

## O SISTEMA DE SAÚDE CUBANO EM ANÁLISE COMPARATIVA DE DADOS: UM MEIO PARA AVALIAR O SEU FUNCIONAMENTO

*Jéssica De Oliveira Dias<sup>1</sup>*

### RESUMO

A partir do levantamento de dados do governo de Cuba e do grupo interinstitucional composto pelo Banco Mundial, pela Organização Mundial da Saúde, pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, pretende-se compreender, em linhas gerais, o funcionamento do seu sistema de saúde. Com a disposição organizada desses dados, podem ser alcançados os principais objetivos deste trabalho, que são dar ao leitor informações suficientes para a construção de uma visão embasada desse sistema, atestar a sua eficiência com base exclusivamente nos indicadores e relacionar, por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), investimento em saúde pública e desenvolvimento econômico e social. Trata-se de pesquisa direcional, em estágio inicial e que não pretende atestar o sucesso ou o fracasso do sistema de saúde de Cuba, mas que visa, em grande medida, medir a sua eficiência e discutir os seus aspectos positivos como parte de um modelo possível para outros países em condições similares de desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Cuba. Sistema de Saúde. Eficiência. Desenvolvimento.

### 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Cubano é reconhecido pelos notáveis índices alcançados em seus indicadores, que o tornaram, nesse ponto, um dos mais bem-sucedidos na América Latina, de acordo com importantes órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, sabe-se que há muita controvérsia em relação aos dados apresentados pelo governo. Muitas instituições políticas internacionais, inclusive governos contrários à orientação política socialista de Cuba, acusam o País de manipular esses dados para mostrar um sistema de saúde excelente que, na realidade, seria de péssima qualidade.

Dessa forma, é importante esclarecer de antemão que este trabalho não pretende tratar desses argumentos políticos nem muito menos discutir a veracidade dos dados disponibilizados pelo Governo de Cuba, mas fazer uma análise comparativa das informações governamentais com as informações obtidas do grupo interinstitucional que inclui o Banco

---

<sup>1</sup> Graduanda em Direito pela Universidade Federal do Ceará, cursando o 8º Semestre. e-mail: jessica.dias13@outlook.com;

Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para que se possa atestar a eficiência do Sistema de Saúde Cubano no âmbito dos indicadores trabalhados.

O acesso aos dados do Governo Cubano se deu pelos Anuários Estatísticos da Saúde de Cuba, hospedados no site da Biblioteca Virtual de Saúde de Cuba. Os dados referentes ao Grupo Interinstitucional foram retirados do site do Banco Mundial, no qual se consultaram as planilhas referentes aos países selecionados: Cuba, Brasil e Reino Unido. Esses dados foram produzidos pelo Grupo e foram escolhidos por estarem relacionados aos Objetivos do Milênio que deveriam ser alcançados em 2015, definidos pelas Nações Unidas.

A OMS, a UNICEF, a OCDE e o Banco Mundial foram selecionados para fazer parte deste levantamento pela sua relevância. Essas instituições possuem diversos trabalhos e publicações que envolvem a produção e o estudo de bancos de dados para a determinação de medidas a serem aplicadas pelos países na promoção do desenvolvimento econômico e social, além de possuírem informações mais acessíveis para a busca. O levantamento inclui, também, artigos e relatórios de autores que pesquisam o tema.

A escala temporal utilizada para os indicadores alcançou os anos de 2010 a 2013, com exceção da taxa de mortalidade materna, para a qual se utilizaram os anos de 2005, 2010 e 2013. Tal modificação no período temporal desse indicador deve-se à ausência, no banco de dados do grupo interinstitucional, dos valores referentes aos anos de 2011 e 2012, sendo os anos utilizados (2005, 2010 e 2013) os mais recentes com dados disponíveis. Compreende-se que o recorte de dados feito nesse trabalho não é suficiente para garantir a eficácia do Sistema de Saúde de Cuba, devendo-se, para isso, considerar inúmeras outras variáveis em um trabalho muito mais complexo que demandaria anos de estudo, sendo esta a razão pela qual o trabalho pretende trazer um direcionamento, uma ideia geral acerca dessa eficácia.

Os dados obtidos foram inicialmente organizados em tabelas e em seguida inseridos em gráficos para a comparação de cada indicador, seguindo-se a isso a análise separada de cada um. A comparação feita foi entre os dados do governo cubano e os dados do Grupo Interinstitucional para Cuba, depois entre ambos e os dados do Grupo para o Brasil e o Reino Unido. A motivação dessa comparação será explicada na seção 3 deste trabalho, que compreende a análise comparativa de dados. Em seguida, discorreu-se sobre os resultados encontrados.

Este trabalho se divide nas seções Introdução, Aspectos Gerais da Saúde Cubana, Análise Comparativa de Dados, Considerações Finais e Referências. A seção de Aspectos

Gerais se divide em seis tópicos: a consolidação histórica do Sistema de Saúde Cubano, o Sistema em seu funcionamento atual, os seus principais entraves, a sua regulamentação constitucional, a regulamentação legislativa na Ley 41 e a formação educacional dos médicos cubanos. A seção de Análise Comparativa possui o tópico dos índices da saúde que se subdivide em taxa de mortalidade infantil para o menor de cinco anos, incidência de tuberculose para cada cem mil pessoas, taxa de mortalidade materna e vacinação de crianças menores de um ano para difteria, tétano e coqueluche; e o tópico de comparativo econômico.

## **2 ASPECTOS GERAIS DA SAÚDE CUBANA**

Esta seção abordará algumas questões fundamentais para a compreensão do sistema de saúde cubano, apresentando, em linhas gerais, os aspectos mais relevantes da sua história, a sua regulamentação constitucional e infraconstitucional, os seus maiores entraves e o processo de formação dos médicos nas universidades cubanas.

### **2.1 A Consolidação Histórica do Sistema de Saúde Cubano**

Mesmo não se tratando do foco deste trabalho, acredita-se que a recapitulação de fatos históricos e dos principais marcos da formação desse sistema fazem-se necessárias para que se compreenda o papel exercido pela saúde em Cuba. Trata-se, em verdade, de verdadeiro pilar essencial do Governado Cubano, razão pela qual essa recapitulação se faz necessária.

Antes da Revolução de 1959, Cuba já possuía excelentes indicadores de saúde em relação aos países da América Latina. Entretanto, o acesso a ela era de caráter privado e majoritariamente urbano, cobrindo apenas uma pequena parte da população. Nesse período, Cuba possuía apenas um hospital rural e o acesso a atendimento médico nessa região era extremamente difícil (SIXTO, 2002, p. 325).

Depois da Revolução, o governo de Fidel Castro adotou como algumas de suas principais metas a universalização do Sistema de Saúde e o estabelecimento de uma infraestrutura em saúde que providenciasse pessoal e serviços médicos suficientes para a população. Desse modo, criou o Sistema Rural de Saúde em 1960, substituiu o Ministério da Saúde e Bem-Estar pelo Ministério Público de Saúde em 1961 e iniciou a estatização de companhias farmacêuticas e de hospitais privados. Essa última medida gerou o êxodo de cerca de dois terços dos médicos do País, o que teria representado um saldo de apenas dois mil profissionais, deixando a ilha em uma situação crítica e causando a redução dos seus indicadores de saúde (ULLMANN, 2005, p. 6; SIXTO, 2002, p. 326).

Nesse contexto, muitos dos médicos que permaneceram em Cuba tornaram-se professores. O acesso ao ensino foi facilitado em especial pela política de gratuidade e pela criação de novas faculdades de medicina, o que teria a finalidade de diminuir o déficit de profissionais no País. Com o mesmo intuito, criaram-se programas universais de vacinação e de redução da mortalidade infantil e construíram-se policlínicas para cuidados primários de saúde. Esse período inicial objetivou reduzir as desigualdades no acesso à saúde, tanto econômicas quanto geográficas (SIXTO, 2002, p. 326).

Nos anos 70, instituiu-se o Programa Comunitário de Saúde, por meio do qual médicos e outros profissionais de saúde foram inseridos nas comunidades, acompanhando os pacientes em casa, na escola, no trabalho e no ambulatório. Essa prática de abordagem em equipes médicas tornou-se a base do programa comunitário. Contudo, esse programa enfrentou problemas para prover as visitas contínuas dos médicos aos pacientes, que lotavam as policlínicas em busca de atendimento. Para resolver essa situação, um novo programa foi criado: Programa Médico da Família. Sua finalidade foi expandir ainda mais os cuidados preventivos e primários de saúde nas comunidades mais dispersas, ampliando a atividade do Programa Comunitário. O Programa Médico da Família segue em funcionamento e ocupa papel central no sistema de saúde cubano (SIXTO, 2002, p. 326-327).

