

**PANORAMA GENERAL DE LAS BRIGADAS MÉDICAS COMUNISTAS DE
CUBA EN AMÉRICA LATINA**

Evolución, dinámicas y desafíos

Este informe fue elaborado por la Dra. Elaine Acosta González, Académica Visitante en el Instituto de Investigaciones sobre Cuba (CRI) de la Universidad Internacional de Florida (FIU), para la Fundación Memorial Víctimas del Comunismo (VOC) en agosto de 2021.

Contenido

1. Presentación del informe, objetivos y metodología.....	3
2. Antecedentes históricos de colaboraciones en materia de salud promovidas por el gobierno cubano desde 1959.....	6
3. Situación actual de las brigadas médicas cubanas en el exterior.	10
4. Panorama general de la evolución, regulación y desempeño de las brigadas médicas en la región.	12
Composición general de las brigadas médicas.	12
Aspectos jurídicos y regulatorios	13
Aspectos administrativos y presupuestarios	16
Aspectos políticos y relativos a las relaciones internacionales	19
Aspectos sociales y familiares.....	23
5. Reflexiones finales: principales hallazgos, recomendaciones y apuntes para una agenda de investigación.	27
6. Bibliografía	33

1. Presentación del informe, objetivos y metodología.

La salud y la educación, con carácter universal y gratuito, han tenido una enorme relevancia en la reproducción –material y simbólica- del modelo sociopolítico cubano. El Estado cubano, como protagonista hegemónico y decisivo de la política económica y social, priorizó el gasto social y asignó recursos crecientes a la educación, salud y asistencia social durante el periodo 1959-1989 (Acosta et al., 2018). Los recursos fiscales para sostener dicho modelo provenían fundamentalmente de la ayuda proporcionada por la entonces Unión Soviética y el resto de los países socialistas por vía de donaciones o subsidios (Mesa-Lago, 2012) y continuaron después con Venezuela a través del Convenio Integral de Cooperación Cuba-Venezuela, firmado en Caracas a fines del año 2000¹.

Este modelo entra en crisis a principios de los años noventa con la caída del campo socialista y refuerza su alta dependencia externa con la drástica disminución del apoyo económico de Venezuela a partir de 2012-13. En la actualidad, el sistema de salud cubano si bien conserva cierta ventaja simbólica interna e internacional, experimenta un significativo deterioro en el contexto de la crisis estructural por la que atraviesa la sociedad cubana, agravada por la crisis sanitaria del Covid-19. Una crisis que se ha caracterizado por el deterioro de la infraestructura de la isla, la depauperación de la calidad del nivel de vida, las crisis simultáneas del transporte, la vivienda, la alimentación y el abasto de agua, el éxodo de cientos de miles de cubanos, la insostenibilidad del sistema nacional de pensiones, así como el deterioro y mercantilización de los grandes pilares de la protección social: la salud y la educación (Mesa-Lago et al., 2020).

Una reciente publicación de Mesa-Lago y Diaz-Briquets (2021) contribuye al debate sobre la sostenibilidad del sistema de salud de Cuba, al mostrar que el modelo cubano de acceso universal gratuito a la salud es financieramente insostenible a largo plazo. En este contexto general debe entenderse la importancia económica de las exportaciones de servicios de salud profesionales cubanos. Con la llegada de la pandemia del COVID-19, la crisis se ha agravado, más aún cuando el sistema de salud ya venía padeciendo una reducción del personal por la exportación de servicios médicos, previo y durante la pandemia. Esto ha afectado a la atención primaria. Mesa-Lago et al. (2020) argumentan que, si bien el número total de médicos cubanos entre 2008 y 2018 aumentó en 28%, el 40% de ellos labora en el exterior. Así que, en vez de haber 117 habitantes por médico, actualmente hay 202, un nivel similar al de 1990 antes de la crisis del “período especial”. Adicionalmente, muchos médicos han dejado sus puestos públicos debido a sus bajos salarios y se han movido al cuentapropismo o han emigrado. De ahí que el total del personal sanitario haya menguado 22%, las enfermeras en 20%, y los técnicos en 58%.

¹ El acuerdo inicial de cooperación integral Cuba-Venezuela, firmado en el 2000, establecía en su artículo II que los bienes y servicios proporcionados por Cuba serían pagados por la República Bolivariana de Venezuela, en el valor equivalente a precio de mercado mundial, en petróleo y sus derivados. En el artículo III se fija lo siguiente: “*La República Bolivariana de Venezuela se compromete a proveer a la República de Cuba a solicitud de ésta y como parte de este Convenio Integral de Cooperación, bienes y servicios que comprenden asistencia y asesorías técnicas provenientes de entes públicos y privados, así como el suministro de crudos y derivados de petróleo, hasta por un total de cincuenta y tres mil (53.000) barriles diarios*”. En el mismo convenio se establece que Cuba proporcionará gratuitamente a Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud; mientras que Venezuela cubrirá los gastos por concepto de sueldo y alojamiento del personal de salud.

El gobierno cubano exporta alrededor de 40 000 médicos que prestan sus servicios en el exterior (Werlau, 2010). Dichos servicios son la fuente principal de divisas del país (6 398 millones USD en 2018, aunque en declive) (Mesa-Lago, 2020) y representan el 43% de las exportaciones totales (Vidal, P. en Lozano, 2020). Un reportaje del *New York Times* del 2019 asegura que “*el alquiler de médicos, enfermeras y técnicos aportó 5400 millones de dólares, el doble que el turismo, uno de los principales motores de la economía*” (Augustin y Kitroeff, 2021).

En paralelo, entre 2009 y 2018, el gasto de salud como porcentaje del presupuesto estatal disminuyó de 19% a 17,1% y como proporción del PIB de 12,8% a 10,5% (Mesa-Lago y Díaz-Briquets, 2021). El 59% de los “médicos de familia” están en el extranjero, cuestión que plantea un problema interno serio, dado el papel crucial que tienen en la atención del nivel primario donde se resuelve la mayor parte de los problemas de salud. Otros problemas que presenta el sistema de salud cubano en la actualidad, siguiendo a Mesa-Lago et al. (2020) son la disminución del número de hospitales en un 32% y el de policlínicos en un 8%. Las camas reales de hospital se redujeron en 10%; continúa el deterioro de las instalaciones y los servicios hospitalarios y el creciente grado de mercantilización (informal). Se agregan las fuertes restricciones financieras para importar medicinas, mascarillas y ventiladores y una asignación ineficiente de los escasos recursos sanitarios que relegan las necesidades urgentes de los adultos mayores para dar prioridad a los niños y madres embarazadas². Por último, la transición epidemiológica ha provocado un incremento notable del costo de la atención de salud.

Pese a este complejo escenario de déficit y deterioro del sistema de salud cubano, durante la pandemia se ha reforzado la estrategia de venta de servicios médicos, a través del envío de brigadas médicas a un significativo número de países (Chaguaceda, 2020^a). También se ha considerado la venta de vacunas contra el Covid-19, ya sea directamente a los viajeros que lleguen a la isla o a aquellos países que deseen comprarlas (Augustin y Kitroeff, 2021).

El envío de brigadas médicas a prestar servicios en otros países no es una estrategia reciente. Según reconoce el sitio oficialista *Cubadebate*³, desde 1960 se registra la participación de brigadas médicas cubanas en decenas de países. Desde entonces, el gobierno cubano ha sido capaz de identificar importantes nichos de atención médica desatendidos, que no están cubiertos por los sistemas nacionales de salud en muchos países (Mesa-Lago y Díaz-Briquets, 2021), llegando a atender a más de cuatro millones de personas afectados por catástrofes naturales y epidemias en el mundo. En la actualidad, se ha informado que Cuba cuenta con médicos en más de 60 países (Beaumont & Augustin, 2020).

El gobierno cubano ha presentado los resultados de su colaboración médica como una expresión “del humanitarismo y la solidaridad de la revolución”. Sin negar el aporte que

² En 2018 había 38 hospitales de ginecología y pediatría, pero ninguno geriátrico, así como 310 niños por un pediatra, pero 2.645 ancianos por un geriatra.

³ “Personalidades mexicanas piden el Nobel de la Paz para los médicos cubanos”, En *Cubadebate*, 25 de enero de 2021, http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/01/24/personalidades-mexicanas-piden-el-nobel-de-la-paz-para-los-medicos-cubanos/?fbclid=IwAR3PkQPa_TfLPDtXXOwvpXIH-QCRQngJN6AEsRa2A_H4bk2Jr0C3C32dLh0

han significado en el tratamiento médico a un alto número de personas que de otra manera no hubieran tenido acceso a servicios de salud, como se verá en el siguiente informe, las “misiones internacionalistas” se articularon originalmente como una especie de "diplomacia de bata blanca" para conseguir afinidades y alianzas con países en desarrollo (Werlau, 2010). La estrategia ha ido modificándose desde el inicio del nuevo milenio, toda vez que se han convertido en una fuente de moneda convertible, que sigue siendo la más importante para el país caribeño (Mesa-Lago, C. y Vidal, P., 2019). En la actualidad, existen serias y fundadas acusaciones sobre violaciones a los derechos humanos de los “cooperantes” y las condiciones de trabajo reportadas estarían siendo consideradas en la categoría de trabajo forzoso, según los indicadores establecidos por la Organización Internacional de Trabajo. El trabajo forzoso constituye además una forma contemporánea de esclavitud.

El presente informe tiene como objetivo describir el panorama general de las brigadas médicas cubanas en América Latina, sus antecedentes, evolución y estado actual. Para ello, se analizarán nueve países receptores de dichas brigadas, de modo que puedan destacarse tanto las características generales de la estrategia utilizada por el gobierno cubano en términos de exportación de servicios de salud, así como sus rasgos específicos, teniendo en cuenta la variabilidad que pueda registrarse según la experiencia y contexto de cada país que haya accedido a recibir dichos servicios. A partir de la identificación de estos rasgos generales y características específicas, se explorarán posibles vías y dinámicas de desarrollo de las brigadas médicas, así como su posible impacto en el sistema de salud de la isla.

Metodología

Para la construcción de este informe se ha empleado como técnica fundamental la revisión de información primaria recogida por país seleccionado de la región (informes por país). Los países seleccionados fueron nueve: Brasil, Ecuador, México, Guatemala, Venezuela, Colombia, Argentina, Perú y Uruguay. La información contenida en los informes de cada país fue recabada a través de distintas fuentes, tales como, entrevistas a profesionales de la salud cubanos participantes/desertores de las brigadas, entrevistas a actores claves de los países receptores de las brigadas médicas, artículos de prensa y bibliografía especializada. Adicionalmente se han revisado otras fuentes de información secundaria provenientes de sitios estadísticos oficiales, tanto del gobierno cubano como de los gobiernos de los países bajo análisis, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, artículos académicos y de prensa.

En el análisis de los datos procuramos ofrecer una perspectiva "equilibrada" del fenómeno de las misiones médicas, debido al alto peso que tienen las posiciones político-ideológicas en la prestación de estos servicios. Esto no implica desconocer las motivaciones y objetivos políticos e ideológicos que inspiran y guían estas misiones. Por el contrario, es propósito de este análisis develarlos y problematizarlos en el contexto la realidad socioeconómica y política cubana y de su sistema de salud, así como de las características, dinámicas y necesidades de los sistemas políticos, económicos y de salud de los países receptores. Para tales efectos analizaremos las siguientes dimensiones en perspectiva comparada, cuando sea posible:

- Composición general de las brigadas médicas

- Aspectos jurídicos y regulatorios
- Aspectos administrativos y presupuestarios
- Aspectos políticos y relativos a las relaciones internacionales
- Aspectos sociales y familiares

Como alcance y limitaciones metodológicas, cabe mencionar las dificultades para acceder a entrevistas con actores directos participantes de las brigadas médicas, que no sean aquellos que han desertado. Parte de las restricciones que tienen quienes participan de estos programas son justamente las de proveer información a medios internacionales o investigadores, por el alto control y vigilancia que se les impone. Otra de las limitantes está relacionada con la falta de datos o limitada calidad de aquellos que proceden de las estadísticas oficiales que publica el gobierno cubano sobre el tema.

Esto suele ser un problema general de las estadísticas que produce el gobierno cubano en distintos ámbitos, pero suele ser más problemático en un sector estratégico como el de la salud. A lo anterior hay que agregar la falta de transparencia y *accountability* en la información e indicadores de ejecución de los convenios y acuerdos internacionales establecidos por Cuba en materia de salud. En consecuencia, la cantidad y calidad de la información disponible por país es altamente variable, dependiendo de las capacidades de la sociedad civil y política para exigir la transparencia de los acuerdos y convenios.

La estructura del informe comprenderá cinco apartados. En el primero, se expondrán, de manera sintética, los antecedentes históricos de las colaboraciones en materia de salud promovidas por el gobierno cubano desde 1959. Se identificarán los orígenes de las actuales misiones, un esbozo de periodización sobre la forma en que han ido evolucionando las estrategias de colaboración en materia de salud.

El segundo apartado estará dedicado a caracterizar el panorama general de las misiones médicas cubanas en América Latina en los últimos veinte años, empleando una mirada comparativa de los datos de los países seleccionados, según las dimensiones de análisis mencionadas en la descripción de la metodología. Un tercer capítulo abordará la situación actual de las misiones médicas cubanas en la región, poniendo énfasis en la estrategia desplegada para enfrentar la pandemia del Covid-19. Por último, se realizará una síntesis analítica de los principales hallazgos encontrados, procurando delinear posibles temas y problemáticas para una futura agenda de investigación.

