



Pesquisa, Teoria e Metodologia

Entrevista com a Dr^a Ileana Elena Castañeda Abascal, coordenadora da ALAMES e Professora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Havana-Cuba¹

Thiago Bernardes Nunes²

1. Podría compartir con nosotros un poco de la historia y ejecución del *Plan de Estudio de Medicina cubano*?

El Plan de Estudio de Medicina en Cuba sufrió una reforma en los años 60 cuando del triunfo de la Revolución donde entonces se trató de variar todos los contenidos para introducirle el contenido de salud pública, de medicina social y preparar además a los estudiantes en todos los procesos de promoción de salud y prevención de enfermedades. El Plan ha tenido sus modificaciones por supuesto a lo largo de estos 56, 57 años, pero la esencia del mismo se ha mantenido. Se ha querido integrar contenidos, o sea, a principio era, digamos, anatomía por un lado, fisiología por otro lado, embriología. Entonces el plan actual tiene una integración de la asignatura, digamos, por ejemplo, si se está dando cardiovascular en anatomía, está la fisiología del cardiovascular, la embriología de cómo se forma el aparato. Y esto, además, tiene una cosa que, para mí, es importantísima, que es que el médico se forma en el servicio desde el primer año, y desde que entra a la universidad, va a los servicios sobretodo de la atención primaria de salud y entonces están compartiendo experiencia con el personal de la APS. Y entonces ya después también van yendo a los hospitales, van yendo a todos los servicios que les correspondan, pero es una educación en la práctica. En Cuba, cada institución de salud es una sede universitaria. Ya los policlínicos de la atención primaria son sedes universitarias, los hospitales, las clínicas estomatológicas, y bueno todas las instituciones.

- Los servicios son de la escuela.

El servicio de salud es parte de la universidad. Ahí los profesores están categorizados. Es que hay un orden en cuanto a la docencia porque los profesores son categorizados, siguen los programas de estudios aprobados. Esa es la esencia del programa.

2. Vimos en el artículo *Adecuaciones del Plan de Estudio de Medicina Cubano en la República Popular de Angola “que los docentes cubanos contribuyen para la solución de los problemas reales y potenciales”*. ¿La Academia cubana tiene un cuerpo docente hegemónico en defensa de la medicina comunitaria de la atención primaria a la salud?

Bueno, el programa de Angola surge precisamente por una.... La experiencia previa del programa de Angola es el programa de Cuba, o sea, se hace para las necesidades de Angola, por supuesto, pero la experiencia de sus diseñadores, eran docentes cubanos por lo tanto ellos participaron en el diseño y ejecución del programa de aquí de Cuba. Si el programa de Cuba tiene este componente de prevención, de promoción de salud por supuesto y a los angolanos les

¹ Realizada no XIV Congresso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva Paraguay, octubre de 2016, com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina/FAPESC.

² Entrevistador, Universidade do Vale do Itajaí.

interesaba que la promoción, la prevención de salud se articulara con la parte curativa con el programa. Para Angola, tiene ese componente, entonces, si la experiencia cubana conlleva que aquellas instituciones de salud sean sedes universitarias, eso mismo se hizo también en Angola porque además a Angola le convenía porque se a Angola no se le había convenido no se hace porque...

- **¿Partió de Angola o de Cuba la cooperación?**

De Angola. Ya que los angolanos necesitaron formar recursos humanos en el caso de la formación de recursos humanos, solicitó a Cuba. Cuba accedió, y ahí empezaron igualito que en Brasil. Así funcionan todas las colaboraciones.

3. ¿Cuáles áreas de las ciencias de la salud componen el doctorado de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) de Cuba? ¿El doctorado en medicina de familia está contemplado? Si positivo, ¿el interés por esa modalidad es expresivo?

El doctorado de Ciencia de la Salud en la Escuela, se llama doctorado en Ciencia de la Salud pero el objeto de estudio es la Salud Pública, la Salud Pública con su concepto, digamos, disciplinar que tiene que ver con la medicina social. Entonces, porque son todos los esfuerzos de la sociedad para mantener la salud, curar enfermedades, y habilitar a los demás. Entonces, yo dicto el Doctorado en Ciencia de la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública.