A Ley41 (Ley de la Salud Pública) foi instituída na década de 80 no contexto das modificações promovidas pelo programa de médicos das famílias. Ela determina que todas as atribuições de cuidados com a saúde são do Ministério de Saúde Pública e divide o sistema de saúde em três níveis: nacional, provincial e municipal (ULLMANN, 2005, p. 10). Dela se tratará adiante.

A crise de 1991, que levou ao fim a União Soviética, prejudicou os indicadores cubanos porque as despesas do país eram subsidiadas pela União. Nesse “Período Especial”, termo cunhado por Fidel Castro, reduziram-se os recursos disponíveis para a saúde, o que prejudicou a qualidade dos serviços médicos e gerou escassez de medicamentos e utensílios médicos. Apesar disso, nos últimos anos Cuba vem recuperando esses indicadores após medidas de austeridade e de desenvolvimento de novos programas de saúde e alimentícios. Essa recuperação ainda não é plena e acredita-se que levará Cuba mais tempo para conseguir eliminar os problemas deixados pela crise que afetam consideravelmente o sistema de saúde (POTTERF, 2006, p. 84; ULLMANN, 2005, p. 13-16).

## **2.2 O Sistema de Saúde Cubano Atual**

O Sistema de Saúde Cubano é público e gratuito, financiado inteiramente com recursos estatais e dirigido pelo Ministério de Saúde Pública. Em sua estruturação atual, é um sistema descentralizado e regionalizado que consiste em três níveis de organização: o municipal, o provincial e o nacional (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011, p. 171).

O nível municipal engloba as policlínicas, os hospitais rurais, locais e municipais, clínicas de saúde oral, instituições de assistência social para idosos e deficientes físicos ou mentais, maternidades e outros estabelecimentos. Esse nível é o mais abrangente e menos especializado, constituindo-se a base do projeto de Cuba para a saúde. Seus focos são os cuidados preventivos, a atuação comunitária de amplo alcance que trabalhe a prevenção de doenças no campo, na cidade e nas regiões montanhosas e os cuidados básicos de saúde. As policlínicas são consideradas unidades fundamentais de prestação de serviços de saúde, elas devem atender a uma população determinada no oferecimento de serviços de prevenção, recuperação e reabilitação para pessoas sadias e enfermas (ULLMANN, 2005, p. 11-12).

O segundo nível é o provincial, que inclui os escritórios administrativos do sistema de saúde nas províncias cubanas e também os hospitais intermunicipais, os bancos de sangue, os centros provinciais de saúde e epidemiologia e os centros de treinamento de profissionais da saúde, sendo estes profundamente envolvidos com as tarefas docentes. Os hospitais e policlínicas dos níveis um e dois também desenvolvem atividades de educação para a saúde e investigações científicas. A esse nível cabe tratar as pessoas já doentes promovendo sua reabilitação e tentando evitar as possíveis complicações das enfermidades (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1999, p. 3).

O terceiro nível é nacional, exercido pelo Ministério de Saúde Pública, que ocupa a direção dos demais níveis e dos centros universitários, dos centros de pesquisa médica, dos hospitais especializados (em doenças cardiovasculares, câncer de estômago, ou problemas oculares, por exemplo) e da indústria médico-farmacêutica. É neste nível que são tratadas as doenças mais graves e suas complicações, possuindo, portanto, características de menor abrangência e maior especialização (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACEA, 2011, p. S171-S172).

O Sistema conta com 500.294 profissionais da saúde, que representam 6,8% da população em idade laboral, para 11.224.190 habitantes, além de 152 hospitais, 451 policlínicas, 138 maternidades, 111 consultórios odontológicos, 143 lares para idosos e 30 casas para deficientes. Há 76.6 médicos para cada dez mil habitantes, totalizando 85.563 médicos para toda a população e 14.4 dentistas para cada dez mil habitantes, totalizando 16.630 dentistas para toda a população, além de 64.241 enfermeiros graduados

(MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2015, p. 13-14); (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2015, p. 120-121).

### **2.3 Os Principais Entraves**

O Sistema de Saúde de Cuba enfrenta atualmente problemas substanciais oriundos ou agravados pela crise de 1991. O economista latino-americano Mesa-Lago, consultor da Divisão de Desenvolvimento Social da Comissão Econômica Para América Latina e Caribe (CEPAL) expôs os principais deles em seu documento para os estudos em Sistemas de Proteção Social na América Latina e Caribe (MESA-LAGO, 2013).

De acordo com o autor, os baixos salários pagos pelo Estado aos médicos, que seriam de 23 a 29 dólares por mês, provocam uma extensa emigração desses profissionais para outros países ou o abandono da profissão. Apesar de Cuba ainda possuir a maior taxa de médicos para habitantes da região, o acesso à saúde primária foi bastante comprometido e há longas listas de espera para consultas com especialistas (MESA-LAGO, 2013, p. 30).

Outra dificuldade é a escassez de medicamentos básicos, instrumentos médicos, materiais para testes e suprimentos essenciais. Muitos equipamentos estão desatualizados ou não funcionam, evidenciando a necessidade de modernizá-los. Hoje, Cuba depende muito da boa formação dos médicos para tratar seus doentes, uma vez que não se dispõe mais de vultosos recursos (MESA-LAGO, 2013, p. 31).

Além disso, o País seguiria alocando recursos em setores cujos indicadores já são satisfatórios, como o combate à mortalidade infantil, ao invés de promover investimentos em áreas mais problemáticas atualmente, como a alta taxa de mortalidade e a deficiência de equipamentos e de remédios (MESA-LAGO, p. 32).

### **2.4 A Saúde na Constitución de La República de Cuba**

Após a exposição desses fatos mais importantes para a consolidação do Sistema de Saúde Cubano e sua organização atual, é imprescindível observar como Cuba regulamenta esse sistema em suas leis, iniciando pelo texto constitucional.

A Constituição da República de Cuba, referendada em 1976 e revista em 1992, evidencia, em diversos pontos, o dever inalienável do Estado em assegurar a saúde para todos os cidadãos. Em seu Capítulo I (Fundamentos Políticos, Sociais e Econômicos do Estado), art. 9º, ponto 2, a CRC diz que “o Estado, como Poder do povo, em serviço do próprio povo, garante que não haja doente que não tenha assistência médica”. Já o Capítulo VII (Direitos, Deveres e Garantias Fundamentais), art. 50º, expõe:

Todos têm direito a que se atenda e proteja sua saúde. O Estado garante este direito com a prestação de assistência médica e hospitalar gratuita, mediante a rede de instalações de serviço médico rural, das policlínicas, dos hospitais, de centros profiláticos e de tratamento especializado; com a prestação de assistência estomatológica gratuita; com o desenvolvimento dos planos de divulgação sanitária e de educação para a saúde, exames médicos periódicos, vacinação geral e outras medidas preventivas de doenças. Toda a população coopera nesses planos através das organizações de massa e sociais.

Há ainda o art. 43º no Capítulo VI (Igualdade) que afirma que o Estado consagra o direito conquistado pela Revolução de que os cidadãos, sem distinção de raça, cor da pele, sexo, crenças religiosas e qualquer outra lesiva à dignidade humana recebam assistência em todas as instituições de saúde.

Observa-se, por meio desses trechos, a preocupação do Governo Cubano em alicerçar sua política de ação no setor da saúde. O Estado toma para si a responsabilidade integral sobre esse setor e estabelece, na Constituição, seu caráter gratuito e universal.

### **2.5 A Ley 41, de 13 de julho de 1983.**

A Ley 41, Ley de la Salud Pública, datada de 13 de julho de 1983, regulamenta tudo o que foi estabelecido pela Constituição Cubana no que tange à saúde. Em seu preâmbulo, afirma-se a qualidade da medicina cubana e o papel fundamental do Estado em assegurá-la, assim como a sua necessidade para estabelecer, de forma geral, o trabalho que se deve desenvolver para padronizar as relações entre órgãos e organismos estatais e estabelecer nessa atividade os direitos e deveres do povo, do Ministério de Saúde Pública e das instituições ou unidades que compõem o Sistema Nacional de Saúde.

Em seu art. 1º, nas disposições gerais da lei, estabelecem-se os princípios básicos para a regulação das relações sociais no campo da saúde pública, com o fim de contribuir a garantir a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o reestabelecimento da saúde, a reabilitação social dos pacientes e a assistência social. Já o art. 4º define a orientação profilática como prioridade das ações de saúde, além do caráter social da medicina e do dever de prestar ajuda internacional no campo da saúde, o que de fato acontece, por meio do envio de médicos cubanos em missões de ajuda humanitária.

É evidente, ao longo do texto, que o Ministério de Saúde Pública é um órgão com inúmeras e diversas atribuições, desde a elaboração de estatísticas, a inspeção das atividades das unidades que integram o Sistema Nacional de Saúde e o controle de qualidade do Sistema ao controle do processo de formação dos profissionais da saúde, determinando as especialidades e especializações profissionais e técnicas e os trabalhadores qualificados,

coordenando os organismos responsáveis pela atividade educacional e elaborando os planos globais para o desenvolvimento da formação do pessoal da saúde.