2. Antecedentes históricos de colaboraciones en materia de salud promovidas por el régimen cubano desde 1959.

Desde 1960 se registra la participación internacional de brigadas médicas cubanas, según reconoce el sitio oficialista *Cubadebate*⁴, en respuestas a situaciones de catástrofes naturales y epidemias. Las primeras brigadas acudieron a brindar apoyo a las emergencias presentadas tras los terremotos de Chile, Perú, Nicaragua, Honduras, Guatemala, Argelia,

⁴ “Personalidades mexicanas piden el Nobel de la Paz para los médicos cubanos”, En *Cubadebate*, 25 de enero de 2021, http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/01/24/personalidades-mexicanas-piden-el-nobel-de-la-paz-para-los-medicos-cubanos/?fbclid=IwAR3PkQPa_TfLPDtXXOwvpXIH-QCRQngJN6AEsRa2A_H4bk2Jr0C3C32dLh0

Armenia e Irán, y el tsunami de Sri Lanka; así como luego de los huracanes en México y las inundaciones en Venezuela, y durante la epidemia de dengue en Centroamérica. Además de aportar profesionales, colaboraron con equipos, medicamentos y alimentos.

En 1999, se amplían las modalidades de colaboración y prestación de servicios a nivel internacional en materia de salud, agregando el componente formativo a través de la creación de la *Escuela Latinoamericana de Medicina* (ELAM) en Cuba. El rector fundador de ese centro Juan Carrizo, declaró a Prensa Latina (Hernández y Rodríguez, 2012) que el Estado cubano sustenta materialmente todo este proyecto, aunque reconoce recibir donaciones de organizaciones como la estadounidense *Atlantic Philanthropic*. Agrega que al 2012 contaban con cinco proyectos de donantes que aportan recursos para mejorar la base material de estudio, la actividad publicitaria y la adquisición de algunos equipos. El objetivo declarado oficialmente consiste en apoyar la formación de médicos en América Latina, África y otras partes del mundo, para aumentar la capacidad de los servicios de atención primaria salud en zonas necesitadas en sus regiones de origen.

Sin embargo, existen informes que dan cuenta de cómo los servicios de inteligencia cubanos (FBI, 2014) apuntan activamente al mundo académico y a la actividad formativa en general, tanto para obtener información de utilidad para el gobierno cubano como para realizar actividades de influencia a nivel internacional. Durante su formación en Cuba, los estudiantes se involucran en “trabajos voluntarios” y en actividades políticas, según reconoció el rector de la ELAM. Existen antecedentes sobre cómo muchos de los exalumnos de la ELAM al regreso a sus países forman -o se involucran- en organizaciones procomunistas y en el activismo político a nivel regional⁵, ofreciendo una imagen favorable a la visión que el régimen cubano persigue posicionar en el escenario político internacional.

Para la celebración de los 20 años de la ELAM, la institución reportaba haber graduado 29.749 médicos, provenientes de 115 naciones. De este total, 6.848 graduados se han especializado en Medicina General Integral (MGI), y entre ellos, 2.135 han realizado otras especialidades médicas en Cuba. En esa fecha, sumaban 87 los países que tenían representación en dicha casa de estudios (OPS-Cuba, 2019). Algunos de ellos llegan a ocupar importantes cargos de gobierno, en universidades, hospitales y servicios de salud, todo lo cual sirve potencialmente de apoyo para posibles alianzas futuras en materia de crear o incrementar acuerdos cooperación con Cuba. Estudiantes de años terminales de su formación reconocen que durante los años de estudios formaron brigadas estudiantiles, en las que al principio solo concentraban esfuerzos en la salud, pero con el paso de los años fueron extendiendo sus actividades a otras áreas como la agricultura, la educación y la infraestructura en zonas remotas.

⁵ Según el informe de 2020 de la Brigada Médica Cubana en Guatemala, a la fecha se habían graduado 1.073 profesionales de la salud de la ELAM. Quienes realizan sus estudios de medicina en Cuba tienen ciertas ventajas competitivas con los graduados en el país, puesto que a su regreso el gobierno les facilitaba la inserción laboral. En Venezuela, por su parte, se crea en el 2003 el programa de Asesoría pedagógica *Misión Robinson* (Plan de alfabetización inspirado en el programa educativo cubano “*Yo sí puedo*”). El programa formativo ha contribuido a la formación de más de 26 mil médicos venezolanos. Por su parte, en 2007 se abrió una sede de ELAM en Caracas y se propuso la creación de la Universidad Latinoamericana de las Ciencias de la Salud, que empezó a funcionar en el año 2014. En Argentina, los primeros médicos argentinos que se recibieron en la ELAM lanzan la Propuesta Tatú en 2006. Para junio de 2018, el proyecto había realizado 19 misiones médicas junto con la Universidad Nacional de Lanús.

En el mismo año **1999** se produce el primer acercamiento de cooperación médica entre Venezuela y Cuba, desde la llegada al poder de Hugo Chávez. A raíz del desastre natural que afectó varias zonas del país, conocido como “Tragedia de Vargas” (1999), Cuba envía una misión de 454 profesionales de la salud al estado de Vargas, junto a otros 16 países. Antes de cumplirse un año de la llegada de los médicos cubanos por la emergencia nacional del desastre, se firma el *Convenio de Colaboración entre Cuba y Venezuela (2000)*, el de más larga data e impacto y que está actualmente vigente. La misión médica que llegó a Vargas permaneció en Venezuela hasta el año **2002**, asumiendo también labores rurales en otros estados, pese a las fuertes críticas de la Federación Médica Venezolana y el Colegio de Médicos del estado Vargas, que calificaban esta labor como práctica ilegal de la medicina, al no cumplir con el procedimiento administrativo establecido en el país para el ejercicio de la medicina por médicos extranjeros.

La estrategia desplegada por el gobierno cubano en el ámbito de la salud en Venezuela hay que entenderla en el contexto más amplio del convenio petrolero, que comprendía acciones en una multiplicidad de áreas sociales, deportivas y culturales dirigidas a sostener y desarrollar el proyecto ideológico de la Revolución bolivariana. Este acuerdo inicial de cooperación integral entre Cuba y Venezuela, que se firmó en el **2000**, en su artículo II estableció que los bienes y servicios proporcionados por Cuba serían pagados por la República Bolivariana de Venezuela, en el valor equivalente a precio de mercado mundial, en petróleo y sus derivados. En el artículo III, se especifica además que: “*La República Bolivariana de Venezuela se compromete a proveer a la República de Cuba a solicitud de ésta y como parte de este Convenio Integral de Cooperación, bienes y servicios que comprenden asistencia y asesorías técnicas provenientes de entes públicos y privados, así como el suministro de crudos y derivados de petróleo, hasta por un total de cincuenta y tres mil (53.000) barriles diarios*”. En el mismo convenio se establece que Cuba proporcionará a Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud. Será Venezuela quien cubra los gastos de honorarios y alojamiento de los profesionales, técnicos y personal administrativo procedente de la isla.

Para el año **2003**, el alcalde de Caracas firma con el Embajador de Cuba en Venezuela el Convenio que permitió el traslado de los primeros 304 médicos desde Cuba. En el acuerdo, la *Misión Barrio Adentro* se erigía en el eje central de la oferta de servicios y a su vez era el programa al que se destinaban la mayor parte de los recursos asignados en su totalidad al Convenio. De manera vertiginosa, para fines de ese mismo año ya se contabilizaban 10.169 médicos cubanos ubicados en los 23 estados del país y el Distrito Capital, como resultado de la expansión territorial de la delegación médica cubana.

En julio de **2004**, ampliando la oferta de servicios médicos, Cuba y Venezuela lanzaron un programa de salud visual, destinado a erradicar la ceguera prevenible que se ocasiona por cataratas y pterigium. Aquel programa fue bautizado como «Operación Milagro» y se ubicó en más de 15 países de América Latina. Como parte del mismo se instalaron decenas de centros oftalmológicos, donde intervinieron quirúrgicamente a más de dos millones de personas de manera gratuita. El plan de la Operación Milagro consistía en garantizar la atención de 600 pacientes oftalmológicos por año, que serían intervenidos en Cuba y Venezuela, provenientes de más de 35 países de América del Sur, el Caribe y África, en el marco de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de América (ALBA-TCP) y Petrocaribe (MPPS, 2019).

En la memoria publicada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela correspondiente al 2015 (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2016), se observa una nueva ampliación de la oferta dentro del Convenio Cuba–Venezuela, incorporando la provisión farmacéutica (suministro de medicamentos genéricos y biológicos, vacunas, reactivos para los laboratorios), el mantenimiento de equipos médicos, cobertura en materia de salud bucal, salud visual y la formación de especialistas en áreas prioritarias para el Sistema Público Nacional de Salud. Todo ello por un monto de USD 832.945.590,96. Venezuela se convirtió así en el mayor comprador de servicios profesionales y técnicos desde Cuba. Se estima de manera gruesa que en un 75%, según Mesa-Lago y Vidal (2019).

En **2005** se constituyó el *Contingente Internacional de Médicos Especializados Henry Reeve* que se ofreció para apoyar a damnificados por el huracán Katrina en Estados Unidos⁶. El funcionamiento de estas brigadas ha sido posible por el respaldo financiero de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), u otros estados que han pagado directamente por los servicios. En muchos casos la “acción solidaria” inicial de Cuba ha sido el comienzo de muchos años de “colaboración rentable”, tal como pasó en Honduras, Haití, Jamaica, Pakistán y otros países después de desastres naturales. Además de estos países, **entre 2005 y 2010** las brigadas médicas apoyaron distintas catástrofes en países como Guatemala, Bolivia, Indonesia, Perú, México, China y Chile. Reportes oficiales cubanos dan cuenta de una presencia de 28 brigadas cubanas en 22 países, con una participación de más de 7.950 colaboradores (Barnés, 2020).

Este dato incluye los servicios prestados en el combate a la epidemia de cólera y el ébola en Sierra Leona, Guinea y Liberia, bajo la coordinación de la ONU. En **2017**, los galenos acudieron a México para atender a damnificados por sismos y en **2020** se realizó un amplio despliegue de las brigadas médicas cubanas en el enfrentamiento a la pandemia de Covid-19 en más de 30 países⁷. A diciembre del 2020, cuando se cumplían 15 años de existencia del contingente, los datos publicados por el MINSAP (2020) reportaban la participación de 13.597 colaboradores.

Otro de los hitos importantes en materia de cooperación internacional en salud se registró en **2013**, cuando se firmó el convenio que tuvo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como intermediaria y condujo a la implementación del “*Programa de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud para la participación de Médicos Cubanos en el Programa Más Médicos en Brasil*”. Fue firmado por la OPS como parte de su acuerdo preexistente con Cuba que tenía como objetivo facilitar la exportación de médicos cubanos a todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). El contrato y sus términos fueron propuestos por el gobierno cubano y dieron lugar al despliegue de un estimado de más de 18.000 colaboradores cubanos en zonas rurales de Brasil que experimentaban un déficit de profesionales de la salud. De ellos, aproximadamente 2.500 tienen prohibido regresar a Cuba por un periodo de 8 años. En noviembre del 2020, un juez federal en Washington D.C. decidió que cuatro médicos

⁶ Fidel Castro bautizó como “Brigada Henry Reeve” en honor a un nativo de la ciudad de Nueva York que luchó con los cubanos en la Primera Guerra de Independencia de España (1868-1878)

⁷ Más adelante se ofrecen detalles sobre el despliegue de las brigadas médicas cubanas durante la pandemia del Covid-19.

cubanos residentes en Estados Unidos podrán continuar con su demanda contra la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su reclamo se basa en la intermediación de la OPS entre los gobiernos de Cuba y Brasil para llevar miles de profesionales cubanos al programa brasileño *Mais Médicos* en condiciones de trabajo forzoso⁸. En el apartado 4 (aspectos regulatorios) se ofrecerán más detalles al respecto.

3. Situación actual de las brigadas médicas cubanas en el exterior.

Según *CubaArchive*, Cuba tiene decenas de empresas estatales (al menos 85) dedicadas a la venta de servicios de exportación de profesionales que son enviados como trabajadores temporales al extranjero por dichas entidades. Según el gobierno cubano, éstos generan la mayor fuente de ingresos y divisas de todo el país y el 75% son trabajadores de la salud. En julio 2018, Cuba reportaba 38.262 trabajadores de salud en 66 países, de los cuales 18.384 eran médicos. Luego de la salida de las brigadas médicas en Brasil, Bolivia, Ecuador, Honduras y El Salvador, en marzo de 2020, fuentes oficiales cubanas reportaron 28.268 colaboradores de la salud en 61 países y afirmaban que, en casi seis décadas de “trabajo altruista y solidario,” ha enviado a más de 400.000 trabajadores de la salud cubanos a 164 países como parte de acuerdos de “cooperación”. El dato más reciente confirmado por el jefe de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), Francisco Durán García refiere la presencia de 29.000 profesionales y técnicos desplegados en 68 países (DDC, 2020).

