

Construyendo soluciones bilaterales de salud: Una asociación académico-gubernamental para mejorar la salud comunitaria

Building bilateral health solutions: an academic-governmental partnership to improve community health

Katherine Y. Tossas, PhD, M. Sc.¹

Organizaciones: Virginia Commonwealth University Massey Comprehensive Cancer Center; Virginia Commonwealth University School of Public Health; Ministerio de Salud Pública de Cuba; Mile Square Health Centers; Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba.

Fecha de recepción: noviembre 2024

Fecha de aceptación: noviembre 2024

Resumen

Este artículo detalla el proceso de desarrollo de una innovadora alianza académico-gubernamental entre el Centro Oncológico de la Universidad de Illinois (UICCC) y el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Esta colaboración, la primera de su tipo, tuvo como objetivo abordar las desigualdades en materia de salud materna e infantil (SMI) en Englewood, un barrio predominantemente negro y estructuralmente desatendido de Chicago. El sistema de salud de Cuba, reconocido mundialmente por su modelo de atención primaria innovador y basado en la comunidad, cuenta con una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 4,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en comparación con las 5,6 de los Estados Unidos. Este logro notable, a pesar de los recursos limitados, destaca el éxito de Cuba en el aprovechamiento de la atención preventiva y el acceso universal para mejorar los resultados de salud pública.

El manuscrito sirve como un trabajo en desarrollo que documenta la formación de esta alianza única y sus esfuerzos por adaptar el marco de Análisis de la Situación de Salud (ASS) de Cuba al contexto de los Estados Unidos. En el artículo se describen los pasos necesarios para obtener las aprobaciones regulatorias, fomentar el intercambio intercultural y comprometer a la comunidad local de Englewood para abordar las disparidades en materia de salud. Aprovechando la experiencia cubana en atención primaria y abordando los determinantes sociales de la salud, la asociación buscó crear soluciones viables para reducir la mortalidad infantil y mejorar la equidad en materia de salud en general.

El artículo proporciona información valiosa sobre los desafíos y los éxitos de las colaboraciones transnacionales, ofreciendo un modelo reproducible para abordar las desigualdades sistémicas en materia de salud en comunidades desatendidas. Al detallar el desarrollo de la asociación, este trabajo enfatiza la importancia de los enfoques centrados en la comunidad y culturalmente competentes para transformar los resultados de salud en entornos con recursos limitados. Las lecciones de esta iniciativa subrayan el potencial de las asociaciones globales para impulsar la innovación y la equidad en la salud pública.

Palabras claves: colaboración bilateral, salud materno infantil, prestación de servicios sanitarios, relaciones Cuba-Estados Unidos, salud comunitaria, mortalidad infantil, desigualdades en salud.

1 Colaboradores: José Armando Arronte Villamarín, MD, MPH3; Sonia María González Vega, MD, MPH3 (ORCID: 0000-0002-9075-1726); Berta María Bello Rodríguez, PhD, MPH3 (ORCID: 0000-0002-6803-6726); Némesis Pérez Martínez, RH3 (ORCID: 0000-0001-6568-8334); Karriem S. Watson4 (ORCID: 0000-0002-5575-7102), Alfonso Casanova Valdés, BS5 (ORCID: 0000-0002-0724-8637); José Ramón Cabañas, PhD5 (ORCID: 0000-0001-7778-3566); Robert A. Winn, MD1 (ORCID: 0000-0001-5948-9291).

Introducción

Las dinámicas entre los Estados Unidos y Cuba están determinadas por una compleja interacción de factores políticos, económicos y sociales, así como por su ubicación a solo 90 millas de distancia (Espinosa, 2006; Rehman *et al.*, 2024). A pesar de su proximidad geográfica, los sistemas sanitarios estadounidense y cubano difieren significativamente (Ciano, 2024). Cuba ha surgido como líder mundial en salud comunitaria y medicina preventiva, logrando notables resultados de salud pública en contextos de bajos recursos tanto a nivel nacional como internacional (Keck & Reed, 2012). Por el contrario, con el gasto per cápita más alto del mundo, el sistema sanitario estadounidense funciona dentro de un marco que trata eficazmente muchas enfermedades para quienes tienen acceso a él (Papanicolas *et al.*, 2018).

Las deficiencias en las infraestructuras de salud pública y atención preventiva de los Estados Unidos contribuyen a que se produzcan desigualdades sanitarias significativas (diferencias sistemáticas en la salud o en los riesgos sanitarios que afectan de forma desproporcionada a grupos sociales desfavorecidos debido a factores sociales, económicos y políticos) (Braveman, 2006). Estas desigualdades en salud son particularmente evidentes en los resultados de salud materno infantil (SMI), como la mortalidad infantil, donde los bebés negros mueren a una tasa más de 2,5 veces superior a la de los bebés blancos (Singh & Yu, 2019) en gran parte debido a las desigualdades estructurales y al acceso desigual a los recursos vitales para la salud y el bienestar (Wallace, Crear-Perry, Richardson, Tarvar & Theall, 2017). En contraste, con comparativamente menos recursos, Cuba ostenta una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 4,3 muertes por cada 1000 nacidos vivos, inferior a la TMI general de los Estados Unidos. (Tabla 1, Espinosa, Lauzurique, Alcázar *et al.*, 2018). Este contraste pone de relieve el potencial de las asociaciones transnacionales con Cuba para informar estrategias que aborden las desigualdades de salud de los Estados Unidos, en particular las tasas desproporcionadas de alta mortalidad infantil observadas en las comunidades empobrecidas de color (Brun, Pawloski y Robinson, 2019).

Históricamente, los proveedores de atención médica, los científicos y los profesionales de la salud pública de los Estados Unidos han tenido pocas oportunidades de colaborar con sus homólogos de Cuba o de aprender de ellos, a pesar de compartir retos e intereses en materia de salud pública (Pastrana & Clegg, 2008). Estos incluyen avances en la comprensión de la transmisión de enfermedades, la ciencia meteorológica para mitigar los daños de las tormentas tropicales y las innovaciones cubanas en salud pública, atención médica y biotecnología (Pastrana & Clegg, 2008; Pastrana, Gual-Soler & Wang, 2018). Los onerosos requisitos para los viajes e intercambios científicos han planteado importantes retos a la colaboración, lo que ha repercutido en el avance y la productividad científicos (DeWeerd, 2001; Fink, Leshner & Turekian, 2014; Ronda-Pupo, 2024). Sin embargo, ha habido casos notables de colaboración científica, en particular durante la administración Obama, que fomentaron asociaciones en ciencias marinas, conservación de los océanos y otras áreas de interés compartido (Machlis *et al.*, 2012). Los esfuerzos de colaboración, como los realizados entre la Academia de Ciencias de Cuba y la Asociación Estadounidense para el Avance de la Ciencia (Pastrana, Gual-Soler y Wang, 2018), demuestran que las redes científicas pueden perdurar y prosperar incluso frente a tensiones históricas y políticas restrictivas (Ronda-Pupo, 2021).

La administración Obama trató de aliviar las tensiones con Cuba mediante políticas para restablecer las relaciones diplomáticas, fomentando oportunidades de colaboración científica entre ambas naciones (Morrison & Gannon, 2015). Estos esfuerzos culminaron con el restablecimiento de los lazos diplomáticos en 2015, lo que supuso un cambio significativo tras décadas de tensas relaciones (Alexandra, 2019; Lee & Park, 2016). En este contexto, se inició una asociación pionera entre el Centro Oncológico de la Universidad de Illinois (UICCC, por sus siglas en inglés) y el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). Esta colaboración representó la primera asociación gubernamental-académica entre Cuba y una institución de investigación estadounidense. El objetivo de la iniciativa era aprovechar las eficaces prácticas cubanas de prestación de asistencia médica y salud pública para hacer frente a las desigualdades en materia de salud en comunidades estructuralmente desatendidas de Chicago. Mediante la adaptación de los modelos de atención MCH cubanos al contexto local, la asociación buscó abordar los desafíos de salud específicos que enfrentan estas comunidades y mejorar los resultados generales de salud (Kim *et al.*, 2019).

