



# LES DÉFIS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE LA PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT À CUBA : ENJEUX ÉTHIQUES ET SOCIAUX

*CHALLENGES OF THE HEALTH SECTOR AND POPULATION AGING IN CUBA: ETHICAL AND POLITICAL STAKES*

Par Blandine DESTREMAU\*

---

## RÉSUMÉ

Le développement des services de santé à Cuba a été fondé sur une éthique particulière, une éthique sociale et politique encastrée au cœur des objectifs de justice sociale révolutionnaires. Leurs performances sont remarquables et abondamment documentées, mais soumises à un certain nombre de défis économiques et socio-démographiques. Dans un contexte de difficultés budgétaires, le vieillissement et sa prise en charge représentent en effet une épreuve qui, bien au-delà des enjeux de santé, soulève des questions de justice intergénérationnelle et du maintien des acquis égalitaires des politiques sociales.

*raises issues of intergenerational justice and that of the sustainability of equalitarian achievements of social policies.*

---

## MOTS-CLÉS

Ethique, Justice sociale, Santé, Vieillissement, Cuba.

---

## ABSTRACT

*The development of health services in Cuba has been grounded in specific social and political ethics, embedded in the Revolutionary goals of social justice. Their performances are remarkable and widely documented, but they have been undergoing a series of economic and socio-demographic challenges. In a context of strong fiscal constraints, aging represent an ordeal which, beyond mere health stakes,*

---

## KEYWORDS

*Ethics, Social justice, Health, Aging, Cuba.*

\*\*\*

**L**e développement des services de santé à Cuba a été fondé sur une éthique particulière, une éthique sociale et politique encastrée au cœur des objectifs révolutionnaires de justice sociale. Ses performances sont remarquables et abondamment documentées, mais soumises à un certain nombre de défis économiques et socio-démographiques. Dans un contexte de difficultés budgétaires, le vieillissement et sa prise en charge représentent en effet une épreuve qui, bien au-delà des enjeux de santé, soulève des questions de justice intergénérationnelle et du maintien des acquis égalitaires des politiques sociales.

---

## UN SYSTÈME DE SANTÉ PERFORMANT ET CHARGÉ D'ENJEUX ÉTHIQUES ET POLITIQUES

L'objectif des politiques révolutionnaires de santé était de procurer à l'ensemble de la population, quels que soient son niveau de vie, sa zone résidentielle, son âge et type de pathologie, des services publics de qualité, sur

---

\* (CNRS – IRIS EHESS)

Blandine Destremau, Directrice de recherche au CNRS, IRIS, 19-0-198 avenue de France, 75013 Paris, blandine.destremau@gmail.com



une base totalement démarchandisée, universaliste et égalitaire (Feinsilver 1993 ; Chaufan 2014 ; Brotherton 2011). Les services de santé publique ont été mis au service du développement, et de la justice sociale : réduire les inégalités entre classes sociales, origines raciales, modes de vie, et genres ; et répartir les moyens selon les besoins des personnes et non selon leurs ressources. C'est cet objectif, inscrit dans les principes mêmes de la Révolution, qui a conduit à mettre en place des formations, des établissements, des services et des modes d'accès menant à une amélioration impressionnante des indicateurs sanitaires, à une réduction marquée des inégalités sociales et spatiales, tout en contribuant à la légitimité de l'État.

La mise en place du programme des médecins et personnel infirmier de famille (« Médicos y enfermeros de la Familia ») en 1984 a permis un resserrement du maillage de l'organisation spatiale des soins selon un dispositif de référencement et de hiérarchisation des établissements. Dans chaque quartier (qualifié de « zone de santé »), progressivement, un *consultorio* fut installé, offrant à la population du voisinage les services d'un médecin et d'un.e infirmier.ère. Chaque clinique devait desservir cent vingt familles, soit environ 600 à 700 personnes. Les services de santé primaire sont également fournis par une polyclinique, installée dans chaque *municipio*, qui offre l'accès à une palette de spécialistes. La médecine de proximité s'articulait ainsi avec un suivi social des familles dans les quartiers, lui-même ancré dans un système d'intense communication, relations et collaborations entre praticiens, travailleurs sociaux, organisations de masse, et des réseaux sociaux plus ou moins formalisés (Kath 2010). Ce programme a accompagné la réduction rapide du nombre d'habitants par médecin : 641 en 1980, 439 en 1985, 274 en 1990, 193 en 1995, pour aboutir à 130 en 2014. Par ailleurs, la politique de santé a répondu à des orientations et choix ciblés, visant à un contrôle des épidémies et maladies infectieuses, et une amélioration de la santé de populations vulnérables – femmes enceintes, enfants, personnes âgées et handicapées... La santé reproductive a fait l'objet d'attentions particulières : accès facile à la contraception et à l'avortement, suivi des femmes enceintes et diagnostics pré-nataux, éducation sexuelle, etc. (Andaya, 2014) En 2014, près de la moitié des naissances donnent lieu à un séjour en foyer maternel (Annuaire statistique 2014).

Les résultats de ces investissements importants sont impressionnantes : réduction de la mortalité infantile et maternelle, quasi disparition de la mortalité par maladie infectieuse, allongement considérable de l'espérance de vie à la naissance (79,4 ans en 2015, avec un faible

écart entre hommes et femmes : 3,9 ans) ; réduction des taux de fécondité (1,45 en 2012), dans le cadre d'une forte compression des inégalités socio-économiques, de lieu de résidence, et de genre. Au-delà des chiffres, c'est une forme spécifique de citoyenneté qu'a construit ce considérable effort sanitaire, par laquelle les Cubains manifestent une conscience aiguë de leur santé et bien-être physiques (Brotherton 2005). Le médecin de famille en devient une figure type du héros révolutionnaire (Brotherton 2013). Les résultats et performances du système sanitaire cubain, très largement diffusés au plan international, expliquent et justifient en grande partie la très intense politisation de la question (Kath 2010). En outre, Cuba s'est construite en puissance médicale, en investissant très tôt dans l'histoire révolutionnaire, et de façon persistante et accrue, dans la géopolitique sanitaire. C'est d'une part l'exportation de médecins dans de nombreux pays du monde, au service des systèmes de santé ou de réponse d'urgence(1). C'est, d'autre part, la formation de dizaines de milliers de médecins étrangers (africains, latino-américains, étatsuniens), notamment à l'École latinoaméricaine de médecine, instituée en 1999 avec la mission de former de futurs médecins qui puissent se substituer aux brigades médicales cubaines. Des professeurs cubains dispensent leurs cours dans quinze pays et sont particulièrement nombreux au Venezuela. Depuis le début des années 70, Cuba a contribué à la fondation d'écoles de médecine dans plusieurs pays, y compris le Yémen (1976), la Guyana (1984), l'Éthiopie (1984), l'Ouganda (1986), le Ghana (1991), la Gambie (2000), la Guinée équatoriale (2000), Haïti (2001), la Guinée-Bissau (2004) et le Timor oriental (2005) (Kirk 2012). En outre, une partie de la recherche médicale cubaine, au-delà de la production locale de médicaments pour satisfaire la demande interne, est destinée à l'exportation.

## LES SERVICES DE SANTÉ AU DÉFI DES PROBLÈMES ÉCONOMIQUES DE L'ÎLE

Ce système de santé est depuis les années 1990 confronté à des défis économiques, qui mettent en tension ses capacités de performance et d'efficacité avec ses objectifs et fondements politiques et éthiques. Dans le contexte de forte politisation évoqué plus haut, ces problèmes émergent difficilement en débat public, tout en étant documentés par des sources statistiques, des articles

(1) En Avril 2012, selon Kirk (2012), il y avait 38 868 professionnels de la santé cubains, dont 15 407 médecins (environ 20% des 75 000 médecins de Cuba) - travaillant dans 66 pays. En Afrique, le personnel médical cubain, au total près de 3 000 personnes, travaille dans 35 des 54 pays du continent, tandis qu'au Venezuela il y en a approximativement trente mille.



scientifiques, des conversations et entretiens, et des articles de presse.

Un premier défi est la baisse des capacités publiques d'investissement et de fonctionnement des établissements et services de santé, due à l'embargo et aux difficultés budgétaires. Il en résulte la dégradation des matériels et bâtiments, l'incapacité d'effectuer les investissements nécessaires et de nombreuses ruptures d'approvisionnement de médicaments et de fournitures. Cette dégradation peut expliquer une partie de la diminution du nombre d'unités de soins, en particulier celles d'hôpitaux et de foyers maternels. En outre, elle concourt à amplifier les déséquilibres dans la répartition des unités de soins selon les territoires, laissant certaines provinces mal équipées, alors que le système de transport est en mauvais état, et ne facilite pas la mobilité des patients. Les réactions à ces tensions économiques se situent dans le développement de modes alternatifs de soin, reposant sur des diagnostics manuels par exemple, ou encore le recours à des médicaments à base de plantes. Encouragées par l'État, ces techniques, conçues initialement comme essentiellement palliatives, en viennent à constituer un patrimoine de savoir-faire valorisé localement et au plan international. Elles participent d'une approche holistique de la santé et du bien-être, qui combine facteurs biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux (Brotherton 2013).

Un second défi, lié au premier, provient de l'expatriation encouragée ou volontaire de personnels médicaux vers des pays avec lesquels Cuba a signé des accords de coopération. La ponction de personnels par l'« humainitaire transactionnel » (Brotherton 2013) menace le fonctionnement des consultations de quartier (médecins de famille) et des polycliniques de secteur, voire des services hospitaliers. En 2012, environ 20% des médecins cubains sont expatriés. Sur la période 2009-2014, le nombre de médecins augmente continuellement (+ 14% sur l'ensemble de la période), mais le nombre de médecins de famille diminue de façon draconienne : il passe de 34 261 en 2009 à 12 842 en 2014, selon les statistiques officielles. La réduction des autres personnels (infirmiers et aide soignants, techniciens et personnel auxiliaire) peut correspondre à des compressions de personnels plus qu'à des expatriations. Les perturbations du réseau de soins de proximité sont telles qu'une nouvelle réorganisation est en cours, qui vise à réduire la demande dans les *consultorios* et à renforcer le rôle des polycliniques.

On peut y articuler le fait que, comme le reste des salariés publics, les médecins et praticiens ont vu le pouvoir d'achat de leur salaire se réduire considérablement du fait de la réduction du périmètre des biens et services subventionnés. Devant acquérir sur un marché en

émergence des biens et services nécessaires, les médecins et infirmiers, comme bien d'autres catégories de personnels, sont tentés de quitter ou réduire leur service pour se lancer dans des activités marchandes plus lucratives. Ce « détournement » est amplifié par le choix cubain de dédier une partie des ressources publiques au développement d'établissements et services de santé d'un secteur marchand en émergence, afin qu'il rapporte de précieuses devises dont le pays manque cruellement. Ainsi se développent des cliniques ophthalmologiques, de rééducation, de soin du cancer, etc., destinées d'une part aux personnes bénéficiant d'accords internationaux de coopération, mais aussi pour des patients étrangers qui achètent ces services à titre individuel.

La marchandisation de la santé s'effectue aussi de façon informelle : les pénuries, et les possibilités croissantes de se procurer des médicaments hors circuits institutionnels alimentent un secteur informel de santé, où l'on voit se développer le recours à de l'auto-médication et à des pratiques non conventionnelles voire magico-religieuses, un marché noir de médicaments et fournitures, le versement de pots-de-vin, l'essor de productions maison à partir de plantes, etc. Si ces pratiques et « arrangements de santé souterrains » (Kath 2010) reflètent le maintien d'une forte culture et demande de santé, résultat des politiques révolutionnaires, elles peuvent mettre en péril les politiques de contrôle des épidémies et la santé des personnes qui consomment des médicaments sans prescription.

Finalement, troisième défi, le système de santé est confronté à l'évolution des pathologies et affections pour lesquelles il est sollicité. C'est d'une part le développement des pathologies chroniques, alors que les pathologies infectieuses ont été pour bonne part éradiquées. Ainsi, comme c'est le cas dans les pays « riches », du cancer, des maladies cardiovasculaires, du diabète, vers le traitement desquels s'oriente la production locale de médicaments. Ce sont aussi des pathologies liées à la dégradation des conditions de vie et d'alimentation et à l'alcoolisme, auxquelles Cuba n'échappe pas. C'est d'autre part l'explosion des demandes découlant du vieillissement de la population, non seulement du strict point de vue médical, mais également de celui du *care*, ou des soins d'accompagnement et de présence sociale.

## LE VIEILLISSEMENT, UN DÉFI ÉTHIQUE ET SOCIAL MAJEUR

Cuba présente un profil démographique de fort vieillissement : la croissance démographique y est négative depuis 2006, les indicateurs de fécondité sont en dessous du seuil de remplacement des générations depuis la fin des années 1970, et l'espérance de vie à la



naissance est parmi les plus élevées du monde (79,4 ans en 2015)(2). L'allongement de la durée de vie est un résultat direct des politiques sanitaires, économiques et sociales d'amélioration des niveaux de vie et de réduction des inégalités mises en place depuis la Révolution. La chute de la fécondité, quant à elle, procède de facteurs tels l'octroi de droits sociaux aux femmes, leur encouragement à rejoindre le marché du travail et à acquérir des compétences professionnelles, le développement de services de planning familial et d'avortement libres et gratuit. Elle est aussi le produit d'auto-limitation à la conception d'enfants en raison des tensions dans la conciliation emploi – famille que les politiques de prise en charge ne sont pas parvenues à résoudre totalement et des difficultés économiques et de logement que rencontrent les ménages, conduisant à des arbitrages dans l'allocation des ressources des ménages – temps, travail, présence, *care*, dépenses, espace au sein du logement (Destremau, 2015 a&b).

La structure démographique constitue un enjeu d'autant plus fort que l'immigration est quasiment nulle, et l'émigration relativement forte. La population de plus de 60 ans atteint 19% en moyenne 2014, alors que celle des moins de 15 ans est inférieure à 17%. Après une chute continue, le taux de dépendance est en voie d'accroissement depuis 2002, reflétant l'essor du poids des personnes âgées : il est de 557 pour mille en 2012. Certains *municipios* cubains sont beaucoup plus atteints que d'autres, particulièrement les anciens quartiers des centre-ville. Sur l'ensemble du territoire, 40% des ménages recensés en 2012 comptent une personne de plus de soixante ans, 12% en ont deux, et 1% trois ou plus. 78% des ménages de plus d'une personne n'ont aucun enfant de moins de quinze ans.

Les schémas culturels d'une part, et les difficultés budgétaires de l'État cubain depuis les années 1990 de l'autre, expliquent que la prise en charge de la dépendance et du grand âge est réputée relever de la solidarité familiale, dans une très large mesure : 90% des personnes âgées de plus de 60 ans résident chez elles, la plupart avec leurs enfants ou consanguins. Il demeure que 14% des personnes âgées vivent seules : amplifié par la migration, qui s'est accélérée au cours des dernières années, l'isolement est l'un des principaux critères pour leur donner accès aux équipements et prestations d'action sociale, surtout si ces personnes sont démunies et n'ont pas de famille à proximité. Si les personnes âgées contribuent au travail nécessaire au foyer tant qu'elles sont valides, les soins et la présence qu'elles requièrent au moment de la perte d'autonomie pèsent sur les ménages (Durán

2010). C'est d'autant plus le cas que les aidants familiaux sont eux-mêmes frappés par le vieillissement. En outre, la dévalorisation des pensions de retraite engendre un problème de pauvreté des personnes âgées, qui rend impossible leur survie de façon individuelle. Surtout lorsqu'ils ne sont plus capables physiquement de mener des activités de tout petit commerce (vente de cacahuètes, ramassage de canettes ou cartons pour le recyclage, etc.), leur survie matérielle requiert des formes de solidarité et de redistribution au sein des familles, et souvent avec le voisinage.

La question du *care* se pose donc soit à l'égard des personnes isolées, lorsqu'elles perdent leur autonomie, soit lorsque le travail de soin pour autrui pèse sur des ménages de taille réduite, eux-mêmes vieillissant. Or différents travaux de recherche montrent que les schémas de division sexuelle du travail reproductif n'ont pas été radicalement modifiés: comme dans bien des pays socialistes, l'État déchargeait les femmes de leurs tâches domestiques sexuées, mais l'implication des hommes n'a pas pris le relais (Destremau 2015a). C'est d'autant plus le cas que les ménages cubains sont modelés par une forte instabilité conjugale, l'émigration et les problèmes de logement. Cette rigidité serait plus forte dans les couches populaires, et atténuée dans les ménages de haut niveau d'éducation. La prise en charge du vieillissement se traduit donc par une surcharge de travail et des exigences de présence qui pèsent plus sur les femmes que les hommes, engendrant des perturbations de leur engagement professionnel voire leur sortie d'activité salariée, parfois pour se lancer dans une activité indépendante à domicile. Par ailleurs, des services marchands plus ou moins professionnalisés de soin pour autrui se développent, mais ne peuvent bénéficier qu'aux ménages disposant de suffisamment de ressources pour les rémunérer, c'est-à-dire soit ceux insérés dans la « nouvelle économie », soit ceux qui reçoivent de l'argent de leurs parents émigrés.

Depuis les années 1970, et de façon accélérée à partir de la fin des années 1980, divers programmes de prise en charge ont été développés dans les domaines culturel, sanitaire, et d'action sociale. En 1978 naît le dispositif d'*Atención Comunitaria* aux personnes âgées. Dans les années 1980, des programmes de gérontologie ont été développés dans l'ensemble des établissements de santé ainsi que des services de gériatrie spécialisés de haute technologie, dans lesquels les personnes âgées bénéficient d'accès préférentiels aux soins et aux médicaments. En 1992 le Centre ibéroaméricain du troisième âge a été fondé à La Havane, voué à la recherche épidémiologique et l'assistance médicale. Parallèlement, des universités et cercles du troisième âge qui veillent à l'intégration culturelle et sociale de ces *abuelos* ont vu le jour, ainsi

(2) Les statistiques citées sont extraites des données disponibles sur le site de l'Office national des statistiques cubain <http://www.one.cu/>



que des maisons municipales qui accueillent pendant la journée des personnes en perte d'autonomie et menacées par la dépression et la solitude. Par ailleurs, des travailleurs sociaux ont été formés pour des suivis au domicile et la distribution de certains biens d'équipement manquant aux plus démunis et isolés, les personnes âgées perçoivent des rations améliorées grâce à leur *libreta de abastecimientos*, et les accès à des cantines municipales se sont accrus. Défendant leur assise universaliste, les politiques sociales cubaines développent ainsi des dispositifs ciblés, notamment destinés à prendre en charge les « cas sociaux » caractérisés par la dépendance et l'absence de réseau de solidarité suffisant (Destremau 2017, Espina 2010 et 2011, Domínguez 2008).

Environ cent cinquante foyers résidentiels sont ouverts à Cuba, pour un total d'à peine 9000 lits (c'est-à-dire qu'à peine une personne de plus de 85 ans sur 16 peut disposer d'un lit en foyer résidentiel selon les statistiques officielles). Au cours des dernières années, le nombre de foyers et de lits tend à se réduire, tant ces établissements sont affectés par des pénuries de budget et la détérioration des bâtiments et équipements. Par ailleurs, ils ne sont pas qualifiés pour les maladies dégénératives comme Alzheimer. Un important programme de réhabilitation de ces foyers résidentiels, et de construction de nouveaux lieux d'accueil qui puissent répondre à une demande en essor, a été annoncé. Des partenariats avec des organisations religieuses ou non gouvernementales, cubaines ou étrangères, sont noués pour soutenir les efforts de l'État. Faire face au vieillissement dans un contexte d'appauvrissement et d'inégalités croissantes représente un défi éthique, qui pose la question de la justice intergénérationnelle. Dans le contexte de la crise économique qui a suivi la chute du bloc soviétique, et de l'ouverture au marché qui s'est intensifiée depuis les années 2000, les différenciations et inégalités sociales s'amplifient, y compris face au besoin de *care*; les foyers plus modestes sont les plus touchés par la surcharge de travail des femmes et leur risque de déprofessionnalisation. En outre, les personnes âgées sont fortement valorisées dans les discours publics et privés comme ayant contribué au premier chef à la Révolution, et s'étant sacrifiées pour la construction de ses services publics, de son niveau d'instruction, de ses acquis sociaux, économiques et politiques. Cette dette sociale entre néanmoins en tension avec les besoins présents de maintien des acquis sociaux, la nécessité de réforme du système économique et la dévalorisation de la valeur réelle des pensions perçues pour services professionnels rendus. Cette tension réside au plan moral et éthique, mais également au plan très pragmatique et matériel des allocations de ressources privées et publiques, et de l'organisation des solidarités et formes de mutualisation.

Cette question est fortement politisée, tant elle menace d'affecter l'ordre social institué par la Révolution, en y renforçant des différenciations et inégalités de genre, de niveau socio-économique, et des relations de dépendance. Elle est largement débattue à Cuba, dans les médias et les conversations courantes. C'est également une question sur laquelle se conduisent de nombreux travaux de recherche dans différentes disciplines (sociologie, anthropologie, médecine, gérontologie). Finalement, c'est une question documentée par les statistiques nationales, soit de façon spécifique, soit comme élément des statistiques démographiques, de santé et d'assistance sociale(3). Ces préoccupations font largement écho à celles formulées dans les pays frappés par le vieillissement, et tout particulièrement ceux dans lesquels un schéma de prise en charge familiale perdure. Elles renvoient également aux évolutions qui ont suivi la libéralisation des régimes inclus dans le bloc soviétique jusqu'en 1989.

\*\*\*

En conclusion, les défis auxquels est confronté le système de santé et de prise en charge du vieillissement à Cuba ébranlent non seulement sa capacité à répondre aux besoins sanitaires et sociaux, sa place dans le système révolutionnaire cubain et sa contribution à accomplir certains objectifs liés au développement et à la modernisation sociale, mais aussi sa capacité à demeurer un signe de réussite des fondements du régime qui l'a installé. Ces signes, fortement publicisés comme victoire du modèle cubain face à certains pays occidentaux dans lesquels les inégalités de santé ont ralenti les progrès, forment également un des ciments de la citoyenneté cubaine. Dès lors, le *nexus* santé – vieillissement est chargé de forts enjeux politiques, et en particulier sa capacité à continuer à manifester la justesse des choix politiques effectués dans le cadre du socialisme, à l'égard de l'accomplissement de fortes performances sanitaires encastrées dans un contexte éthique et de justice sociale exigeant. Or, ce système s'est considérablement fragilisé, tant du côté de ses performances et efficacité proprement médicales, que du côté de son aptitude à accompagner

(3) En 1997 a été initié un cycle de publications annuelles de l'Office national de statistiques et du Centre d'études de la population et du développement (CEPDE) pour construire et diffuser des données quantitatives sur le vieillissement de « ce qui a été défini comme l'un des principaux défis démographiques à Cuba ». De surcroît, une importante enquête quantitative et qualitative a été conduite en 2010 par le centre de population, avec un échantillon de 12 000 familles, dans chacune de laquelle un adulte âgé a été interrogé sur différentes dimensions de son existence (activité, autonomie, relations, conditions de vie, perceptions, santé, etc.). Par ailleurs, les recensements de la population contiennent des rubriques spécifiques liées au vieillissement (le dernier recensement date de 2012).



les changements sociaux qu'il a en partie provoqués (vieillissement notamment), et dans sa contribution à nourrir une éthique de la justice sociale. Les critiques se multiplient en effet à l'encontre des écarts entre affichages et engagements, d'un côté, et, de l'autre, les difficultés d'accès des Cubains au quotidien, les longues files d'attentes et les cas de prise en charge déficiente. Le système de santé cubain possède plusieurs atouts pour faire face à ces défis, et en premier lieu un niveau de compétences professionnelles et un engagement politique important. Ainsi, des réformes du système de santé sont en cours, qui visent à restructurer l'offre et à mieux l'adapter à la demande, et à faire évoluer la demande vers plus de responsabilité individuelle et sociale. Par ailleurs, le haut niveau de culture de santé, de connaissance et de conscience de la population, qui maintient des pratiques préventives et de vaccination, tout comme la culture de solidarité nationale et de proximité, fondent une demande citoyenne de services sociaux, inscrite dans une économie morale éprouvée, dont l'avenir dira la solidité. ■

## RÉFÉRENCES

- Andaya, Elise, 2014, *Conceiving Cuba. Reproduction, Women and the State in the Post-Soviet Era*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Brotherton, Pierre Sean, 2005, « Macroeconomic change and the Biopolitics of Health in Cuba's Special Period », *Journal of Latin American Anthropology*, 10.2: 339-69.
- Brotherton, Pierre Sean, 2011, « Health and Health Care in Cuba: History after the Revolution: Key Phases and Overviews of Health Development », In Alan West-Duran, ed., *Cuba: People, Culture, and History*. NY: Charles Scribner's Sons, pp. 478-485.
- Brotherton, Pierre Sean, 2013, « Fueling la Revolucion: Itinerant Physicians, Transactional Humanitarianism, and Shifting Moral Economies », In Nancy Burke, ed., *Health Travels: Cuban Health(Care) on the Island and Around the World*. University of California Press, pp. 127-151.
- Chaufan Claudia, 2014, « Unraveling the "Cuban miracle": a conversation with Dr. Enrique Beldarraín Chaple », *Social Medicine*, vol. 8, n°2, p. 93-98.
- Destremau, Blandine, 2015a, « Crise de la reproduction sociale et refamilialisation de l'État social à Cuba : Adieu la "femme nouvelle" ? », *Revue Interventions économiques* [En ligne], 53, mis en ligne le 01 septembre 2015, URL : <http://interventionseconomiques.revues.org/2637>
- Destremau, Blandine 2015b « Le vieillissement à Cuba, un défi majeur », *Cahiers de santé publique et de protection sociale*, Fondation Gabriel Péri, décembre, p. 14-21.
- Destremau, Blandine, 2017, « Universalité, inégalités, famille. Du tournant des politiques d'assistance cubaines », in : Destremau B., Georges I. (eds.), *Le care, face morale du capitalisme. Assistance et police des familles en Amérique latine*, Bruxelles, Peter Lang p. 379-401.
- Domínguez María Isabel, 2008, « La política social cubana : principales esferas y grupos específicos », *Temas*, n° 56, oct.-déc., p. 85-94.
- Durán Alberta, 2010, « Transformaciones sociales y familias en Cuba : desafíos para las políticas sociales », Castilla C., Rodriguez C. L., Cruz Y. (eds.), *Experiencias de investigación social en Cuba*, Cuadernos del CIPS 2009, Publicaciones Acuario, La Habana, pp. 80-109.
- Espina Prieto Mayra, 2010, « La política social cubana para el manejo de la desigualdad », *Cuba Studies*, vol. 41, p. 20-38.
- Espina Prieto Mayra, 2011, « Polémicas actuales sobre enfoques y estilos de política social. El caso cubano », in Valdés Paz J. y Espina Prieto M. (eds.), *América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto - Enfoques y experiencias*, Flacso UNESCO, p. 25-68.
- Feinsilver Julie M., 2008, « Cuba's Medical Diplomacy », in Font M. (ed.), *A changing Cuba in a changing world*, New York, The Cuba Project Bildner Center for Western Hemisphere Studies, p. 273-285.
- Feinsilver Julie M., 1993, *Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad*, University of California Press.
- Feinsilver Julie M., 2010, « Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism », *Cuban Studies*, vol. 41, p. 85-104.
- Kath, Elizabeth, 2010, *Social Relations and the Cuban Health Miracle*, Transaction Publishers, New Brunswick and London.
- Kirk, John, 2012, El internacionalismo médico de Cuba: ¿dónde está el secreto?, Revista *Temas*, noviembre, <http://www.rebelion.org/noticia.php?id=159400>