El esquema opera mediante contratos de dos o tres años de duración entre entidades estatales cubanas y estados o corporaciones, usualmente de carácter secreto. Desde el 2011, la empresa del estado cubano *Comercializadora de Servicios Médicos, S.A.* es la que gestiona los contratos de exportación de trabajadores de la salud. Las “brigadas médicas” son contratadas por los estados u organizaciones internacionales tales como OMS y OPS para brindar servicios de salud de forma gratuita a pacientes en zonas con escasa cobertura médica en lugares remotos o peligrosos, donde los médicos locales no quieren ir o son mal remunerados. En algunos casos, existe un tratamiento de la colaboración médica con fines políticos por parte de los gobiernos receptores y, en otros, constituye además una forma de brindar apoyo financiero a Cuba. Algunos de los acuerdos de “cooperación integral” en salud incluyen servicios educativos para capacitar a estudiantes de medicina en Cuba o enviar instructores al país contratante, así como la importación de productos y suministros médicos producidos en la isla o con el gobierno cubano como un comprador intermediario.

En 2018, último año del que Cuba ha publicado estadísticas oficiales al respecto, los servicios de exportación sociales y de salud le generaron a Cuba \$6,4 mil millones, más que cualquier otro sector de la economía y más del doble de lo que representan los ingresos del turismo (ONEI, 2019). Asimismo, se generaron \$1,3 mil millones en servicios de apoyo, de los cuales el 75%, o \$975 millones, corresponderían a la partida de servicios sociales y de salud.

⁸ Más detalles sobre la demanda legal contra la OPS acogida a trámite en el siguiente link: <https://www.fhrcuba.org/2020/11/paho-immunity-is-not-impunity/>

La situación de la pandemia: una coyuntura favorable para expandir la oferta de servicios médicos.

A partir de marzo 2020, Cuba comenzó a enviar ayuda de emergencia para enfrentar la pandemia del coronavirus y, hasta diciembre del 2020, según datos del MINSAP (2020) se han enviado más de 3.800 trabajadores cubanos (médicos, enfermeros, técnicos y personal “logístico”) en brigadas médicas a 39 países, incluyendo varios donde no tenía presencia (Andorra, Cabo Verde, Granada, Honduras, Italia, México, Nicaragua y Togo)⁹. Han ido, en América Latina y el Caribe, a Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, San Vicente y Granadinas, Santa Lucía, San Cristóbal y Nevis, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela y, en otros continentes, a Andorra, Angola, Cabo Verde, Catar, Italia (Lombardía y Piamonte), Sudáfrica y Togo.

En el marco del *Convenio Integral de Cooperación Cuba-Venezuela*, una de las primeras decisiones de la Comisión a cargo fue solicitar apoyo al gobierno cubano para la atención de la emergencia sanitaria. Adicionalmente, se decidió que la estructura sanitaria de la *Misión Barrio Adentro* sería el primer nivel de atención para los casos de Covid-19 en el país. Voceros oficiales han reiterado que en Venezuela existe la dotación necesaria del medicamento de origen cubano Interferón alfa 2-B, que ha sido utilizado en China para la atención de los pacientes de Covid-19.

El acuerdo más reciente que recoge la prensa al momento de realizar este informe es el de Panamá, donde llegaron 220 médicos cubanos el 24 de diciembre de 2020¹⁰. El Gobierno panameño aprobó contratar 10 equipos del contingente médico Henry Reeve y pagará 1.913.591 dólares por el convenio médico de tres meses prorrogables para tratar el Covid-19. El monto incluye el coste de los pasajes aéreos. Las críticas del gremio médico no se han hecho esperar. Por ejemplo, la Sociedad Panameña de Cardiología criticó al Ministerio de Salud por tomar decisiones unilaterales, alegando que su país no necesita más cardiólogos de los que ya posee y que no han sido positivas las experiencias con médicos cubanos en ocasiones anteriores¹¹.

Además del incremento del número de cooperantes y países al que prestan servicios las brigadas médicas, el gobierno cubano ha estado desarrollando varios candidatos vacunales contra el Covid-19. A la fecha de elaboración de este informe, se han anunciado que una de las cuatro vacunas entrará en la fase final de pruebas en marzo, un paso crucial hacia la aprobación regulatoria que, si tiene éxito, podría poner a la isla en el camino de inocular a toda su población y comenzar las exportaciones al extranjero a finales de año (Augustin y Kitroeff, 2021). De conseguir la aprobación, el gobierno cubano obtendría una importante victoria política, una fuente considerable de recursos económicos por su

⁹ En la web de CubaArchive se puede acceder a una tabla actualizada con estos datos: <https://cubaarchive.org/es/cuba-salud-es/brigadas-medicas-cubanas/>

¹⁰ Diario de Cuba. “Panamá pagará al Gobierno cubano 1.913.591 dólares por los más de 200 médicos enviados”, Ciudad de Panamá, 23 Febrero 2021, https://diariodecuba.com/cuba/1614068676_29038.html

¹¹ Diario de Cuba. “Cardiólogos panameños se suman a la protesta contra la contratación de médicos cubanos”, Ciudad de Panamá, 28 de diciembre 2020, https://diariodecuba.com/cuba/1609181504_27611.html

venta y una oportunidad inmejorable de relaciones públicas, fortaleciendo las relaciones internacionales mediante la donación de medicamentos. Sería un excelente impulso a la reputación del sector biotecnológico farmacéutico cubano -Cuba ya exporta vacunas a más de 30 países-, que les permitirá comercializar otros productos médicos. Al mismo tiempo, podría reactivar otro rubro importante de la economía cubana, atrayendo a los turistas con paquetes vacacionales que incluyan la vacuna, tal y como lo han estado promocionando las autoridades de la isla.

4. Panorama general de la evolución, regulación y desempeño de las brigadas médicas en la región.

Composición general de las brigadas médicas.

A continuación, se describen las características generales de las brigadas médicas en los últimos veinte años. Se hará mención de los siguientes aspectos: la antigüedad y años de duración de los convenios de cooperación firmados entre el gobierno de Cuba y otros gobiernos u organismos internacionales, la composición y volumen del personal colaborador, las áreas geográficas donde se localizan las brigadas médicas en los países que reciben los servicios y las áreas de salud en que éstos son proporcionados.

En cuanto a **la antigüedad**, los convenios de cooperación en salud con Cuba de más antigua data los ostentan países como México, Guatemala y Ecuador, quienes firmaron acuerdos específicos, que con posterioridad fueron renovando y ampliando bajo nuevas condiciones. El más antiguo registrado data del año 1992 firmado en Ecuador y los convenios generales más recientes se firmaron en 2013 en Perú y Brasil. Estos últimos dos no se encuentran activos. No obstante, en 2020, se ejecutaron nuevos convenios específicos de salud con ocasión de la pandemia del Covid-19, como se mencionó con anterioridad. De los países en estudio, tienen convenios activos México, Guatemala, Venezuela y Uruguay, mientras que finalizaron las misiones en Brasil, Ecuador (el convenio marco sigue vigente pero no en activo) y Perú. Las razones del cese de estas misiones se detallan más adelante en el análisis de la dimensión relacionada con los aspectos políticos y de relaciones internacionales.

Los casos especiales lo constituyen Argentina y Colombia. En Argentina no hay información pública clara respecto de la existencia de un convenio nacional. Existen acuerdos específicos con algunas provincias. En Colombia no existe presencia de una misión oficial. El país se ha convertido en un lugar de acogida temporal de desertores de las brigadas médicas cubanas que colaboran en Venezuela.

La **entidad responsable** de la totalidad de los convenios de los países analizados es el Ministerio de Salud del país receptor. En cuanto al **volumen de colaboradores**, las misiones que han acumulado mayor cantidad son, por lejos, las de Brasil y Venezuela. Esta última ha llegado a contabilizar aproximadamente 220.000 colaboradores a lo largo de los 20 años de existencia de colaboración, de los cuales 140.000 habrían estado destinados al sector de la salud. Al 2020, según datos oficiales publicados por el gobierno venezolano se encontraban en activo 25.000 colaboradores.

Durante los cinco años de vigencia del convenio con Brasil prestaron servicio 18.000 colaboradores cubanos, con un promedio de más de 8.000 anuales. Los países con menor

presencia de personal cubano fueron Uruguay y Perú. Lamentablemente no existen datos desagregados por género, pero se sabe que las mujeres constituyen más del 55% de las brigadas médicas que han partido hacia otros países afectados por el Coronavirus a prestar sus servicios como doctoras y enfermeras (Mesa-Lago et al., 2020). Por último, es importante destacar que, junto con los profesionales y técnicos de la salud, en la mayoría de las brigadas médicas participan personas que no prestan servicios sanitarios, sino que cumplen funciones administrativas, de vigilancia y control y responden a los órganos de la seguridad del Estado cubano. Lamentablemente no existen datos precisos sobre la cantidad de personal que realiza estas funciones.

Las **áreas de salud** cubiertas por los convenios comprenden una variedad de especialidades, aunque destaca la medicina interna, la epidemiología y la oftalmología, debido a las necesidades por las cuales han surgido los convenios (necesidades básicas de atención primaria en salud y control de las epidemias). El predominio de la oftalmología está relacionado con la puesta en marcha de la *Operación Milagro* en la gran mayoría de los países seleccionados. En cuanto a la **localización geográfica** de las brigadas médicas, en su gran mayoría se han extendido por todo el territorio nacional de los países receptores, especialmente en las áreas rurales y con población indígena. En Argentina y Uruguay, en cambio, ha sido más acotada espacialmente la intervención de las misiones.

Aspectos jurídicos y regulatorios

Esta dimensión caracterizará los tipos de acuerdos tomados entre los gobiernos involucrados, la institución responsable, las regulaciones laborales y disciplinarias, los mecanismos de control y vigilancia, el apego o incumplimiento de la normativa internacional en materia de derechos laborales y humanos, así como la participación o apoyo de organizaciones internacionales.

En cuanto al tipo de acuerdos, existen dos categorías fundamentales. Una que comprende los acuerdos específicos en materia de salud pública y acotados en el tiempo en los que puede desarrollarse atención médica directa, asistencia técnica, investigación operativa, capacitación y formación de recursos humanos y difusión e información científico técnica. Existen además otro tipo de convenios mucho más amplios y de mayor alcance, los cuales suelen enmarcarse dentro de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) o Cooperación Horizontal. En este tipo de cooperación, se desarrollan actividades y servicios que van mucho más allá de la prestación de atención médica, incorporando multiplicidad de programas en una variedad de áreas sociales, deportivas y culturales.

En esta modalidad encontramos, con distintos niveles de intensidad y especificidad, los casos de los convenios firmados por Guatemala (Convenio Marco de Cooperación), Brasil (Programa de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud para la participación de médicos cubanos en el Programa Más Médicos para Brasil) y Venezuela (Convenio Integral de Cooperación). Es este último el más amplio en cuanto a áreas de intervención, alcance e incidencia política, social y económica. Aunque los Ministerios de Salud suelen ser la institución firmante y responsable de los acuerdos en el país receptor de la asistencia, en aquellos de más largo alcance, otros ministerios y servicios, así como los principales actores del poder ejecutivo mismo suelen involucrarse.

El caso de Venezuela es ilustrativo al respecto. También está el caso específico de Brasil, donde una organización de carácter regional como la Organización Panamericana de Salud (OPS) aparece como intermediario firmante del convenio¹².

La **Resolución No. 168** sobre “*La regulación disciplinaria para los trabajadores civiles cubanos que prestan servicios en el extranjero como colaboradores*” es la norma fundamental que regula los derechos y deberes de los colaboradores cubanos en el exterior. La resolución impide a los trabajadores cubanos, entre otras cosas, conducir un automóvil, tener relaciones sentimentales o casarse con locales, visitar otras ciudades, pasar la noche fuera de su residencia, salir después de ciertas horas o hablar con miembros de los medios de comunicación (excepto según las instrucciones de las autoridades cubanas o con los medios oficiales). Les prohíbe además vincularse socialmente con personas en el país anfitrión que no apoyen los ideales revolucionarios. Asimismo, se les requiere asistir a reuniones políticas semanales para escuchar la versión oficial de noticias de Cuba y eventos mundiales. En ciertos países, tienen deberes políticos para conseguir que la población local vote por ciertos candidatos y deben difundir propaganda pro-Cuba y pro-socialista. Algunos de los trabajadores sanitarios enviados al extranjero han sido adiestrados por los servicios de inteligencia cubanos.

El **artículo 135 (1) del Código Penal cubano, Ley No. 62** castiga con hasta ocho años de prisión el abandono de un puesto en el extranjero y el no regresar a Cuba después de completar una misión. Está tipificado como “abandono de misión de trabajadores civiles” y estipula que “el funcionario o empleado encargado de cumplir alguna misión en un país extranjero que la abandone, o, cumplida ésta, o requerido en cualquier momento para que regrese, se niegue, expresa o tácitamente, a hacerlo, incurre en sanción de privación de libertad de tres a ocho años”. Entre septiembre de 2013 y el 2014 se habían producido 1.100 deserciones de profesionales cubanos que trabajan en misiones en todo el mundo, la mayoría desde Venezuela. La mayor parte de los médicos y sanitarios desertores se dirigieron a Estados Unidos, aunque también han huido a Colombia y Brasil. El repunte más significativo de salidas de profesionales desde Venezuela se produjo a partir de 2013, tras el fallecimiento del presidente Hugo Chávez (El País, 2014).

