

LA SALUD EN CUBA: PRESENTE Y FUTURO

Carmelo Mesa-Lago

Catedrático Distinguido Emérito de Economía y Estudios Latinoamericanos
Universidad de Pittsburgh

Miami, NACAE, 14 marzo, 2018

RESUMEN

Presente

Envejecimiento e impacto en la salud

Gasto social: salud

Indicadores de salud

Deterioro de la planta física y escasez de medicinas

Reducción del personal de salud

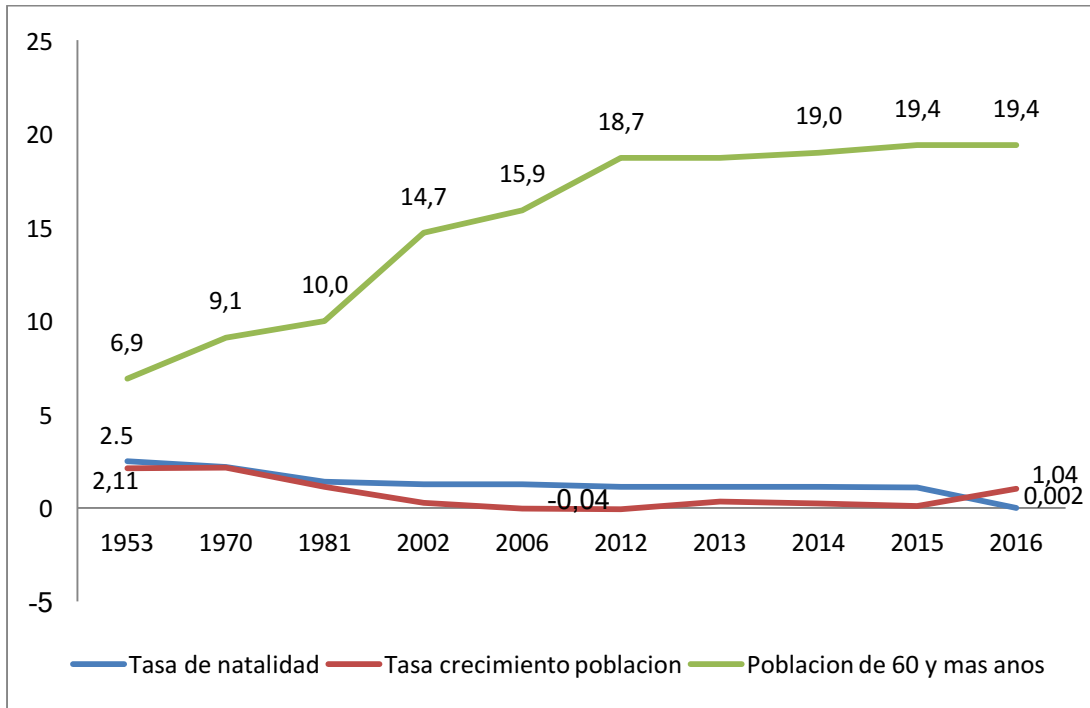
Futuro

Conclusión

Envejecimiento e impacto en la salud

En 2014 se proyectaba que en 2025 Cuba alcanzaría al Uruguay como el país más envejecido en América Latina; eso ya ocurrió.

Gráfico 1. Envejecimiento de la Población en Cuba, 1953-2016



Fuente: Elaboración del autor basado en el ONEI, *Anuario Estadístico de Cuba 2016*, y *Anuario Demográfico de Cuba 2016*.

