

Kubański paradoks zdrowia



Fot. 2x istockphoto.com

Doświadczenie Kuby zdaje się stać w sprzeczności z powszechnym założeniem, że podstawowym warunkiem poprawy zdrowia populacji jest podniesienie zasobności społeczeństwa. Bliższe spojrzenie na kubański system ochrony zdrowia pokazuje, że płynąca z niego lekcja jest tyleż ciekawa, co problematyczna. Pogłębione analizy wskazują, że imponujące statystyki medyczne kraj ten zawdzięcza nie tylko słynnemu nastawieniu na profilaktykę w polityce publicznej, ale także... pozostaniu na marginesie globalizacji, co utrudniło odpływ kadr medycznych do bogatszych krajów, a także amerykańskim sankcjom, które z kolei stały się barierą dla importu wzorców śmieciowej konsumpcji. Dzięki temu całe społeczeństwo zostało wystane na przymusową, radykalną dietę.

Nie ma chyba na świecie systemu ochrony zdrowia, który budziłby takie emocje i dyskusje, jak kubański. Wystarczy rzut oka na tytuły analiz: „Fenomen kubańskiej służby zdrowia”, „Czego możemy się nauczyć od kubańskiego systemu ochrony zdrowia?”, ale też: „Cudowna kubańska służba zdrowia to mit”, „Kubański system ochrony zdrowia to ideał? W żadnym calu”. Ostatnio kontrowersje na temat opieki medycznej w tym niewielkim, rozwijającym się kraju rozbudził na nowo Bernie Sanders, niezależny senator ubiegający się o nominację Partii Demokratycznej w wyborach prezydenckich w USA. W wywiadzie dla telewizji CBS pochwalił on lidera rewolucji kubańskiej, Fidela Castro,

za walkę z analfabetyzmem i wprowadzenie systemu powszechnej, nieodpłatnej opieki medycznej.

Podniosła się fala krytyki. Nawet polityczni towarzysze Berniego Sandersa wyrażali oburzenie, dystansując się od systemu politycznego Kuby, przypominając historię łamania praw człowieka i braku swobód politycznych w tym kraju. Za to ostrożniej podchodzili do samej kubańskiej medycyny i jej osiągnięć, zachwalanych przez senatora z Vermont. Mimo wszystko Sanders trafił bowiem w amerykańską piętę achillesową: biedna Kuba, będąca skansenem niewydolnej gospodarki nakazowo-rozdzielczej, osiąga wskaźniki zdrowotne porównywalne z uzyskiwanymi w krajach

Pierwszego Świata. I to mimo niższych nakładów na system oraz trudności wynikających z liczonego już na dekady embarga, nałożonego na ten kraj przez USA jeszcze w 1960 r. Dla Stanów Zjednoczonych porównania z Kubą w obszarze zdrowia to szczególnie kłopot wizerunkowy, gdyż ich system ubezpieczeń zdrowotnych dostarcza swego rodzaju lustrzanego odbicia kubańskiej służbie zdrowia. Oto bogaty kraj, z rekordowymi w skali globalnej nakładami na opiekę medyczną, znajdujący się w awangardzie innowacji biomedycznych osiąga porównywalne efekty populacyjne w zdrowiu z niewielką wyspą, cierpiącą z powodu niedofinansowania, braków infrastruktury i leków. Dla tej potęgi gospodarczej, w której dostęp do leczenia, nawet zupełnie już nieinnowacyjnego (np. insuliny dla pacjentów z cukrzycą), silnie zależy od zamożności, a rachunki za leczenie pozostają główną przyczyną bankructwa osobistego, kubańska medycyna musi być solą w oku.