Outro fator de destaque é a atribuição de responsabilidades de cuidado médico às empresas, no que diz respeito à proteção dos trabalhadores para evitar acidentes de trabalho e desenvolvimento de enfermidades relacionadas às atividades exercidas por eles. As empresas também devem adotar medidas para reestabelecer a saúde e a capacidade laboral de seus empregados e facilitar a realização de exames periódicos por eles. Isso está previsto nos arts. 16º e 21º da lei.

Uma preocupação notável da Ley de la Salud Pública foi a seção destinada à saúde materna e infantil. Essa sessão determina que a prevenção de doenças, a recuperação, a proteção e a promoção da saúde materna e infantil devem ser asseguradas, bem como o pré-natal, a atenção para crianças portadoras de necessidades especiais físicas ou mentais e o acompanhamento especializado para gestações de risco.

Por fim, há ainda seções mais concisas destinadas ao adolescente, ao adulto, ao idoso, à educação para a saúde e aos cuidados odontológicos e uma seção curiosa, contendo o art. único 50º que fala sobre as instalações de águas minero-medicinais ou águas termais como tratamento médico curativo, profilático ou de reabilitação.

## **2.6 A Formação de Médicos em Cuba**

O processo de formação de médicos e de todos os demais profissionais de saúde cabe inteiramente ao Estado, por meio do Ministério de Saúde Pública, na forma do que dispõe a Ley de la Salud Pública em seus arts. 71º a 84º.

Cuba possui 13 universidades e 24 faculdades de medicina, 4 faculdades de odontologia, 4 faculdades de enfermagem e 4 faculdades de tecnologia da saúde. Essas instituições abrigam um total de 52.235 alunos cursando medicina, sendo 9.375 estudantes estrangeiros (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2015, p. 173).

Além destas, há também a Escola Latino-americana de Medicina (ELAM), fundada em 1998, no contexto dos furacões que atingiram a América Central, causando graves perdas humanas e materiais. O seu propósito é formar estudantes vindos de comunidades pobres da América Latina e da África para que estes possam retornar aos seus países e atender à



população. Ter recursos econômicos escassos é pré-requisito para ingressar na ELAM, além do título de bacharel em Ciências ou curso equivalente.<sup>2</sup>

O curso de Medicina tem duração de seis anos, sendo os cinco primeiros divididos em dez semestres e o último ano em um internato rotatório. Há quatro áreas de competências gerais que devem ser funções do futuro médico: atenção médica integral, educação, investigação e administração. A partir do terceiro ano de curso, os alunos devem atuar em plantões noturnos e diurnos de seis a oito horas semanais como mínimo obrigatório em equipes de plantão e unidades de cuidado intermediário e intensivo. Essa política de exercício médico precoce, a partir do terceiro semestre, tem o intuito de tornar a medicina ainda mais humanizada, aproximando o futuro médico dos pacientes.<sup>3</sup>

Para obter a graduação, o aluno precisa realizar o Exame Estatal Externo Nacional, composto de uma parte teórica e outra prática, sendo que ele deve ser aprovado em ambas as habilidades em cada uma das cinco áreas do internato: Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Geral Integral.<sup>4</sup>

### 3 ANÁLISE COMPARATIVA DE DADOS

Para obter uma noção geral da eficiência do Sistema de Saúde Cubano, decidiu-se comparar os índices governamentais com os dados de instituições importantes como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde. Entretanto, essas entidades internacionais estão com seus bancos de dados desatualizados, ao contrário dos indicadores do Governo Cubano. Não havendo dados suficientes de outras instituições para estabelecer essa comparação, não foram considerados os dados oficiais de 2014.

Para este trabalho, adotou-se um recorte temporal de 2010 a 2013 para a maioria dos dados, alterando-se o período quando estivessem os dados indisponíveis. Ademais, utilizou-se como critério de seleção para os dados apenas relacionados à saúde, ou seja, os que não envolveram dados econômicos, os índices direta ou indiretamente relacionados aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que abrangem a saúde, definidos pela Organização das Nações Unidas na Cúpula do Milênio, em 2000. Na Cúpula estavam presentes 189 países,

---

<sup>2</sup>Esse é o Plano de Estudo do Curso de Medicina, competência do Ministério de Saúde, de acordo com a Ley 41. Disponível em: <<http://instituciones.sld.cu/ucmh/estudios-academicos-autofinanciados/sintesis-del-plan-de-estudio-de-la-carrera-de-medicina/>>. Acesso em: 16 jun 2015.

<sup>3</sup> Cf. nota 1.

<sup>4</sup> Cf. nota 1.

dentre eles Cuba. A razão dessa escolha deve-se ao fato de que esses objetivos deveriam ser alcançados nesse ano de 2015.<sup>5</sup>

Nessa perspectiva, compararam-se os dados do Anuário Estatístico da Saúde de Cuba com os dados do Grupo Interinstitucional composto pela OMS, pelo Banco Mundial, pela UNICEF e pela OECD. Desse grupo, foram retirados os quantitativos referentes a Cuba, a um país da região da América Latina e Caribe, o Brasil, e a um país desenvolvido social e economicamente, o Reino Unido.

A escolha do Brasil deve-se em razão do fato de esse país ser da mesma região de Cuba (América Latina e Caribe) e possuir uma economia mais desenvolvida que essa nação, mas estando em um patamar de desenvolvimento social aproximado. O Brasil possui o Sistema Único de Saúde, SUS, que é universal e gratuito, nos moldes do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. Este é um país de elevado desenvolvimento social de acordo com as Nações Unidas, além de possuir o Sistema Nacional de Saúde (National Health System) universal e gratuito, assim como Cuba. Assim, será possível comparar os indicadores de Cuba (Tabelas 1 e 2) com os de um país em um nível aproximado de desenvolvimento social (Brasil – Tabela 4) e os de outro tido como modelo de eficiência em saúde no mundo (Reino Unido – Tabela 3), ambos possuindo um sistema nacional universal e gratuito de saúde, responsável pela maior parte do atendimento médico desses países.

Indicadores: Anuário Estatístico da Saúde - Cuba	2005	2010	2011	2012	2013
Taxa de Mortalidade Infantil	—	5,7	6,0	5,9	5,7
Incidência de Tuberculose	—	6,9	6,7	6,1	6,4
Taxa de Mortalidade Materna	51,4	43,1	—	—	38,9
Imunização D. T. COQ.	—	95,6	100	100	100

**Tabela 1: Dados Anuário Estatístico da Saúde - Cuba**

Fonte: elaborada pelos autores com dados dos Anuários Estatísticos da Saúde dos anos 2011, 2012 e 2014, elaborados pelo governo cubano.

Indicadores: Grupo Interinstitucional – Cuba	2005	2010	2011	2012	2013
Taxa de Mortalidade Infantil	—	6,8	6,9	6,6	6,2
Incidência de Tuberculose	—	9,2	9,3	9,3	9,3
Taxa de Mortalidade Materna	67	80	—	—	80
Imunização D. T. COQ.	—	96	96	96	96

**Tabela 2: Dados Grupo Interinstitucional – Cuba**

Fonte: elaborada pelos autores com dados do grupo interinstitucional composto pelo Banco Mundial, pela UNICEF, pela OMS e pela OCDE. Os dados foram retirados do site do Banco Mundial.

<sup>5</sup> Os oito objetivos de desenvolvimento do milênio, de acordo com as Nações Unidas: 1º Acabar com a fome e a miséria; 2º Educação básica de qualidade para todos; 3º Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4º Reduzir a mortalidade infantil; 5º Melhorar a saúde das gestantes; 6º Combater a AIDS, a malária e outras doenças; 7º Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente e 8º Estabelecer parcerias para o desenvolvimento. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/en/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/)>.

Indicadores: Grupo Interinstitucional – Reino Unido	2005	2010	2011	2012	2013
Taxa de Mortalidade Infantil	—	5,2	5,0	4,8	4,6
Incidência de Tuberculose	—	14	15	15	13
Taxa de Mortalidade Materna	12	11	—	—	8,0
Imunização D. T. COQ.	—	94	95	97	96

**Tabela 3: Dados Grupo Interinstitucional – Reino Unido**

Fonte: elaborada pelos autores com dados do grupo interinstitucional composto pelo Banco Mundial, pela UNICEF, pela OMS e pela OCDE. Os dados foram retirados do site do Banco Mundial.