A continuación, describimos la asociación y nuestro trabajo conjunto implementando el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) cubano en un barrio de bajos ingresos y predominantemente negro de Chicago, Englewood, donde la TMI es aproximadamente tres veces superior a la media nacional de los Estados Unidos (Bishop-Royse, Lange-Maia, Murray, Shah & DeMaio, 2021). En primer lugar, proporcionaremos el contexto para nuestro trabajo con una visión general de las inequidades de salud en los Estados Unidos relacionadas con la mortalidad infantil, el contexto cubano, la ASC como una herramienta para mejorar los resultados de salud, y la comunidad de Englewood, que es paralela a los entornos de bajos recursos observados en otras naciones en desarrollo. Presentamos la formación de la asociación como respuesta a las necesidades identificadas por los residentes de Englewood, incluidos los obstáculos a nivel político para el trabajo colaborativo. Una vez que nuestra asociación obtuvo la financiación y las aprobaciones necesarias, una delegación del MINSAP formada por dos médicos cubanos de atención primaria, una enfermera comunitaria y un epidemiólogo visitó la UIC durante cuatro meses de intensa colaboración. Durante ese tiempo, utilizamos el marco del HSA en Englewood. Mientras que los resultados del HSA se detallarán en una próxima publicación, la sección de resultados se centra en la asociación en sí, haciendo hincapié en los procesos, desafíos e impactos de nuestros esfuerzos de colaboración.

Por último, en la sección de debate, abogamos por una mayor colaboración científica, basándonos en el precedente pionero que sentamos para la cooperación gubernamental en investigación y práctica sanitaria entre los Estados Unidos y Cuba. Esta iniciativa representa un hito significativo en las colaboraciones de salud pública mundiales y subraya la importancia de la participación de la comunidad y de las soluciones sanitarias culturalmente competentes.

Las desigualdades sanitarias de los Estados Unidos en mortalidad infantil

A pesar de ser el país del mundo con mayor gasto en salud, la tasa de mortalidad infantil de los Estados Unidos es inferior a la de otros 25 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (MacDorman, Mathews, Mohangoo y Zeitlin, 2014). Cabe destacar que los bebés nacidos muy prematuros en los Estados Unidos sobreviven a tasas comparables a las de sus homólogos nacidos en Europa, lo que habla de la utilización por parte de los Estados Unidos de costosas tecnologías médicas y experiencia curativa para mantener con vida a los bebés muy prematuros. Sin embargo, las tasas de supervivencia de los bebés disminuyen con la edad gestacional; los bebés moderadamente prematuros y a término tienen más probabilidades de morir en los Estados Unidos que en casi todos los demás países de la OCDE (MacDorman, Mathews, Mohangoo y Zeitlin, 2014).

Las elevadas tasas de mortalidad de los bebés nacidos un poco antes y a término reflejan los factores sociales que influyen en la salud y las lagunas en las infraestructuras de prevención, atención primaria y salud pública, a pesar del acceso a la tecnología médica avanzada necesaria para mantener con vida a los bebés muy prematuros (Lorenz, Ananth, Polin y D'Alton, 2016). Es importante destacar que las desigualdades estructurales y el acceso desigual a la atención contribuyen significativamente a las marcadas disparidades en la salud materno infantil y los resultados del parto (Alhusen, Bower, Epstein y Sharps, 2016). Estas desigualdades son evidentes en las TMI, que variaron en 2018 de 10,8 por cada 1000 nacidos vivos entre las poblaciones negras a 9,4 entre los nativos de Hawái y las islas del Pacífico, 8,2 entre los nativos americanos/indígenas y 4,6 entre las poblaciones blancas. Estas disparidades dieron lugar a una TMI general en los Estados Unidos de 5,58 por cada 1000 nacidos vivos (Tabla 1, Jang & Lee, 2022) y se deben a varios factores, incluido el acceso diferencial documentado a la atención prenatal y el trato diferencial por parte de los proveedores de atención médica, lo que contribuye a la desconfianza que ha merecido el sistema de salud (Attanasio & Kozhimannil, 2015; Salm Ward, Mazul, Ngui, Bridgewater & Harley, 2013; Slaughter-Acey *et al.*, 2019).

Un estudio reciente indica que la concordancia racial entre el médico y el paciente en la sala de partos redujo la mortalidad infantil intraparto de los negros en casi 50 % (Greenwood, Hardeman, Huang y Sojourner, 2020). Los pacientes de color con proveedores racialmente semejantes también tienen más probabilidades de utilizar los servicios médicos, lo que demuestra la importancia de una atención cultural y racialmente alineada

(LaVeist, Nuru-Jeter y Jones, 2003). Las desigualdades estructurales agravan aún más estas disparidades, ya que una mayor exposición está relacionada con un aumento de la TMI entre las personas negras, mientras que, paradójicamente, disminuye la TMI entre las personas blancas (Vilda, Hardeman, Dyer, Theall y Wallace, 2021).

La segregación residencial, a menudo resultado de la desinversión sistémica en las comunidades de color, sigue siendo un factor determinante de las diferencias raciales en la mortalidad infantil. Las zonas urbanas segregadas presentan tasas de mortalidad desproporcionadamente más altas entre los lactantes negros (Polednak, 1996). Asimismo, el estrés asociado a las experiencias cotidianas de discriminación contribuye a disminuir los resultados de SMI, incluida la mortalidad infantil (Alhusen, Bower, Epstein y Sharps, 2016; Slaughter-Acey *et al.*, 2019). Por ejemplo, un estudio descubrió que tras el aumento de la violencia antiárabe y antimusulmana después de los atentados del 11 de septiembre contra el World Trade Center, las mujeres con apellidos árabes experimentaron tasas significativamente elevadas de bajo peso al nacer y prematuridad —ambos factores de riesgo de mortalidad infantil—, lo que sugiere una relación causal entre la discriminación y los resultados adversos del parto (Lauderdale, 2006). Del mismo modo, existen pruebas de larga data que demuestran asociaciones estadísticamente significativas entre la discriminación racial y los resultados adversos del parto, como el bajo peso al nacer y la prematuridad entre las mujeres negras embarazadas (Collins, David, Handler, Wall y Andes, 2004).

Las desigualdades estructurales también afectan a numerosos impulsores sociales de la salud, lo que repercute de manera desproporcionada en las comunidades de color. Entre ellas se incluyen tasas más elevadas de pobreza y un menor acceso a recursos esenciales como alimentos nutritivos, vivienda estable y oportunidades de conexión familiar y comunitaria (Beech, Ford, Thorpe, Bruce y Norris, 2021; Dagher y Linares, 2022). Un estudio de los barrios de Chicago descubrió que las TMI en las comunidades de bajos ingresos eran una media de 2,53 veces superiores en comparación con los barrios acomodados, con tasas que oscilaban entre 1,4 en las zonas más ricas y 24,5 en las más pobres. En los barrios con mayor concentración de residentes negros, las TMI eran entre 3 y 3,5 veces superiores a las de los barrios predominantemente blancos, lo que subraya aún más el profundo impacto de las desigualdades estructurales (Bishop-Royse, Lange-Maia, Murray, Shah y DeMaio, 2021).

Avances del sistema sanitario cubano

El sistema de salud cubano ha atraído gran atención por sus logros en salud pública, especialmente en salud materno infantil. Por ejemplo, un estudio en el que se compararon los resultados de los nacimientos en la zona rural de Alabama con los de Cuba puso de relieve el éxito del enfoque sanitario comunitario cubano en la reducción de la prevalencia del bajo peso al nacer, un factor predictivo clave de la mortalidad infantil (Neggers y Crowe, 2013). El modelo cubano, caracterizado por servicios integrados y un fuerte énfasis en la atención preventiva, ha sido reconocido como una fuente potencial de ideas para la reforma sanitaria estadounidense (Cooper, Kennelly y Ordúñez-García, 2006; Keck y Reed, 2012).

El enfoque de Cuba en el acceso universal y la atención primaria orientada a la comunidad ha mejorado sistemáticamente los resultados sanitarios, a pesar de los retos económicos (Dresang, Brebrick, Murray, Shallue y Sullivan-Vedder, 2005; Watson, Rhein y Fanelli, 2021). Además, la sólida participación de Cuba en iniciativas de salud mundial y sus contribuciones a la educación médica internacional —formando a miles de profesionales de la salud, incluidos algunos de los Estados Unidos— proporciona una base sólida para fomentar futuros esfuerzos de colaboración (Motala & Wyk, 2019; Wenham & Kittelsen, 2020).