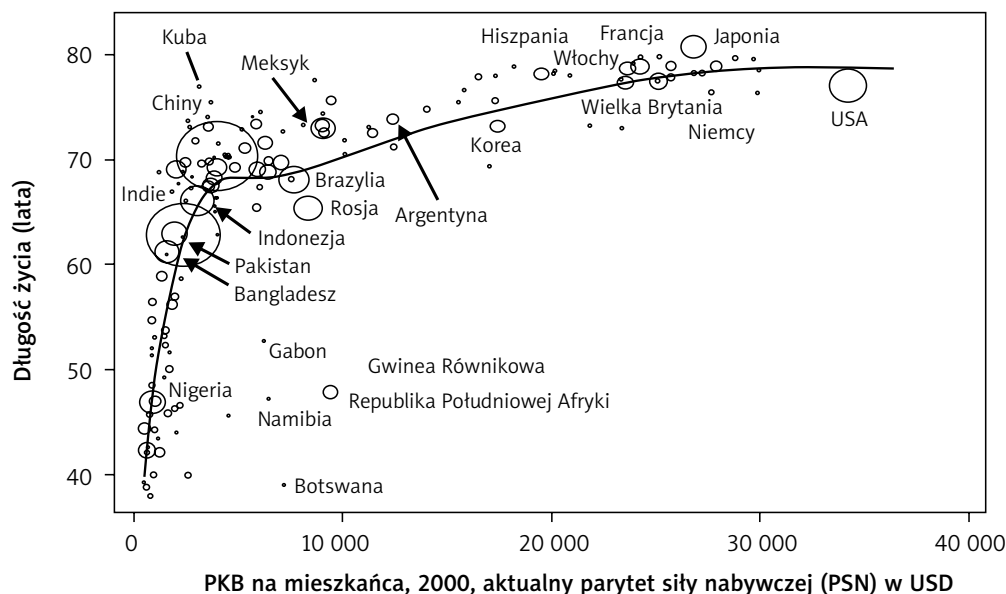
Kubański fenomen

Za osobliwość należy uznać już to, że Kuba – kraj rozwijający się – jest zestawiana w porównaniach międzynarodowych z krajami wysokorozwiniętymi. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) chwali Hawanę za jeden z niższych na świecie współczynników umieralności niemowląt. Średnia długość życia wynosi 77 lat u mężczyzn i 81 lat u kobiet (w USA odpowiednio 76 i 81 lat, a w Polsce 74 i 82 lata, w tym samym zestawieniu). Ten wyspiarski kraj jako pierwszy na świecie uzyskał status państwa, które wyeliminowało problem transmisji wirusa HIV z ciężarnej na dziecko. Liczba

„ Nie ma chyba na świecie systemu ochrony zdrowia, który budziłby takie emocje i dyskusje jak kubański ”

lekarzy w przeliczeniu na populację może przyprawić o zawrót głowy kraje wysokorozwinięte, borykające się z brakami kadrowymi – na 10 000 osób przypada tam wg WHO statystycznie prawie 82 lekarzy (wg tego samego źródła w USA było ich 26, a w Polsce 24). Ochrona zdrowia na Kubie jest fenomenem nie tylko w regionie, ale także w skali globalnej, stanowi przykład frapująco efektywnego wykorzystania mocno ograniczonych zasobów. Doświadczenie Kuby podważa konwencjonalne założenie, że podniesienie zasobności społeczeństwa jest podstawowym warunkiem poprawy zdrowia populacji.

Nic dziwnego, że krytycy Sandersa koncentrowali się na pytaniu, czy wolno chwalić państwo odbiegające od zachodnich, demokratycznych standardów, za wycinkowe osiągnięcia w kilku wybranych dziedzinach, nawet jeśli dotyczą tak istotnych społecznie obszarów, jak edukacja i zdrowie. Możliwa jest także krytyka odnosząca się wprost do samego systemu ochrony zdrowia na tej karaibskiej wyspie: w analizach zgłaszane są wątpliwości co do rzetelności niektórych statystyk, podnoszony jest problem standardów opieki, szczególnie infrastruktury szpitalnej, która w pewnych



Rycina 1. Zależność między oczekiwaną długością życia w chwili urodzenia a produktem krajowym brutto (PKB), 2000. Zmodyfikowano na podstawie Deaton A

Źródło: Cole C, di Fabio JL, Squires N, Chalkidou K, Ebrahim S. Cuban medical education: 1959 to 2017. *J Med Educ Train* 2018; 2: 1033. <http://www.scientificajournals.org>



„Podstawowa opieka zdrowotna jest rozumiana szerzej. Obejmuje wiele zadań, których w naszej kulturze nie przypisuje się lekarzom: są oni liderami lokalnych społeczności i *coachami* zdrowia”

lokalizacjach prezentuje się mocno siermiężnie. Krąży legenda o tym, że w okresie kryzysów pacjenci w szpitalach sami musieli zapewniać sobie pościel. Kuba może być dumna ze statystyk medycznych, punktują krytycy, ale rzeczywiste warunki w wielu placówkach medycznych przypominają bardziej te w krajach Trzeciego, a nie Pierwszego Świata. Z kolei niski wskaźnik śmiertelności niemowląt częściowo tłumaczy szerokie stosowanie badań prenatalnych i dostępność aborcji – według krytyków w przypadku zidentyfikowania ryzyka kobiety są wręcz namawiane do przerwania ciąży, co budzi poważne wątpliwości etyczne. Wskazywane są też faktyczne nierówności wewnątrz systemu, z uprzywilejowanym dostępem do wysp nowoczesności w postaci nowoczesnych klinik zarezerwowanym dla elit oraz tzw. turystów medycznych. Wysoki wskaźnik liczby lekarzy w przeliczeniu na populację, punktują dalej sceptyczni komentatorzy, pomijają fakt, że ta grupa zawodowa stanowi swoisty „towar eksportowy” Republiki Kubańskiej. Ojczyzna wysyła ich do wielu krajów świata w zamian za dewizy lub w ramach działań dyplomatycznych, zwykle związanych z udzielaniem pomocy humanitarnej. Dla przykładu, sam kontyngent 8500 lekarzy w Brazylii przekładał się na ok. 300 mln dolarów rocznie dla Hawany (przed ich wydaleniem po wygraniu wyborów przez prezydenta Jaira Bolsonaro