Indicadores: Grupo Interinstitucional – Brasil	2005	2010	2011	2012	2013
Taxa de Mortalidade Infantil	—	16,3	15,3	14,5	13,7
Incidência de Tuberculose	—	47	47	47	46
Taxa de Mortalidade Materna	73	68	—	—	69
Imunização D. T. COQ.	—	98	99	97	95

**Tabela 4: Dados Grupo Interinstitucional – Brasil**

Fonte: elaborada pelos autores com dados do grupo interinstitucional composto pelo Banco Mundial, pela UNICEF, pela OMS e pela OCDE. Os dados foram retirados do site do Banco Mundial.

### 3.1 Os Índices da Saúde

A seguir, serão analisados os indicadores relacionados à saúde, selecionados por sua relevância para o tema trabalhado e por estarem relacionados aos Objetivos do Milênio. Esses indicadores são: a) taxa de mortalidade infantil, b) incidência de tuberculose, c) taxa de mortalidade materna e d) imunização para difteria, tétano e coqueluche.

#### 3.1.1 A Taxa de Mortalidade Infantil

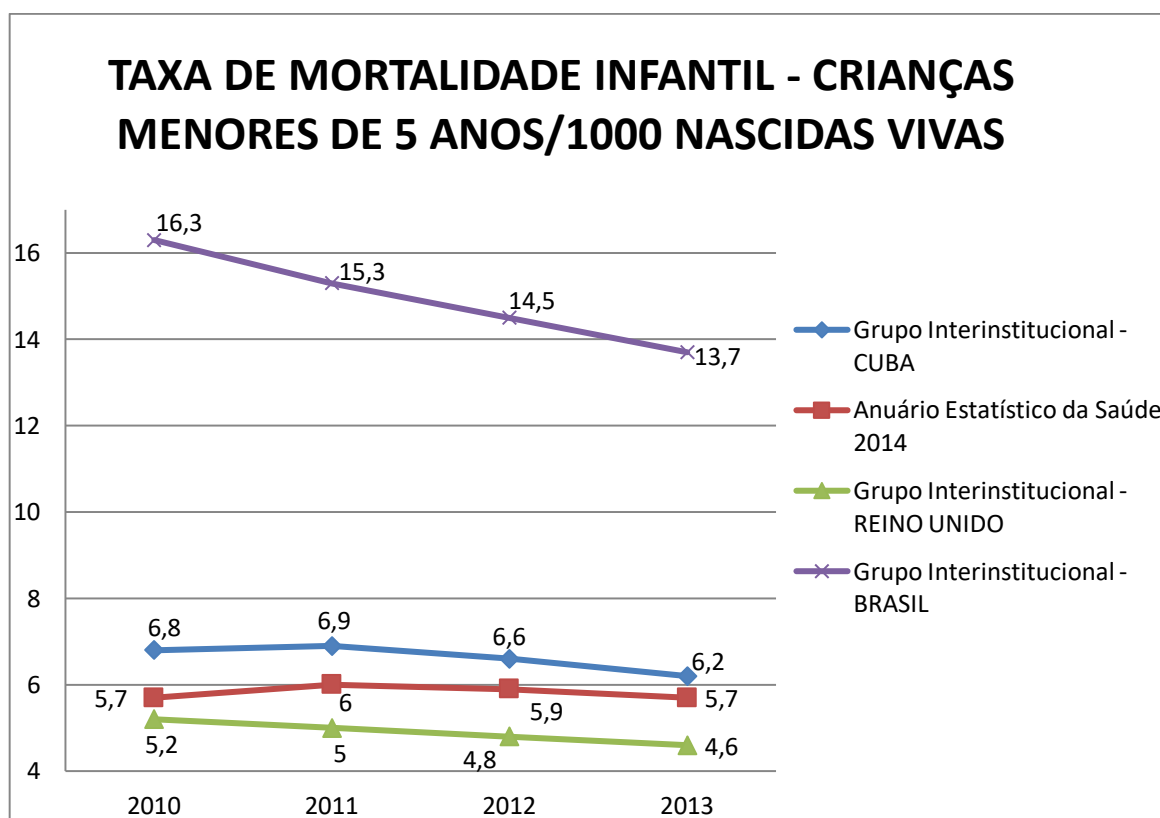
O primeiro indicador utilizado foi a taxa de mortalidade infantil: probabilidade de uma criança morrer antes de atingir os cinco anos de idade a cada mil crianças nascidas vivas. Esse indicador relaciona-se ao quarto objetivo do milênio que é reduzir a mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos. Os dados referentes ao Anuário Estatístico de Cuba estão expostos na Tabela 1, no recorte temporal de 2010 a 2013, e os dados do Grupo Interinstitucional, referentes a Cuba, Reino Unido e Brasil, nas tabelas 2, 3 e 4.

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador porque a maior parte das mortes de crianças menores de cinco anos decorre de doenças como a diarreia, o sarampo, o tétano e a meningite, além de outras infecções.<sup>6</sup> Essas complicações são facilmente evitáveis por meio de vacinas, de hábitos higiênicos e de cuidados básicos com a saúde. Por isso, quando a taxa de mortalidade infantil é elevada, isso significa que a saúde básica não está

<sup>6</sup> Relatório de Progresso do ano de 2013, produzido pela UNICEF: Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada, p. 19-20. Disponível em: <[http://www.unicef.org/publications/files/APR\\_Progress\\_Report\\_2013\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf)>.

sendo adequadamente assegurada pelo Estado, ou seja, o sistema de saúde nacional não é eficiente nem mesmo em garantir cuidados básicos que são de extrema importância.

Observando os dados do Gráfico 1 para a taxa de mortalidade infantil, percebe-se uma ligeira discrepância de valores, sendo os índices governamentais cubanos mais positivos em relação aos do Grupo Interinstitucional. No entanto, a diferença entre os valores não é significativa já que, considerando-se em ordem crescente da menor para a maior taxa de mortalidade os valores obtidos na Planilha do Banco Mundial para este indicador no ano de 2013, Cuba ocupa a 40ª posição com a taxa de 6,2 mortes para cada mil nascimentos e se esse valor for de 5,7, como indica o Anuário, Cuba ocupará a 37ª posição, o que significa que a taxa de 6,2 representa uma queda de apenas 3 posições nessa lista. As posições de Reino Unido e Brasil seriam 31ª e 75ª respectivamente.<sup>7</sup>



**Gráfico 1: Taxa de Mortalidade do Menor de 5 anos para cada 1000 Crianças Nascidas Vivas.**

Fonte: elaborado pelos autores.

Analisando-se os dados em gráfico, ao comparar os valores do governo cubano com os do Reino Unido, nota-se que Cuba possui uma taxa satisfatoriamente baixa, sendo apenas um pouco mais elevada que a do outro país. Isso é confirmado quando se compara Cuba com o Brasil, visto que este país reduziu em 77% a taxa de mortalidade para menores de cinco

<sup>7</sup> WORLD BANK GROUP, Mortality Rate, Under-5, 2015. Planilha filtrada pela autora para exibir os dados em ordem crescente e de valor.

anos nos últimos 22 anos, de 1990 a 2012, enquanto aquele apresentou redução de 58% no mesmo período e continua com a taxa menor que este.<sup>8</sup>

Considerando-se os dados do Grupo Interinstitucional para Cuba e comparando com o Brasil e com o Reino Unido, ainda assim o indicador cubano mostra-se positivo, sendo a taxa mais recente de 6,2/1000 considerada baixa, como já foi explanado.

### *3.1.2 Incidência de Tuberculose*

O sexto objetivo do milênio é combater a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a malária e outras doenças, dentre as quais a tuberculose. A tuberculose é uma doença infectocontagiosa com alta capacidade de propagação e o seu combate indica que um sistema de saúde possui medidas eficientes de controle de infecções, ampla cobertura de tratamentos e métodos de diagnóstico rápidos e eficazes. É nesse âmbito que a incidência de tuberculose - novos casos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, incluindo pacientes HIV positivos – para cada 100.000 pessoas torna-se um indicador importante para atestar a eficácia de um sistema de saúde.

Mesmo possuindo tratamento e vacina (na infância), a tuberculose ainda é uma das doenças mais letais do mundo, tendo levado a óbito um milhão e meio de pessoas em 2013.<sup>9</sup> Esse fato se deve a essa doença estar associada à pobreza e desnutrição, à má qualidade de infraestrutura urbana e à ineficiência da saúde. Por isso, a Organização Mundial da Saúde possui um programa exclusivo para o combate à tuberculose, o “Stop TB Partnership”.

