

**Carlos Lema Añón**

## ¿Lecciones desde Cuba?

En un estudio publicado recientemente en el [British Medical Journal](#) se concluye que la profunda crisis que sufrió Cuba en los años noventa se tradujo indirectamente en un descenso muy significativo de la mortalidad por enfermedades coronarias y por diabetes. Las razones de ello tienen que ver con una pérdida de peso moderada de la población (5,5 kg de media) y con un aumento del ejercicio físico moderado, producto respectivamente de la disminución de la ingesta calórica y de la escasez de combustible para el transporte.

Lo que me resultó sorprendente, una sorpresa agradable, es haber conocido este estudio en un periódico como *El País*, habitualmente hostil incluso hasta el ridículo ante cualquier información sobre Cuba. Lo hacía además con un titular en su edición digital que, quizá sin quererlo, apunta al núcleo de una cuestión importante; "[La lección de la crisis cubana para rebajar la mortalidad](#)". Obviamente la lección de la que habla, y a la que apunta el estudio, no es que debamos ver algo positivo en la crisis y en la penuria, o que haya algo deseable en una disminución forzosa del alimento y de la energía disponible para el transporte. No hay nada ejemplar en ello, para decirlo sencillamente. La lección aquí es que el caso de la crisis cubana de los noventa es un ejemplo casi ideal, de laboratorio, por así decirlo. Lo es porque permitió un estudio con datos completos en un período de tiempo muy largo, con una crisis muy profunda que provocó la mencionada escasez en muy poco tiempo y —esto será importante— sobre una población homogénea en términos de salud, es decir, sin grandes desigualdades socioeconómicas ni en el acceso a los cuidados de salud. En estas circunstancias es posible establecer una relación directa entre las condiciones citadas y un descenso en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes, por más que no sea posible decir si fue más importante la menor ingesta de calorías, la pérdida de peso o el aumento del ejercicio. Así, la lección de la crisis cubana para la reducción de la mortalidad, según este estudio, no es nada sobre las crisis económicas, sino sobre el hecho de que las políticas de prevención de este tipo de enfermedades habrían de estar dirigidas al conjunto de la población y que efectivamente el peso y el ejercicio tienen una gran importancia, por más que en el caso cubano viniesen dadas por circunstancias no queridas y, en su conjunto, indeseables.

Pero la crisis de los noventa en Cuba esconde otras lecciones útiles para la salud pública y para la gestión de las crisis económicas en lo que respecta a la salud de las poblaciones. Este tipo de lecciones son tanto más importantes en la presente crisis económica que sufrimos, uno de cuyos efectos está siendo el deterioro de la salud de la población. Este deterioro se ponía de manifiesto en un artículo publicado hace poco en otra prestigiosa revista médica, [The Lancet](#), en el que se concluía que la crisis financiera y la austeridad estaban constituyendo una fuerte amenaza para la salud pública en Europa, que ya se estaba empezando a sentir especialmente en países como España, Grecia y Portugal, algo que ya había advertido hace algún tiempo —incluso a pesar de su habitual conformismo político— la [OMS](#). Y todo ello sin tener en cuenta dos cosas. En primer lugar que las principales consecuencias de las políticas actuales de recortes, exclusión y privatización en el ámbito sanitario no se percibirán con toda su amplitud más que en el medio plazo. En segundo lugar, que el principal factor que afecta a la salud de las poblaciones en los países desarrollados no es tanto —sorprendentemente, pero la evidencia empírica es

demoledora al respecto— el acceso o la extensión de los servicios de salud, sino la desigualdad socioeconómica. Como se sabe, la desigualdad socioeconómica se ha disparado en el Reino de España, siendo hoy el [segundo Estado con más desigualdad en la Unión Europea](#), sólo por detrás de Lituania.

La lección de la crisis cubana de los años noventa muestra que no es ineluctable que una crisis económica, ni siquiera si es de enorme profundidad, necesariamente tiene que llevar a un deterioro grave de la salud o a un incremento de las desigualdades en salud. En definitiva, que hay otras políticas de salud posibles en situaciones de crisis, e incluso en una situación de emergencia, una vez que se establecen cuáles son las prioridades.

Se acepta generalmente que el régimen revolucionario cubano prestó desde el inicio una atención destacada a la salud pública, con resultados destacables en comparación con los países de su entorno. Sin embargo, el hundimiento de la Unión Soviética, con la que Cuba mantenía unas relaciones económicas privilegiadas que le permitían compensar el bloqueo norteamericano, provocó en los años noventa un desastre económico de proporciones enormes, lo que el gobierno cubano denominó “período especial”. Entre 1989 y 1993 el comercio exterior se redujo en un 80% y el PIB cayó un 34%. Paralelamente el bloqueo norteamericano que ya se venía produciendo durante tres décadas se intensificó con las leyes Torricelli y Helms-Burton. Lo que todo esto supuso para los programas de salud es imaginable. Así, la falta de divisas redujo a un tercio la importación de medicinas al tiempo que la industria farmacéutica local se deterioró por carencia de materias primas. Los efectos del bloque, que incrementaron las presiones a las multinacionales farmacéuticas para que no comerciaran con Cuba supusieron también un aumento de los precios, de forma que en 1994 Cuba pagó 5,2 millones de dólares por transporte de medicinas desde países de Europa o Asia que sólo habrían costado 1,4 millones en el caso de que se hubieran podido transportar desde Estados Unidos. Es una anécdota, pero significativa, que también se interrumpiese el suministro de libros de texto de medicina desde España: la editorial que los publicaba fue adquirida por la norteamericana McGraw Hill, que bajo las leyes del embargo no llegó a cumplir el contrato. La situación económica no empezó a revertirse sino en el año 1994, pero el tamaño de la economía era sólo del 65% respecto a 1989 y las importaciones se habían reducido para aquel entonces a la cuarta parte.