Y ese es mi trabajo de todos los días. Entonces el Programa de Doctorado en Ciencia de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública tiene, dentro de sus grandes temáticas, Salud Pública, Sistemas y Servicios de Salud, tiene Salud y Población, Situación de Salud, Gestión de Recursos Humanos, Ambiente y Salud. Creo que no se olvidan ninguno de los grandes contenidos, o sea, es un abordaje amplio en la Salud Pública que también en el proceso de formación se prepara a los doctorandos en investigación. Por lo tanto también se les guía en la parte de metodología de investigación. Y, por otra parte, se les prepara o sea ahí hay otro bloque de contenidos grande que tiene que ver con los problemas sociales de la ciencia y la tecnología para que la salud pública no quede a parte de todo el bagaje científico de la ciencia en general. Esa es la panorámica general de los contenidos del doctorado en ciencia de la salud.

4. ¿Su formación es en Estomatología?

Yo soy estomatóloga de profesión. Y trabajé como estomatóloga 11 años. Después hice la residencia de Bioestadística porque en Cuba ya empecé a me redimensionar. En Cuba Bioestadística es una residencia para médicos y estomatólogos. Bueno, en Cuba, Bioestadística y Administración y Organización de Salud son residencias comunes para médicos y estomatólogos. Yo hice Bioestadística. Y después que hice Bioestadística, después de 11 años de trabajar en Estomatología Clínica, hice Bioestadística, después hice la Maestría en Salud Pública y después hice Doctorado en Ciencia de la Salud. Entonces por eso hice un redimensionamiento de estomatólogo clínico en salud.

5. Según el Anuario Estadístico de Salud 2013, las dieciséis provincias cubanas tienen el 100% de cobertura de médicos y enfermeras, ambos de familia. ¿Podemos decir, entonces, que todas las comunidades cubanas, urbanas y rurales tienen el 100% de cobertura de medicina y enfermería de base?

Sí, eso es una realidad. Eso es una realidad. El país está cubierto totalmente por médicos y enfermeras de la familia. Eso es muy real. La atención primaria a la salud en Cuba tiene un programa específico para la cultura de salud bucal de base.

- **En caso afirmativo, ¿cómo el programa se organiza en la atención primaria?**

Si, existe un programa integral de estomatología que su desarrollo, o sea, su fundamento, su base es en la atención primaria porque las clínicas estomatológicas forman parte de la atención primaria de salud.

- **Como en Brasil,**

Igualito que en Brasil, entonces ese programa integral de estomatología tiene diferentes aristas. Tiene la arista promoción de salud en cuanto a toda una serie de mecanismos que se hacen donde se utiliza por ejemplo los medios de comunicación para educar la promoción de

salud, a mucho la educación para la salud, se educa en las escuelas, se educa en los centros de trabajo que están enclavados en el área de atención de la clínica estomatológica y entonces se atiende toda la parte curativa que tiene que ver con la atención estomatológica. Se atiende también la parte de rehabilitación y tiene un componente, prótesis, prótesis estomatológica.

Tenemos grande problema con la prótesis, porque la prótesis es un servicio caro y con los problemas económicos del país, hemos avanzado mucho en la rehabilitación, pero en la parte de estomatología que más problemas hemos mantenido, siempre para tenerlo.

- ¿Hacen prótesis total, parcial?

Total, parcial, fija. Y se está empezando a hacer, y claro eso con colaboración internacional el implante dental. Lo que pasa es que el implante dental no está masificado. Se lo está buscando en el caso específico. Pero las otras prótesis, según las necesidades del paciente. Y el programa de estomatología tiene un componente muy importante, en el cáncer bucal. Dentro del programa integral, está el programa de detección precoz del cáncer bucal. Eso conlleva la búsqueda activa del cáncer bucal en la comunidad. Y cuando se detecta alguna lesión pre-maligna, la revisión oportuna para la atención secundaria y luego los estomatólogos que tienen el mismo sistema del médico de familia – el estomatólogo tiene su población que atiende – que tiene dispensadizada su población.

