

Entrevista¹: Miguel Márquez

Interview: Miguel Márquez

Resumo Miguel Márquez nasceu no Equador, é médico sanitário e participou do processo de reorganização dos sistemas de saúde de muitos países latino-americanos, entre os quais destacamos o nicaraguense, após a revolução sandinista, e o brasileiro, que resultou na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua experiência nesse tipo de processo advém de intensa participação na construção do sistema cubano após a revolução socialista. Márquez vive e trabalha em Cuba há alguns anos e é consultor de organismos internacionais de saúde. Na década de 1970, ingressou no Serviço Civil Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) para atuar em desenvolvimento de Recursos Humanos. Nessa ocasião, aproximou-se de pesquisadores e gestores de saúde brasileiros, participando da estruturação do Projeto Larga Escala. Sua relação com o Brasil é anterior e remonta à amizade com médicos sanitários brasileiros, como Sergio Arouca, que morou em Cuba, ocasião em que trabalharam juntos. Márquez trata de temas que o distinguem como pesquisador e consultor há décadas e discorre sobre questões clássicas da saúde, atualizando-as frente à configuração das economias globalizadas e aos impasses vividos pelos Estados nacionais.

Abstract Miguel Márquez, sanitary doctor, born in Ecuador, has participated in the process of reorganization of the health systems of several Latin-American countries, including Nicaragua after the Sandinist revolution, and Brazil, which resulted in the Single Health System. His experience in such processes is a result of his intense participation in the construction of the Cuban system after the socialist revolution. Living and working in Cuba for some years, Márquez works as a consultant for international health agencies. In the 1970s Doctor Márquez joined the Pan-American Health Organization to work with Human Resource development. At that time he met Brazilian health researchers and managers and took part in the structuring of the Large Scale Project (Projeto Larga Escala). His relationship with Brazil is earlier, though, dating back to his friendship with Brazilian sanitary doctors, such as Sergio Arouca, who lived in Cuba, a time when they both worked together. The interview discusses issues that have distinguished Doctor Márquez as researcher and consultant for decades. Classical health issues are updated, taking into account globalised economies and the impasses reached by national States.

Revista

¿Cuáles son las tendencias más actuales de la forma de organización de la asistencia a la salud en Latinoamérica?

Miguel Márquez

Las tendencias de los años 90 acá en los sectores sanitarios, un poquito antes 80. Uno de ellos, se han caracterizado por tratarse de hacer la reforma del sector salud en el contexto de las reformas integrales del estado. Y muy conectado a la doctrina neoliberal, reducción, disminución, bajo, no participación y privatización. El ejemplo más claro de esto lo tienen ustedes en dos países, Perú y Colombia. Hay otro grupo de países nuestros en este periodo de 25 años que fincaron sus reformas sanitarias, no en bases de las reformas del estado, sino tratando de encontrar otro asidero las reformas constitucionales. Es decir, vamos a reformar la constitución y vamos a tratar de introducir ahí los grandes principios de la reforma para que pasen a ser ley de la República. Que ¡es una posición interesante! Y que particularmente serían en dos países en la Argentina y en Ecuador. Porque les digo interesante, porque en principio fue sabia, la luz en el túnel, pero esos dos países rápidamente estas constituciones fueron después de aprobadas fueron abolidas. En general muertas las constituciones y perdemos vigencia, hubo mucha volatilidad. Otro, este sí muy conectado con un nombre muy bonito, parrillos de las ventanas de la globalización neoliberal, que lo etiquetaron con un nombre de las reformas en base de la modernización del estado del sistema de salud. Y eso irrumpió con fuerza en América Latina en este corto periodo de tiempo acá. Cuáles fueron los más proclives, los abanderados, los ejemplos, Chile, El Salvador, de los países de Caribe usaron a Jamaica, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Uruguay. Es decir, ellos tomaron, ustedes ven ahí una reforma general del estado a otra corriente, la reforma constitucional y eso tomaron, vamos a asumir a este estado que está bonito, vamos a modernizar el estado, no hablaban de reducir, ¡vamos a ser modernos! Y nos podría decir que ya se equivocaron, porque dicen los teóricos que estamos en etapa postmoderna. Y el modernismo ya cumplió su ciclo histórico de 500 años. Vuelvan a Hobsbawm. Pero ahí, diferenciamos entonces, dos reformas interesantes. Y en las futuras ge-