En términos de resultados de salud, todo este proceso significó un empeoramiento de las condiciones. Ya no sólo por las carencias provocadas en el sistema de salud, sino por el deterioro ya destacado de las condiciones nutricionales, así como por el resurgimiento de enfermedades tales como la tuberculosis o la diarrea. Vale la pena detenerse a considerar la cuestión nutricional. La ingesta de calorías se redujo un 40% de 1989 a 1993 y a pesar de que las políticas nutricionales intentaron proteger a los niños, a los ancianos y a las embarazadas, el porcentaje de nacidos con bajo peso subió del 7,3% en 1989 al 9% en 1993, después de los diez años anteriores de mejora del indicador. El nivel nutricional sólo se logró recuperar en 2001, mientras que el nivel de reducción de nacidos con bajo peso se recuperó algo antes, en 1998.

Sin embargo, frente a lo que suele ocurrir en situaciones de crisis económica, el ajuste estructural llevado a efecto en esos años no puso en cuestión el carácter público, gratuito y universal de la atención sanitaria. En destacable estudio de campo conducido por Nayeri y López Parado, publicado en 2005 en el [International Journal of Health Services](#), mostró que a pesar de la evidente escasez en servicios y atención hasta la recuperación de 1995, no se produjeron en

cambio graves problemas de desatención sanitaria ni —lo que es tan importante— un acceso desigual a la misma (incluso a pesar de introducirse reformas favorables al mercado y la oferta de tratamientos médicos a turistas como forma de ingresar divisas). Se vieron afectadas, sí, la atención secundaria y la terciaria debido a la falta de suministros y de tecnología médica, pero eso no ocurrió en el caso de la atención primaria.

Ciertamente la crisis tuvo consecuencias para la salud pública. Pero el hecho de contar con un sistema fuerte de asistencia universal que no fue puesto en cuestión durante la crisis, junto con una apuesta por la mejora de la atención primaria y la participación comunitaria, mitigaron los efectos sanitarios de la crisis e incluso, sorprendentemente, permitieron mejorar algunos indicadores básicos. Así, por ejemplo, la mortalidad infantil que en 1990 era de 10,7 por cada 1.000 nacidos vivos, se redujo en 1995 —durante el peor momento de la crisis— a 9,4 (e incluso a 6,5 en 2001).

El contraste puede venir incluso por lo que en esos mismos años ocurría en los países resultantes de la desaparición de la Unión Soviética: una catástrofe sanitaria de la mano primero del colapso de la economía y después por el deterioro de las instituciones sanitarias, las privatizaciones salvajes, el desmantelamiento de los servicios públicos, el aumento de la desigualdad y el deterioro de las condiciones de vida. El tránsito a una economía capitalista incrementó en Rusia de forma masiva el porcentaje de la población viviendo en condiciones de pobreza (la liberalización de precios de 1992-1993 supuso un descenso del 40% de los ingresos reales de la población). Con ello, los resultados en términos de salud medidos por los principales indicadores, reflejaron un empeoramiento con pocos precedentes en tiempo de paz. La esperanza de vida para los hombres cayó desde 63,8 años en 1990 a 57,6 en 1994 y aunque se recuperó en 1998 (61,4), volvió a caer a 58,5 en 2001.

El contraste sirve para resaltar la otra lección de la crisis cubana, es decir, que es posible mantener la protección de la salud en niveles razonables incluso en los peores escenarios de crisis. Llegados a este punto, sin embargo, soy consciente de que es casi una temeridad analizar el caso de Cuba para buscar alguna lección. Es casi imposible hablar de Cuba razonablemente por encima de todos los prejuicios, o evaluar un aspecto concreto sin tener que pasar por el fastidioso peaje del juicio sumario sobre su sistema político-social, sólo a partir del cual muchos formarán su criterio sobre lo escrito. Pero también lo es, en el tema que nos ocupa, por la incorporación que en esta experiencia de salud pública se hace de los elementos más destacables de la tradición latinoamericana de medicina social. Y ya se sabe que es una tradición que por considerarse periférica y subdesarrollada es invisible o fácil y displicentemente desechada desde el [centro](#). Creo, sin embargo, es lo que me anima a escribir esto, que no están los tiempos para —como suele denunciar Boaventura de Sousa Santos— desperdiciar experiencias.

**[Carlos Lema Añón es profesor titular de Filosofía del Derecho de la Universidad Carlos III de Madrid]**