Visión general del Análisis de la Situación de Salud. El marco central de esta colaboración se centra en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), una herramienta analítica respaldada por la Organización Mundial de la Salud y ampliamente aplicada en el sistema de salud pública de Cuba para evaluar y priorizar las necesidades de atención sanitaria en entornos con recursos limitados (Pyone, Smith & Broek, 2017). La ASC se originó en Cuba tras las reformas del Sistema Nacional de Salud de 1984, que introdujeron el modelo de “Médico y Enfermera de Familia” (Lamrani, 2021). Como parte de este modelo, la ASC se convirtió en una piedra angular para abordar los problemas de salud de la comunidad y la toma de decisiones informadas en materia de salud pública en

múltiples niveles. Estructurada como un “proceso analítico-sintético”, la ASC evalúa el estado de salud de una población mediante la identificación de problemas de salud, determinantes sociales y necesidades del sector sanitario. Al medir los indicadores y determinantes de la salud, la HSA apoya a los gobiernos y sistemas sanitarios en entornos con recursos limitados, informando la evaluación de necesidades, el desarrollo de programas y la evaluación de resultados.

La aplicación de la ASC va más allá de la atención clínica individual y se extiende a la planificación médica a nivel comunitario, haciendo especial hincapié en la prevención y abordando las desigualdades estructurales mediante perspectivas basadas en datos. El enfoque intersectorial de la ASC proporciona una comprensión integral de los factores sociales, proporcionando un marco basado en pruebas para priorizar las intervenciones de salud pública. Ha demostrado su eficacia a la hora de apoyar el establecimiento de prioridades políticas e institucionales, movilizar recursos y desarrollar políticas de atención. El éxito del modelo de salud pública cubano en el mantenimiento de una baja mortalidad infantil y una alta esperanza de vida en entornos de bajos recursos se atribuye principalmente a este enfoque integrador y preventivo, que también ha demostrado su adaptabilidad en diversas poblaciones fuera de Cuba (Gorry, 2013).

Englewood, Chicago, los Estados Unidos

Englewood, un barrio de aproximadamente 21 000 residentes en el South Side de Chicago, se enfrenta a profundos retos socioeconómicos, desigualdades sanitarias sistémicas y una desinversión gubernamental de larga data (Chicago Metropolitan Agency for Planning, 2024). La comunidad es predominantemente negra (90,5 %), en comparación con 28,4 % de la población total de Chicago, en una ciudad y un estado marcados por altos niveles de segregación residencial y las consiguientes desigualdades en salud materno infantil (MCH) (Bishop-Royse, Lange-Maia, Murray, Shah, & DeMaio, 2021).

El nivel educativo en Englewood refleja disparidades significativas, con más de 20 % de los adultos que carecen de un diploma de escuela secundaria —casi el doble de la tasa en toda la ciudad— y más de 52 % que nunca han cursado estudios más allá de la escuela secundaria (CMAP, 2024). Estos factores contribuyen a una tasa de desempleo de 22,4 %, casi el triple de la tasa general de Chicago de 8,2 %. La tasa de discapacidad del barrio es igualmente alarmante, con 23,6 % de residentes que viven con discapacidades, más del doble de la tasa de toda la ciudad de 11,3 %, y un acceso limitado a los servicios de apoyo necesarios que agrava este problema. Desde el punto de vista económico, la renta media de las familias de Englewood es sorprendentemente inferior a la media de Chicago. Casi la mitad de todos los hogares de Englewood ganan menos de 25 000 dólares al año, y 22 % adicional gana entre 25 000 y 49 999 dólares, lo que contrasta claramente con las tasas de toda la ciudad de 20 % y 17 %, respectivamente (CMAP, 2024).

Estas disparidades ponen de manifiesto la distribución desigual de recursos y oportunidades, profundamente arraigada en la segregación estructural y la desinversión. La ciudad de Chicago asignó a Englewood una puntuación del índice de penuria de 94, una de las más altas de la ciudad (Chicago Data Portal, s. f.). Esta desinversión crónica contribuye directamente a resultados sanitarios adversos, como las elevadas tasas de mortalidad infantil y bajo peso al nacer, que rivalizan con las de los países en desarrollo (Zaimi, 2021). Los residentes de Englewood también experimentan tasas desproporcionadamente altas de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías, junto con algunas de las tasas de vacunación más bajas de Chicago, lo que refleja un acceso desigual a los servicios sanitarios (Krumrey, 2021).

Las grandes deficiencias en la infraestructura de transporte y la propiedad individual de vehículos agravan estos retos, ya que casi 50 % de los residentes de Englewood carecen de acceso a un vehículo (CMAP, 2024). Este déficit de transporte limita el acceso a servicios y recursos médicos esenciales (Tung *et al.*, 2019). Además, la desinversión ha alimentado elevadas tasas de delincuencia, peores resultados generales de salud y una menor esperanza de vida. De media, los residentes de Englewood viven al menos siete años menos que otros residentes de Chicago (Krumrey, 2021). Estos retos entrelazados ponen de relieve el profundo impacto de las desigualdades sistémicas en el panorama social y sanitario de Englewood.

Englewood es atendido por el Centro de Salud MileSquare, un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC). Los FQHC son clínicas de salud comunitarias diseñadas para abordar la escasez de atención médica y proporcionar atención primaria y otros servicios de salud esenciales a poblaciones vulnerables (Xue *et al.*, 2018). A diferencia de muchas otras instituciones sanitarias de los Estados Unidos, los FQHC tienen la obligación de ofrecer servicios integrales a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Esto convierte a los FQHC en una red de seguridad esencial, especialmente para los 25,6 millones de residentes en los Estados Unidos que carecen de seguro médico que de otro modo proporciona cobertura para servicios de atención médica a través de primas pagadas o asistencia gubernamental (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2024).

Los miembros de la comunidad también expresaron su frustración por la persistencia de las altas tasas de mortalidad infantil (TMI), una prioridad urgente y profundamente sentida por el vecindario. Muchos consideraban que se trataba de una carga injusta agravada por lo que percibían como un esfuerzo insuficiente por parte del FQHC, la universidad y otras instituciones para abordar este problema crítico. En respuesta a estas preocupaciones, nos adentramos en un proceso de aprendizaje colaborativo para identificar acciones y estrategias que pudieran reducir eficazmente la mortalidad infantil y abordar las desigualdades en salud materno infantil (SMI) en Englewood.

Desarrollo

Inicio y formación de asociaciones

El compromiso de la UICCC con las prácticas de salud cubanas comenzó en 2015, cuando el Dr. Robert Winn, entonces Director de la UICCC, se unió a un equipo en Cuba para explorar sus resultados ejemplares en materia de salud. Durante esta visita, el equipo participó en la conferencia CUBA-SALUD, en la que se analizaron indicadores nacionales de salud como la mortalidad infantil y la esperanza de vida, especialmente en poblaciones multirraciales de bajos ingresos (Ministerio de Salud Pública de Cuba, s. f.). Inicialmente, llevamos a cabo una revisión exhaustiva de la literatura y consultamos a colegas nacionales para identificar intervenciones eficaces basadas en los Estados Unidos para reducir la mortalidad infantil. Por desgracia, no pudimos encontrar modelos adaptados a las necesidades y matices culturales propios de Englewood.

Esta laguna nos llevó a considerar el enfoque cubano, famoso por su modelo de atención comunitaria y su énfasis en que los profesionales de la salud estén integrados y profundamente conectados con las comunidades a las que sirven. Reconociendo los sorprendentes paralelismos entre los retos a los que se enfrentan las comunidades estructuralmente desatendidas de Chicago y los que se abordan con éxito en Cuba, la UIC identificó el modelo cubano de Análisis Situacional de la Salud (ASS) como un marco prometedor para abordar las desigualdades de atención. Este enfoque ofrecía una valiosa oportunidad para abordar las disparidades en materia de salud materno infantil (SMI) al tiempo que fomentaba la confianza y la conexión de la comunidad en Englewood.

El compromiso de la UICCC con las prácticas médicas cubanas comenzó con una serie de pasos deliberados y colaborativos para establecer una asociación que pudiera abordar las acuciantes desigualdades de atención, incluida la elevada tasa de mortalidad infantil (TMI) en Englewood. Inicialmente, trabajamos con una empresa consultora local de Chicago para conceptualizar cómo podría ser una asociación de este tipo con Cuba. Sobre la base de estos primeros esfuerzos, establecimos contactos iniciales con la Embajada de Cuba en Washington, D. C., con el MINSAP y con el Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba (MINREX) para expresar nuestro compromiso con una colaboración mutuamente beneficiosa. Estas conversaciones hicieron hincapié en el objetivo común de abordar las desigualdades en materia de salud materno infantil, especialmente en comunidades desatendidas como Englewood.