Asimismo, los colaboradores están sujetos a prácticas de reclutamiento coercitivas y engañosas, así como a numerosas restricciones arbitrarias, vigilancia constante y medidas disciplinarias a la vez que carecen de acceso a asesoría legal o a recursos de protección jurídica. Dependiendo del país de destino, muchos también sufren condiciones de vida y trabajo inseguras y deficientes, así como explotación laboral. En algunos casos, también tienen órdenes de alterar estadísticas y datos sobre pacientes, procedimientos e insumos

¹² Este fue un acuerdo tripartito que involucró a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que negoció y administró el acuerdo, además de Cuba y Brasil. El objetivo del programa era contratar médicos brasileños y extranjeros para mitigar el déficit de médicos en las zonas más rurales de Brasil. Abrió la posibilidad de que los médicos formados en el extranjero revalidaran su diploma en Brasil y ejercieran la medicina en regiones prioritarias designadas. Para facilitar esta reasignación de médicos, el programa permitió a los Ministerios de Educación y Salud firmar convenios de cooperación con organismos internacionales. Si bien primero se pretendía cubrir el déficit priorizando a los médicos brasileños capacitados, el gobierno abrió aún más el programa a los médicos extranjeros después de determinar que los médicos capacitados en el país no eran suficientes para satisfacer la demanda (Folha de S. Paulo, 2013). Reportajes revelan que “Mais Médicos” se creó para proporcionar fondos a Cuba, como sugieren las grabaciones del Ministerio de Salud brasileño que se hicieron públicas y los cables de la embajada brasileña en Cuba (Globo, 2018).

médicos y, al menos en Venezuela, de negar servicios o suministros médicos por razones políticas.

Las denuncias recibidas indican que los contenidos y prácticas derivadas de la Resolución 168 violarían el *Protocolo sobre Trata de Personas* (2003) que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (uno de los tres Protocolos de Palermo) y diversos convenios de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), entre ellos el Nro. 29 sobre el Trabajo Forzoso u Obligatorio (de 1930), y el Nro. 95 sobre la Protección de Salarios (de 1949).

Por su parte, la retención o confiscación de la documentación personal (pasaportes, etc.), las restricciones a los viajes de los familiares y las penas por presunta “deserción” violan el Artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR) y los Artículos 8, 15 y 16 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. La retención de la indemnización, la falta de transparencia sobre la colocación y compensación económica, la retención de documentos personales y la amenaza de destierro, junto con la presión que sienten los médicos para participar en el programa, constituyen trabajo forzoso, en la medida en que no se atienen a lo indicado en el Artículo 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Derechos Políticos (ICCPR) y el Artículo 6 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La prohibición del derecho de los colaboradores a la reunión familiar viola el Artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Artículo 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

En el caso de Brasil, el acuerdo en su conjunto viola los artículos 3.5 y 4.5 del Código mundial de prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la contratación internacional de personal sanitario. En el ámbito nacional, se viola además el artículo 5 de la Constitución brasileña que garantiza la igualdad ante la ley para brasileños y extranjeros residentes en el país y los artículos 226 y 227 de la Carta Magna.

En noviembre del 2020 fue admitida a trámite la demanda legal contra la OPS¹³, bajo la acusación de que este organismo internacional ha sido cómplice en un esquema de tráfico humano y trabajo forzoso por su rol en el programa *Mais Medicos* en Brasil. Citando documentos que respaldan la afirmación de los 4 médicos que iniciaron la batalla legal en Florida¹⁴, el juez federal James E. Boasberg en Washington D.C. dijo que la OPS permitió, a través de su cuenta Citibank en Washington, DC, la transferencia desde Brasil a Cuba de \$ 1.500 millones, por concepto de pagos a La Habana por servicios de salud en el país anfitrión. Gracias a su mediación, la OPS obtuvo una comisión del 5% de la operación, aproximadamente \$ 75 millones. Tal actividad comercial, según el magistrado, refuerza la denuncia de los médicos cubanos.

¹³ Más información sobre la demanda en el siguiente vínculo: <https://www.fhrcuba.org/2020/11/paho-immunity-is-not-impunity/>

¹⁴ Los 4 médicos involucrados en la demanda son Ramona Matos, Tatiana Carballo, Russela Rivero y Fidel Cruz. Además de ellos, en las denuncias públicas han participado “colaboradores” desertores de las brigadas médicas (ver grupo NoSomosDesertores.com) y organizaciones de derechos humanos (ver, por ejemplo, CubaSalud.org).

Aspectos administrativos y presupuestarios

En cuanto a los contratos y condiciones de pago se sabe que no pueden ser negociados ni objetados por los colaboradores/as, quienes deben aceptar las condiciones pactadas por los gobiernos en los respectivos convenios de cooperación. Sin embargo, existe información pública de los gobiernos donde han operado las brigadas médicas, reportes de prensa, así como testimonios de colaboradores que han desertado, que indican que la mayor parte del salario establecido se retiene por el gobierno cubano en porcentajes que varían según el acuerdo y el país, usualmente entre 80% y el 95% del monto.

Además, parte de la compensación que reciben –entre un 5% y 20%- se deposita en una cuenta bancaria en Cuba a la que sólo pueden acceder al final de la misión y a discreción de la entidad contratante del estado cubano. Los trabajadores, por lo general, también reciben un estipendio en moneda local para sus gastos y en algunos países no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas. Sin embargo, la retención del pago es uno de los métodos principales que usa el gobierno cubano para evitar la deserción de los colaboradores. En la tabla 1 se detallan los montos y las condiciones generales en que fueron fijados.

Tabla 1: Remuneraciones/estipendios establecidos por Convenio y recibidos por colaborador/a, según país.

País	Estipendio mensual establecido por convenio (USD)	Monto que recibe el/la colaborador/a	Observaciones
Ecuador	\$700	S/I	Los convenios no generaban relación de dependencia con ningún funcionario de nacionalidad cubana, sino más bien una relación civil entre los ministerios de Cuba y Ecuador. Por lo mismo, el MSP del Ecuador no emitió pagos al personal cooperante que desarrolló sus actividades durante la duración de cada convenio, sino solamente bajo el concepto de “Servicios Médicos” a la cuenta bancaria señalada en cada convenio. Declaración confirmada del Ministerio de Salud de Ecuador afirma que los pagos siempre se realizaron, única y exclusivamente, al Ministerio de Salud de Cuba.
Guatemala	\$917	\$250	El Gobierno cubano les hace firmar un documento a los/as colaboradores/as que indica que reciben pago por parte del Gobierno de Guatemala (<i>CubaArchive</i>). En 2015, fuentes oficiales de Guatemala sostuvieron que se pagaban los servicios directamente al gobierno de Cuba y los costos de vivienda y mantenimiento en Guatemala. En ese entonces el Gobierno de Cuba reclamó retrasos en los pagos por 147 médicos que estaban bajo contrato, que Guatemala explicó en aquel momento como el resultado de “problemas de financiamiento.”
México	\$ 10,700	\$ 220 \$ 660 cada tres meses	La vivienda para los trabajadores es proporcionada por establecimientos hoteleros mexicanos que han realizado “donaciones” para apoyar la lucha contra la pandemia. Del salario que se les permitió quedarse, el 60% es retenido mientras dure el contrato y pagadero al regreso a Cuba.

Brasil	\$ 4,276 La OPS se quedó con el 5% de esta cantidad (alrededor de \$ 213)	\$ 400 (9,35% del monto total) \$553 después de la investigación federal.	\$ 600 se depositaron en una cuenta en Cuba a la que el trabajador podía acceder solo después de completar la misión de tres años (ninguno de los trabajadores médicos que estaban en Brasil lo recibió). Según Jornal Nacional (2014), el Gobierno brasileño estaría de acuerdo en pagar \$ 4.000,00 por médico. De este pago, \$ 1,000.00 están destinados a compensar al colaborador/a cubano. Este monto se pagaría a la Organización Panamericana de la Salud y esta le pagaría \$ 400.00 directamente al trabajador/a. Los \$600.00 restantes se depositarían en la cuenta bancaria del colaborador/a en Cuba. El resto solo estaría disponible después de la finalización exitosa del programa. La OPS retendría el 5% de estos pagos como tarifa de intermediación. La cantidad restante de \$3,000.00 se iría íntegramente al Gobierno cubano (alrededor del 75% del salario del monto establecido en el convenio por concepto de remuneración). Sin embargo, solo \$ 50.00 de estos serían accesibles para la familia del médico. Desde agosto de 2014, un escándalo relacionado con las condiciones que padecían los trabajadores motivó una investigación por parte de la oficina federal de rendición de cuentas. Cuba y Brasil se vieron obligados a mejorar las condiciones y permitir que los trabajadores recibieran el pago que se estaba depositando en una cuenta en Cuba (aunque no en USD) y elevar el salario a 2.976 reales brasileños. En 2018, el presidente Jair Bolsonaro condenó públicamente el programa por explotar a los trabajadores y exigió que se les pagara su salario completo, se les permitiera traer familiares y validar su licencia. En respuesta, el gobierno de Cuba rescindió el acuerdo y retiró a los trabajadores.
Uruguay	\$800	S/I	Uruguay acordó destinar un edificio equipado para los servicios quirúrgicos y pagar US\$250 mil anualmente para cubrir los gastos de los colaboradores cubanos. Sin embargo, el acuerdo no aclara el monto de pago a Cuba por los servicios, sino que se refiere a otros acuerdos que no son públicos.
Perú	\$1,785	S/I	El gobierno peruano pagó 5,000 soles mensuales (\$1,785) por cada médico, llegando a 7,000 soles en un momento, por hospedaje, alimentación, transporte y beneficios, un salario mucho más alto que el mínimo, que es un poco más de 900 soles (300 USD). Sin embargo, no se ha podido determinar la cantidad que recibieron los médicos.
Argentina	\$581	S/I	La oferta salarial para los extranjeros es de 51.000 pesos mensuales (aprox 581 USd) por 36 horas de trabajo semanal. Sin embargo, se desconoce cuánto de dicho salario reciben los cubanos, ya que se les suele retener una proporción significativa.
Venezuela	\$320 (aprox.)		No hay información oficial. Existen reportes no coincidentes. 2006: 320 USD (400 mil bolívares) para su manutención más una bolsa de comida quincenal. 2019: BBC News Mundo, testimonio de una colaboradora que en 2011 dice haber cobrado \$125 mensuales durante los primeros seis meses en Venezuela, \$250 hasta el 3 tercer año donde aumentó a \$325. Su familia en Cuba recibió un bono de US\$50 por mes. Otro

			testimonio indica que en el 2004 se recibían \$300 en el Municipio Brión, estado de Miranda, mientras que en Zulia en la actualidad reciben \$20 y un bono del mismo monto cada 90 días.
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia en base a informes por país.

Por su parte, los Convenios de Cooperación en materia de salud se han convertido en significativas fuentes de ingreso para el gobierno cubano (ver Tabla 2 para un desglose por países). Los expertos estiman que el gobierno cubano recauda entre \$ 6 mil millones y \$ 8 mil millones anuales por su exportación de servicios. El informe de finales de 2019 de las relatoras especiales de la ONU consigna que en el período entre 2011 y 2015 los profesionales contratados en el exterior habrían aportado a las arcas del Estado cubano un promedio anual de más de 11 millones de dólares (ONU, 2019). De esa cantidad, al menos un 80% habría sido tributado por los especialistas de la salud. El *New York Times* reporta que en 2019 el alquiler de médicos, enfermeras y técnicos aportó 5400 millones de dólares al gobierno cubano, el doble que el turismo, uno de los principales motores de la economía (Augustin y Kitroeff, 2021).

Tabla 2. Ingresos recibidos por gobierno cubano por Convenio de Cooperación, según país.

País	Monto anual	Monto total acumulado durante el convenio	Observaciones
Ecuador		\$56,604,384.05	Monto acumulado entre 2012-2019. Los mayores montos pagados al gobierno cubano se producen en 2014 -coincide con el año donde se registran más cooperantes- y en 2016.
Guatemala	\$10 millones		Aparte del pago del estipendio (\$4,8 millones), el gobierno de Guatemala le garantiza al personal de la brigada cubana las “condiciones de vida” (entendiéndose por vivienda habilitada) así como los siguientes beneficios: atención médica y estomatológica, gastos de transporte al lugar de trabajo y transporte a donde se realicen las actividades médicas, incluyendo chofer a tiempo completo y combustible, pasajes internacionales al inicio y término de la misión así como para vacaciones (estipuladas con 30 días al año), gastos de alimentación, hotel y transporte durante el tránsito por terceros países, gastos de visados, trámites e impuestos de viaje, así como de evacuación en caso de enfermedad o accidente, incluyendo para un acompañante, y en caso de fallecimiento, gastos sanitarios, funerarios, de tramitación y de repatriación del cadáver y de un acompañante. Guatemala también se obligó, al menos en el Acuerdo de 1999, a sufragar los gastos de comunicaciones telefónicas para los miembros de la delegación cubana. El costo de los traslados (y posiblemente otros trámites) ronda por los 5 millones de quetzales al año (US\$647,000) y se paga a una empresa privada. Cuba

			reporta casi mil millones en ingresos en exportación de servicios de apoyo que se entienden estar vinculados a los servicios de exportación de salud, por lo que no sorprendería si la empresa que recibe dichos pagos es de propiedad del Estado cubano. Lo que es inusitado es el costo tan elevado, ya que presumiendo un valor de US\$500 por pasaje de ida y vuelta a Cuba para cada uno de los 441 miembros de la BMC, sumaría anualmente \$220,500, o una tercera parte del gasto reportado.
México	6,255,792 USD		Estos montos incluyen salarios, pero también capacitación, asesoría e investigación conjunta.
Brasil		\$ 249,5 millones (gob. Cubano) \$ 75 millones (OPS)	Los ingresos de la OPS provienen de la retención del 5% de los salarios de los colaboradores, mientras que lo recaudado por el gobierno cubano provino de la retención de casi el 75% de los salarios de los colaboradores.
Venezuela		\$832.945.590,96	Aunque no existen datos públicos sobre los montos de los pagos involucrados al gobierno cubano, se sabe que en el acuerdo inicial de cooperación integral Cuba-Venezuela que se firmó en el 2000, en su artículo II estableció que los bienes y servicios proporcionados por Cuba serían pagados por la República Bolivariana de Venezuela, en el valor equivalente a precio de mercado mundial, en petróleo y sus derivados.