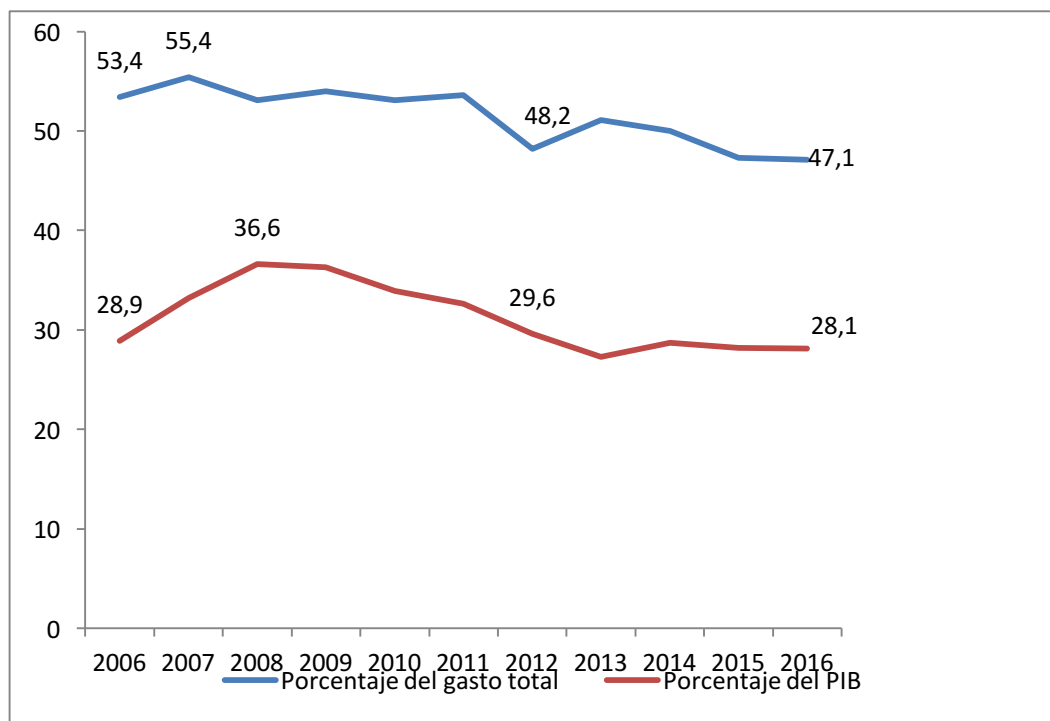
Entre 1953 y 2016, la tasa de crecimiento de la población se redujo 51% (de 2,1% a 1,0%) por dos razones: Cuba tiene la tasa de natalidad más baja del hemisferio (menguando de 2,5% a 0,002%) y una tasa de emigración neta muy alta y en ascenso (en 2016 fue la mayor desde 1994). La tasa bruta de reproducción (hijas por mujer en edad fértil) fue 0,83% en 2015, por debajo de la tasa de remplazo de 2,1 hijos por mujer, de ahí que la población absoluta haya disminuido en años recientes. A esto contribuye el amplio conocimiento de la gente sobre el sistema reproductivo, la alta participación de la mujer en la fuerza laboral, el uso de contraceptivos y la disponibilidad gratuita del aborto (lo practican entre 48% y 66% de las mujeres en edad fértil), y las difíciles condiciones de vida.

Por el envejecimiento poblacional, el segmento viejo (60 y más) creció de 6,9% en 1970 a 19,4% en 2016. El segmento en edad productiva (15-59), crucial porque mantiene a los segmentos viejo y joven, ya comenzó a decrecer: 65,3% en 2010 y 63,9% en 2016, lo cual implica una pesada carga en aumento. El envejecimiento incrementa los costos de salud según la población adulta mayor crece y sufre enfermedades terminales de alto costo.

Gasto social: salud

El gasto social (salud, educación, pensiones, vivienda y asistencia social) alcanzó su cénit en 2007-2008 cuando equivalió a 55,4% del presupuesto estatal y 36,6% del PIB. En 2016 había menguado a 47,1% y 28,1% respectivamente, o sea, un declive de 8,3 puntos porcentuales menos del presupuesto estatal y 8,5 puntos del PIB.

Gráfico 2. Disminución del gasto social 2006-2016



Fuente: Elaboración del autor basado en el ONEI, *Anuarios*, 2006 a 2016

Los gastos de salud se pueden estimar hasta 2012 porque después, ONEI los mezcló con los gastos de asistencia social. Entre 2009 y 2012, el gasto de salud respecto al presupuesto cayó de 16,7% a 13,2% y, relativo al PIB disminuyó de 11,3% a 8%.

Cuadro 1. Gastos de salud, 2009-2012

Años	Porcentaje	
	Presupuesto	PIB
2009	16,7	11,3
2010	15,1	9,7
2011	16,5	10,0
2012	13,2	8,0

Fuente: Autor basado en ONEI, Anuarios, 2009-2013

Indicadores de salud

A pesar de las dificultades económicas, Cuba mantiene su sistema de salud universal y gratuito y continúa logros que se resumen abajo. Por el contrario, ha mermado el acceso, las instalaciones, el personal y la calidad de los servicios de salud.