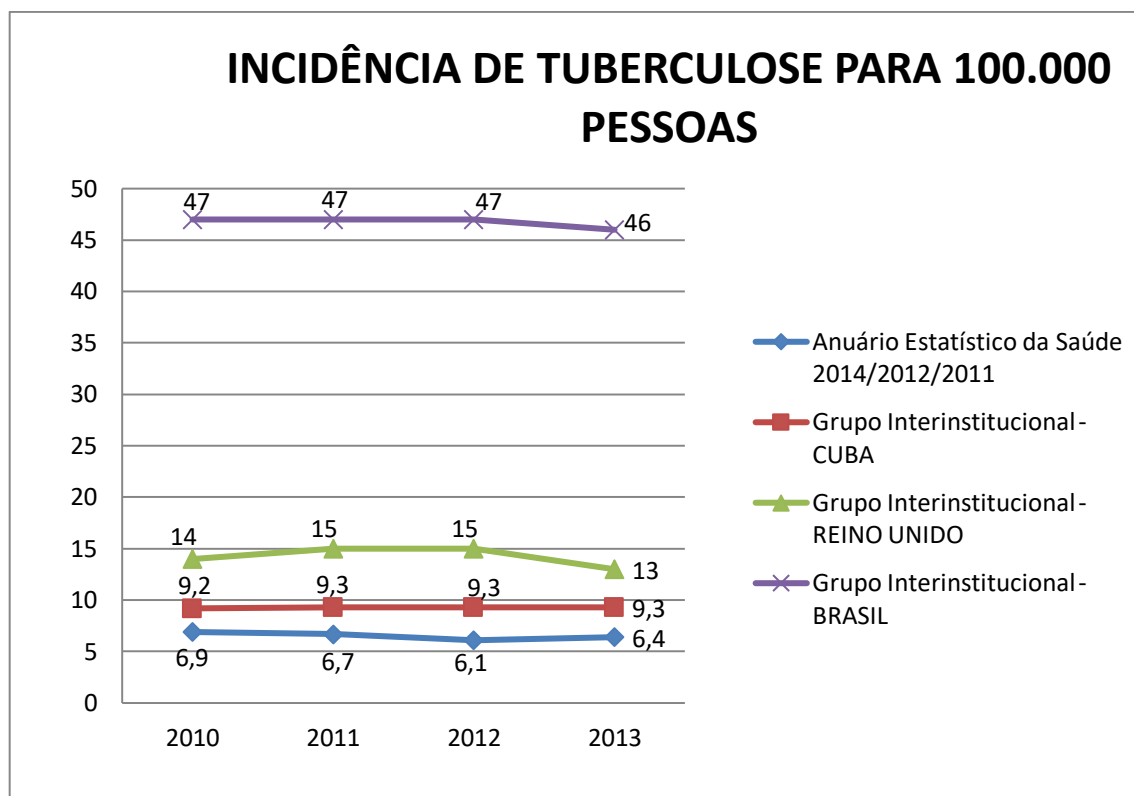
O Gráfico 2 mostra a incidência de tuberculose para cada 100.000 pessoas. Nele, mais uma vez os dados do Anuário Estatístico de Saúde de Cuba são mais positivos que os dados do Grupo Interinstitucional para o país. Adotando-se a mesma metodologia utilizada no indicador anterior para comparar essa diferença, tomando por base os valores de 2013 em ordem crescente de incidência de tuberculose, Cuba ocupa a 45ª posição com a taxa de 9,3 casos para cada 100.000 pessoas, em um total de 209 países. Quando o valor considerado é o do Anuário, Cuba sobe para a 28ª posição com 6,4 casos.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Cf. nota 6, p.42.

<sup>9</sup> Relatório Global da Organização Mundial da Saúde para a Tuberculose, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/tb/publications/factsheet\\_global.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/factsheet_global.pdf?ua=1)>.

<sup>10</sup> WORLD BANK GROUP, Incidence of Tuberculosis, 2015. Planilha filtrada pela autora para exibir os dados em ordem crescente de valor.



**Gráfico 2: Incidência de Tuberculose para 100.000 Pessoas.**

Fonte: elaborado pelos autores.

Nesse indicador, portanto, a diferença entre os valores do Anuário e os do Grupo Interinstitucional foi mais significativa, evidenciando uma queda de 17 posições na lista dos países entre um valor e o outro. Contudo, o Reino Unido e o Brasil ocupam a 54ª e 101ª posições respectivamente, estando abaixo de Cuba, que está bem posicionada para o total de países. A posição do Reino Unido também é boa, mas a do Brasil é muito preocupante.<sup>11</sup>

Em relação ao Reino Unido, tanto os dados do Anuário quanto os do Grupo Interinstitucional de Cuba são melhores, ainda que os valores do Reino Unido não sejam ruins. O próprio Reino Unido possui uma taxa baixa quanto a esse indicador, o que coloca Cuba em situação ainda melhor. O Brasil, por outro lado, mostra-se em uma situação delicada, com elevada incidência de tuberculose, uma das maiores do mundo. Contudo, não se pode desconsiderar a diferença quantitativa populacional entre o Brasil e os outros países, nem o fato de que a população carcerária brasileira é uma das maiores do mundo e isso contribui diretamente para uma elevada incidência de tuberculose no país, já que as aglomerações facilitam a propagação da doença.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> WORLD BANK GROUP, Incidence of Tuberculosis, 2015. Planilha filtrada pela autora para exibir os dados em ordem crescente de valor.

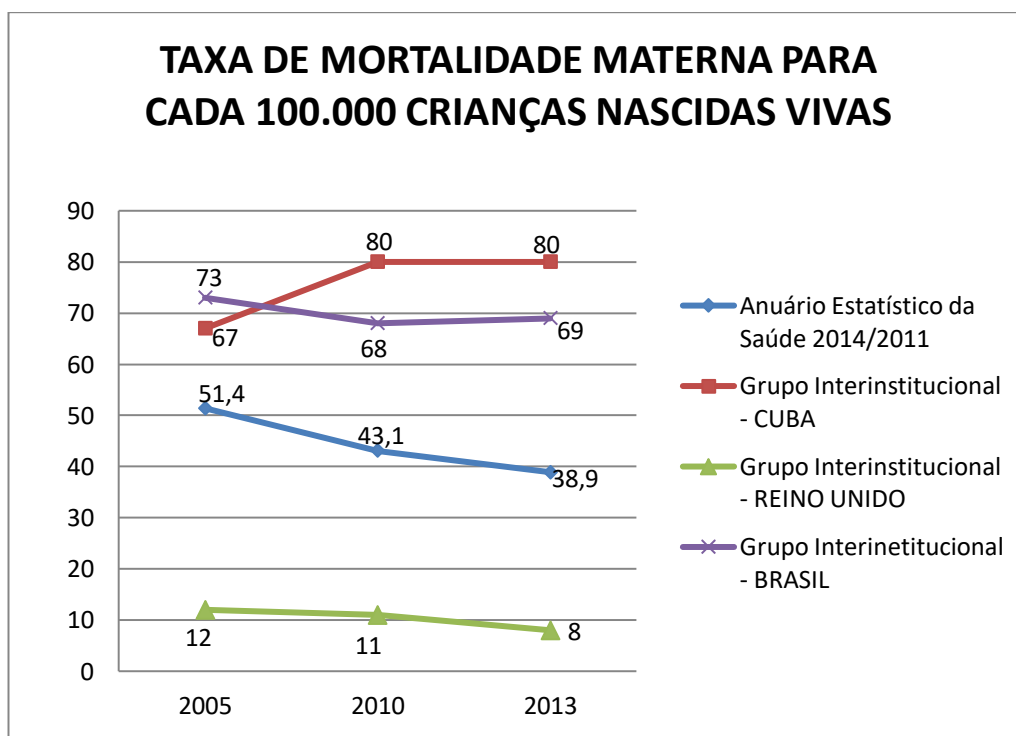
<sup>12</sup> População carcerária será alvo de ação contra a tuberculose. BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/09/populacao-carceraria-sera-alvo-de-acao-contra-tuberculose>>.

### 3.1.3 Taxa de Mortalidade Materna

A taxa de mortalidade materna representa o número de mulheres que morrem de causas relacionadas à gravidez enquanto grávidas ou dentro de 42 dias após o término da gestação para cada 100.000 nascimentos vivos. Esse indicador relaciona-se ao quinto objetivo do milênio que é melhorar a saúde das gestantes.

Dentre as principais causas de mortalidade materna encontram-se as infecções pós-parto, as complicações de abortos (majoritariamente os abortos inseguros ou ilegais), a hipertensão (pré-eclampsia, eclampsia), as hemorragias e as complicações anteriores à gestação, como a mãe ser portadora da SIDA (SAY, et al., 2014, p. e324-e326).

Essas causas estão relacionadas a fatores como pobreza, práticas culturais, falta de informação/educação e a serviços de saúde inadequados. As infecções, por exemplo, são facilmente evitáveis com a adequada higienização do local do parto e com cuidados para a mulher que acabou de dar à luz. A hipertensão também não oferece grandes riscos quando diagnosticada cedo e controlada durante a gestação, sendo o acompanhamento médico fundamental.