Fuente: Elaboración propia en base a informes por países. Sin información para Perú, Uruguay y Argentina.

Otro de los procedimientos administrativos que utilizan los funcionarios cubanos para controlar a los colaboradores es la retención de una variedad de documentos personales. Los informes de los médicos que han desertado corroboran que les han confiscado sus pasaportes, cédulas de identidad y certificados médicos. En el primer escrito de denuncia de *Cuban Prisoners Defenders*¹⁵ se reportó que, con base en los testimonios de 110 profesionales médicos cubanos, 41% de los médicos tuvieron sus pasaportes confiscados por funcionarios de seguridad cubanos al llegar a Brasil. Además, a partir de los mismos testimonios, el 91% afirmó que fueron monitoreados por funcionarios cubanos y “se sintieron presionados a compartir información sobre colegas”.

Aspectos políticos y relativos a las relaciones internacionales

Este apartado se concentrará en el valor político, geoestratégico y de propaganda que ha implicado la estrategia del envío de brigadas médicas a diferentes países de la región. Se describirán, con ejemplos, los procedimientos utilizados, el contenido e implicancias políticas de los acuerdos de cooperación y la manera en que, tras la fachada de una política

¹⁵ *Cuban Prisoners Defenders* ha continuado recopilando denuncias del personal médico cubano que ha pasado por las misiones, llegando a juntar 622 testimonios en la ampliación de la denuncia realizada en el 2020. El reporte completo de la denuncia ampliada se encuentra en el siguiente link: <https://www.prisonersdefenders.org/2020/09/22/622-testimonios-muestran-el-patron-de-esclavitud-masivo-en-las-misiones-internacionalistas-de-cuba/>

de solidaridad internacional, se esconde lo que Naciones Unidas califica como un esquema de tráfico humano y trabajo forzoso organizado por el Estado cubano en complicidad con otros estados de la región y con organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Según Nota Estratégica establecida para el periodo 2012-2015 y extendido hasta el 2017, dentro de las prioridades que establece la **cooperación técnica entre la OMS/OPS** y Cuba está apoyar la política nacional de cooperación internacional, así como facilitar el acceso del país a estrategias innovadoras y su participación en el desarrollo de políticas y acuerdos regionales y mundiales en salud. Sin embargo, algunos de los acuerdos nacionales que en material de salud se han derivado de lo pactado a nivel regional han estado caracterizados por el secretismo, la falta de transparencia en la información, así como la escasa participación de los distintos actores de la sociedad que van desde el poder legislativo hasta los gremios profesionales directamente involucrados.

El caso de Brasil es el más ilustrativo. El reportaje del diario brasileño *Folha de S. Paulo* (2013 y Arias, 2013) y los telegramas de la embajada de Brasil en La Habana, revelados por *TV Globo* en 2018¹⁶, mostraron que las negociaciones que tuvieron lugar entre el régimen cubano y la administración de Dilma Rousseff se mantuvieron en secreto para evitar reacciones adversas del Congreso y de los médicos brasileños que podrían oponerse al acuerdo. Los documentos también muestran que se adoptó una estrategia para que el programa se pusiera en práctica sin necesidad de la aprobación del Congreso Nacional. Otro aspecto importante que revelan los telegramas es la creación de la empresa estatal cubana responsable de gestionar la exportación de médicos en 2011 y el envío por parte de Cuba de una misión a regiones pobres de Brasil en el 2012.

Se evidencia además que la propuesta de utilizar a la OPS como intermediaria se originó en el gobierno de Brasil y que la entonces presidenta Dilma Rousseff estaba más que dispuesta a aceptar las demandas del gobierno cubano con respecto a no solicitar evaluaciones de las credenciales de los médicos, ni permitirles ejercer fuera del programa. Un proceder similar acometió el gobierno de Guatemala. Las declaraciones de la ministra de salud Amelia Flores corroboran que el gobierno guatemalteco aceptaría las garantías de Cuba sobre las credenciales del personal médico cubano y que éste no sería sometido a examen alguno por el Colegio Médico¹⁷. Justificó este proceder en la importancia de la presencia médica cubana, dada la baja cobertura oficial existente en zonas rurales y remotas. En Uruguay, los médicos cubanos tampoco tienen que certificar sus títulos ante el Ministerio de Salud Pública para poder ejercer, a diferencia de los nacionales u otros médicos extranjeros. Sin embargo, se despertó preocupación entre los profesionales uruguayos cuando nueve médicos cubanos que habían desertado y buscaron revalidar sus

¹⁶ Globo (2018). “Telegramas revelan que la propuesta cubana de crear Más Médicos llegó desde Cuba, en negociaciones secretas con el gobierno de Dilma”, <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/21/telegramas-revelam-que-partiu-de-cuba-proposta-para-criar-mais-medicos-em-negociacao-secreta-com-governo-dilma.ghtml>, 21 de noviembre.

¹⁷ En 2016, una auditoría de la Controlaría General de Cuentas encontró las siguientes deficiencias en el funcionamiento de los términos del acuerdo: no quedaba estipulado el número de personas que integraría la brigada ni las especialidades que debían tener sus integrantes, algunos de los títulos de los médicos no tenían firmas legibles y la mayoría no tenían el sello de la facultad a la que pertenecían. Además, se habían contratado vuelos chárteres sin la documentación exigida para rendir cuentas y transparentar el gasto.

títulos de oftalmólogos en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, que autoriza los títulos emitidos en el exterior, tuvieron dificultades para cumplir los requisitos evaluativos, seis no pasaron el examen y otros tres no tuvieron definición.

Otra de las condiciones de los acuerdos, exigidas por la contraparte cubana, consistía en que los gobiernos receptores de la ayuda aceptasen que cualquier litigio relacionado con las brigadas médicas debería presentarse y resolverse solo en los tribunales en La Habana. Las consecuencias de estos términos del acuerdo ha sido la escasez de protección y recursos jurídicos que tendrían los pacientes en los países anfitriones en casos de mala praxis. Al respecto, el presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, Ernesto Carrasco, señaló que algunos profesionales de la salud cubanos estuvieron involucrados en casos de negligencia y mala práctica profesional. Sin embargo, existían dificultades para procesar jurídicamente las denuncias. Muchas veces, cuando las denuncias eran conocidas no podían ser procesadas porque los médicos regresaban a Cuba.

Los gremios profesionales y asociaciones médicas de varios países latinoamericanos, incluyendo Ministros de Salud y el gobierno de Bolivia, se han pronunciado críticamente sobre las credenciales médicas, las competencias y el desempeño de los profesionales de salud que conforman las brigadas cubanas. También sobre los usos políticos de las mismas. Además, se han reportado la utilización de credenciales dudosas o deficiencias en los niveles de capacitación de los profesionales de la salud cubanos que integran las brigadas. En Ecuador, por ejemplo, declaraciones del presidente de la Federación Médica Ecuatoriana, Ernesto Carrasco señalaron que no todos los médicos que llegaron a través de los convenios tenían una preparación suficiente o calificada, ni satisficieron la demanda de las zonas rurales.

Las condiciones preferenciales hacia el personal de salud cubano establecidas en los acuerdos de cooperación generan inconvenientes y tensiones políticas al interior de los sistemas de salud de los países que acogen estas brigadas y sus distintos actores. El exministro de Salud ecuatoriano, Francisco Andino, señaló que el acuerdo se usó políticamente por parte de las autoridades nacionales, que no valoraron a los profesionales del país. Similar opinión emitió el director de la sociedad médica de posgradistas, Santiago Zúñiga, cuando criticó el uso político de la incorporación de médicos cubanos al país, llegando a considerar incluso que no eran legiones de médicos sino “legiones de esclavos”. A su juicio, los ecuatorianos habían sido “*víctimas de proyectos ministeriales de momento, de bandera, de corrientes políticas*” que terminan afectando a los profesionales nacionales.

En ese sentido, criticó que no se hubieran realizado evaluaciones académicas, científicas o prácticas de los profesionales cubanos que llegaron al país como parte de las brigadas y expresó que al respecto los órganos de control no habían realizado su rol fiscalizador. Por el contrario, “*se entregaron en cuerpo y alma a la calidad de la academia y medicina cubanas y llevaron a ser tan eficiente el convenio que algunos profesionales llegaban ya con puesto asignado, en otras palabras, el convenio era tan efectivo que estos profesionales llegaron a nuestro país con un cargo listo para ejercer, es más, varias plazas de médicos especialistas en nuestro país, pese a existir material humano ecuatoriano para ocuparlas, no podían ser ocupadas por este acuerdo de cooperación internacional Cubano – Ecuatoriano*”. Como consecuencia, el ministro de salud calificó

de “mala” la cooperación entre Cuba y Ecuador en materia de salud, porque *“irrumpió en el interior del país sin que se tenga un mecanismo valorativo de qué tipo de profesionales venían, además no hubo participación de las universidades ecuatorianas”*.

Otros gobiernos, en cambio, han presentado más dificultades para avalar acuerdos de esta naturaleza, encontrando una fuerte oposición gremial y política. En Argentina, por ejemplo, el gobernador de la provincia de Buenos Aires, Axel Kicillof, anunció el 25 de marzo de 2020 que estaba analizando una propuesta de la embajada cubana para llevar 500 profesionales médicos cubanos a la provincia que gobierna. De inmediato, se hicieron escuchar voces de políticos de la oposición contra las gestiones del presidente Alberto Fernández y el gobernador Kicillof, un hombre muy cercano a la ex presidenta, la vicepresidenta Cristina Fernández de Kirchner. Distintas asociaciones médicas, sindicales, entre otras entidades, expresaron su desagrado. Había precedentes no satisfactorios. En 2014, mientras representantes de la Embajada cubana en Argentina estaban negociando un acuerdo para llevar médicos a la Pampa. Al respecto, Carlos Ortellano, secretario general del Sindicato de Trabajadores de la Salud de la provincia argentina de La Pampa (Sitrasap), dijo: *“No estamos en contra de la medicina cubana ni de sus profesionales, pero no se entiende por qué primero no se mejoran las condiciones laborales de los médicos pampeanos”*¹⁸.

A su vez, los fines políticos-ideológicos –no explícitos- de estas brigadas médicas en ocasiones se convierten en una amenaza a la seguridad nacional de los estados receptores, así como de la región. En América Latina, el programa de “colaboración” médica cubana forma parte de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA), que busca “romper la lógica capitalista”, mediante la integración política, económica y social de los países de América Latina y el Caribe para implantar el “Socialismo del Siglo XXI”.

Uno de los indicadores de la existencia de estos fines políticos-ideológicos tiene que ver con la composición del personal de las brigadas, que no se limita estrictamente a personal de salud. La información es heterogénea, según el país que se trate. En algunos programas no hay un registro diferenciado de participantes, entre médicos y funcionarios. El término genérico que se usa es “cooperante” (caso de Ecuador). En otros países, como Guatemala, por ejemplo, existe registro diferenciado de participantes del programa¹⁹. El número de trabajadores médicos se ha mantenido constante a lo largo del tiempo, con alrededor de 300 a 350 médicos y 100 a 150 miembros del personal de apoyo, lo que indica la presencia de un elevado número de personal “administrativo”. Esto se traduce en un mayor control y vigilancia de los cooperantes y puede prestarse para una mayor labor de “penetración” en la sociedad donde se ejecutan los servicios.

¹⁸ Las preocupaciones y críticas estarían dadas por las condiciones laborales desiguales que establecían los acuerdos, generando que los médicos cubanos resultaran más beneficiados que los profesionales argentinos. Los cubanos, según los sindicatos, cobrarían 36.000 pesos mensuales (aprox. 3.400 euros), además de vivienda y comida gratuitas. La remuneración mensual de sus colegas de La Pampa oscilaba entre los 13.000 (algo más de 1.200 euros) y los 20.000 pesos (unos 1.900 euros), sin plus de vivienda ni alimentos. El gobierno cubano recibiría como compensación a la cesión temporal de estos especialistas en medicina general, entre otros productos, trigo, especias, granos y carne. El acuerdo de la Pampa es similar a otro establecido en El Chaco, una de las provincias más pobres de Argentina.

¹⁹ El listado de miembros de la Brigada médica en Guatemala incluye 6 pilotos, 4 cocineros, 1 especialista en contabilidad, 1 informático y 6 ‘electromédicos’, asignados al Departamento de Mantenimiento del Ministerio de Salud.

En Venezuela, el gremio médico y de enfermería ha manifestado su preocupación por el impacto que las brigadas médicas cubanas han tenido en el sistema de salud nacional, provocando una crisis de sostenibilidad del mismo, tanto en recursos humanos como materiales. Consideran que se han utilizado para “crear un sistema paralelo innecesario y deficiente”, cuyas debilidades a nivel primario de atención podrían haber sido fortalecidas con equipos de salud locales, lo que hubiera sido menos costoso. El objetivo, opinan, no era tanto el bienestar o la salud de los ciudadanos, como el control y las ganancias políticas.

