para alcanzar la universalidad de los servicios de salud, no así para alcanzar el cumplimiento del derecho a la salud que es más amplio. En 2021 México contaba con 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, cantidad por debajo de los 3.5 médicos por cada mil habitantes de los países de la OCDE (de la que México forma parte). Aunado a esta escasez, se encontró una distribución de este personal centralizada y concentrada en las mega urbes del país.

En otras palabras, no solo la cantidad de médicos necesarios para implementar este sistema de salud era insuficiente, sino que los disponibles se concentraban en las principales zonas urbanas como lo son Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, dejando desocupados la gran mayoría de consultorios de comunidades y poblaciones del país. El carácter del problema, abarcaba cantidad y distribución geográfica de personal médico en el país. Esto, en un sistema que pretende la universalización del sistema de salud como derecho teniendo como base la atención primaria de la salud, resulta en una implementación inejecutable.



Regresó Brigada Henry Reeve que asistió en México ante COVID-19. salud.msp.gob.cu. Marzo 2021

La respuesta oficial para contrarrestar esta situación fue planteada con mira en ambos problemas y en dos alcances: una a futuro, y otra a corto plazo. Para el largo plazo se propuso mayor cupo universitario de personal de salud; creación de universidades; propuesta para eliminar examen de ingreso a universidad; modificación del examen de residencias (ENARM) y, mayor cupo de aceptación para éstas, con lo cual se pretendía atacar el problema de cantidad del personal a mediano y largo plazo.

La estrategia a corto plazo con miras a contrarrestar el problema de la distribución de profesionales médicos, fue abrir una convocatoria para cubrir plazas a lo largo de los municipios del país, con sueldo base y prestaciones atractivas para el gremio. Como respuesta a esta medida se dio la insuficiente aplicación a los cupos ofertados, del 100% de la demanda ofertada solo se cubrió un tercio de las plazas, y la mayoría de las solicitudes aplicadas fueron para las grandes urbes del país, en donde como hemos dicho antes, se concentran ya la mayoría de los médicos generales y especialistas. La falta de instalaciones médicas de segundo y tercer nivel, la falta de vivienda, inseguridad, y bajos

salarios fueron los principales argumentos de los médicos para no laborar en zonas rurales, localidades de menos de 200 mil habitantes, y comunidades indígenas de nuestro país.

Con la intención de resolver el problema de la carencia de personal de salud, se anunció una segunda medida, la contratación inmediata de médicos extranjeros, específicamente médicos procedentes de Cuba.

### **Médicos al servicio de pueblo cubano, y al servicio de los pueblos del mundo**

Una vez dada a conocer la noticia de contratación de los médicos cubanos, las reacciones no se hicieron esperar, especialmente las declaraciones públicas de los sectores ultraconservadores y de derecha en el país, estas reacciones de desaprobación incluyeron médicos, asociaciones y colegios de medicina de México. El hecho de que el origen de los médicos que serían contratados era cubano, aumentó las críticas, al ser un país que mantiene su proceso revolucionario y solidaridad con otros pueblos desde hace más de seis décadas, a pesar del bloqueo estadounidense.

Así, el cuestionamiento del sector salud a la contratación de médicos cubanos tiene un fondo político ideológico, que obedece a un sistema de ideas neoliberal, donde un grupo privilegiado siente que se está atentando contra dichos privilegios y a su corto entendimiento de la salud como una mercancía y no como un proceso social y bien común de los pueblos.

En el apogeo de sus reacciones se formaron grupos de médicos y enfermeras de las distintas instituciones de salud públicas, que hicieron pequeñas manifestaciones con cartelones y que repartían propaganda impresa contra la contratación de los médicos cubanos porque, a decir de ellos,

les quitarían el trabajo. Otros sectores de médicos que laboran en hospitales privados, en sus declaraciones nos mostraron mediante redes sociales como tiktok, twitter, instagram, facebook entre otras, sus pensamientos más congruentes expresados en declaraciones clasistas y xenófobas que hacían eco de las voces contrarrevolucionarias en Estados Unidos repitiendo el monologo de tráfico humano y la esclavitud de profesionales de la salud cubanos.

“Aunque cada persona y cada pueblo tiene derecho a una vida sana y a disfrutar el privilegio de una existencia prolongada y útil, las sociedades más ricas y desarrolladas, dominadas por el afán de lucro y el consumismo, han convertido los servicios médicos en vulgar mercancía, inaccesibles para los sectores más pobres de la población”. (Castro, 2005).

Retomamos el discurso de Fidel Casto en el acto de constitución del Contingente Internacional de Médicos Especializados en Situaciones de Desastre y Graves Epidemias “Henry Reeve” y la graduación nacional de estudiantes de Medicina de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en septiembre de 2005 para mostrar la contradicción formativa de los profesionales de la salud en un sistema neoliberal, particularmente en nuestro país, frente a un país que tiene como política educar como una tarea revolucionaria.