**Gráfico 3: Taxa de Mortalidade Materna para cada 100.000 Crianças Nascidas Vivas.**  
Fonte: elaborado pelos autores.

Para o indicador da taxa de mortalidade materna, não foi possível manter o recorte temporal de 2010 a 2013 porque os dados do Grupo Interinstitucional não cobrem esse

período, apesar de o Anuário estatístico de Cuba cobrir. Dessa forma, utilizaram-se os dados mais recentes comuns entre o Grupo e o Anuário que são os dos anos de 2005, 2010 e 2013.

Comparando-se os dados do Anuário com os do Grupo para Cuba, nota-se uma clara discrepância de valores, uma diferença significativa entre os dados, tendo em vista que os dados oficiais do Governo são bem mais baixos do que os apontados pelo Grupo Interinstitucional. No entanto, mesmo os valores mais baixos do Anuário ainda são muito elevados, indicando a existência de problema grave quanto ao tema. A questão torna-se mais séria ao comparar os valores do Grupo Interinstitucional nesse gráfico com o Gráfico 1 de mortalidade infantil. Enquanto a mortalidade infantil vem sendo reduzida, a mortalidade materna manteve-se elevada.

No intuito de esclarecer essa contradição, o economista Carmelo Mesa-Lago explica que a elevada taxa de mortalidade materna em Cuba deve-se aos abortos induzidos, que são indicados ao primeiro sinal de complicação em uma gravidez. Segundo ele, essa medida é utilizada para reduzir a taxa de mortalidade infantil, pois crianças que potencialmente nasceriam doentes e poderiam morrer cedo são abortadas. Entretanto, a alta taxa de abortos abre margem para muitos procedimentos com complicações que resultam em morte, o que eleva a taxa de mortalidade materna em Cuba (MESA-LAGO, 2013, p.30).

Considerando-se que a elevada taxa de mortalidade materna cubana deve-se, em grande parte, aos abortos induzidos, isso não representaria a ineficiência do Sistema de Saúde Cubano em dar assistência médica adequada às suas gestantes, as mulheres que concluem a gestação podem receber um excelente acompanhamento, indicando, ao contrário, uma provável indisposição em fazê-lo por questões econômicas, políticas ou sociais de difícil determinação. Da mesma maneira, desconsiderando o aborto induzido como causa de elevada mortalidade materna, essas altas taxas podem sim significar uma ineficiência nesse setor. Determinar a influência de ambos os fatores nesse indicador é uma atitude comprometida pela ausência de dados suficientes para isso.

Os dados do Grupo Interinstitucional sobre Cuba são os mais elevados do gráfico, mas o Brasil também possui uma taxa elevada de mortalidade materna. Considerando-se os dados do Anuário e os relacionados ao Brasil, a taxa de Cuba seria menor, mas, quanto aos dados do Grupo, ela seria mais elevada. Ambos os países possuem uma taxa de mortalidade materna muito elevada.

Em contrapartida, o Reino Unido mantém um bom indicador e uma mortalidade pequena quando comparado aos dois países.



### 3.1.4 Imunização para Difteria, Tétano e Coqueluche.

A imunização envolve tanto o quarto objetivo, combater a mortalidade infantil, quanto o sexto, combater a SIDA, a malária, a tuberculose e outras doenças. O indicador analisado por este trabalho representa a porcentagem de crianças dos doze aos vinte e três meses que receberam a vacina contra difteria, tétano e coqueluche (D. T. COQ.) antes dos doze meses de idade. A criança só é considerada adequadamente imunizada quando recebe três doses da vacina.

Uma elevada cobertura de vacinação mostra a atenção de um sistema de saúde para a prevenção, pois a vacina desempenha esse papel no organismo humano, além de ser econômica e socialmente mais viável prevenir uma doença do que tratá-la, principalmente quando essa doença é de fácil prevenção como a difteria e a coqueluche. Esse é exatamente o foco da saúde cubana, como já foi abordado, o cuidado preventivo que deve incluir também a vacinação, um fator que influencia a taxa de mortalidade infantil.

O Gráfico 4 ilustra uma situação positiva para os países retratados. O Anuário de Cuba mostra uma cobertura completa para a vacinação contra D. T. COQ., mas o Grupo Interinstitucional afirma que essa cobertura é quase completa, atingindo 96% das crianças. Esse dado é igual à estatística do Reino Unido, mostrando que ambos os países possuem boa cobertura de vacinação para essas doenças, bem como o Brasil, que, com uma cobertura de 95%, continua com valor elevado e satisfatório.

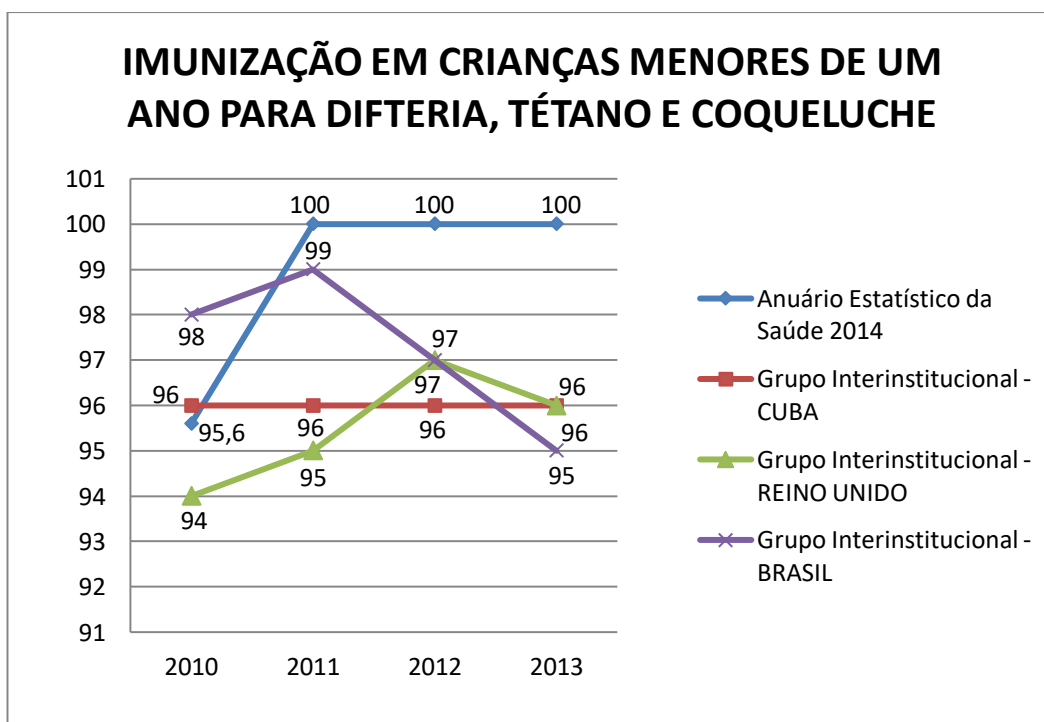


Gráfico 4: Imunização em Crianças Menores de 1 Ano para Difteria, Tétano e Coqueluche.

Fonte: elaborado pelos autores.

Por outro ângulo, é preciso atentar para a constância dos valores do Grupo Interinstitucional para Cuba, considerando-se que eles retratem a realidade. Mesmo que os valores sejam satisfatórios, ainda há espaço para melhorias que devem ser buscadas, atingir os 100% atestados pelo Anuário, e a constância pode ser um indicador de que o alto número de vacinações aliado ao possível baixo número de casos tenha gerado certa despreocupação e desatenção do sistema de saúde. No caso do Brasil isso se agrava, pois houve uma redução da cobertura ao longo dos anos, assim como no Reino Unido, de 2012 para 2013.

Por mais que sejam doenças de provável baixa incidência nesses países, diminuir a cobertura de vacinação abre margem para um aumento progressivo de casos e também de óbitos relacionados a essas doenças, principalmente nas áreas de difícil acesso e nas regiões mais carentes. Cuba é um país com muitas regiões montanhosas, onde o acesso ao atendimento médico fica muitas vezes comprometido e são esses os lugares que devem ser buscados para ampliar a taxa de vacinação até o máximo. A vacinação deve ser uma atividade constante para garantir a erradicação e o controle de doenças, principalmente em um sistema de saúde que prioriza a precaução.

### 3.2 Comparativo Econômico

A Tabela 5 mostra três indicadores relacionados ao investimento em saúde por parte dos países comparados. Os dados foram retirados da mesma planilha do Grupo Interinstitucional, disponível no site do Banco Mundial, da qual foram retirados os dados relacionados à saúde.

Indicadores: 2013	CUBA	BRASIL	REINO UNIDO
Despesa em Saúde, Público (% do PIB)	8,1	4,6	7,6
Despesa em Saúde, <i>per capita</i> (US\$ atual)	606,3	1083,4	3597,9
Despesa em Saúde, Público (% da despesa governamental)	13,4	6,9	16,1
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,815	0,744	0,892

**Tabela 5: Comparativo Econômico – OMS**

Fonte: elaborada pelos autores com dados do Grupo Interinstitucional e do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD).