neraciones tenemos que volver a retomar y jugar porque somos actores de estos procesos y creo que eso hay que impulsar mucho en un gran lindo centro de ustedes el politécnico, de que, están ahí, no en esa maquinaria para ser buenos técnicos de laboratorios, sino que están ahí para ser ciudadanos del mundo y que tienen derecho pleno de participar de las reformas y que no esperen que los médicos, que no han sido hegemónicos en conducir las reformas no sean apropiados, es obligación de todos, y esos capítulos ¡hay que debatir, hay que discutir en los ciclos estudiantiles! (..) La reforma sanitaria brasileña para nosotros es motivo de estudio. Por estos dos elementos, primero surge un gran movimiento colectivo nacional, segundo, hay un renacer de cierto movimiento de un todo como el médico muy reaccional, somos reaccionarios por naturaleza que asumen ese papel, y les abrazo, que vuelven a ser esos grandes intelectuales orgánicos, mujeres, hombres, enfermeras y conducen y llevan al pueblo a toda esa parte.

Revista

Háblenos sobre el proceso de la reforma en Cuba y cómo el sistema de salud está organizado.

Miguel Márquez

Y el nuestro cubano, que quisiéramos contarles simplemente de que muchas veces nos dicen que en Cuba no tenemos más que un sistema de salud estático desde 45, no. Nosotros tenemos cuatro reformas en el sistema de salud. Tuvimos la primera reforma, que fue desmantelamiento de la sociedad anterior a la revolución. A ellos les gustó mucho, ¡gustó mucho! Y ahí se da la primera reforma actual, que nosotros le llamamos la quinta reforma sanitaria cubana. La primera se dio al nacimiento de la república en 1912. Y eso llevó entonces, el producto de esa reforma que fue a la inversa lo que hacen neoliberalismo, a la nacionalización de lo privado, la desaparición del mercado de salud y la aceptación que el estado tenía el derecho y la obligación de responder a un derecho sustancial a todo ciudadano. Eso fue nuestro gran principio, con en cual nace y emerge. Brasil en el año 1960, el sistema nacional de salud y toda la reforma aquí hubo que hacer en educación, en formación, en medicamentos, en replantear servicios. Tomen en consi-

deración que para los años 60 nosotros heredamos una facultad de medicina 300, 200 médicos por año, 12 hospitales, con una mortalidad infantil de 98 por mil, con analfabetismo de 35%, una concentración de la propiedad en base de un 10% a la población y era propiedad americana por eso la lógica no sirve, porque no era de los cubanos, la propiedad privada cubana era americana y tuvimos que quitarles todo, ya tuvieron suficiente y ganaron demasiado dinero. Bueno, eso ahí nace esa primera reforma. Tiene su validez y en cada tránsito 60, 70, hubo necesidad de una segunda reforma. Y la segunda reforma cubana, en materia sanitaria se da en la búsqueda de que esa visión centralista de la Habana era incompatible con las tesis del socialismo y la búsqueda de una respuesta más equitativa para dar a la nación y surge la descentralización del sistema de salud a nivel de provincia. Provincia sería el equivalente al estado, pero un poquito más, que esa unidad básica dentro de las provincias el que debía jugar el punto central medular para el cambio y los municipios es la expresión más pequeña de la estructura geoadministrativa política que tiene Cuba. Esa fue la segunda gran reforma. Tuvo otras expresiones interesantes, porque en la primera el derecho a la gratuidad se consolidó. Pero toda esta segunda reforma era mucho más, si ustedes quieren del punto de vista estratégico, uno reconocimiento que estuvo en el centro de centralismo democrático que tenía sus límites y que había que ir a la descentralización. Y eso culminó también a una descentralización no solamente de los servicios sino de las decisiones políticas, de las decisiones de los presupuestos, de las decisiones de los recursos, de las decisiones en materia educacional, y ahí vienen las grandes expansiones de los politécnicos, de muchas facultades de medicina y de las enfermarías. Y algo más, una línea paralela que la seguimos manteniendo, que son la formación de esa enorme fuerza de los voluntarios de la salud, que nacen de los sindicatos, de la federación de mujeres, de las escuelas, que coadyuvan en un gran embasamiento en el mantenimiento y en la lucha por la conquista de la salud. La salud no está dada compañeros, compañeras, la salud se construye día a día. Salud es una categoría más amplia del bienestar, es tener capacidad para trabajar, para producir,