La crisis del sistema de salud –y sistémica de la sociedad venezolana- ha derivado en un importante éxodo del personal médico venezolano, disminuyendo tanto en calidad como cantidad el recurso humano disponible en la atención a la salud. Según la Federación Venezolana de Médicos, alrededor de 40% de los médicos recién graduados han migrado hacia otros países que ofrecen mejores condiciones socioeconómicas y laborales. Desde antes de la firma del convenio entre los gobiernos cubano y venezolano, ya se habían producido críticas de la Federación Médica Venezolana y el Colegio de Médicos del estado Vargas, calificando la labor de la brigada médica que llegó en 1999 como práctica ilegal de la medicina, ya que no cumplían con el procedimiento administrativo.

Las tensiones políticas y gremiales generadas a partir de los acuerdos y los problemas locales que han originado, como hemos mencionado con anterioridad, han provocado el cese de los contratos de cooperación en materia de salud firmados por Cuba en varios países. Las razones políticas, dadas las sospechas de posible incidencia de las brigadas médicas en la política interna de los países en cuestión, se han constituido en un argumento –no siempre explícito- para solicitar el retiro o el cambio de las condiciones. En el caso de Ecuador, las razones que esgrimió el gobierno ecuatoriano fueron de índole económica. Sin embargo, se sabe que la decisión de término de la misión estuvo altamente influenciada por la posible incidencia de miembros de la misión cubana en las protestas acontecidas en el país en octubre de 2019. Por su parte, en Brasil, el presidente Jair Bolsonaro, exigió que se renegociara el acuerdo tripartito para permitir a los médicos cubanos quedarse con la mayoría de su salario, someterse a la revalidación de la licencia médica en Brasil y poder llevar sus familias a Brasil, si así lo deseaban. Como resultado de estas demandas, el gobierno cubano anunció la rescisión del acuerdo y ordenó el retiro de los médicos cubanos de Brasil antes de fines del 2018. El gobierno brasileño permitió que los médicos que deseaban permanecer en Brasil lo hicieran y calificaran para el asilo, tomando en consideración sus testimonios.

Aspectos sociales y familiares.

En esta sección se aborda el punto de vista del personal médico y de salud que forma parte de las brigadas, sus condiciones y realidades a través de los testimonios que han recogido organismos internacionales y otras organizaciones como resultado de sus deserciones. Se abordan las condiciones laborales y de vida, sociales y familiares en las que se desempeñan en los países donde laboran, así como las situaciones de abuso y acoso que han denunciado.

Al respecto, la carta de noviembre de 2019 de la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de la esclavitud, incluidas sus causas y consecuencias y de la Relatora

Especial sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños, sobre las formas contemporáneas de la esclavitud, incluidas sus causas y consecuencias (ONU, 2019) manifiesta su preocupación en relación con presuntos abusos de derechos humanos sufridos por médicos de Cuba que participan en “misiones internacionalistas”. La carta alerta, con información de primera mano, sobre las condiciones de trabajo y de vida explotadoras, pagos salariales inadecuados, presiones y seguimiento al que muchos de estos profesionales estarían sometidos por parte del Gobierno cubano. A continuación, detallamos estas condiciones, dada la importancia y gravedad de las denuncias.

Se cuestiona el carácter oficialmente “voluntario” de participación en las “misiones internacionalistas”. Existen múltiples presiones, directas e indirectas, para que los profesionales de la salud participen de las mismas. El temor a represalias por parte del Gobierno de Cuba si no participan es una de ellas; pero también la oportunidad de “mejoría” económica que representa para los cubanos obtener ingresos en dólares y bienes materiales en el extranjero en un contexto de escasez y crisis económica sostenida y agravada, donde el personal de salud ha visto empobrecer considerablemente su calidad de vida. Hace treinta años, el salario de un médico era uno de los más altos en todo el país. En el 2020 era muy difícil encontrar alguno que recibiera más del equivalente a 2 mil pesos cubanos (CUP), unos 80 dólares mensuales, lo que no representa mucho en medio del alto coste de la vida (Hernández, 2020). Téngase en cuenta que el atractivo de estudiar y ejercer la medicina en Cuba viene dado no solo por el alto estatus que se le otorga a esta profesión a nivel mundial, sino también, en el caso de Cuba, por el valor simbólico y político asignado a los médicos por la dirección de la Revolución (Mesa-Lago y Diaz-Briquets, 2021). Según los autores, los médicos cubanos recibían –previo al ordenamiento monetario actual- un salario mensual promedio de 50 dólares estadounidenses, una tasa salarial que pueden multiplicar por varias mientras prestan servicios en el extranjero, con el beneficio adicional de comprar e importar bienes de consumo que no están disponibles en el país.

Las condiciones contractuales no siempre son claras para los profesionales y técnicos de la salud que pasan por las brigadas, ya sea que no reciben un contrato de trabajo o, si lo tienen, no siempre recibirían una copia del mismo. En términos generales, es el Gobierno de Cuba quien recibe la compensación económica de los gobiernos anfitriones y paga a los trabajadores una parte de dichos fondos, reteniendo, como ya hemos expuesto en apartados previos, un porcentaje significativo del salario que los países anfitriones pagan por los profesionales cubanos que hacen parte de una brigada médica.

En los países donde el gobierno anfitrión paga directamente al trabajador cubano, éste debe devolver al Gobierno de Cuba un porcentaje de su salario que aumentaría al 75% o hasta el 90% de su salario mensual. En muchos casos, el salario entregado a los trabajadores médicos no permitiría vivir dignamente. Además, el Gobierno de Cuba estaría “congelando” una parte del salario que los médicos pueden acceder únicamente tras su regreso al país, pero, según información recibida, muchas veces no reciben la totalidad del monto que les corresponde.

En cuanto a las condiciones de la jornada laboral se ha reportado un exceso de horas trabajadas, situación que ilustra la explotación laboral a la cual estarían sometidos los médicos cubanos en el exterior. Los profesionales trabajarían 48 horas por semana más

16 adicionales de guardia, lo cual aumenta a un total de 64 horas semanales, muchas veces incluyendo sábados y domingos. El derecho al descanso vacacional tiene restricciones. Consiste en la posibilidad de un regreso anual a Cuba, pero muchas veces el viaje es considerado como premio o, según las circunstancias, podría ser negado como una forma de castigo.

Los mecanismos de control a los que están sometidos son constantes y sistemáticos. La libertad de movimiento en el país de destino estaría restringida y bajo vigilancia por funcionarios del Gobierno cubano; el derecho a la privacidad estaría limitado por el control y seguimiento efectuado a los médicos, incluyendo la comunicación y las relaciones sostenidas con personas nacionales y extranjeras. Varios reportes, incluido el del Departamento de Estado de los Estados Unidos sobre *Tráfico de Personas* (US State Department, 2020), confirman la práctica de confiscación de documentos y salarios, así como las amenazas a los cooperantes y sus familiares si los primeros abandonan la “misión”. Durante el período que abarca el informe se reconoce la existencia de una política gubernamental o un patrón de gobierno para beneficiarse de los programas de exportación de mano de obra con fuertes indicios de trabajo forzoso, en particular su programa de misiones médicas extranjeras. El gobierno cubano se ha negado a mejorar la transparencia del programa o abordar las preocupaciones laborales y de trata, a pesar de las persistentes acusaciones de observadores, ex participantes y gobiernos extranjeros sobre la participación de funcionarios cubanos en abusos.

Todos los trabajadores cubanos que participan en estas “misiones internacionalistas” sufren la separación familiar obligada -deben dejar a sus familias en Cuba mientras dure su contrato- y están a expensas de un exilio forzado si no completan la misión. Recordemos que los médicos considerados desertores no están autorizados de regresar a Cuba durante ocho años y los familiares que permanecen en la isla estarían sujetos a señalamientos y repercusiones por parte de entidades gubernamentales. Es sabido que las largas separaciones familiares conllevan impactos negativos a nivel emocional y eventuales traumas psicológicos para ellos y sus familias. Considérese además que muchos de los colaboradores son mujeres que, en varios casos, deben dejar en Cuba a sus hijos menores de edad al cuidado de otros parientes. Muchos profesionales reportaron recibir amenazas regulares por parte de funcionarios estatales de Cuba en los países de destino y mujeres médicas relatan haber sufrido acoso sexual (BBC, 2019), cometidos incluso por colegas cubanos mientras se encontraban participando en las llamadas “misiones internacionalistas”. Los testimonios apuntan a los coordinadores de las misiones, que en muchos casos son miembros de la seguridad del Estado cubano.

El reportaje de la BBC de mayo de 2019 incorpora los testimonios de dos doctoras que experimentaron situaciones de acoso, en ambos casos, y violación y acoso en uno de ellos. Cada una trabajó en países diferentes (en Venezuela y Guatemala ocurrieron los hechos). Sin embargo, el denominador común en ambos casos fue la participación del jefe de la misión cubana en el país, incurriendo en el delito de acoso sexual. La doctora que utiliza como seudónimo Julia fue acosada sexualmente por el coordinador de la misión cubana y violada posteriormente, junto a otra colega, por dos sujetos encapuchados y armados. El abordaje del delito por la dirección de la misión en Venezuela fue el secretismo, pero

en ningún caso darle curso a una investigación y denuncia legal²⁰. La doctora que usa como seudónimo María, narra que experimentó acoso por parte del coordinador de la misión en Guatemala. Este la presionaba para que se encontrara con un hombre rico de la localidad, al que le gustaban las mujeres cubanas, que resultó ser un traficante de drogas. El coordinador la amenazó con enviarla de regreso a Cuba sino accedía a las peticiones de encontrarse con el señor en cuestión. Otro reportaje más reciente revela otra situación de abusos sexuales sufridos por una doctora cubana en Venezuela. En el relato se repite un patrón similar a los casos anteriores: la participación del Coordinador de la misión en la comisión de los delitos y la negación del equipo jurídico de la misión de interponer una denuncia, previa amenaza de que podría traerle problemas al denunciante (El Nacional, 2020).

En una violación excesiva del artículo 18 de la ley que autoriza al *Programa Mais Médicos* (PMM), el acuerdo negociado entre Cuba y Brasil por la OPS explícitamente prohibía a los colaboradores cubanos llevar a sus familias a Brasil. Este aspecto particular del acuerdo entre las tres partes es de importancia ya que contradice la ley brasileña que estableció el PMM en primer lugar. La Ley que rige el PMM permitía explícitamente a los médicos extranjeros traer a sus familias a Brasil. Testimonios de los médicos revelaron que el gobierno cubano los amenazó con la suspensión de su licencia médica si traían a sus familias con ellos, y en un caso cortó la comunicación entre un médico y familiares por expresar el deseo de permanecer en Brasil.

Durante el desarrollo de las “misiones internacionalistas” se han registrado varios fallecimientos de médicos, sin que existan estadísticas confiables al respecto ni se hayan esclarecido por parte del gobierno cubano todas las causas de muerte, los destinos donde han ocurrido ni sus identidades. Reportes de la prensa internacional e independiente, incluso algunos periódicos locales, han estado informando al respecto. Pero es prácticamente imposible conocer el número total de “cooperantes” que ha fallecido ni sus causas. Las malas condiciones habitacionales que hemos descrito con anterioridad, parecieran que han originado alguno de los fallecimientos. Al respecto, se registró un caso de muerte de un médico “cooperante” cubano en Guatemala por electrocutamiento en su hogar. El informe del Departamento de Estado sobre Tráfico de Personas reportaba que para el 2019 se había tenido conocimiento de al menos seis profesionales médicos cubanos fallecidos, dos secuestrados y otros –indeterminado- agredidos sexualmente. Muchas mujeres médicas informaron haber sido abusadas sexualmente por sus supervisores.

En el 2020, se han sumado los fallecimientos de “cooperantes” a causa del Covid-19, lo que ha sido confirmado por el jefe de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), Francisco Durán García. A fines de dicho año, el representante gubernamental informó que se habían producido cuatro fallecimientos de profesionales

²⁰ Julia declaró a la BBC, “*Me desperté una noche con alguien cerrándome la boca. La médica en la otra habitación estaba gritando. Había dos hombres con pasamontañas, armados*”. Con posterioridad al hecho fue trasladada a Caracas, donde recibió medicamentos contra el VIH y sesiones con una psicóloga cubana. “*El tratamiento no fue el mejor. El enfoque fue básicamente: 'No le digas a nadie que esto ha sucedido'*”, indicó la doctora. Mientras estaba en una misión en Bolivia, Julia desertó a través de la frontera con Chile y ahora vive en España, donde ha solicitado asilo. Más información en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48275780>

de la salud cubanos (3 enfermeros y un médico) integrantes de las "misiones médicas" del Gobierno a causa del Covid-19. No obstante, aclaró que los profesionales fallecidos no forman parte del Contingente Brigada Henry Reeve, cuyas brigadas están concentradas en el combate de la pandemia, sino del resto de brigadas médicas desplegadas en más de 60 países. La mayoría de los decesos que han salido a la luz pública han tenido lugar en Venezuela. El gobierno reconoció uno en Angola, pero no reveló el país donde aconteció el resto. Sin embargo, las redes sociales han servido para conocer la información que el gobierno no publica, a través de lo que comparten familiares y amigos. Uno de los casos más conocidos por su juventud, fue el del médico cubano Leonel Rafael Batista Hierrezuelo, de solo 28 años fallecido en Venezuela, que no estaría incluido en la estadística que publicó el MINSAP y sin embargo fue confirmada su muerte por el periódico local *Sierra Maestra*.

En síntesis, teniendo en cuenta los antecedentes antes expuestos, las relatoras especiales concluyen que las condiciones de trabajo reportadas podrían elevarse a la condición de trabajo *forzoso*, según los indicadores de esta categoría establecidos por la Organización Internacional del Trabajo. A su vez, el trabajo forzoso constituye una *forma contemporánea de esclavitud*. El informe advierte que estas situaciones estarían violando las normas fundamentales establecidas en instrumentos tales como la Convención sobre la Esclavitud de 1926, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 4) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 8), que prohíben la esclavitud, la trata de esclavos y el trabajo forzoso en todas sus formas. A este respecto, también se llama la atención sobre el Convenio N° 29 de la OIT sobre el trabajo forzoso y el Convenio N°105 de la OIT sobre la abolición del trabajo forzoso, en los que se pide que se suprima el uso del trabajo forzoso u obligatorio.

Se alerta además sobre los artículos 7 y 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconocen, respectivamente, el derecho a condiciones de trabajo justas y favorables y a un nivel de vida adecuado. Además, se llama la atención sobre el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho de toda persona a la libertad de circulación y a la libertad de elegir su residencia, así como los artículos 17 y 19, que protegen el derecho a la libertad de opinión y de expresión, así como a la intimidad y prohíben la injerencia arbitraria en la correspondencia. Por último, y en relación específica a las vulneraciones padecidas por las mujeres integrantes de las brigadas médicas, se recuerda que el artículo 4 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer establece que los Estados deben aplicar sin demora, por todos los medios apropiados, una política para eliminar la violencia contra la mujer.

5. Reflexiones finales: principales hallazgos, recomendaciones y apuntes para una agenda de investigación.

Con este informe hemos pretendido describir el panorama general de las brigadas médicas cubanas en América Latina, sus antecedentes, evolución y estado actual. Para tales efectos se han analizado diversas dimensiones en nueve de los países receptores de dichas brigadas, intentado develar patrones generales de la estrategia utilizada por el gobierno cubano en términos de exportación de servicios de salud, así como sus rasgos específicos, según la experiencia y contexto de cada país firmante de acuerdos de cooperación. Para

el análisis nos hemos centrado en cinco dimensiones: a) la composición general de las brigadas médicas; b) los aspectos jurídicos y regulatorios; c) los aspectos administrativos y presupuestarios; d) los aspectos políticos y relativos a las relaciones internacionales y, por último, e) los aspectos sociales y familiares.

Al revisar la evolución de la política y estrategia del gobierno cubano en materia de acuerdos de colaboración internacional se detecta una ampliación progresiva de las modalidades de prestación de servicios en materia de salud, así como un aumento en el número de profesionales y de países involucrados. El incremento y mercantilización de la prestación de servicios internacionales de salud han estado fuertemente vinculados a la profundización de la crisis económica y sistémica que padece la sociedad cubana, con mayor intensidad desde los noventa. Han devenido en un componente fundamental de la estrategia del gobierno cubano para conseguir recursos que permitan solventar la frágil economía del país. Que la exportación de servicios médicos se haya convertido en el primer rubro de ingresos de la economía cubana en los últimos años es una evidencia de la importancia estratégica de esta política, por más que se siga promoviendo con fines propagandísticos como una acción altruista y desinteresada de asistencia humanitaria a las regiones del mundo más carentes y necesitadas de estos servicios.

Esto no significa que se niegue el valor y contribución que han realizado los miles de colaboradores cubanos en dichas misiones médicas. El propio informe de las Relatoras especiales de Naciones Unidas citado en este reporte reconoce que han aportado tratamiento médico a un alto número de personas que de otra manera no hubieran tenido acceso a servicios de salud. El problema radica, entre otros, cuando estas misiones se utilizan, además de para generar ingresos económicos, para comprar lealtad e influencia política en el ámbito internacional traducido, entre otras cosas, en votos en organizaciones internacionales y para conseguir asistencia, préstamos, inversiones y mercados para las exportaciones de Cuba en términos favorables.

La obtención de ingresos económicos por esta vía no constituiría un problema de no ser porque, en primer lugar, el gobierno cubano lo presenta a la opinión pública, cuando lo reconoce, como algo secundario o indirecto del fin principal humanitario. En segundo lugar, porque, como se ha evidenciado en este informe, existe un trato desigual e injusto en la compensación económica que reciben quienes son los protagonistas de las misiones: el personal de salud. En tercer lugar, porque no existe claridad ni transparencia en la reinversión de los recursos que se obtienen de la venta de estos servicios en el mejoramiento del sistema de salud cubano que, como se ha explicado también en este informe, sufre un deterioro creciente de cobertura, infraestructura y calidad, entre otras razones por la pérdida de recurso humano que se “desvía” para destinar a estas “misiones internacionalistas”. Para la población cubana en general, la exportación de mano de obra sanitaria conlleva impactos negativos, particularmente en lo referido a la disminución de médicos especialistas y de suministros médicos.

En términos *políticos y relativos a las relaciones internacionales*, el informe muestra el importante valor político, geoestratégico y de propaganda que ha implicado la estrategia del envío de brigadas médicas a diferentes países de la región. El contenido e implicancias políticas de los acuerdos de cooperación reseñados en este informe muestran la manera en que, tras la fachada de una política de solidaridad internacional, se esconde lo que

Naciones Unidas califica como un esquema de tráfico humano y trabajo forzoso organizado por el Estado cubano en complicidad con otros estados de la región y con organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La gestión de la mayoría de los acuerdos ha estado caracterizada por el secretismo, la falta de transparencia en la información, así como la escasa participación de los distintos actores de la sociedad cubana y de los países receptores de los servicios médicos. Las múltiples quejas y denuncias de parlamentarios, gremios profesionales, sindicatos, entre otros, así lo acreditan. Como resultado se han generado tensiones políticas al interior de los sistemas de salud de algunos países que acogen estas brigadas, entre los diferentes actores y partidos políticos, por las condiciones preferenciales que han establecido los acuerdos para el personal de salud cubano, ya sea por la no exigencia de credenciales académicas similares a las que se piden a los pares extranjeros que solicitan ejercer en dichos países, por los montos superiores de sueldo respecto de los nacionales y por la falta de valoración que todo ello puede suponer para los profesionales nacionales.

Existen evidencias de su utilización para establecer enclaves que llevan a cabo tareas de inteligencia para monitorear al estado anfitrión y, en el caso de gobiernos aliados, informar sobre la población y apalancar sus agendas políticas e ideológicas. Los acuerdos con algunos países, cuyo caso emblemático es el de Venezuela, han ido más allá del ámbito de salud y han extendido su influencia a una multiplicidad de áreas sociales, deportivas y culturales. La “colaboración” entre ambos países ha permitido sostener y desarrollar el proyecto ideológico de la Revolución bolivariana, por un lado, y ha proporcionado los recursos para solventar la crisis económica de la isla, al tiempo que mantener su influencia política en la región. Lo más grave consiste en que, para estos fines, el gobierno cubano ha contado con organismos internacionales que han facilitado –y se han beneficiado de– la firma de lucrativos convenios comerciales en materia de salud, como el caso de la OPS en el acuerdo Cuba-Brasil. El componente formativo de la estrategia de “cooperación internacional en salud”, manifestado en la creación de la Escuela Internacional de Medicina, es otra vía a través de la cual el gobierno cubano hace incidencia en el activismo político a nivel regional, persiguiendo generar una imagen favorable a aquella que desea posicionar en el escenario político internacional.

En términos jurídicos y regulatorios, las normas y prácticas que rigen la vida y servicios que prestan los “cooperantes” de las brigadas médicas cubanas, así como la penalización del abandono de las misiones, manifiestan un conjunto significativo de restricciones, irregularidades y de violaciones a normas y protocolos internacionales que protegen el trabajo, la movilidad, la discriminación de género o la seguridad. Los trabajadores cubanos de la salud que componen las brigadas no conocen, ni son informados, de las normas laborales internacionales en relación con la trata. Tampoco cuentan con acceso a asesoría legal o a recursos de protección jurídica, déficit que se extiende a los pacientes en los países anfitriones afectados por casos de mala praxis. Los convenios establecen que cualquier litigio relacionado con las brigadas médicas debe presentarse y resolverse solo en los tribunales en La Habana.

Se desconoce si el gobierno cubano cuenta con asesores laborales en el extranjero o que se coordine con otros gobiernos para garantizar el reclutamiento seguro y responsable de trabajadores cubanos. Antes bien, los testimonios de los trabajadores que han intentado

hacer denuncias internas sugieren que los departamentos jurídicos de las misiones están al servicio de los coordinadores, que a su vez representan los intereses del gobierno cubano. Estas violaciones, conocidas a través de las denuncias reiteradas de los médicos que han desertado, con el auxilio de organizaciones internacionales, ha provocado que el gobierno cubano sea acusado de un esquema de tráfico humano y trabajo forzoso debido a la falta de apego o incumplimiento de la normativa internacional en materia de derechos laborales y humanos.

Cabe alertar que la ley cubana no prohíbe explícitamente la trata de trabajadores como se define en el derecho internacional. El gobierno cubano tampoco ha realizado esfuerzos para enmendar el código penal y actualizarlo según los estándares del derecho internacional sobre la trata de personas. El informe sobre *Tráfico de personas* del Departamento de Estado del 2020 advirtió que el gobierno cubano mantuvo más de 20 acuerdos de cooperación bilateral o memorandos de entendimiento con otros 15 países que incluían la trata. Sin embargo, no proporcionó información sobre los resultados de estos acuerdos ni de la existencia de ninguna investigación, enjuiciamiento o condena de funcionarios gubernamentales cómplices de la trata, a pesar de las persistentes acusaciones de que los funcionarios amenazaron y obligaron a algunos participantes en las misiones médicas extranjeras a permanecer en el programa.

Desde el punto de vista *administrativo y presupuestario*; el informe confirma las condiciones de injusticia contractual y salarial a las que están sujetos los “cooperantes” de salud cubanos, siendo que desde el punto de vista administrativo es frecuente la práctica de retención de pasaportes y documentos oficiales. Por el lado presupuestario, es poco sistemática y transparente la información sobre los ingresos que el gobierno cubano recibe por concepto de venta de servicios médicos profesionales o de otra índole. No obstante, se conoce que los ingresos han llegado a ser tan significativos que han permitido que la venta de servicios médicos se convierta en la primera fuente de ingresos de la economía cubana.

En contraste, si bien los profesionales de la salud que participan de estas brigadas consigue una mejora de sus salarios en relación con los que reciben en Cuba, además de otras ventajas materiales, es notoria la diferencia sustancial entre el monto que los gobiernos contratantes establecen en los acuerdos con el gobierno cubano y el monto que los galenos reciben. Además de ello, los contratos laborales no pueden ser negociados ni objetados por los “cooperantes”, la mayor parte del salario establecido se retiene por el gobierno cubano y parte de la compensación que reciben se deposita en una cuenta bancaria en Cuba a la que sólo pueden acceder al final de la misión y a discreción de la entidad contratante del estado cubano.

El conjunto de estas normas y prácticas en relación con los sueldos y condiciones contractuales supone violaciones e incumplimientos por parte del gobierno cubano respecto de la normativa internacional en materia de derechos laborales. Las responsabilidades por ello van desde las figuras máximas del gobierno que establecen las condiciones de los acuerdos con los países beneficiarios de la cooperación, hasta aquellos funcionarios del Ministerio de Justicia que han sido cómplices de los esquemas estatales de exportación de mano de obra al enjuiciar a las personas que abandonaron las brigadas debido a abusos dentro de las misiones.

El análisis de la *dimensión social y familiar* revela las condiciones de trabajo y de vida explotadoras, pagos salariales inadecuados, presiones y seguimiento al que muchos de los profesionales cubanos que conforman las brigadas médicas estarían sometidos por parte del régimen cubano. Las presiones, directas e indirectas, para que participen de las “misiones internacionalistas”, la vigilancia y control sistemáticos al que son sometidos durante su permanencia en las brigadas, ya sea por parte de los coordinadores de misión como por sus propios colegas, las significativas restricciones a la vida extra-laboral que les imponen (toques de queda, prohibición de vínculos con nacionales y de libertad de movimiento dentro o fuera del país) sumado a la separación familiar obligada, las situaciones de acoso sexual y violación a mujeres y las amenazas de un exilio forzado si no completan la misión, conforman un cuadro de condiciones de trabajo que organizaciones internacionales consideran califican en la condición de trabajo *forzoso*, lo que constituye una *forma contemporánea de esclavitud* según los indicadores de esta categoría establecidos por la Organización Internacional del Trabajo. El conjunto de vulneraciones descritas en este informe estaría violando las normas fundamentales establecidas en diversos instrumentos internacionales.

Por último, en vistas de apegarse a las distintas normas internacionales que se violan en el ejercicio de estos acuerdos internacionales que ha firmado el gobierno cubano en materia de servicios médicos y de mejorar las condiciones de trabajo y vida de los “cooperantes” cubanos, se han sugerido un conjunto de recomendaciones, que parten por asegurarse que los programas estatales de exportación de mano de obra, como las misiones médicas en el extranjero, cumplan con las normas laborales internacionales. Esto implica garantizar específicamente que los participantes reciban salarios justos, totalmente pagados en cuentas bancarias que los trabajadores puedan controlar personalmente; asegurar que los participantes mantengan el control de sus pasaportes, contratos y credenciales académicas; garantizar un entorno de trabajo a salvo de la violencia, el acoso y la vigilancia intrusiva; y garantizar que los participantes tengan libertad de movimiento, incluso para abandonar el programa o rechazar una asignación sin sanciones como ser amenazados, encarcelados, lastimados o prohibidos de regresar a Cuba.

A un nivel legislativo, se requiere trabajar en el diseño y aprobación de una ley integral contra la trata que penalice todas sus formas de expresión, incluida una prohibición explícita de la trata laboral, y que asegure que el uso de la fuerza, el fraude o la coacción se considere un elemento esencial de la trata de adultos. En paralelo, se deberán investigar y enjuiciar enérgicamente los delitos de trabajo forzado y capacitar a los responsables de hacer cumplir el código laboral para detectar los indicadores de la trata y educar a todos los trabajadores cubanos sobre los indicadores de la trata y dónde informar las violaciones relacionadas con este tipo de situaciones.

Para que estas sugerencias puedan implementarse se requiere de la promoción y fortalecimiento de una agenda de investigación e incidencia social que pueda ir “alimentando” la discusión pública, política y legislativa. Deben constituir materia de esta agenda las dimensiones señaladas en este informe (aspectos jurídicos, administrativos y presupuestarios, políticos y de relaciones internacionales, sociales y familiares) y, de manera muy especial, incorporar el punto de vista de los trabajadores y trabajadoras de la salud, sus experiencias y narrativas sobre lo que han vivido, sus deseos y propuestas de

mejoramiento. Dicha agenda deberá incorporar una perspectiva de género y de derechos y deberá construirse en una alianza entre la academia, la sociedad civil cubana, las organizaciones gremiales, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales promotoras y defensoras de los derechos humanos.

6. Bibliografía

- Acosta, E. (2020). “El gobierno cubano no puede solo contra el coronavirus”, *14 y Medio*, 22 de marzo. https://www.14ymedio.com/nacional/Gobierno-cubano-puede-solo-coronavirus_0_2843115661.html?platform=hootsuite
- Acosta, E., Picasso, F. y Perrotta, V. (2018). *Cuidados en la Vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay*, (SOPLA) – Fundación Konrad Adenauer, Chile. https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=48d4c490-d58d-071d-2b97-b1bdd1428d3d&groupId=252038
- Arias, J. (2013). “Polémica en Brasil por la contratación de 4.000 médicos cubanos”, *El País*, Río De Janeiro, 23 de Agosto, https://elpais.com/internacional/2013/08/23/actualidad/1377264597_960632.html
- Augustin, E. y Kitroeff, N. (2021). “Cuba se acerca a un logro científico: la producción de una vacuna contra la COVID-19”, *New York Times*, 18 de febrero, <https://www.nytimes.com/es/2021/02/18/espanol/vacuna-cubana-soberana.html>
- Barnés, J. A. (2020). “Brigadas Médicas Cubanas “Henry Reeve” en el enfrentamiento a la COVID-19”, *Panorama. Cuba y Salud* 15(2): 71-72.
- Beaumont, P. & Augustin, E. (2020). “Las "misiones médicas" de Cuba en más de 60 países, en el punto de mira de Trump”, *El Diario, La Habana*, 17 de febrero https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/trump-arremete-misiones-medicas-economia_1_1133930.html
- BBC redacción (2019). “El mundo oculto de los médicos cubanos que son enviados a trabajar al extranjero”, 15 de mayo, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48275780>
- Chaguaceda, A. (2020). “Cuba, sus médicos, el mundo y la pandemia. Algunos hechos, mitos y alternativas”, *ADN Cuba*, 20 de abril. [Cuba, sus médicos, el mundo y la pandemia. Algunos hechos, mitos y alternativas | ADN Cuba](https://www.adncuba.com/2020/04/20/cuba-sus-medicos-el-mundo-y-la-pandemia-algunos-hechos-mitos-y-alternativas/)
- Chaguaceda, A. (2020). “Reinvertir las "Misiones Médicas"”, *ADN Cuba*, 28 de abril. [Reinvertir las "Misiones Médicas" | ADN Cuba](https://www.adncuba.com/2020/04/28/reinvertir-las-misiones-medicas/)
- Cubadebate (2021). “Personalidades mexicanas piden el Nobel de la Paz para los médicos cubanos”, 25 de enero, [http://www.cubadebate.cu/noticias/2021/01/24/personalidades-mexicanas-piden-el-nobel-de-la-paz-para-los-medicos-cubanos/?fbclid=IwAR3PkQPa_TfLPDtXXOwvpXIH-QCRQngJN6AEsRa2A_H4bk2Jr0C3C32dLh0](https://www.cubadebate.cu/noticias/2021/01/24/personalidades-mexicanas-piden-el-nobel-de-la-paz-para-los-medicos-cubanos/?fbclid=IwAR3PkQPa_TfLPDtXXOwvpXIH-QCRQngJN6AEsRa2A_H4bk2Jr0C3C32dLh0)
- Cubaencuentro (2021). “Médico cubano muere electrocutado en Guatemala”, *AFP Guatemala*, actualizado 24 de febrero, <https://www.cubaencuentro.com/txt/cuba/noticias/medico-cubano-muere-electrocutado-en-guatemala-6828>
- Cuban Prisoners Defenders (2020). Ampliación de denuncia: Misiones de Internacionalización de Cuba (II) “622 Cuban Doctors vs. Cuban Government”, “AL CUB 6/2019”, 22 de septiembre,

<https://www.prisonersdefenders.org/2020/09/22/622-testimonios-muestran-el-patron-de-esclavitud-masivo-en-las-misiones-internacionalistas-de-cuba/>

DDC (2019). “El Gobierno ganó 6.400 millones por la venta de servicios de Salud en 2018, según cifras oficiales”, La Habana, 2 de agosto. https://diariodecuba.com/cuba/1564776726_47897.html

DDC (2020). “El MINSAP confirma la muerte de cuatro profesionales de la salud cubanos en el extranjero por Covid-19”, *Diario de Cuba*, 8 de octubre, https://diariodecuba.com/cuba/1602169867_25539.html?_cf_chl_jschl_tk__=pmd_65cf5ed202c0709ec08d660d29122dbe06d08b30-1629162173-0-gqNtZGzNAfjcnBszQmi

Diario Las Américas (2015). Colaboradores cubanos: “En Venezuela habrá una guerra civil”, 22 de febrero, <https://www.diariolasamericas.com/colaboradores-cubanos-en-venezuela-habra-una-guerra-civil-n2964990>

El Nacional. “Corrupción y acoso sexual obligaron a desertar a dos médicos de la misión cubana en Venezuela”, 17 de octubre de 2020, <https://www.elnacional.com/venezuela/corrupcion-y-acoso-sexual-obligaron-a-desertar-a-dos-medicos-de-la-mision-cubana-en-venezuela/>

El País (2014). “Unos 5.000 profesionales de la salud cubanos han desertado en diez años”, 5 de febrero, https://elpais.com/internacional/2014/02/05/actualidad/1391626695_458398.html

Federal Bureau of Investigation-FBI (2014). *Cuban Intelligence Targeting of Academia*, Unclassified information, September 2, <https://freebeacon.com/wp-content/uploads/2014/09/Cuban-Intelligence-Targeting-of-Academia.pdf>

Folha de S. Paulo (2013). ““Vinimos por solidaridad y no por dinero”, dice médico cubano”, 26 de agosto, <https://www1.folha.uol.com.br/internacional/es/brasil/2013/08/1332026-vinimos-por-solidaridad-y-no-por-dinero-dice-medico-cubano.shtml>

Globo (2018). “Telegramas revelan que la propuesta cubana de crear Más Médicos llegó desde Cuba, en negociaciones secretas con el gobierno de Dilma”, 21 de noviembre, <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2018/11/21/telegramas-revelam-que-partiu-de-cuba-proposta-para-criar-mais-medicos-em-negociacao-secreta-com-governo-dilma.ghtml>

Hernández, Iván (2020). “Misiones médicas cubanas violan los convenios internacionales de la OIT”, *Radio Televisión Martí*, septiembre 19, <https://www.radiotelevisionmarti.com/a/misiones-medicas-cubanas-violan-los-convenios-internacionales-de-la-oit/272789.html>

Hernández, Roberto y Rodríguez Roque, Javier (2012). “Logros de la Escuela Latinoamericana de Medicina y de los programas médicos en Latinoamérica”, En sitio web *Fidel soldado de ideas*, 24 de abril. <http://www.fidelcastro.cu/es/articulos/logros-de-la-escuela-latinoamericana-de-medicina-y-de-los-programas-medicos->

[en#:~:text=Estudiantes%20de%20la%20ELAM%20impulsan,prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento%20de%20enfermedades](#)

- Lozano, D. (2020). “Coronavirus: los médicos cubanos, ¿propaganda, solidaridad o negocio?”, *La Nación*, 25 de marzo. [Coronavirus: los médicos cubanos, ¿propaganda, solidaridad o negocio? - LA NACION](#)
- Mesa-Lago, C. (2020). “Impacto del Envejecimiento en la Protección Social en Cuba”, En Acosta, E. (Ed.). *Crisis de cuidados y políticas de bienestar en Cuba*: Bogotá, Editorial Universidad Sergio Arboleda.
- Mesa-Lago, C. (2012). (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Cuba*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Mesa-Lago, C. y Diaz-Briquets, S. (2021). “Healthcare in Cuba: Sustainability Challenges in an Ageing System”, *Journal of Latin American Studies*, pp. 133 - 159.
- Mesa-Lago, C., Everleny, O., Amor, E., Guillén, J. I., Acosta, E., Sánchez, R., Castellanos, D., Izquierdo, Y., Valdés, D. (2020). *La Covid-19 en Cuba y sus consecuencias en la etapa de post-pandemia: visión y propuestas*, Pinar del Río: Centro de Estudios Convivencia, mayo. <https://centroconvivencia.org/wp-content/uploads/2020/06/Informe-COVID-19-junio-10.pdf>
- Mesa-Lago, C. y Vidal, P. (2019). El impacto en la economía cubana de la crisis venezolana y de las políticas de Donald Trump, Documento de trabajo 9/2019, Real Instituto Elcano, 30 de mayo.
- MINSAP (2020). “Brigadas Henry Reeve: 15 años de humana solidaridad”, 19 de septiembre, <https://salud.msp.gob.cu/brigadas-henry-reeve-15-anos-de-humana-solidaridad/>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud - República Bolivariana de Venezuela (2016). *Memoria y Cuenta 2015*, Caracas.
- ONEI (2019). *Anuario Estadístico de Cuba 2018, Edición 2019*, Oficina Nacional de Estadística e Información. http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/aec_2019_0.pdf
- ONU (2019). *Mandatos de la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de la esclavitud incluidas sus causas y consecuencias; y de la Relatora Especial sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños*, Naciones Unidas, Referencia AL CUB 6/2019, 6 de noviembre.
- OPS-Cuba (2019). “Escuela Latinoamericana de Medicina: 20 años formando médicos para el mundo”, https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_content&view=article&id=983:escuela-latinoamericana-de-medicina-20-anos-formando-medicos-para-el-mundo&Itemid=528
- Radio Televisión Martí (2020). “Prensa oficialista reporta sobre médicos cubanos en Venezuela pero calla sobre tres fallecidos”, 2 de septiembre, <https://www.radiotelevisionmarti.com/a/prensa-oficialista-reporta-sobre->

[m%C3%A9dicos-cubanos-en-venezuela-pero-calla-sobre-tres-fallecidos/271661.html](https://www.cubaarchive.org/wp-content/uploads/2020/06/2020-TIP-Report-Complete-062420-FINAL.pdf)

US State Department (2020). *Trafficking in Persons Report. 20TH Edition*. Junio de 2020. <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/06/2020-TIP-Report-Complete-062420-FINAL.pdf>

Werlau, M. (2010). “Cuba-Venezuela’s health diplomacy: the politics of humanitarianism”, in *Cuba in Transition*, Vol. 20, Papers and Proceedings of the XXth Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy, Miami, Florida, 29–31 de Julio. <https://cubaarchive.org/wp-content/uploads/2020/06/Cuba-Venezuela-Health-Diplomacy-ASCE-Final.pdf>

Werlau, M. (2011). “Cuba’s business of humanitarianism: the medical mission in Haiti”, *Cuba in Transition: Volume 21, Papers and Proceedings of the 21st Annual Conference of the Association for the Study of the Cuban Economy*, Miami, Florida, 4–6 de Agosto, <https://cubaarchive.org/wp-content/uploads/2020/06/Haiti-Med.Mission-ASCE-2011-FINAL-.pdf>

Werlau, M. (2020). “Guatemala y la diplomacia médica cubana”, proyecto Cuba Salud de Archivo de Cuba, 13 de octubre. <https://cubaarchive.org/wp-content/uploads/2020/10/Informe-Guatemala-FINAL-10.13.2020.pdf>

Sitios web

CubaArchive. *Brigadas médicas cubanas*, <https://cubaarchive.org/es/cuba-salud-es/brigadas-medicas-cubanas/>