- Entonces el estomatólogo de atención primaria realiza verificación, del cáncer precoz...

De su comunidad. No y de todo. En Cuba, existe, igual que existe el médico de la familia, existe el estomatólogo, o sea, el médico general integral, que es el médico de familia, existe el estomatólogo general integral, es lo mismo, estomatólogo general integral.

Él tiene bajo su cargo su comunidad, entonces, él no espera que la comunidad venga a la clínica, él dispensadiza su comunidad, tiene que ir a la casa, entonces uno tiene que tener una relación muy grande con el médico porque él tiene que saber de su comunidad quiénes son hipertensos, quienes son diabéticos, es interdisciplinar. Las embarazadas, porque el programa contempla, se imbrica también con el programa de estomatología porque el 100% de las embarazadas tienen que estar atendidas en su periodo de embarazo. Es muy bonito. El programa de estomatología es muy bonito.

6. Según el Anuario Estadístico de Salud 2013, Cuba tiene medicina de familia y medicina general integral. ¿Cuál es la diferencia?

Es lo mismo, el médico de familia y el médico general integral es lo mismo. Es el mismo profesional.

7. Las tensiones del proceso civilizatorio no han sido pocas. La actualidad adolece y mata la sociedad, de un lado el modo de producción capitalista y el neoliberalismo mata la sociedad y del otro lado Cuba dicta la solidaridad. Participantes de nuestra pesquisa (tutores académicos de médicos cubanos) relataron que la solidaridad es la base de la medicina cubana. ¿Qué Cuba tiene a enseñarnos sobre solidaridad?

Primero, desde que triunfó la Revolución en 1959, el internacionalismo, o sea, la solidaridad internacionalista pasó a ser un principio del sistema de salud cubano. Eso quiere decir que, desde que se están formando los recursos humanos se les enseña que ese es un principio, y que se les enseña digamos a adherirse a amar, a estar dispuesto a brindar solidaridad internacionalista, de hecho muchos médicos, estomatólogos, enfermeras, técnicos, que han hecho una, dos, tres misiones internacionalistas, los profesionales de la salud en general se forman y en su formación saben que cuando se gradúen, cuando terminen su carrera van a tener oportunidad de hacer una misión internacionalista porque hay disposición y están formados en ese sentido.

- Mi abuelo vive en Camboriú y es atendido por 15 médicos de atención primaria. Siete son del programa Más Médicos, 2 son cubanos. Él es atendido por un médico cubano. Y va a ser un problema cuando el médico cubano tendrá que volver a Cuba.

Ah, pero sí, pero sí. Las comunidades extrañan a sus médicos cuando termina la misión, claro, claro. Y los médicos extrañan sus comunidades cuando regresan porque viven mucho tiempo y se crean lazos de amistad muy grandes. Después que terminan sus misiones se siguen escribiendo.

8. ¿Cuáles son los límites y atributos más expresivos del sistema de salud de Cuba, según su visión?

Los atributos son los principios. Para mí, los atributos son las cosas buenas. Precisamente los principios de la salud cubana, su carácter socialista que hace que la se considere la salud como un derecho del pueblo, que el estado esté responsabilizado con la salud del pueblo, su accesibilidad, su cobertura, su equidad, su carácter internacionalista. Los desafíos que tienen, entre los atributos está la intersectorialidad y la participación comunitaria porque sin eso no, bueno que es un atributo que tienen, y los límites que tienen están en los datos, son límites, los retos, los retos, los límites, son los que siempre estamos tratando de saltar. Y vienen sobretodo desde la capacidad de dinero para poder hacer más cosas, de dinero para poder comprar medicinas o para poder obtener tecnología y ese dinero transita, se mueve, se frena por bloqueo de los Estados Unidos contra Cuba.