“Hay que formar los médicos que requieran los campos, las aldeas, los barrios marginados y pobres de las ciudades del Tercer Mundo. Incluso en países inmensamente ricos, como Estados Unidos, decenas de millones de afroamericanos, indios, inmigrantes latinos, haitianos y otros, carecen de programa y asistencia médica.

Nosotros ofrecemos formar profesionales dispuestos a luchar contra la muerte. Nosotros demostraremos que hay respuesta a

muchas de las tragedias del planeta. Nosotros demostramos que el ser humano puede y debe ser mejor. Nosotros demostramos el valor de la conciencia y de la ética. Nosotros ofrecemos vidas.” (Castro, 2005).

Necesario es precisar que Cuba, es uno de los cinco países de un total de treinta y cinco países del continente que tiene reforma agraria, y fue producto de la revolución de 1959. Su gobierno nacionalizó todos los sectores estratégicos del país, mantiene una distribución equitativa de los beneficios de su desarrollo, la educación y salud son sectores estratégicos.

Es el país que mayor presupuesto destina al sector salud en el continente, con el principio de tener a la salud como un sector prioritario para la isla, la rectoría de su sistema de salud la tiene el Estado y es un sistema de salud gratuito, universal y accesible, lo cual quiere decir que hay una atención igual para una necesidad igual sin importar la capacidad de pago en el momento que sea requerida. Su enfoque de atención es preventivo, integral y curativo. La tasa de mortalidad infantil es de 4.0 por cada mil nacimientos, mientras que para Estados Unidos es de 5.9 y en México es de 12 por cada mil nacimientos. Cuba tiene el mayor número de médicos activos per cápita en el mundo, su índice de médicos por cada mil habitantes es de 9, en México tenemos 2.5 y en Estados Unidos son 2.6. (INEGI, 2021; BM, 2022)

Respecto a su esperanza de vida en el año 2019, para Cuba era de 78.89 años, para Estados Unidos es de 77.28 años, y 75.13 años en México. A dos años de iniciada la pandemia por COVID-19, la esperanza de vida para Cuba es de 78.9 años, para Estados Unidos es de 76.1 años y en México 72.1 años (CONAPO, 2022; BM, 2022). Entre otros factores, la carencia en el acceso a servicios de salud durante la pandemia ha sido

determinante en la reducción de la esperanza de vida en el país imperialista y en México. Cuba, sin embargo, no tuvo pérdida en la esperanza de vida de su población, incluso aumentó su esperanza de vida e hizo frente a la pandemia con recursos propios generando vacunas propias y enviando hasta marzo del 2021 un total de 58 brigadas médicas a más de cuarenta países del mundo.

El sistema de salud cubano ha sido reconocido por la OMS como “un modelo para muchos países, Cuba puede enseñar al mundo entero sobre el cuidado de la salud”, (OMS, 2020; PHO 2021), trabaja de la mano del sistema educativo nacional cubano, y a través de la ELAM brinda estudios gratuitos a miles de estudiantes de las naciones más empobrecidas del continente, brinda educación a miles de jóvenes de más de 83 naciones del mundo.

La Cuba revolucionaria y socialista ha exportado al mundo entero dignidad, solidaridad y esperanza, a través del programa Mais Médicos alrededor de 11 mil médicos cubanos llegaron a Brasil a donde los médicos de este país se negaron a dar atención médica en los barrios y comunidades más pobres y vulneradas, los profesionales de la salud cubanos tendieron la mano. (Minsap, 2022)

Con la operación milagro en los países del Caribe, Cuba a devuelto la vista o mejorado la calidad ocular de 3 millones 177 mil personas de 34 países en lapso de 17 años (Noda, 2021). A México vino una brigada de médicos cubanos que brindó consultas médicas a la población del Istmo de Tehuantepec durante los sismos que vivimos en 2017, en 2021 otra brigada médica apoyó en los momentos de crisis durante la pandemia por COVID-19.

Las misiones médicas de carácter internacional son hazaña de

la isla, los datos hasta el 2020, nos muestran que en 15 años de trabajo de la Brigada Henry Reeve participaron en ella 13 mil 497 profesionales de la salud; atendiendo a 4 millones 253 mil 533 personas, y salvando 93 mil 891 vidas en situaciones de desastre y graves epidemias, incluida la crisis del ébola en África Occidental (Minsap,2020).

Sin duda, lo que nos queda, es mucho por aprender de la experiencia cubana y de su experiencia en el terreno de la salud, repensar el papel que queremos ejercer quienes somos trabajadores en el ámbito de la salud y repensar el objetivo de la medicina que nos trasciende, objetivo que seguramente no es diferente al de los médicos cubanos contratados. Finalmente nos preguntamos si los médicos contratados fueran estadounidenses o europeos, ¿sería diferente la reacción en nuestro país?

**Oaxaca, México, 8 de octubre de 2022**