Observa-se na tabela que Cuba e Reino Unido possuem uma porcentagem satisfatória do Produto Interno Bruto (PIB) destinada à saúde, acima dos 7,5% recomendados pela OMS. A despesa governamental em saúde para o setor público também é aproximada entre os dois

países, sendo que Cuba investe maior porcentagem do PIB, enquanto o Reino Unido investe maior porcentagem da despesa governamental.

O PIB é a soma dos valores de todos os bens e serviços finais produzidos pelo país (BLANCHARD, JOHNSON, 2013, p. 392). Desse montante, decorrerão os gastos do ente estatal, que são divididos em despesas correntes, voltadas, geralmente, para a manutenção dos bens e serviços, como o pagamento de funcionários, por exemplo, e despesas de capital, que são investimentos para a aquisição e construção de novos bens, como a construção de escolas ou estradas.<sup>13</sup> Como apenas parte do PIB é revertida em despesa pública, analisando-se o primeiro e o último indicador, percebe-se que o Reino Unido investe mais em saúde porque tem uma maior porcentagem da despesa governamental, ou seja, do que o país realmente gasta, voltada para a saúde.

Nesse contexto, o fato de um país possuir um valor elevado de despesa governamental voltado para a saúde não significa que ele está realizando novos investimentos para aprimorar o serviço, pois esses gastos podem ser apenas para a manutenção do sistema de saúde. Deve-se ressaltar que não foram encontrados dados disponíveis suficientes para analisar a despesa pública dos países e conferir as porcentagens designadas para despesas correntes e para despesas de capital de maneira que se possa atestar ou não essa situação em seus quadros econômicos.

O segundo indicador expõe o valor *per capita*, em dólares, que o país investe em saúde. Nesse indicador, nota-se uma grande diferença entre Cuba e Reino Unido, principalmente porque os outros indicadores dos dois países apresentam valores similares. Dessa forma, é preciso considerar que o primeiro e o último indicador apresentam porcentagens, enquanto o segundo está em dólares. Isso é importante porque o Reino Unido é uma das maiores economias do mundo, possuindo maior capital, maior despesa pública e maior PIB que Cuba, o que justifica a diferença quando se converte porcentagem em moeda.

Esse fator também justifica o gasto per capita do Brasil maior que o de Cuba, apesar de o setor público do país investir porcentagem menor do PIB para a saúde. Outra justificativa está no fato de que a despesa *per capita* inclui o investimento público e o privado na saúde e o Brasil possui alto investimento privado no setor, enquanto em Cuba e no Reino Unido predomina o investimento público. Isso é claro quando se compara o primeiro indicador para os três países, o Brasil possui o menor investimento do setor público entre eles.

---

<sup>13</sup> Para maiores esclarecimentos sobre a classificação das despesas, conferir, exemplificativamente, VILLEGAS, 2012; CATARINO, 2012; LAPATZA, 1988; JARACH, 2003; BALEEIRO, 1997; e OLIVEIRA, 2007.

Considerando-se os gastos de cada país no setor de saúde para compreender os índices de saúde de cada um deles, é notório que Cuba consegue manter bons indicadores com poucos recursos financeiros, o que se explica em grande medida pela qualidade da formação médica e pelo foco na prevenção de enfermidades, menos custosa do que o seu tratamento. Cuba prioriza o direcionamento dos recursos à prevenção, sem dar a mesma atenção à necessidade de modernização de equipamentos médicos e da infraestrutura hospitalar e à compra de materiais e de medicamentos. Trata-se de escolha dura para o país, mas que, seguindo os bons índices apresentados, apresentou muitos aspectos positivos.

Outro informativo utilizado é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O desenvolvimento humano é definido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 1990, p. 10) como o processo de alargamento das escolhas das pessoas, sendo as três principais: a) ter uma vida longa e saudável b) adquirir conhecimento e c) ter acesso aos recursos necessários para manter um padrão de vida decente. Além destas, há as escolhas adicionais que variam de pessoa para pessoa e incluem a liberdade política, a oportunidade de ser criativo, dentre outras. O desenvolvimento humano tem dois lados: a formação das capacidades humanas tais como o progresso da saúde e dos conhecimentos e o uso que as pessoas fazem dessas capacidades para o lazer ou assuntos culturais, políticos e sociais.

À vista disso, o IDH é a forma de medir esse desenvolvimento por meio de indicadores chave que são a longevidade, o conhecimento e os padrões decentes de vida. Para o primeiro indicador, considera-se a expectativa de vida como meio de avaliação. A taxa de alfabetização da população e a renda *per capita* são utilizadas para o segundo e para o terceiro indicador respectivamente (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 1990, p. 11-12).

Amartya Sen tratou da associação entre o desenvolvimento humano e as políticas sólidas para a garantia dos direitos fundamentais em seu *Desenvolvimento como Liberdade*. Em sua teoria, as liberdades instrumentais, que funcionam como meios para o desenvolvimento, possuem inter-relações causais entre si, na medida em que contribuem para promover outros tipos de liberdade, e para a expansão da liberdade humana em geral (relação constitutiva). Ou seja, as liberdades instrumentais são importantes na medida em que impactam outras variáveis, como o aumento do PIB, mas também possuem relevância em si mesmas, já que integram a amálgama chamada desenvolvimento humano (SEN, 2005, p. 18). As oportunidades sociais são um tipo de liberdade instrumental, pois elas incluem os investimentos em saúde e educação (SEN, 2015, p. 52-57).

Observando-se o IDH dos três países, Cuba e Reino Unido, que gastam mais com saúde tanto no PIB quanto na despesa pública, possuem um IDH considerado “muito alto” e maior que o do Brasil, que é apenas “alto” (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 2014, p. 164-165). Isso mostra que é possível alcançar um nível elevado de desenvolvimento humano mesmo com baixa renda, no caso de Cuba, se o país procura expandir as capacidades humanas e assegura direitos básicos para a população.

Assim, utilizando-se a ideia de Sen que encontra correlação nas recomendações do PNUD (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 1990, p. 4) é possível estabelecer, primeiramente, um paralelo entre o alto investimento em saúde e o melhoramento do desenvolvimento humano nos países. Uma nação que assegura as oportunidades sociais com saúde e educação para o povo está promovendo o seu desenvolvimento humano e econômico, como evidencia o IDH elevado de Cuba e do Reino Unido. Além disso, seguindo a linha de Amartya Sen, cumpre ressaltar que não há relação imediata entre alto PIB e bom IDH. Se o crescimento econômico dá sustentabilidade aos gastos públicos sociais, estes podem ser realizados a despeito daquele e, quando intentados, repercutir positivamente nas diversas variáveis componentes da melhoria geral da vida dos indivíduos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo deste trabalho, mostrou-se que, após a Revolução de 1959, o novo governo cubano estabeleceu, em sua Constituição, a saúde como um direito fundamental que deve ser assegurado pelo Estado e investiu no aumento da cobertura do sistema de saúde para as áreas rurais e montanhosas mais remotas do país. O sistema também foi completamente reestruturado por meio da Ley de la Salud Pública, sendo dividido em três níveis de organização e priorizando os cuidados básicos e preventivos realizados nas policlínicas pelos médicos da família. A formação desses médicos também foi abordada, destacando-se o contato precoce deles com os pacientes, já a partir do terceiro semestre do curso de Medicina, para que sejam funcionários mais humanizados no exercício de seus deveres.

Um ponto crucial trabalhado foi os problemas mais sérios enfrentados pelo Sistema de Saúde Cubano, bastante agravados pela crise de 1991, após o fim da URSS: a alocação de recursos que nem sempre é eficiente, à proporção que privilegia áreas cujos serviços já são satisfatórios e prescinde outras que precisam ser melhoradas, a necessidade de modernização da infraestrutura antiga e ultrapassada, incorporando-se as inovações tecnológicas às atividades médicas, o êxodo dos médicos para outros países e outras funções por causa do

baixo salário pago pelo Estado e a escassez de medicamentos e utensílios essenciais para a prestação dos serviços básicos de saúde. Ademais, o atendimento especializado não recebeu grande atenção nos últimos anos e isso traz grande preocupação, pois com o aumento da expectativa de vida, a tendência é que as doenças geriátricas se tornem mais frequentes e isso demandará novos investimentos no setor nacional de saúde, que é o responsável pelo atendimento especializado.

Esses problemas, caso não recebam a atenção devida, podem levar o modelo cubano a decair nos próximos anos. Devido ao fato de que o sistema de saúde do país sustenta-se na boa formação recebida pelos médicos e em seu trabalho, o mais urgente nesse momento é evitar a migração desses profissionais para outros países ou o abandono do exercício da medicina por eles. O governo cubano precisa de uma política de valorização dos médicos para estimulá-los a continuar na função e, principalmente, para manter o interesse dos jovens cubanos em cursar medicina e evitar um colapso nos atendimentos que já geram longas listas de espera nas unidades de saúde.