9. En Brasil tenemos un dilema contrastante. Entre de un lado, poseemos referencias mundiales en estética dental de alta tecnología de producto. Y del otro, el Ministerio de Salud de Brasil muestra que hay 30 millones de desdentados necesitando prótesis bi-maxilar. Considerando las diferencias entre los modelos de formación económico social entre Cuba y Brasil como ciudadana cubana, ¿cuál sería su contribución para revertir esa deshumana desigualdad?

Estás haciendo una pregunta difícil. ¡Mira! La contribución como cubana que se puede dar está precisamente en la posibilidad de ayuda que tiene Cuba en sus recursos humanos. Nosotros podemos ayudar en solidaridad con recursos humanos, en transmitir nuestras ideas, nuestra formación, nuestro servicio porque, por ejemplo, la parte que tienen Ustedes de alta tecnología, de esfera de alta tecnología, nosotros no podemos transmitir eso, si se estaba hablando... Pero los recursos humanos, sí. El potencial solidario nuestro está en los recursos humanos del país. En esta esfera también.

10. Considerando la ausencia de cobertura odontológica en los rincones de Brasil donde cerca de 27 millones de brasileños de 15 a 19 años jamás fueron al dentista, ¿cuáles acciones y experiencia de salud cubana podrían contribuir para alterar la realidad brasileña? Para el enfrentamiento, ¿podríamos contar con la cooperación cubana en el futuro?

Claro que sí. Claro que sí. De hecho. Incluso, hay experiencias de cooperación en estomatología en Venezuela, por ejemplo. En Venezuela, la colaboración estomatológica es más pequeña que la médica, pero existe. Existe. Y en Venezuela hay una experiencia de lo más interesante de estomatología con unas mochilas, con unas mochilas, con unas mochilas, que los sillones dentales están metidos allá dentro. Entonces los estomatólogos andan con sus mochilas y se van a las comunidades. Entonces en las comunidades se despliegan de ello y atienden los pacientes. Pero, además, lo mismo que hizo Cuba con la medicina rural. La medicina rural, no fueron solamente médicos. La medicina rural en Cuba que fue una de las primeras cosas que se hizo a triunfo de la Revolución cuando el campesinado estaba totalmente desatendido. No solamente los médicos fueron a las zonas rurales, a las montañas, a los lugares alejados a trabajar. Fueron también los estomatólogos. Mi esposo, por ejemplo, y eso se puede repetir, mi esposo trabajó en un sillón que había en la Sierra Maestra, en una zona que se llama Segundo Frente, en la Sierra Maestra, entonces, el incluso no tenía luz eléctrica. Él tenía que esterilizar los instrumentos en agua hirviendo. Entonces lo que él hacía era visitar a los campesinos en sus casas y así los revisaba estomatológicamente y los iba citando, lo único que podía hacer en este momento, era exodoncia, pero bueno eso era algo,

- Interrumpe el sufrimiento de la infección.

Exactamente, eso era una cosa que es la experiencia que por un lado la tenemos en Cuba e ya te digo, a principios del triunfo de la Revolución, no había ni sillones en los lugares alejados. Y lo otro, la misión internacionalista en Venezuela con sus mochilas, desandando por todos los lugares. Eso también se pudo hacer en Brasil.

11. Dos preguntas más. Sentimos que los alumnos de la graduación de odontología de los períodos iniciales tienen miedo de expresarse y percibimos que en el Proyecto de Extensión con graduandos de medicina y odontología, ellos se expresan espontáneamente. ¿En Cuba, hay proyectos de extensión en la formación?

En Cuba también. Extensión. Claro que sí, la formación.

Con lo mismo son los médicos, son los estomatólogos. Los estomatólogos empiezan el primer año a dar la asignatura digamos básica de la estomatología que tiene mucho de medicina, o sea, la anatomía, la fisiología, la embriología. Pero van a la comunidad. Ellos todavía no pueden hacer obturaciones, ni hacer extracciones, pero ellos hacen los procedimientos más adelante. En seguida que pueden, ya en seguida que tienen los conocimientos para la práctica, van a los servicios de salud, del sistema de salud a practicar con la población en la atención primaria, exactamente, y mientras no pueden hacer eso porque están aprendiendo...

12. ¿Cuáles son los límites, los desafíos para los estomatólogos en la atención primaria?

Mira, la atención primaria es bastante completa porque en la atención primaria de salud la parte de estomatología, las clínicas estomatológicas además de la atención básica, digamos extracciones, obturaciones, profilaxis. Esas clínicas estomatológicas tienen especialistas de ortodoncia, especialistas de periodoncia, especialistas de prótesis, que es lo que va a los hospitales, la cirugía maxilofacial, que es lo que sale de las clínicas, la prótesis no dental, la prótesis ortognática, y a la de cara que entonces ya necesita un servicio, generalmente la prótesis ortognática necesita, va acompañada de la cirugía, entonces la cirugía se realiza en los hospitales, pues en las clínicas no hay salones de operación. Entonces es lo que se remite a lo hospital, igual que se remite a los hospitales los casos con sospecha de cáncer. Se remite a lo hospital. Porque se tiene que mandar a lo oncólogo. Pero en la atención primaria se resuelve una gran parte de la atención curativa y de rehabilitación estomatológica. Estomatología tiene, cuando se acaba, o sea, cuando se termina la carrera, los estomatólogos, igual que los médicos, hacen su especialidad de estomatología general e integral, y después pueden hacer otra especialidad, dígame, periodoncia, ortodoncia, prótesis, cirugía, bioestadística. Claro, cuando yo me gradué no había eso todavía, cuando yo me gradué, hace muchos años que no había Entonces, esas especialidades trabajan en la atención primaria porque trabajan en las clínicas estomatológicas y están más cerca de la población.

- Entonces, hay el estomatólogo responsable por una comunidad en la atención primaria, pero no hay especialistas.

No, los especialistas no porque a los especialistas en la clínica les llevan, les llegan los casos que los estomatólogos generales, integrales, cuando los atienden, los remiten, por ejemplo, con la necesidad de cada uno.

- Pero uno especialista ejecuta procedimientos de distintos territorios.

Exacto, exacto, por ejemplo, ¿cómo se estructura eso en Cuba? Cuba, en la atención primaria, está en las áreas de la salud. Y las áreas de salud tienen un conjunto de consultorios, de médicos, de enfermeras de familia. Entonces, en las clínicas estomatológicas, los estomatólogos tienen asignado un conjunto de consultorios de médicos de familia de esa área de salud porque hay una correspondencia entre clínicas estomatológicas y áreas de salud. Entonces, te dicen: Tú vas a atender los consultorios 3, 4 y 5. Yo voy a atender los consultorios 7, 8 y 9. Entonces, tú tienes un vínculo con los médicos de enfermedades de familia de tu territorio e yo con los míos. Nos ocupamos de toda la parte de promoción y prevención y nos ocupamos de la parte curativa. Cuando recibimos el paciente en la clínica que lo vamos a atender, si vemos que tiene problemas periodontales, en la clínica hay un periodoncista, el periodoncista es lo encargado de atender todos los pacientes de la clínica afectados por periodontopatía. Y los ortodoncistas, los de ortodoncia.

- Diferente en Brasil.

Si claro, claro, el territorio es diferente.

- **Los especialistas se quedan todos en la atención secundaria. Encaminhamento, llaman.**

No, aquí están en la atención primaria. Y uno los utiliza, o sea, eso permite mucha interconsulta. Por ejemplo, tú estás trabajando un paciente, y tú puedes tener duda, tú puedes decir, este paciente realmente necesitará ortodoncia, tu miras la mordida, y dices, si, pero no estás tan seguro, como tiene el ortodoncista al lado tuyo, tú le pide hacer una interconsulta. O sea, lo manda o viene hacer, eso es un mecanismo creado en la clínica. Entonces eso dita muchas veces revisiones, necesarias.

- **Professor, ¡muchas gracias!**

No, por nada, un placer. Ah, qué bueno, si fue de provecho. Fue un placer haber ayudado.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo apoio para a realização desta entrevista.

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 25.08.2017

Thiago Nunes

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: thiago.nunes@msn.com