Obtuvimos financiación de la Fundación W. K. Kellogg, un patrocinador clave comprometido con la mejora de los resultados de la salud materno infantil en los Estados Unidos, para apoyar este esfuerzo. Una vez conseguida la financiación, nos pusimos en contacto con el embajador Jeffrey De-Laurentis, entonces jefe de Misión de la Embajada de los Estados Unidos en La Habana (Cuba). El embajador DeLaurentis nos ayudó a navegar por los canales diplomáticos necesarios y los requisitos

reglamentarios, incluida la preparación de una propuesta para su presentación a la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) y a la Embajada de Cuba en Washington, D. C., bajo la dirección del Dr. C. José Ramón Cabañas. A continuación, la Embajada de Cuba presentó esta propuesta al MINSAP y al MINREX para que intermediaran en la asociación.

En esta etapa, nos relacionamos directamente con la dirección del MINSAP, aprovechando las relaciones que el Dr. Winn había desarrollado durante su visita a Cuba en 2015, cuando participó en la conferencia CUBA-SALUD. En su correspondencia, el Dr. Winn subrayó nuestra intención de crear una colaboración educativa mutua que pudiera ayudar a abordar las desigualdades en materia de salud, en particular las relacionadas con la mortalidad infantil, identificada por los residentes de Englewood como una de las principales prioridades.

Reconociendo la importancia de la creación permanente de relaciones y la concordancia cultural en el fomento de asociaciones verdaderamente significativas, el Dr. Winn formó estratégicamente un equipo dirigido por un epidemiólogo puertorriqueño bilingüe y bicultural con amplia experiencia en el desarrollo de asociaciones, implementación de programas y gestión de procesos. Esta combinación de experiencia y conocimiento cultural situó al equipo en una posición única para tender puentes de colaboración aprovechando la experiencia profesional y la conexión natural arraigada en los lazos culturales e históricos compartidos entre Puerto Rico y Cuba. Esta concordancia cultural y el profundo conocimiento de la dinámica de la región enriquecieron la colaboración, reforzando las bases de confianza y respeto mutuo fundamentales para el éxito de la asociación.

Estos esfuerzos condujeron al establecimiento de una asociación formal en 2016, con el apoyo de una subvención de la Fundación W. K. Kellogg. Esta asociación sentó las bases para desarrollar y aplicar estrategias innovadoras destinadas a reducir las disparidades sanitarias en Englewood, basadas en los enfoques de atención médica centrada en la comunidad de probada eficacia en Cuba.

Procesos administrativos

Facilitar la colaboración entre los Estados Unidos y Cuba exigió sortear complejos procesos administrativos, especialmente en lo relativo a la normativa y las licencias para el intercambio de recursos. La actual normativa estadounidense permite la colaboración científica como base legítima para los intercambios entre ciudadanos estadounidenses y cubanos. Sin embargo, iniciar este tipo de colaboraciones implica una considerable preparación, comunicación estratégica y cumplimiento de los requisitos legales.

Para impulsar la asociación, el equipo adoptó un enfoque polifacético. Conscientes de la importancia de un sólido respaldo político e institucional, nos pusimos en contacto con líderes comunitarios y funcionarios locales, estatales y nacionales para recabar apoyos. Esta acción se tradujo en más de 40 cartas de destacados miembros del Congreso, senadores y otros representantes, todos ellos destacando la necesidad del proyecto y su potencial para hacer frente a las desigualdades sanitarias en las comunidades desatendidas de los Estados Unidos. Estas cartas fueron cruciales para demostrar la importancia del proyecto y avanzar en el proceso de revisión administrativa.

Además, en estrecha consulta con la Embajada de Cuba, el MINSAP y el MINREX, elaboramos un plan operativo exhaustivo en el que se detallaban las actividades, los plazos y la logística propuestos para la asociación de investigación. El plan abarcaba elementos esenciales como la gestión de visados, los preparativos de viaje y alojamiento, el seguro médico para los investigadores cubanos, las estrategias de comunicación y el transporte. También se esbozaban los posibles beneficios, entre los que se incluían las estancias de profesores visitantes, las oportunidades de coautoría y el desarrollo conjunto de futuras subvenciones.

Un aspecto fundamental del plan operativo era la obtención de las licencias necesarias de la Oficina de Control de Activos Extranjeros de los Estados Unidos (OFAC) para permitir el intercambio de recursos con Cuba. Inicialmente, la normativa estadounidense exigía presentar solicitudes de licencia para proyectos que implicaran transacciones financieras con Cuba. El equipo puso en marcha una estrategia política para superar este obstáculo, elevando el proyecto a la atención nacional. Estos esfuerzos culminaron en una importante modificación normativa el 17 de octubre de 2016, cuando la OFAC eximió a los proyectos de investi-

gación médica como el nuestro del requisito de presentar solicitudes de licencia para el intercambio de recursos. Este hito validó la naturaleza bilateral de la asociación y subrayó su importancia. El cambio normativo y el apoyo político generalizado señalaron un cambio más amplio hacia el reconocimiento del valor de las colaboraciones entre los Estados Unidos y Cuba para abordar los desafíos de la salud mundial.

En estrecha consulta con el entonces embajador de Cuba en los Estados Unidos, Dr. C. José Ramón Cabañas, y el embajador de los Estados Unidos en Cuba, Jeffrey DeLaurentis, elaboramos y presentamos las propuestas necesarias a la OFAC y coordinamos con la Embajada de Cuba la obtención de la aprobación del MINSAP y el MINREX. Este proceso administrativo riguroso y colaborativo sentó las bases de una asociación basada en el respeto mutuo, los objetivos compartidos y el potencial para lograr un impacto transformador en las desigualdades en materia de salud materno infantil.

Metas y objetivos del proyecto

Este proyecto tenía como objetivo establecer una asociación formal y bilateral de investigación médica entre la UIC y el MINSAP para llevar a cabo una evaluación integral utilizando el marco cubano de HSA en los barrios desatendidos de Chicago, con Englewood como sitio piloto. También buscamos co-desarrollar un plan de implementación para incrementar las estrategias de salud cubanas efectivas dentro del panorama de atención médica de los Estados Unidos, adaptando los modelos cubanos de MCH al contexto local para abordar los desafíos específicos de salud de la comunidad (Kim *et al.*, 2019). Esperábamos que esta iniciativa pudiera servir como un paso crucial en el avance de la investigación de salud intercultural y ofrecer un modelo para aprovechar la experiencia internacional para satisfacer las necesidades de salud de las comunidades estructuralmente desatendidas como Englewood que experimentan altos niveles de desigualdades en cuanto a salud.

Fases

Utilizamos un enfoque trifásico:

- Fase 1: Construcción de relaciones e inmersión cultural. Se desarrolló entre marzo y junio de 2016. Durante este tiempo, establecimos una relación oficialmente reconocida entre la UICCC y el MINSAP, con una colaboración activa que fomentó un intercambio bilateral de mejores prácticas para abordar las desigualdades en salud materno infantil. Esta fase hizo hincapié en la inmersión cultural, lo que permitió a las partes interesadas de la UICCC conocer de primera mano el contexto, el sistema sanitario y los resultados cubanos.
- Fase 2: Visitas recíprocas. Se desarrollaron entre agosto de 2016 y enero de 2017, llevó una delegación cubana a Englewood. Los profesionales médicos cubanos adquirieron experiencia práctica en los entornos sanitarios comunitarios de Chicago, como el FQHC.
- Fase 3: implementación de la HSA. Se desarrolló de agosto a diciembre de 2017, consistió en realizar una HSA modificada como equipo transnacional. Esto nos permitió adquirir experiencia en la adaptación y evaluación del impacto de las prácticas cubanas de SMI, como la HSA, a las necesidades y contextos de las comunidades estructuralmente desatendidas en los Estados Unidos para mejorar las TMI y otros resultados de salud esenciales.