w 2018 r., co skończyło się notabene kryzysem ochrony zdrowia w tym kraju, w którym brakuje chętnych do podjęcia pracy w sektorze publicznym, szczególnie na terenach dotkniętych ubóstwem, a te właśnie obsługiwali Kubańczycy). Lekarze dostawali ok. 1/4 tej kwoty w postaci wynagrodzenia (ok. 750 dolarów, co i tak czyniło je niezwykle atrakcyjnym w porównaniu z ekwiwalentem 30–50 dolarów pensji w kraju), podczas gdy pozostała część zasilala budżet państwa. Wziąwszy pod uwagę szerokie zaangażowanie międzynarodowe kubańskich misji medycznych, biała dyplomacja przynosi Kubie przychody wyższe niż eksport słynnych cygar. Szacuje się, że 50 tys. wysłanych za granicę medyków zarabia dla Hawany nawet 11 mld dolarów rocznie. Utrzymanie takiej „białej armii” jest możliwe dzięki temu, że Kuba znajduje się na marginesie globalizacji, ograniczając swobodę migracji swoich obywateli i pilnując lekarzy wysyłanych na misje. Otwarcie na świat, jak zauważają analitycy, mogłoby się skończyć masowymi wyjazdami doskonale przygotowanych kadr medycznych do krajów bogatszych, co stanowiłoby dotkliwy cios dla tamtejszego systemu zabezpieczenia zdrowotnego.

A gdyby wprowadzić „rozmowy motywacyjne” w Polsce?

Tak zwany kubański paradoks zdrowia, polegający na rozbieżności pomiędzy stanem infrastruktury, słabym zaopatrzeniem i niskimi płacami personelu medycznego z jednej strony a dobrymi efektami zdrowotnymi na poziomie populacji z drugiej, stał się obiektem licznych analiz, przeprowadzanych często z nadzieją na wyciągnięcie wniosków co do organizacji opieki medycznej mających uniwersalne zastosowania. Nie tylko w krajach cechujących się ograniczonymi zasobami wielu autorów próbuje znaleźć tu także wskazówki dla krajów północy, szukających antidotum na destabilizującą zaawansowane systemy ochrony zdrowia inflację kosztów opieki medycznej.

Sprawa nie jest jednak prosta – owszem, z analiz przypadku kubańskiego płynie wiele ciekawych, a czasem zaskakujących wniosków, jednakże trudno sobie wyobrazić ich proste przełożenie na recepty dla reszty świata. Najbliżej takiej uniwersalizacji jest być może w przypadku samych założeń organizacji systemu ochrony zdrowia, który ukierunkowany jest na profilaktykę. Nie tylko w postulatach, lecz także w praktycznym wymiarze koncentruje się więc na podstawowej opiece zdrowotnej zintegrowanej z pomocą społeczną. Znajduje to wyraz już w systemie kształcenia przyszłych lekarzy, którzy podczas studiów odbywają praktyki medycyny środowiskowej, a po studiach, zanim część z nich wybierze się na specjalizację, kierowani są najpierw do pracy na pierwszej linii – w *policlínico integral*, w dziedzinie odpowiadającej naszej medycynie rodzinnej. Podstawowa opieka zdrowotna

jest jednak rozumiana szerzej i obejmuje szereg zadań, których w naszej kulturze nie przypisuje się lekarzom: są oni liderami lokalnych społeczności i *coachami* zdrowia, których rolą jest utrzymać stały kontakt i relacje z pacjentami, by minimalizować ich ryzyka zdrowotne. Ograniczone zasoby systemu wymagają skupienia na zachowaniu zdrowia jako metodzie ograniczenia kosztów. Tym bardziej, że dostęp do technologii naprawczych dla tych, którzy rzeczywiście zachorują, pozostaje ograniczony. Dlatego lekarze nie czekają na chorych w przychodniach, ale – podobnie jak współpracujące z nimi pielęgniarki – „kolędują”, odwiedzając obowiązkowo w określonych odstępach czasu wszystkie gospodarstwa domowe znajdujące się w ich rejonie. Podczas takich wizyt sprawdzają warunki bytowe, ale też przeprowadzają „rozmowy motywacyjne”, nakłaniając pacjentów – podopiecznych do porzucenia nałogów, zmiany sposobu odżywiania czy modyfikacji stylu życia. Nietrudno wyobrazić sobie wątpliwości, jakie wprowadzenie takiego rozwiązania napotkałoby choćby w Polsce, i to zarówno ze strony pacjentów, jak i lekarzy.