Cuadro 2. Indicadores de Salud, 2007-2016

Indicadores	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Cambio ^a
Mortalidad general ^b	7,3 ^f	7,7	7,7	8,1	7,8	8,0	8,2	8,6	8,9	8,8	20
Mortalidad infantil ^c	5,3	4,7	4,8	4,5	4,9	4,6	4,2	4,2	4,3	4,3	-19
Mortalidad materna ^d	31,1	46,5	46,9	43,1	40,6	33,4	38,9	35,1	41,6	41,9	34
No. de hospitales	222	217	219	215	161	152	152	152	151	150	-32
De ellos, rurales	21	17	17	16	0	0	0	0	0	0	
Policlínicos	491	499	498	488	452	452	451	451	451	451	-8
No. puestos rurales/urbanos	138	120	127	134	0	0	0	0	0	0	
Camas de hospital ^e	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,5	3,6	3,6	3,5	-12

Fuente: Elaboración del autor basado en el ONEI, *Anuarios*, 2008 a 2016

^a Porcentaje de diferencia entre 2016 sobre 2007. ^b Por 1.000 habitantes. ^c Por 1,000 nacidos vivos. ^d Por 100,000 nacimientos. ^e Promedio de camas reales por 1.000 habitantes. ^f En 1975 era 5,5. ^g La serie cambió completamente de forma retroactiva en 2016

Los aspectos positivos son la merma en 19% de la mortalidad infantil: 4,3 por cada 1,000 nacidos vivos en 2016, la segunda menor en el hemisferio. Pero esto se logra con un programa que detecta malformaciones congénitas, síndrome Dow, etc. (*Granma*, 19-5-2016) promoviendo el aborto—39.000 interrupciones y 20.000 abortos en 2016 (*Juventud Rebelde*, Roberto González, *Cuban Studies*, 2015)—de ahí aumento de mortalidad materna. La vacunación se aumentó en los once tipos entre 2007 y 2016. Entre 19 enfermedades contagiosas reportadas entre 2008 y 2016, 11 continuaban erradicadas o habían disminuido sus tasas, mientras que 8 habían crecido. Continúan descubrimientos en biotecnología.

Por el contrario, entre 2007 y 2016, la mortalidad general creció 20% y la mortalidad materna aumentó 34%; 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, los pacientes son referidos a hospitales regionales, pero el tiempo y costo del transporte aumenta y los casos de emergencia son más riesgosos. Las camas reales de hospital se redujeron en 12%.

Ni la ONEI ni el Ministerio de Salud publican estadísticas sobre las epidemias de dengue, zika, y chikinguña provocadas por el mosquito *aedes aegypti*; los picos suceden en el verano debido a salideros de agua del alcantarillado y acumulación de basuras (por escasa recogida—40% del equipo no funciona); además han ocurrido epidemias de cólera (no mencionada en los medios oficiales) y conjuntivitis hemorrágica (esta provocada por moscas, cucarachas y guasasas—*Juventud Rebelde*). Otra enfermedad en crecimiento es la demencia senil y el Alzheimer, la primera afecta a 10% de la población de 65 y más años (*Granma*).

Deterioro de la planta física y escasez de medicinas

Deterioro de la planta física y equipo, reducción de los diagnósticos y las pruebas costosos. Se invierte en mejorar la infraestructura, pero proliferan los robos de ventanas, grifos, luces, duchas, tomacorrientes en todo el país; es común la falta de higiene debido a atascos en las tuberías por echar desechos y comidas en los lavabos e inodoros (*Granma* 9-2-18). Los robos de mantas y alimentos por el personal provocaron la muerte de 30 pacientes por frío y desnutrición en el Hospital Psiquiátrico de La Habana en 2010. Reciclaje de productos desechables como agujas, jeringas, tubos, y se usan hasta que se rompen (*Granma*, 27-5-2017). Los internados o sus familiares deben proporcionar sábanas, almohadas, medicinas, alimentos, bombillos y otras necesidades. Aumentan los sobornos al personal para recibir mejor atención.