para acumular el capital para tratarnos, es tener capacidad para distraernos, es tener capacidad para la lectura, la capacidad para romper los diques del monosílabo disciplinario. Y esto es todos los días una lucha permanente y estos sectores son los que nos ayudan mucho. Es decir esa gran reforma y ya si ustedes quieren, un término que me permiten los cubanos y me voy a citar de alguna manera como hijo mayor de la revolución cubana, pero les decimos, fue esa reforma esa segunda etapa, la ruptura de la hegemonía América, de la dictadura Americana y todavía lo tenemos pesada, ¡pesada! Y eso le debe a pensarse en el enfrentamiento de personal auxiliar y técnico contra ese poder hegemónico en términos ¡dura, dura, dura! Esa fue la segunda gran reforma, la tercera gran reforma del sistema sanitario cubano se da para el final de los años 80, en donde nuestro país, nuestra población caen en un vacío. Para que ustedes nos puedan entender, las relaciones comerciales nuestras el 95% eran con el campo socialista, en ir y venir, nuestro petróleo, nuestro consumo. Con paralelismo muy alto, con una inversión muy grande con un presupuesto nacional de más de 10 mil billones de rublos ¡porque lo manejábamos! En fin, eso se nos cayó en 24 horas, nos quedamos sin nada, sin mercado, sin insumo, con una maquinaria que el 90% era de origen soviética, desde de los aviones hasta las camas. ¡Fue muy duro! Y entonces ese hecho y en el otro aspecto somos muy obligados a decirlos que nos pasaron 15 años de mucho dolor, de mucho sufrimiento, de mucha limitación. Para que ustedes nos puedan comprender, Cuba tenemos lo que se llama kilocalorías diarias por habitante, y en el fin de los 80 tenemos un indicador tremendo, 3.800 kilocalorías diarias por habitante se nos cayó a 850, dejamos de comer cuatro veces al día, y lo que es más grave nos quedamos con una alimentación con base en hidratos de carbono sin proteína de grasa y nos cayó un latazo que nos tocó enfrentar mucho la neuropatía epidémica, que afectó a 500 mil cubanos, que todavía tenemos consecuencia de 10 mil personas que perdieron la visión para siempre. Entonces esos hechos determinaron que fuéramos a una nueva reforma, y la reforma sustantiva les pudo decir en dos palabras, es de que hasta ese momento todavía el sector de salud nuestro además la hegemonía del médico era muy

autónomo, muy independiente del resto de sectores, teníamos tal potencia que llegamos a separar la formación del personal profesional médico, del profesional técnico y auxiliar a margen de las universidades, creamos una locura que se llamó la Universidad Médica que no hay en ningún sitio del mundo. Hay que ver el poder que tenía, salud dentro del pueblo y dentro del estado. Por eso la reforma nos hizo llevar que tenemos que regresar a formar parte de todos esos gobiernos. Acuérdense que el mejor hecho les cuento y les informa el presupuesto en salud hasta los años 94 fue tres veces el presupuesto de agencia nacional y con eso llevó mucho 18% el producto nacional global, tuvimos que reducir a cuatro.

Que las victorias no podrían ser del ministerio de salud, las victorias tenían que ser de las grandes bases populares y del estado como un todo y sobre todo profundizar en la gran reforma que habíamos hecho años anteriores en lo local, en lo municipal y lo provincial y de ahí partir hacia la otra forma, hacia un nuevo devenir de nuestras luchas. Y lo resultado no nos hacían malos, ha costado pero hemos logrado establecer un nuevo criterio de trabajo más intersectorial, más conectado a las articulaciones nacionales, con una mayor vigencia de la gran base popular, hay un nivel cultural muy fuerte cubano. Tenemos noveno grado de escolaridad ya lo estamos dando la batalla para dentro de cinco años, y el nivel mínimo de escolaridad del cubano y de la cubana será de 12 grados es decir el nivel de bachiller. Entonces estamos partiendo de esos hechos lo que nos da más garantía que la irrupción de esa masa sindical de trabajadores, es mucho más rica de lo que uno no se imagina, hacen más cosas que el aparato médico y que los servicios y se soluciona mucho más rápido, porque la reforma en salud que tenemos que ir pensando tiene su gran embasamiento en lograr un nivel nutricional básico y bueno de nuestra población y que el sistema de salud no, lo hacemos eso. Le hacen agricultura, hacen la industria básica y ahí tenemos que confiar. Otros son los pilares para tener una política de salud fuerte, sería y el derecho al empleo, al trabajo que el sistema de salud no puede resolver. Podemos acoplar nosotros no somos poderosos para un país pequeño como Cuba la masa trabajadora son 600 mil trabajadores en el sistema Cubano es fuerte,