Miękki paternalizm

Dobre wyniki w zakresie zapobiegania chorobom cywilizacyjnym wg niektórych badaczy są jednak zasługą nie tylko społecznie zorientowanej medycyny, ale częściowo także efektem ubocznym... amerykańskiego embarga. Karząc kraj socjalistyczny dotkliwymi sankcjami ekonomicznymi, USA uchroniły go przed zalewem *fast foodów* i śmieciowego, wysoko przetworzonego jedzenia. A zaostrzając kurs wobec Hawany w tzw. okresie specjalnym, który rozpoczął się w 1991 r., Amerykanie zafundowali Kubańczykom niechciany, ogólnonarodowy post. W badaniu opublikowanym na łamach „British Medical Journal” naukowcy traktują zaostrzenie amerykańskiego kursu wobec Kuby po rozpadzie bloku wschodniego wprost jako „naturalny eksperyment”, który poprzez system racjonowania żywności doprowadził do powszechnej redukcji masy ciała. Ciężar sankcji, którego nie mógł dłużej równoważyć handel z krajami dawnego bloku wschodniego i radzieckie subsydia, doprowadził do poważnego załamania gospodarczego. Brakowało nie tylko żywności, lecz także paliw, co z kolei ograniczyło transport zmechanizowany, a w rolnictwie oznaczało powrót do tradycyjnych metod uprawy. Radykalnej, wymuszonej redukcji dziennego spożycia kalorii towarzyszyło więc dodatkowo zwiększenie aktywności fizycznej. Kubańczycy musieli zacząć korzystać z takich środków lokomocji, jak rower czy własne nogi, a do tego wykonywać wiele prac ręcznie. Ratunku przed niedożywieniem i związanymi z nim dolegliwościami, które zaczęły trapić Kubańczyków, szukano w amatorskiej uprawie ogrodów i w zakładaniu ogrodów miejskich. Mieszkańcy nie bez ironii wspominają, że cały naród

„Karząc kraj socjalistyczny dotkliwymi sankcjami ekonomicznymi, USA uchroniły go przed zalewem *fast foodów*”

przeszedł na dietę organiczną. W okresie tym każdy obywatel schudł średnio 5,5 kg (sic!), a następnie, z pewnym poślizgiem czasowym, odnotowano znaczący spadek występowania takich chorób, jak cukrzyca typu 2 i choroby układu krążenia. Efekty nie były trwałe – poprawa sytuacji ekonomicznej doprowadziła do populacyjnego efektu jo-jo. W 1995 r. 33,5 proc. populacji miało nadwagę lub otyłość, a w 2010 r. było to już 52,9%. Wraz z kilogramami wróciły choroby cywilizacyjne. Co ciekawe, nieco inaczej wygląda sytuacja z paleniem tytoniu – w tym wypadku nie odnotowano tak radykalnego powrotu do nałogu palenia po odbiciu gospodarczym. Jak konkludują badacze, na podstawie kubańskich doświadczeń z lat 1980–2010 udowodniono związek na poziomie populacji między redukcją masy ciała a śmiertelnością z powodu cukrzycy i chorób układu krążenia, jak również odwrotny efekt populacyjnego wzrostu masy ciała.

Nie jest to jednak (na szczęście!) wiedza, którą można przełożyć bezpośrednio na praktykę. Niemniej to właśnie przykład zdrowotnych efektów ubocznych „okresu specjalnego” Kuby przywołuje Światowa Organizacja Zdrowia na poparcie konieczności działań na rzecz populacyjnej profilaktyki otyłości i jej powikłań, a opłaty cukrowe i podatki od niezdrowej żywności, z którymi eksperymentują demokracje liberalne, stanowią próbę osiągnięcia podobnych wyników za pomocą narzędzi „miękkiego paternalizmu”.

Maria Libura

Przypisy

¹Spiegel J, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *J Public Health Pol* 2004; 25: 85-110. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3190007>

²Gómez-Dantés O. Cuba's health system: hardly an example to follow. *Health Policy and Planning* 2018; 33: 760-761. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy035>

³Donoso SE, Carvajal C, Jorge A. Eugenic abortion could explain the lower infant mortality in Cuba compared to that in Chile. *Rev Med Chil* 2012; 140: 999-1005. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000800005>

⁴https://brasil.elpais.com/brasil/2018/11/24/internacional/1543042730_806992.html

⁵Franco M, Bilal U, Orduñez P, Benet M, Morejón A, Caballero B. et al. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ* 2013; 346: f1515.