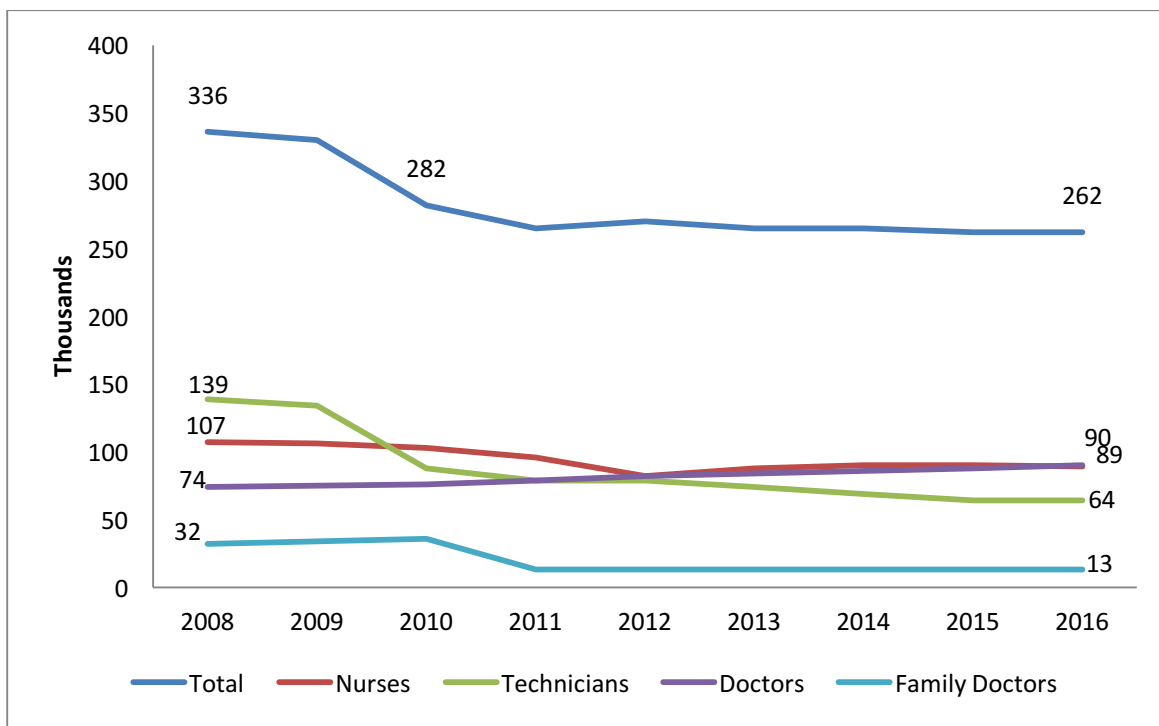
La escasez de medicamentos comenzó a fines de 2014 y se ha agravado por la escasa liquidez, poco crédito por deudas impagas a suministradores, paralización de fábricas nacionales por falta de insumos importados (85%) de China, India y Europa, así como de envases (92%), y reducción de las importaciones de fármacos. A mediados de 2017 faltaban entre 7% y 10% de medicinas del cuadro básico. Los precios se han cuadruplicado: 30 tabletas de meprobamato cuestan 120 CUP, 15% del salario medio estatal. Hay personas que 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 y reciben pingües ganancias, además, se están adulterando las medicinas, por ejemplo, substituyéndolas por un placebo (*Granma*, 28-12-2018). En un intento por controlar los delitos, el MINSAP ha introducido un nuevo modelo de recetas médicas.

Los problemas citados especialmente afectan a los mayores que tienen alta dependencia a medicinas para controlar la hipertensión, diabetes, próstata, enfermedades mentales, pañales para incontinencia, etc., las cuales a veces faltan por meses. Tienen que hacer fila por horas y muchas veces se acaban las medicinas, además, viajar largas distancias buscando en farmacias en otros municipios.

Se trata de compensar algunos de estos vacíos con acupuntura, medicina tradicional y herbolaria, pero ninguno de estos puede curar enfermedades graves que requieren cirugía o medicamentos complejos.

Disminución del personal de salud

Gráfico 3. La disminución del personal de salud: 2008-2016.



Fuente: Elaboración del autor basado en el ONEI, *Anuarios*, 2008 a 2016.