Na terceira parte dessa exposição, uma análise comparativa de dados referentes à saúde e à economia foi feita. No que tange à saúde, comprovou-se a eficácia do modelo cubano de saúde por meio dos indicadores apresentados tanto de maneira absoluta, já que os índices são bons por si só, quanto de maneira relativa, ao comparar os índices cubanos com o Reino Unido e com o Brasil. Em relação à economia, Cuba possui uma alta despesa no setor de saúde, apesar de não ter sido possível determinar se essa despesa é em forma de investimentos ou de manutenção. Além disso, apesar de ser uma despesa percentualmente satisfatória, o valor financeiro não é elevado porque a economia cubana não é tão desenvolvida quanto a dos outros países comparados e o país não possui muitos recursos financeiros para gastar no setor.

O Sistema de Saúde Cubano mostra-se eficiente pelos indicadores avaliados, possuindo bons desempenhos, principalmente para os poucos recursos de que dispõe. A comparação com o Reino Unido, país considerado modelo internacional em saúde pública, reforça essa afirmação, visto que, no geral, os indicadores cubanos são similares e, em alguns casos, até melhores do que os dos britânicos. A comparação com o Brasil também mostrou que Cuba, mesmo economicamente menos desenvolvida que este país, conseguiu construir um sistema de saúde satisfatório; a comparação se encontra na escala do IDH.

Dessa maneira, o modelo de saúde cubano surge como uma alternativa para os países em desenvolvimento que possuem economias frágeis e não têm grande capital de investimento à disposição para o setor. Cuba comprovou historicamente que é possível

evoluir em desenvolvimento humano ainda que com poucos recursos quando se adota a estratégia adequada à sua situação e quando há compromisso com um plano de ação elaborado pelo Estado e desenvolvido de forma contínua.

A adoção do modelo preventivo e descentralizado que foca o atendimento nas policlínicas e coloca os médicos dentro das comunidades sempre próximos dos pacientes cria uma rede de proteção que acolhe melhor os cidadãos, eles podem contar com um atendimento de qualidade próximo de suas casas sempre que necessário. Isso reduz os gastos elevados para tratar as doenças porque a ampla cobertura de hospitais e médicos em regiões distantes facilita o trabalho de prevenção.

O comprometimento do governo com essa estratégia garantiu os avanços da medicina cubana nas últimas décadas e, conseqüentemente, elevou o desenvolvimento humano do país, pois ambas as coisas estão interligadas como foi demonstrado ao constatar-se que uma política sólida no setor da saúde melhora o IDH das nações. Apesar das críticas sobre falsos dados apresentados pelo governo, o cruzamento dos indicadores escolhidos com dados de diferentes instituições revela que a discrepância de valores existe, mas ela é pequena e não muda a qualidade da saúde cubana. Ademais, essa discrepância certamente é observada para a maior parte dos países cujos indicadores são avaliados pelas Nações Unidas, essa atitude não é exclusividade de Cuba.

Portanto, a impressão geral acerca do Sistema de Saúde de Cuba é positiva para os aspectos abordados, mas deixa uma preocupação com o seu futuro tendo em vista a situação econômica delicada na qual Cuba se encontra. A manutenção das conquistas obtidas é um primeiro passo fundamental para os próximos anos, assim como a realocação do capital remanescente para os investimentos necessários como a melhoria da infraestrutura e do atendimento especializado, especialmente na parte das doenças comuns na terceira idade.

Reitera-se o engajamento desse trabalho em trazer uma ideia geral a respeito do referido sistema com base em seus diferentes ângulos aqui expostos e não em atestar definitivamente sua inépcia ou sua eficiência. Essa é uma consideração que requer estudos mais profundos e que também enfoquem outras variáveis importantes para uma avaliação desse tipo.

Esse trabalho abre inúmeras possibilidades para, a partir dele, investigar a viabilidade da exportação do modelo cubano de saúde para outros países, bem como o seu programa de diplomacia médica, em que os médicos cubanos são exportados em troca de serviços ou de compensação financeira. Nesse contexto, é possível ainda estudar como a diplomacia médica

é trabalhada entre Cuba e Brasil no caso do Programa Mais Médicos e a relevância desse programa para a economia de Cuba.

## REFERÊNCIAS

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 15a ed. São Paulo: Forense, 1997.

BLANCHARD, Olivier; JOHNSON, David R. **Macroeconomics**. 6ª ed. New Jersey: Pearson, 2013.

CATARINO, João Ricardo. **Finanças públicas e direito financeiro**. Coimbra: Almedina, 2012.

DOMINGUEZ-ALONSO, Emma; ZACEA, Eduardo. Sistema de salud de Cuba. **Salud pública México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. S168-S176, jan. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342011000800012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800012&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 10 jun. 2015.

JARACH, Dino. **Fianzas públicas y derecho tributario**. 3a ed. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2003.

LAPATZA, Jose Juan Ferreiro. **Curso de Derecho Financiero Español**. 10a ed. Madrid: Marcial Pons, 1988.

MESA-LAGO, Carmelo. **Social Protection Systems in Latin America and the Caribbean: Cuba**. Santiago: United Nations, fev. 2013. 47 p.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. **Anuário Estadístico de Salud 2014**. La Habana: 2015. 205 p. Disponível em: <<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>>.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. **Anuário Estadístico de Salud 2012**. La Habana: 2013. 205 p. Disponível em: <[http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario\\_2012.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf)>.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. **Anuário Estadístico de Salud 2011**. La Habana: 2012. 233 p. Disponível em: <<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf>>.



OLIVEIRA, Regis Fernandes de. **Curso de Direito Financeiro**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, **Cuba: Profile of The Health Services System**. Washington D.C.: Division of Health Systems and Services Development, 1999. 20 p.

POTTERF, Traci. The Future of Health in Cuba. In: **Cuba in Transition? Pathways to Renewal, Long-Term Development and Global Reintegration**. Nova York: Bildner Center for Western Hemisphere Studies, 2006. Capítulo 5.

SAY, Lale, et al. Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis. **Lancet Global Health**, v. 2, p. 323-333, jun. 2014.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. 461 p.

SEN, Amartya. Prefácio: Reforma jurídica e reforma judicial no processo de desenvolvimento. In BARRAL, Welber (Org.). **Direito e desenvolvimento: análise da ordem jurídica brasileira sob a ótica do desenvolvimento**. São Paulo: Editora Singular, 2005, p. 13-30.

SIXTO, Felipe Eduardo. An Evaluation of Four Decades of Cuban Healthcare. **Cuba in Transition**, Coral Gables, v. 12, p. 325-343, ago. 2002.

ULLMANN, Steven G., The Future of Health Care in a Post-Castro Cuba. **Cuba Transition Project**, Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2005. 45 p.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, **Human Development Report 1990**. Nova York: Oxford University Press, 1990. 189 p.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, **Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience, Human Development Report 2014**. Washington DC: PBM Graphics, 2014. 226 p.

VILLEGAS, Héctor Belisario. **Curso de finanzas, derecho financiero y tributario**. 9a ed. Buenos Aires, Bogotá: Ed. Astrea, 2012.

WORLD BANK GROUP. Planilha. **Cuba Country**. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/country/cuba>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

WORLD BANK GROUP. Planilha. **Brazil Country**. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/country/brazil>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

WORLD BANK GROUP. Planilha. **Incidence of Tuberculosis**. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

WORLD BANK GROUP. Planilha. **Mortality Rate, Under-5**. Disponível em: <[http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?order=wbapi\\_data\\_value\\_2013+wbapi\\_data\\_value+wbapi\\_data\\_value-last&sort=asc](http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?order=wbapi_data_value_2013+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc)>. Acesso em: 17 jul. 2015.

WORLD BANK GROUP. Planilha. **United Kingdom Country**. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/country/united-kingdom>>. Acesso em: 17 jul. 2015.

## **THE CUBAN HEALTH SYSTEM ON COMPARATIVE DATA ANALYSIS: A MEANS TO EVALUATE ITS OPERATION.**

### **ABSTRACT**

From the data collection of the Cuban government and of the inter-agency group comprising the World Bank, the World Health Organization, the Organization for Economic Cooperation and Development and the United Nations Children's Fund, we intend to comprehend, in general lines, the operation of its health system. With the date's organized disposal, it might be reached this work's main objectives, which are to provide enough information to the reader for his construction of a solid vision of the System; to attest, in the chosen indicators' scope exclusively, its efficiency and to relate, by means of the Human Development Index, the investment on public health with economic and social development. It must be observed that this is a directional research, in early stage and that it does not intend to ensure undoubtedly the Health System's success or failure, but aims at measure its efficiency and at discuss its positive aspects as a part of a possible model to other countries in similar development conditions.

**Keywords:** Cuba, Health System, Efficiency, Development.