es fuerte casi 25% de la fuerza activa trabajadora en Cuba está con nosotros en la salud. Pero eso, no está por ahí el problema, el problema como irrumpimos y trabajamos juntos para el pleno derecho al empleo, en eso periodo llegamos a tener un desempleo de 14% una cosa que nunca habíamos tenido, hoy día con todas esas medidas estamos en 2,5%. Estamos luchando y creando las reformas para enfrentar al desempleo como una de ellas y el salario por educación. Porque en estas contracciones, una fuerza importante del acuerdo, se quedó sin trabajo, se quedó en la calle, se le respetó de conquistas de educación, salud etc., pero no tenía éxito el trabajo. Entonces ganamos todos un enorme movimiento de estudio por trabajo, entonces donde les pagamos mejor que antes para que estudie. Y tuvimos que partir y abrir la universidad de los términos nuevos de politécnicos. De 49 universidades hoy día tenemos 169 universidades, una por municipio, el país tiene 169 municipios. Pero que han sido medidas que nos tenían que tomar para dar trabajo, hasta que se recobre, reaccione, y la reubicación de nuestra fuerza laboral nos preocupa mucho en la juventud, porque pónganse ustedes en esta gran crisis nuestro punto insignia cubano durante siglos fue el azúcar, el país azucarero como en una época Brasil fue café...

Revista

¿Cómo los institutos politécnicos se insertan en esas distintas fases de la reforma cubana?

Miguel Márquez

Bien, los politécnicos como les decía a ustedes también acompañados de las reformas, porque la primera gran reforma o componente de la reforma en la cual estaba incluido el capital humano y en los 60 se caracterizó por una amplia base de formación de personal auxiliar de unos 6 a 8 meses, rápidamente e irrumpiendo no un auxiliar de enfermería sino auxiliar en toda la gama de las disciplinas de laboratorio. Y eso fue el primer paso de la reforma, a dar paños a una realidad de 84% de analfabetismo y simultáneamente aceptamos estudiantes de 3° grado de escolaridad y tuvimos que alfabetizar y mejorar (hasta ahora lo seguimos haciendo) acceso a la carrera técnica para mejorar a su grado de escolaridad. De manera que cuando terminaba

duraba un poquito más de un año, un año y medio, la auxiliar, pero entraba tercero grado y salía a veces hasta con quinto, sexto grado, porque de noche los estudiantes son todos becarios, de todas las provincias. De manera que eso nos permitía también tener un buen retorno voluntario que eran los turnos nocturnos para mejorar la escolaridad de ellos. Esa fue la gran reforma, y hacerlo con carácter nacional, algo que Isabel Santos en los años 60 planteaba la colectivización. Ella no quería politécnico ya lo quería expandir Brasil de personal técnico y auxiliar, en curso de dos meses, cuatro meses, Isabel es una gran teórica, yo me voy a reunir en ese trabajo con ella. Y en el segundo momento, que es de mayor solidez, años 70, y el nivel de escolarización nuestra hay decir, la irrupción de esos nuevos estudiantes ya habíamos logrado el 6° grado. Entonces se nos permitió también de un mayor rigor académico, y nacen los politécnicos de la salud! Para dar junto a la facultad de medicina, odontología y farmacia, pero damos personalidad propia, con la red de politécnicos de la salud que nosotros la llamamos – trabajé mucho en eso –, politécnicos o técnicos medios en salud. Y creamos una gran red nacional, no concentramos en la capital, sino por en aquellas provincias en emergerlos. Entonces la reforma se dio estructuralmente con una mejor base profesoral, con mayor exigencia en el tiempo, los currículos pasaron a tener una duración de tres años conectados al trabajo no. Ahí, tenemos una pequeña diferencia con ustedes, el paso de sus gentes posiblemente, me imagino no conozco, el paso por los servicios es parte de una práctica en la formación, donde nosotros no. Desde el primer día ese muchacho está trabajando en los servicios. De manera que nosotros en eso sí, tienen un poquito de diferencia pienso yo, tendría que estudiar un poquito más uno de los rumbos que se da sobre todo a partir de los 70, es tener como eje el estudio y el trabajo, y el estudio y el trabajo es que tienen que hacer turnos de noche, hacer el trabajo concreto sobre los pacientes no como práctica sino como un resultado, ¿sí me entiendes? Entonces esa fue, la segunda grande, que acompañó la reforma sanitaria de los años 70. Posteriormente, cuando ahí rompimos con mayor fuerza a los 80, una buena bonanza, surgen las grandes especialidades, nuestro sistema exige tecnología vuelve una cosa de

Habana, extraordinaria, es una de las grandes conquistas de la revolución cubana. Entonces, emerge un nuevo tipo de necesidad, de técnicos de alto nivel. Entonces ahí surge una expresión que nosotros llamamos del nivel de la reforma, de la exigencia, de la calidad científica en la formación de nuestra gente. Y la última, después de la primera crisis, tan dura, estamos viviendo la quinta etapa en la cual el componente de los técnicos en salud, antes salían con título de tecnólogos en salud, a partir de 2002 donde se da la nueva reforma, salen con el mismo nivel académico, el mismo título que los médicos, los odontólogos, hoy en día todos son licenciados.