Entre 2008 y 2016, el personal total de salud cayó en 22%, los técnicos en 54% y las enfermeras en 16%. Por el contrario, el número de médicos aumentó 20% y sentó un nuevo record en 2016 con 90.161, pero unos 40.000 trabajan en el extranjero por lo que, en vez de tener 125 habitantes por médico, en realidad había 225, un nivel similar al de 1993, el año peor de la crisis. Esto se agrava en las especialidades en que hay mayor proporción trabajando en el extranjero y largas colas de espera en Cuba. Los médicos de familia, un programa muy exitoso creado en la década del 80, mermaron 59% en el período mientras que los consultorios disminuyeron en 23%; ellos juegan un papel crucial porque atienden al primer nivel donde se resuelve la mayor parte de los problemas de salud, por ejemplo, enfermedades respiratorias agudas que crecieron 31% entre 2006 y 2016.

Causas: además del recorte presupuesto y cierre de hospitales, está la fuga de personal por baja paga. El salario medio mensual en sector salud es 816 CUP (US\$32), que no alcanza para comprar la canasta básica de alimentos, por ello muchos se pasan al sector privado o se van al extranjero. La exportación de profesionales de la salud aporta al país un ingreso de unos 8.000 millones de dólares anuales (la primera fuente de divisas), pero reduce el acceso a los servicios médicos dentro de Cuba y nada se dedica a aumentar los salarios del personal dentro de Cuba. Los médicos que se quedan tienen que cubrir el vacío de los que trabajan en el extranjero

Futuro

En 2050 Cuba será el noveno país más envejecido del mundo

El segmento de 60 años y más crecerá de 19,4% a 30% entre en 2016 y 2030, mientras que el 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, o sea, que una proporción cada vez menor de personas activas tendrá que financiar una proporción cada vez mayor de ancianos.

Según aumenta el envejecimiento poblacional una creciente proporción de la población será mayor y sufrirá enfermedades terminales, por lo que el costo de la salud se incrementará. Mi proyección de la mortalidad general muestra que subirá a 9% en 2020 y sobrepasará 10% en 2030.

El envejecimiento se proyecta que aumentará los casos de Alzheimer a 300.000 en 2040 afectando, al menos, 15% de la población adulta mayor.

Es probable que continúe descendiendo el gasto social (y el de salud) debido al deterioro económico, por lo cual 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 2016 el sistema de salud todavía tenía un exceso de hospitales, ginecólogos y pediatras, pero una severa escasez de geriatras: hay 38 hospitales de ginecología y pediatría pero ninguno geriátrico; hay 319 niños por un pediatra pero 2.624 ancianos por un geriatra (Cuadro 3). Además una seria escasez de asilos para ancianos (los albergados cubrían a sólo 0,4% de dicha población). Al menos que se cambie radicalmente esta situación, habrá un gravísimo problema en la atención de salud de los mayores para 2030.

Cuadro 3. Niños y Ancianos por Médicos Especializados, 2016

Médicos	Dedicados	Especializados	Total	Población meta	Habitantes por un médico
Pediatras	2.928	2.811	5.739	1.831.994 ^a	319
Geriatras	512	336	848	2.225.366 ^b	2.624

Fuente: Elaboración del autor basado en el ONEI, *Anuario Estadístico 2016* y *Anuario Demográfico, 2016*.

^a 60 y más años. ^b De 0 a 14 años.

Conclusión

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. Desde el punto económico es esencial acelerar y profundizar las reformas estructurales (que se ha paralizado e incluso revertido desde 2017) a fin de aumentar la producción y la productividad. Con ello habría más recursos para financiar la salud. Además hay que asignar los recursos disponibles de manera más racional, por ejemplo, recortando el personal e instalaciones para el grupo joven y asignando más al grupo

anciano. La universalidad y la gratuidad de la salud, unidas al envejecimiento contribuyen a la insostenibilidad financiera del sistema. Habría que establecer acciones básicas universales para toda la población, especialmente medidas preventivas, mientras que las acciones más complejas y costosas podrían requerir un copago para grupos de alto ingreso. Parte de las divisas obtenidas por la venta de servicios profesionales médicos debería asignarse a mejorar la infraestructura, comprar medicamentos y aumentar el salario del personal de salud. De no seguirse estas medidas, el deterioro de la salud continuará deteriorándose.