Creación de relaciones y visitas recíprocas

Para garantizar una colaboración sólida y eficaz, el proyecto comenzó con una serie de actividades de creación de relaciones, incluidas videoconferencias y conferencias telefónicas mensuales para fomentar la comunicación abierta y la planificación colaborativa. Estas llamadas sirvieron de plataforma para coordinar el proyecto, compartir ideas y alinear objetivos y expectativas. El equipo de la UIC realizó un estudio en profundidad del sistema sanitario cubano utilizando recursos como el *Anuario Estadístico de Salud* de Cuba, una publicación estadística anual exhaustiva que detalla los indicadores de salud por edad, género y provincia, que proporcionó un contexto crítico para comprender las prácticas sanitarias cubanas y su aplicación a las comunidades desatendidas (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2024). Además, las recomendaciones del MINSAP y otras investigaciones revisadas por expertos

ayudaron a orientar el proceso de planificación. Para mejorar la comprensión del contexto estadounidense por parte del MINSAP, el equipo de la UIC compartió datos y perspectivas relevantes sobre los sistemas sanitarios de los Estados Unidos y los retos específicos a los que se enfrenta la comunidad de Englewood.

Los residentes de Englewood participaron activamente en esta fase a través de grupos locales y ayuntamientos comunitarios, asegurando que sus voces y necesidades fueran centrales para el proyecto. En agosto de 2016, el equipo de la UIC viajó a Cuba para una estancia de una semana, que incluyó visitas a policlínicos de La Habana, discusiones en profundidad con funcionarios de salud cubanos y la participación en actividades de evaluación de la salud basadas en la comunidad. Estas visitas permitieron conocer de primera mano el sistema de salud cubano, incluidas sus prácticas de atención preventiva y metodologías de evaluación de la salud basadas en la comunidad.

Paralelamente a estas acciones, el equipo de la UIC continuó el complejo proceso de conseguir visados para que el equipo del MINSAP visitara Chicago. Este proceso implicó navegar por las regulaciones de la OFAC de los Estados Unidos, aprovechar el apoyo de destacadas figuras políticas y colaborar con la Embajada de Cuba en Washington, D. C., y la Embajada de los Estados Unidos en La Habana. El embajador Jeffrey DeLaurentis y el coordinador adjunto para Asuntos Cubanos, Mark Wells, contribuyeron decisivamente a agilizar el proceso de aprobación.

En enero de 2017, se produjo un intercambio histórico cuando una delegación del MINSAP visitó por primera vez el campus de la UIC, varios centros de salud comunitarios y los barrios de Englewood. A esta visita inicial le siguió una segunda visita de la delegación del MINSAP de agosto a diciembre de 2017, durante la cual el equipo participó en un período de inmersión de cuatro meses. El equipo del MINSAP participó en diversas actividades de investigación, incluida la realización de entrevistas cualitativas exhaustivas en los hogares de las mujeres en edad reproductiva que aceptaron participar en el estudio.

Estas entrevistas tenían como objetivo identificar los factores que los participantes asociaban con la mortalidad infantil y la salud materno infantil en su comunidad. Además, el equipo del MINSAP conoció los sistemas de datos de las clínicas para evaluar patrones y oportunidades de mejora de los resultados sanitarios y participó en debates de colaboración con el personal de los FQHC para comprender mejor los retos operativos y sistémicos de las poblaciones desatendidas. Este enfoque de inmersión garantizó que la delegación conociera a fondo las necesidades de la comunidad, lo que sentó una base más sólida para el desarrollo colaborativo de intervenciones específicas. La delegación también se reunió con miembros de la comunidad para contrastar datos y comprender mejor las necesidades locales de atención médica y la dinámica cultural.

Durante su estancia, el equipo del MINSAP residió en Chicago, lo que garantizó una inmersión profunda en las realidades sanitarias de Englewood. Colaboraron estrechamente con el personal del FQHC, participando en reuniones de equipos interdisciplinarios, observando los flujos de trabajo de la clínica y desarrollando conjuntamente intervenciones sanitarias a medida. Estas visitas recíprocas y actividades de inmersión establecieron una asociación sólida y mutuamente beneficiosa. Pusieron de relieve el potencial del aprendizaje intercultural para abordar las desigualdades de atención médica en comunidades estructuralmente desatendidas.

Adaptación de la metodología HSA para realizar una HSA adaptada en Englewood

Como se detalla a continuación, los equipos del MINSAP y la UIC colaboraron para diseñar e implementar una versión adaptada del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en Englewood. Utilizando el marco cubano del HSA, el proyecto integró fuentes de datos primarias y secundarias para comprender de forma exhaustiva los factores sociales y de salud que afectan a la comunidad de Englewood.

Entorno y población

Para abordar la alta mortalidad infantil, que la comunidad había identificado como una prioridad, la HSA se centró en las mujeres y las personas asignadas al sexo femenino al nacer, de entre 18 y 49 años, que residen en Englewood, Chicago. Los esfuerzos de reclutamiento fueron multifacéticos, aprovechando las referencias

clínicas, el alcance comunitario y las plataformas digitales. Se invitó a los participantes elegibles a participar en entrevistas, visitas domiciliarias y encuestas. Estas invitaciones se extendieron a través de los médicos de FQHC, folletos y campañas de medios sociales, asegurando un compromiso diverso e inclusivo en toda la comunidad. La aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB) se obtuvo a través de la IRB de la UIC, y todos los participantes dieron su consentimiento bien informado antes de participar en el estudio.

Recopilación y análisis de datos

Se emplearon métodos de recopilación de datos cualitativos y cuantitativos para evaluar exhaustivamente los factores sociales y de salud de Englewood. Se realizaron entrevistas individuales para recabar información sobre los determinantes sociales de la salud, las necesidades y experiencias de atención médica, las prioridades de la comunidad y las percepciones de la salud materno infantil. El equipo de estudio, compuesto por estudiantes de posgrado y personal de servicio, recibió formación conjunta de la UICCC y la delegación cubana. Este equipo interdisciplinario garantizó una recopilación de datos culturalmente sensible y metodológicamente rigurosa utilizando una guía de entrevista estructurada y desarrollada de conjunto.

Las entrevistas se complementaron con encuestas presenciales escritas que recogieron perspectivas adicionales de la población estudiada. Se revisaron los datos cuantitativos de la comunidad para evaluar parámetros sanitarios claves, como las tasas de utilización de la atención prenatal. Esta revisión en colaboración entre la UIC y el MINSAP proporcionó una doble visión de experiencia y contexto local.

Los datos se almacenaron de forma segura y se analizaron utilizando REDCap para la gestión de datos cualitativos y Stata 15 para las evaluaciones cuantitativas. El análisis integró la síntesis cualitativa de los puntos de vista de la comunidad con evaluaciones cuantitativas de los indicadores sociodemográficos y de salud, lo que dio lugar a una comprensión matizada del panorama de salud de Englewood y sus propulsores.

Las conclusiones del Análisis de la Situación de Salud se presentaron en foros comunitarios para validar los resultados y fomentar la participación. Estos foros sirvieron de plataforma para que los miembros comprobaran que los resultados reflejaban fielmente las experiencias y perspectivas de la comunidad, al tiempo que fomentaban la transparencia y la colaboración.

Principales actividades y partes interesadas

La colaboración contó con la participación de un amplio abanico de partes interesadas, como la Infant Welfare Society (IWS), los Mile Square Health Centers (MSHC), el Illinois Medical District (IMD) y diversas entidades políticas, como el Congressional Black Caucus y líderes políticos de Illinois. Cada socio aportó su experiencia única, facilitando la planificación y puesta en marcha de esta asociación internacional.

Resumen del proceso de desarrollo de alianzas

Este trabajo se centra en los resultados del proceso de desarrollo de la asociación UIC-MINSAP más que en los resultados específicos del Análisis de la Situación de Salud (HSA). Los resultados del HSA, incluidas las percepciones a nivel comunitario y los datos médicos, se publicarán en un trabajo posterior. En este destacamos los principales hitos, éxitos y retos de esta histórica colaboración y las lecciones aprendidas de esta asociación transnacional académico-gubernamental.

El desarrollo de la asociación UIC-MINSAP requirió un planteamiento estratégico por fases. Los esfuerzos iniciales se centraron en la creación de relaciones, la inmersión intercultural y el establecimiento de objetivos comunes. La asociación se puso en marcha formalmente en 2016, con el apoyo de una subvención de la Fundación W. K. Kellogg. En la fase inicial de planificación participaron múltiples partes interesadas, incluidas organizaciones comunitarias, proveedores de atención sanitaria, instituciones académicas y entidades gubernamentales, con el fin de alinear prioridades y estrategias para abordar las desigualdades en materia de salud materno infantil (SMI) en Englewood.

Desde el inicio, el liderazgo de la UIC priorizó la concordancia cultural y la construcción sostenida de relaciones como principios fundamentales. El equipo de la UIC aprovechó las relaciones existentes con funcionarios

del MINSAP, desarrolladas durante una visita a Cuba en 2015, para enfatizar la naturaleza educativa mutua de la colaboración. La asociación se basó en el compromiso compartido de mejorar los resultados de salud materno infantil y adaptar las estrategias sanitarias cubanas al contexto estadounidense, centrándose en abordar la prioridad identificada por la comunidad de reducir la mortalidad infantil en Englewood.

Para hacer operativa la asociación, el equipo de la UIC trabajó en estrecha colaboración con organismos gubernamentales estadounidenses y cubanos, entre ellos la Embajada de Cuba en Washington D. C. y la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC). Los esfuerzos de promoción incluyeron la obtención de más de 40 cartas de apoyo de responsables políticos locales, estatales y nacionales para demostrar la importancia del proyecto y obtener la aprobación reglamentaria para la visita de la delegación del MINSAP. Estos esfuerzos condujeron a una importante modificación de la normativa por parte de la OFAC, que eximió a los proyectos conjuntos de investigación médica con Cuba de los requisitos de autorización, facilitando el intercambio de recursos entre socios estadounidenses y cubanos.

Inmersión e intercambio intercultural

Un elemento clave de la asociación fue el intercambio cultural entre los equipos de la UIC y el MINSAP. Los miembros del equipo de la UIC visitaron policlínicos de La Habana para observar el sistema de salud cubano, integrado y centrado en la prevención. Estas visitas pusieron de relieve la eficacia de las evaluaciones de salud basadas en la comunidad y la importancia de establecer relaciones sólidas entre los proveedores de atención sanitaria y los miembros de la comunidad. Estas lecciones sirvieron de base para el diseño de una HSA piloto en Englewood.

A la inversa, los delegados del MINSAP participaron en una inmersión cultural de cuatro meses en Chicago, de agosto a diciembre de 2017. Durante este período, participaron en actividades de investigación, incluidas entrevistas estructuradas con residentes de Englewood para identificar los retos de salud y las prioridades de la comunidad. La delegación también colaboró con investigadores de la UIC para analizar datos clínicos y evaluar las barreras sistémicas a la atención. A través de estos intercambios, ambos equipos obtuvieron información valiosa sobre los sistemas de salud del otro, fomentando el respeto y la comprensión mutuos.

Repercusiones diplomáticas y políticas inesperadas

La asociación tuvo importantes repercusiones políticas, lo que demuestra el potencial de las colaboraciones transnacionales para influir en marcos normativos más amplios. El plan operativo y los esfuerzos de promoción de la UIC fueron decisivos para modificar la normativa de la OFAC y simplificar el proceso de colaboración en investigación médica entre los Estados Unidos y Cuba. Este cambio normativo marcó un hito en las relaciones cubano-estadounidenses y puso de relieve el potencial de las alianzas bilaterales para abordar las disparidades en materia de salud pública.

Desafíos y enseñanzas

El desarrollo de la asociación entre la UIC y el MINSAP implicó superar numerosos retos, entre ellos las diferencias administrativas y culturales. La obtención de visados y la gestión de la logística financiera para la delegación del MINSAP requirieron la superación de complejos procesos normativos, a menudo agravados por el embargo. Además, la adaptación de la delegación cubana a los contextos culturales y medioambientales de los Estados Unidos, incluidos los problemas de seguridad y transporte, puso de manifiesto la necesidad de contar con sólidos sistemas de apoyo durante los intercambios interculturales.

Las diferencias culturales también influyeron en los estilos de trabajo. Mientras que el equipo del MINSAP estaba acostumbrado a entornos estructurados y protocolos estandarizados, la fragmentación de la sanidad estadounidense y su carácter orientado al mercado planteaban retos únicos. La comunicación eficaz y la paciencia mutua fueron esenciales para salvar estas diferencias.

Un contraste notable fue el enfoque de la privacidad del paciente. El sistema estadounidense da prioridad a la privacidad individual en virtud de normativas como la HIPAA, mientras que el modelo sanitario cubano hace

hincapié en la gestión colectiva de la salud, implicando a menudo a la familia y a los miembros de la comunidad en las decisiones asistenciales. Esta diferencia cultural exigió ajustes por parte de la delegación cubana y puso de relieve los retos que plantea la adaptación de estrategias sanitarias entre sistemas con valores divergentes.

Conclusiones

Este trabajo destaca una colaboración innovadora entre una institución académica estadounidense, el Centro Oncológico de la Universidad de Illinois (UICCC), y el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP). La asociación aprovechó los conocimientos de las prácticas cubanas para abordar las desigualdades en materia de salud materno infantil (SMI), incluidas las elevadas tasas de mortalidad infantil, en Englewood, un barrio de Chicago predominantemente negro que sufre pobreza sistémica y escasez de recursos. Trabajando juntos, los equipos de la UICCC y el MINSAP adaptaron y aplicaron una versión modificada del Análisis de la Situación Sanitaria (ASIS) de Cuba. El HSA ha sido fundamental para el éxito de Cuba en la reducción de la mortalidad infantil a niveles cercanos a los mínimos biológicos, y su adaptación en Englewood proporcionó información crítica sobre los factores que impulsan las desigualdades de salud en el contexto estadounidense.

Este trabajo se centra en los resultados del proceso de desarrollo de la asociación más que en las conclusiones específicas de la propia HSA, que se detallarán en una próxima publicación. La importancia de esta colaboración radica en su potencial para ofrecer un modelo ampliable para abordar las disparidades de salud en comunidades con recursos limitados mediante el fomento de la cooperación transnacional.

Proceso de asociación y reflexiones

La alianza demostró el potencial para identificar y abordar las desigualdades estructurales a través de enfoques de estilo cubano que hacen hincapié en la prevención, la equidad y la participación de la comunidad. Por ejemplo, el sistema de salud cubano ha dado prioridad durante mucho tiempo a los factores sociales de la salud, integrando estrategias de baja tecnología y alto contacto para generar confianza y fortalecer las relaciones entre los proveedores de atención médica y las comunidades (Keck & Reed, 2012). Este enfoque sirvió de base para el diseño de la HSA de Englewood, donde la participación de la comunidad fue fundamental para identificar soluciones prácticas.

Desafíos en la adaptación de las prácticas cubanas al contexto estadounidense

La adaptación de las prácticas de salud cubanas a los Estados Unidos requirió un esfuerzo y una innovación considerables. Para sortear los obstáculos normativos fue necesario realizar una amplia labor administrativa y de promoción a fin de obtener la aprobación de los intercambios de recursos y facilitar el viaje de la delegación del MINSAP a Chicago. Ello incluyó la colaboración con la Oficina de Control de Activos Extranjeros de los Estados Unidos (OFAC), que finalmente modificó su normativa para eximir a los proyectos conjuntos de investigación médica con Cuba de los requisitos de autorización. Aunque este cambio normativo supuso un hito importante, persistieron otros retos, como la gestión de la logística financiera de la delegación cubana y el tratamiento de las diferencias culturales en los enfoques médicos.

Los contrastes culturales también plantearon retos. Los delegados cubanos, acostumbrados a trabajar en entornos estructurados con protocolos estandarizados, tuvieron que adaptarse al sistema de salud estadounidense, fragmentado e impulsado por el mercado. Además, el énfasis estadounidense en la privacidad individual, ejemplificado por la normativa HIPAA, divergía del enfoque colectivo cubano de la atención sanitaria, en el que la familia y los miembros de la comunidad suelen participar directamente en las decisiones sobre la atención al paciente. Estas diferencias exigieron comunicación permanente, paciencia y aprendizaje mutuo.

A pesar de estas dificultades, la colaboración fomentó la confianza, el respeto y el entendimiento mutuo. La inmersión de cuatro meses de la delegación cubana en Englewood les permitió comprometerse a fondo con la comunidad, realizando entrevistas a domicilio con mujeres en edad reproductiva para comprender los retos y las prioridades locales en materia de salud. Sus observaciones pusieron de relieve la importancia de abordar el

aislamiento social y desarrollar la capacidad de la comunidad para mejorar los resultados de la salud materno infantil.

Lecciones aprendidas e implicaciones futuras. Esta asociación puso de relieve el valor de la colaboración transnacional a la hora de abordar las desigualdades de salud en comunidades desatendidas. Las recomendaciones de la delegación cubana para Englewood hicieron hincapié en la necesidad de evaluaciones médicas exhaustivas, sistemas de atención coordinados e iniciativas de educación impulsadas por la comunidad. Estas estrategias reflejan el éxito comprobado de Cuba en la reducción de las disparidades de salud y ofrecen valiosas ideas para adaptar enfoques similares en los Estados Unidos (Gorry, 2019; Huish & Kirk, 2007).

La colaboración también demostró el potencial de las asociaciones entre los Estados Unidos y Cuba para catalizar cambios sistémicos más allá de la prestación de asistencia médica. Al poner de relieve los factores estructurales de las desigualdades de salud, esta asociación llamó la atención sobre la necesidad de intervenciones políticas más amplias que aborden la justicia medioambiental, la seguridad alimentaria y las oportunidades económicas. El proceso también reveló el potencial de integración de las innovaciones cubanas —como el sistema de estratificación del riesgo de dispensarización— en las prácticas sanitarias estadounidenses para mejorar la equidad y los resultados.

Nuestra experiencia nos lleva a recomendar encarecidamente que otros investigadores estadounidenses se asocien con Cuba para abordar las prioridades de salud más acuciantes de sus comunidades. Dichas asociaciones están en consonancia con el compromiso demostrado por Cuba de promover la salud mundial y prestar socorro médico en casos de desastre, especialmente si se considera, como nosotros, que las desigualdades de salud en los Estados Unidos son desastres prevenibles. Reconocemos que los cambios en el entorno político de los Estados Unidos después de Obama pueden plantear desafíos adicionales a la colaboración científica. Sin embargo, nuestra colaboración se vio facilitada por los cambios en la normativa de la OFAC para eximir a las colaboraciones científicas de la obtención de licencias para intercambiar fondos. Estos cambios normativos siguen vigentes y pueden aliviar algunos problemas logísticos. Se aconseja a otros investigadores estadounidenses que deseen colaborar con Cuba que consigan un amplio apoyo, citando el valor y la amplitud de la innovación médica cubana (Lage, 2019).

Las asociaciones científicas entre Cuba y los Estados Unidos tienen el potencial para mejorar en gran medida el acceso de los Estados Unidos a las tecnologías cubanas innovadoras, incluidos los tratamientos para prevenir las úlceras del pie diabético —una de las principales causas de amputación y discapacidad— y las vacunas contra el cáncer de pulmón (Organización Mundial de la Salud, 2015). Las colaboraciones actuales entre ambas naciones ponen de relieve este potencial. Por ejemplo, el Centro de Inmunología Molecular de Cuba y el Roswell Park Cancer Institute de Buffalo, Nueva York, están avanzando en un innovador ensayo clínico de fase I para una vacuna contra el cáncer de pulmón de células no pequeñas (Crombet Ramos *et al.*, 2015). Científicos marinos cubanos se han asociado con oceanógrafos y biólogos pesqueros de la NOAA para estudiar el atún rojo del Atlántico (Administración Nacional Oceánica y Atmosférica, 2016). Más recientemente, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el avance de DiscoveryTherapeutics Caribe Company con un ensayo clínico de fase III de Heberprot-P para las úlceras del pie diabético, que comenzará a finales de 2024 (Mas-Bermejo, Marimón-Torres, & Dickinson-Meneses, 2024). Estas asociaciones, como la nuestra, ejemplifican el potencial transformador de la experiencia cubana para hacer frente a las disparidades críticas de salud en los Estados Unidos y más allá.

La alianza UICCC-MINSAP representa un modelo pionero de aprovechamiento de la experiencia internacional para abordar las desigualdades de salud en las comunidades desatendidas de los Estados Unidos. Aunque el proceso no estuvo exento de dificultades, la colaboración demostró el potencial transformador de las asociaciones transnacionales para promover la igualdad de atención a la salud. Este trabajo sirve como un llamado a la acción para que investigadores, responsables políticos y proveedores de atención médica exploren colaboraciones similares, reconociendo que las soluciones a las desigualdades de los Estados Unidos pueden estar

más allá de nuestras fronteras. Dado que este documento se centra en el proceso de desarrollo de la asociación, los resultados de la HSA y sus implicaciones para Englewood se detallarán en una próxima publicación. Esta asociación ejemplifica las posibilidades de aprendizaje mutuo y cooperación en la búsqueda de la equidad en la atención a la salud.

Los autores agradecen a los miembros de la comunidad de Englewood y a los participantes en el estudio, al personal de la Mile Square Health Clinic y al Centro Oncológico de la Universidad de Illinois en Chicago su inestimable participación e ideas.

Referencias bibliográficas

- Alexandra, F. W. M. (2019). US foreign policy in restoring diplomatic relations with Cuba in 2015-2016. *Sociae Polites*, 20(2), 81-102. <https://doi.org/10.33541/sp.v20i2.1459>
- Alhusen, J. L., Bower, K. M., Epstein, E. & Sharps, P. (2016). Racial discrimination and adverse birth outcomes: An integrative review. *Journal of midwifery & women's health*, 61(6), 707-720. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12490>
- Attanasio, L. M. S. & Kozhimannil, K. B. (2015). Patient-reported communication quality and perceived discrimination in maternity care. *Medical Care*, 53(10), 863-871. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000411>
- Beech, B. M., Ford, C., Thorpe, R. J., Jr, Bruce, M. A. & Norris, K. C. (2021). Poverty, racism, and the public health crisis in America. *Frontiers in public health*, 9, 699049. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.699049>
- Bishop-Royse, J., Lange-Maia, B., Murray, L., Shah, R. C. & DeMaio, F. (2021). Structural racism, socio-economic marginalization, and infant mortality. *Public health*, 190, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.027>
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27(1), 167-194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Chicago Metropolitan Agency for Planning (2024). Englewood Community Data Snapshot. https://www.cmap.illinois.gov/wp-content/uploads/dlm_uploads/Englewood.pdf
- Ciano, A. (2024). *From revolution to resilience: The impact of the US embargo on the post-revolutionary Cuban public health system* (Doctoral dissertation, University of North Carolina at Chapel Hill). https://cdr.lib.unc.edu/concern/honors_theses/rb68xp25t?locale=en
- Cooper, R. S., Kennelly, J. F. & Ordúñez-García, P. O. (2006). Health in Cuba. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 817-824. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl175>
- Collins, J. W., Jr, David, R. J., Handler, A., Wall, S. & Andes, S. (2004). Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2132-2138. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.12.2132>
- Crombet Ramos, T., Rodríguez, P. C., Neninger Vinageras, E., Garcia Verdecia, B. & Lage Dávila, A. (2015). CIMAVAX EGF (EGF-P64K) vaccine for the treatment of non-small-cell lung cancer. *Expert review of vaccines*, 14(10), 1303-1311. <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.1079488>
- Cuban Ministry of Public Health (n. d.). Convención Internacional de Salud International HealthConvention. <https://cubasalud.sld.cu/en/convencion>
- Dagher, R. K. & Linares, D. E. (2022). A critical review on the complex interplay between social determinants of health and maternal and infant mortality. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(3), 394. <https://doi.org/10.3390/children9030394>
- DeWeerd, S. (2001). Embargoing science: U.S. policy toward Cuba and scientific collaboration. *BioScience*, 51(8), 612. [https://doi.org/10.1641/0006-3568\(2001\)051\[0612:ESUPTC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1641/0006-3568(2001)051[0612:ESUPTC]2.0.CO;2)
- Dresang, L. T., Brebrick, L., Murray, D., Shallue, A. & Sullivan-Vedder, L. (2005). Family medicine in Cuba: Community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 18(4), 297-303. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.4.297>
- Espinosa, M. C. S., Lauzurique, M. E., Alcázar, V. R. H. et al. (2018). Maternal and child health care in Cuba: Achievements and challenges. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e27. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.27>
- Fink, G. R., Leshner A. I. & Turekian, V. C. (2014). Science diplomacy with Cuba. *Science*, 344(6181), 1065. <https://doi.org/10.1126/science.1256312>

- Gorry, C. (2013). Primary care forward: raising the profile of Cuba's nursing profession. *MEDICC Review*, 15(2), 5-9. <https://doi.org/10.37757/MR2013V15.N2.2>
- Gorry, C. (2019). Six decades of Cuban global health cooperation. *MEDICC Review*, 21(4), 83-92. <https://doi.org/10.37757/MR2019.V21.N4.15>
- Greenwood, B. N., Hardeman, R. R., Huang, L., & Sojourner, A. (2020). Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(35), 21194-21200. <https://doi.org/10.1073/pnas.1913405117>
- Huish, R. & Kirk, J. M. (2007). Cuban medical internationalism and the development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*, 34(6), 77-92. <https://doi.org/10.1177/0094582X07308119>
- Jang, C. J., & Lee, H. C. (2022). A review of racial disparities in infant mortality in the US. *Children*, 9(2), 257. <https://doi.org/10.3390/children9020257>
- Keck, C. W. & Reed, G. (2012). The curious case of Cuba. *American Journal of Public Health*, 102(8), e13-e22. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300822>
- Kim, S. J., Ramírez-Valles, J., Watson, K. S., Allen-Mears, P., Matthews, A. K., Martínez, E., Odoms-Young, A., Daviglius, M. & Winn, R. A. (2019). Fostering health equity research: Development and implementation of the Center for Health Equity Research (CHER) Chicago. *Journal of Clinical and Translational Science*, 4(1), 53-60. <https://doi.org/10.1017/cts.2019.415>
- Krumrey, Y. (2021, June 23). Englewood: Critical care. South Side Weekly. <https://southsideweekly.com/critical-care/>
- Lamrani, S. (2021). The health system in Cuba: origin, doctrine and results. *Études Caribéennes*, (7). <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.24110>
- Lage, A. (2019). Science and challenges for Cuban public health in the 21st century. *MEDICC Review*, 21(4), 7-14. <https://doi.org/10.37757/MR2019.V21.N4.2>
- Lauderdale, D. S. (2006). Birth outcomes for Arabic-named women in California before and after September 11. *Demography*, 43(2), 185-201. <https://doi.org/10.1353/dem.2006.0008>
- LaVeist, T. A., Nuru-Jeter, A. & Jones, K. E. (2003). The association of doctor-patient race concordance with health services utilization. *Journal of Public Health Policy*, 24(3-4), 312-323.
- Lee, W. & Park, S. (2016). Similar but divergent pathways: US-Cuba and US-North Korea relations. *Pacific Focus*, 31(2), 187-210. <https://doi.org/10.1111/pafo.12070>
- Lorenz, J., Ananth, C., Polin, R. & et al. (2016). Infant mortality in the United States. *Journal of Perinatology*, 36, 797-801. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.63>
- MacDorman, M. F., Matthews, T. J., Mohangoo, A. D. & Zeitlin, J. (2014). International comparisons of infant mortality and related factors: United States and Europe, 2010. *National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 63(5), 1-6.
- Machlis, G., Frankovich, T. A., Alcolado, P. M., García-Machado, E., Hernández-Zanuy, A. C., Hueter, R. E., Knowlton, N., Perera, E. & Tunnell, J. W. (2012). US-Cuba scientific collaboration: Emerging issues and opportunities in marine and related environmental sciences. *Oceanography*, 25(2), 227-231. <http://www.jstor.org/stable/24861362>
- Mas-Bermejo, P., Marimón-Torres, N. & Dickinson-Meneses, F. (2024). Cuba-US scientific collaboration: Science diplomacy in challenging times. *Perspective*, 10, 17. <https://doi.org/10.1126/scidip.adt9910>
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2024). Anuario Estadístico de Salud 2023. *Statistical Yearbook of Health*. <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2024/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2023/>
- Morrison, J. S. & Gannon, S. (2015). Health cooperation in the new US-Cuban relationship. *Health Affairs Forefront*. <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/health-cooperation-new-u-s--cuban-relationship>
- Moss, A., Rousseau, J., Lowell, G., Kaintz, K., Cavenagh, Y., Vidis, J., Robinson, C. L., Wilkerson, J. & Logan, C. (2022). Collaborating to advance health equity for families with newborns through public-private partnerships. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 33(4S), 107-123. <https://doi.org/10.1353/hpu.2022.0161>
- Motala, M. & Wyk, J. V. (2019). Where are they working? A case study of twenty Cuban-trained South African doctors. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), Article 1977. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1977>

- National Oceanic and Atmospheric Administration. (n. d.). United States and Cuba open doors to marine science cooperation. NOAA. <https://www.noaa.gov/news/united-states-and-cuba-open-doors-to-marine-science-cooperation#:~:text=Scientists%20from%20the%20two%20countries,of%20the%20larger%20marine%20ecosystem.%E2%80%9D>
- Ronda-Pupo, G. A. (2021). Cuba-U.S. scientific collaboration: beyond the embargo. *Plos One*, 16(7), e0255106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255106>
- Ronda-Pupo, G. A. (2024). The dynamics of Cuban international scientific collaboration: A scientometric analysis over a century. *Scientometrics*, 129, 5211-5226. <https://doi.org/10.1007/s11192-024-05137-6>
- Neggers, Y. H. & Crowe, K. M. (2013). Low birth weight outcomes: Why better in Cuba than Alabama? *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(2), 187-195. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.02.120227>
- Papanicolas, I., Woskie, L. R. & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA*, 319(10), 1024-1039. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>
- Pastrana, S. J. & Clegg, M. T. (2008). U.S.-Cuban scientific relations. *Science*, 322(5905), 345. <https://doi.org/10.1126/science.1162561>
- Pyone, T., Smith, H. & Broek, N. v. d. (2017). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710-722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>
- Polednak, A. P. (1996). Trends in U.S. urban black infant mortality, by degree of residential segregation. *American Journal of Public Health*, 86(5), 723-726. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.723>
- Salm Ward, T. C., Mazul, M., Ngui, E. M. et al. (2013). "You learn to go last": Perceptions of prenatal care experiences among African-American women with limited incomes. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 1753-1759. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1194-5>
- Singh, G. K. & Yu, S. M. (2019). Infant mortality in the United States, 1915-2017: Large social inequalities have persisted for over a century. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS*, 8(1), 19-31. <https://doi.org/10.21106/ijma.271>
- Slaughter-Acey, J. C., Sneed, D., Parker, L., Keith, V. M., Lee, N. L. & Misra, D. P. (2019). Skin tone matters: Racial microaggressions and delayed prenatal care. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(3), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.014>
- Tung, E. L., Hampton, D. A., Kolak, M., Rogers, S. O., Yang, J. P. & Peek, M. E. (2019). Race/ethnicity and geographic access to urban trauma care. *JAMA Network Open*, 2(3), e190138. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0138>
- Vilda, D., Hardeman, R., Dyer, L., Theall, K. P. & Wallace, M. (2021). Structural racism, racial inequities and urban-rural differences in infant mortality in the US. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(8), 788-793. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214260>
- Wallace, M., Crear-Perry, J., Richardson, L., Tarver, M. & Theall, K. (2017). Separate and unequal: Structural racism and infant mortality in the US. *Health & Place*, 45, 140-144. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.012>
- Watson, C. C., Rhein, L. & Fanelli, S. (2021). An American perspective of the dental and public health initiatives in Cuba. *Journal of Advanced Oral Research*, 13(1), 14-21. <https://doi.org/10.1177/23202068211030143>
- Wenham, C. & Kittelsen, S. (2020). Cuba y seguridad sanitaria mundial: Cuba's role in global health security. *BMJ Global Health*, 5(5), e002227. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002227>
- World Health Organization (2015). Cuban experience with local production of medicines, technology transfer and improving access to health. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336685/9789241509718-eng.pdf?sequence=1>
- Xue, Y., Greener, E., Kannan, V., Smith, J. A., Brewer, C. & Spetz, J. (2018). Federally qualified health centers reduce the primary care provider gap in health professional shortage counties. *Nursing outlook*, 66(3), 263-272. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.02.003>
- Zaimi, R. (2021). Rethinking "disinvestment": Historical geographies of predatory property relations on Chicago's South Side. *Environment and Planning D: Society and Space*, 40(2), 245-257. <https://doi.org/10.1177/02637758211013041>