Revista

¿Pero estos profesionales aún son formados en los politécnicos?

Miguel Márquez

No les llamamos ya de politécnico, hoy día les llamamos de Institutos Superiores de Formación. El politécnico nos funcionó incluso por su nivel intermedio, y además porque tienen, la multiplicidad de las salidas no, la pluridisciplinariedad. El politécnico tenía esa connotación, al igual en que en primer momento tenían el nombre de escuelas de auxiliares, después cambiar politécnico, hoy día estamos en institutos, este ha sido el aspecto. Y en esa fase que estamos viviendo, también puede ser tipo de relaciones que se van dando en la solidaridad y en internacionalismo. Y nuestros profesionales están preparándose también con distintos perfiles de salidas en función de la demanda que tenemos en el mundo.

Revista

¿Cómo los movimientos populares participan de la gestión del sistema de salud en Cuba?

Miguel Márquez

Es bonito eso, préstame el libro, es, solo un ratito. Dicen que andamos y Che siempre nos decía que hay que cargar mucho antes de salir al encuentro unas veces con balas y otras veces con papeles y libros para poder conquistarte y ser lo más objetivo. Bien, la primera pregunta, nos queda mucho todavía por caminar, pero indudablemente como se mueve la sociedad civil cubana, es muy amplio el juego que ellos tienen

en su dinámica, por un lado está todo el gran movimiento sindical de los cubanos. Hay una central de trabajadores en Cuba con múltiples expresiones clásicas para decirte algo. A ese gran movimiento de la central de trabajadores de Cuba el sindicato de la salud es uno de los más fuertes, donde englobas trabajadores de base, tanto el obrero, como tecnólogo, como el médico y este ingreso no es obligatorio. Bien, tenemos una militancia sindical, esta ahí a unos 70 o 80%, porque ese sindicalismo es obligado correr el riesgo que la gente hay que respetar ¿no? Porque el hecho de ingresar a un sindicato también te conlleva a determinado tipo de responsabilidades como un todo. Entonces el sindicato de la salud es un censor, no solamente la calidad de los servicios, sino tienen una tarea que es muy buena, la protección de la salud a sus trabajadores, están encima ¿no? Acuerden que el sistema de salud a veces obligamos y ejemplo que les ponía ayer de quién controla, quién protege la salud es un técnico que está manejando rayo X, o el laboratorio o lo que sea. Entonces, ese hecho ya te da a ti la base, de que ese sindicato tiene un derecho a voz, votos y protesta de que se cumplan las cosas. Nuestros trabajadores de la salud médicos, de todo el mundo tienen acceso a lo que es el derecho al comedor obrero. La jornada nuestra de trabajo comienza a las 8:30 de la mañana, a las 10:00 de la mañana y un cafecito y una meriendita que es un pedacito de pan, depende de cómo estamos económicamente, a veces un pancito, llamamos un bocadillo de jamón y queso y pancito a media mañana, y tenemos un almuerzo para todos, nacional. Y junto a las tareas del sindicato, vean que hay la calidad del alimento

en todo lado, ¿no? Y que ese alimento tenga valores do punto de vista de kilocalorías por día y que tenga cierta balanza entre proteínas y grasas estás haciendo salud, ¿no? Y estás presionando porque el gran aparato de la administración a veces se olvida de esta cosa, el sindicato, ¿no? Y eso en todos los sindicatos que jueguen ese papel, porque el comedor obrero es no para salud, es para todo mundo, para todo mundo científico y no científico y en todo país entonces es un papel. Luego, forma parte, la posición del sindicato, forma parte el consejo nacional de salud, con 12 votos y para accesos planteamientos para que cuando emerja la política sanitaria sea tomada muy en cuenta la posición del sindicato.

Notas

¹ Participaram da realização desta entrevista Ana Lúcia Abrahão (Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense) e as seguintes profissionais da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV): Anamaria Corbo (Coordenação da Cooperação Internacional), Cátia Guimarães (Coordenação de Comunicação, Divulgação e Eventos), Ialê Falleiros Braga (Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde), Márcia de Oliveira Teixeira (Coordenadora de Recursos Humanos em Pesquisa da Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico) e Márcia Valéria Morosini (Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde).